

Paula Gabriela Ribeiro Andrade

Enfermeira Estomaterapeuta,

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Josimare Aparecida Otoni Spira

Enfermeira Estomaterapeuta e Mestre em Enfermagem,

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Eline Lima Borges

Enfermeira Estomaterapeuta, Doutora e Professora Associada da

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Susiane Sucassas Frison

Enfermeira Estomaterapeuta e Mestre em Enfermagem,

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

RESUMO

Refletir sobre o atendimento a pessoas com feridas crônicas nos Serviços de Atenção à Saúde durante a pandemia COVID- 19. **Método:** trata-se de um estudo do tipo reflexão teórica fundamentada em documentos publicados relacionados à assistência a pessoas com feridas crônicas durante a pandemia da COVID-19. **Resultados:** os conteúdos foram categorizados em três eixos temáticos: tratamento de pessoas com feridas como serviço essencial; atendimento remoto nos serviços de atenção a pessoas com feridas; cenário brasileiro e base para construção de fluxo de atendimento a pessoas com feridas. **Conclusão:** apesar do caráter fluido da situação da pandemia da COVID-19, a essencialidade do atendimento de pacientes com feridas crônicas deve ser constante. Os serviços devem ser mantidos em funcionamento e o atendimento presencial deve ser encorajado, com as devidas adequações nos serviços de saúde para a manutenção do funcionamento e para a prevenção da disseminação do vírus.

Palavras-chave: ferimentos e lesões, úlcera, infecções por coronavírus; segurança do paciente; enfermagem; estomaterapia.

INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde foram reorganizados na tentativa de evitar a disseminação do novo Coronavírus SARS-CoV-2, vírus da COVID-19 e o aumento do número de doentes. Foram adotadas medidas para reduzir os fluxos de pessoas, uma vez que as medidas de prevenção preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) são o distanciamento social, o uso de

máscaras, a higienização das mãos com água e sabão ou com álcool a 70%, a limpeza frequente de superfícies e não tocar o rosto com as mãos¹.

Em vários países, incluindo o Brasil, no início da pandemia as autoridades estabeleceram diversas regras e normas para o funcionamento de serviços de saúde classificados como essenciais, não essenciais. As atividades relacionadas à atenção à saúde precisaram ser readequadas conforme o risco de transmissão da COVID-19. Assim, os encontros presenciais foram adotados de forma cautelosa e, quando possível, foi encorajada a utilização de meios alternativos, como aplicativos, telemedicina e outras plataformas digitais para o atendimento. Essas adaptações dependeram do contexto, incluindo a demanda de assistência, o cenário de transmissão da COVID-19 e da capacidade local para fornecer serviços com segurança e eficácia².

Ao se considerar o atendimento de pessoas com feridas crônica, é possível observar que se trata de um público presente em todos os níveis de atenção à saúde e o cuidado com as medidas de distanciamento físico tem sido o principal desafio durante a pandemia da COVID-19, pois a prestação de serviço é necessária, assim como a redução do risco de exposição neste grupo de pacientes³.

Desde então, atender esta clientela se tornou um desafio para as equipes de saúde, visto que a maioria das pessoas com feridas crônicas têm idade entre 65 anos ou mais e pertencem ao grupo de risco para a COVID 19 devido à presença de outras doenças associadas ou uso de tratamentos¹. Paralelamente a este fato, ocorreu a diminuição e a suspensão de atendimentos ambulatoriais, conforme critérios estabelecidos pelas instituições de saúde e pactuados entre os gestores e a equipe de atendimento.

O documento intitulado “Diretrizes para a Organização da Atenção Ambulatorial Especializada Durante a Pandemia da COVID-19” publicado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) estabelece que novos usuários com risco alto e muito alto deveriam ser atendidos presencialmente por uma equipe especializada. Para os usuários em acompanhamento, os casos deveriam ser discutidos para avaliar a necessidade de atendimento presencial. Assim, aqueles que apresentavam instabilidade clínica e, com autocuidado insuficiente, deveriam ser acompanhados presencialmente. Os usuários estáveis poderiam ser acompanhados à distância pela equipe de atenção especializada⁴.

Em agosto de 2020 foi publicado o “Guia orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde”, no qual consta que a modalidade de atendimento, presencial ou por meio da telemedicina, deveria ser definida pela equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com a estratificação de risco do usuário, grau de estabilidade do quadro, vulnerabilidade social e condição de autocuidado. É recomendada também a discussão prévia do caso com a equipe de atenção ambulatorial especializada quando a APS identificava a necessidade de atendimento presencial em ambulatório especializado¹. Entretanto, ambos os documentos

não abordam de forma específica a condução do tratamento de pacientes atendidos na atenção especializada e também primária para o tratamento de feridas crônicas. Assim, cada serviço reorganizou o atendimento de acordo com a recomendação local, definindo o tratamento de feridas crônicas como essencial ou não.

Dessa forma, em algumas instituições, principalmente na APS, os atendimentos ao paciente com ferida foram suspensos, em outras, como na Atenção Secundária, o atendimento ambulatorial foi reduzido, o que prejudicou a continuidade do tratamento dos pacientes com feridas crônicas.

Para além do reestabelecimento de fluxo de atendimentos presencial ou não, e diminuição de atendimento ambulatorial, deve-se considerar a existência de outros fatores dificultadores relacionados às questões de transporte público; econômicos para aquisição de insumos e produtos para o tratamento da ferida; sociais e cognitivas no gerenciamento do atendimento, pois pacientes e seus familiares podem não apresentar conhecimento técnico e científico suficientes para o autocuidado.

Desse modo, suscita o questionamento: como gerenciar o atendimento e o cuidado às pessoas com feridas crônicas durante a pandemia COVID-19? Em busca desta resposta este estudo objetiva refletir sobre o atendimento a pessoas com feridas crônicas nos Serviços de Atenção à Saúde durante a pandemia COVID- 19.

METODOLOGIA DE ESTUDO

Trata-se de uma reflexão fundamentada em documentos publicados relacionados à assistência a pessoas com feridas crônicas durante a pandemia da COVID-19. As reflexões emergiram diante das inquietações acerca do cuidado que os profissionais de enfermagem devem prestar às pessoas portadoras de feridas crônicas frente aos obstáculos apresentados com o surgimento desta pandemia e das restrições impostas para o funcionamento do serviço em sua capacidade plena.

TRATAMENTO DE PESSOAS COM FERIDAS COMO SERVIÇO ESSENCIAL

A propagação da COVID-19 afetou profundamente a forma de condução da prática clínica ambulatorial, resultando em uma diminuição de cuidados em saúde, incluindo a assistência de pacientes com feridas crônicas⁵.

Diante da ausência de publicação específica referente às diretrizes e fluxos para o atendimento do paciente com ferida crônica no Brasil, torna-se necessário refletir à luz das literaturas internacionais acerca da importância da consolidação do tratamento ambulatorial para garantir a assistência para este público. Neste tópico será abordado o tratamento de feridas como um serviço essencial, atendimento remoto, cenário brasileiro e base para construção de fluxo.

Em 20 de março de 2020 a *Alliance of Wound Care Stakeholders* publicou declaração classificando o tratamento de feridas crônicas como essencial e não eletivo, pois trata-se de serviço que previne internações hospitalares e diminui a procura de atendimentos em serviços de emergência. A classificação como não essencial pode gerar consequências negativas não intencionais como infecção, sepse, amputações e até mesmo óbito⁶. Destaca-se ainda, que apesar dos pacientes com feridas crônicas possuírem comorbidades que os colocam no grupo de risco para a COVID-19, eles também se encontram em um grupo de risco de elevada mortalidade e morbidade quando o cuidado em feridas é descontinuado de forma abrupta. Este documento se posiciona a favor da manutenção dos serviços abertos por meio da garantia do cumprimento das medidas de prevenção da COVID-19; e da triagem adequada dos pacientes⁶.

A definição de serviço essencial é também pautada na complexidade dos casos em atendimento e aqueles que requerem início de tratamento. O atendimento de pessoas com feridas crônicas é necessário para as úlceras da perna, seja decorrente de insuficiência venosa ou arterial; complicações do diabetes (pé diabético); lesão por pressão; feridas cirúrgicas complexas; causadas por infecções da pele como abscessos em adultos; traumáticas e também feridas decorrentes de doenças raras como as causadas por vasculopatias e pidoderma gangrenoso⁷.

As feridas crônicas são resultantes de múltiplos problemas causados por comorbidades que pioram o prognóstico de um paciente infectado por COVID-19⁷. Assim, para gerenciar este atendimento é primordial avaliar a gravidade da lesão, o risco e o benefício que o atendimento presencial poderá proporcionar.

Os pacientes com feridas geralmente são referenciados para os serviços por meio de encaminhamentos, que requerem urgência formalizada para que seja realizada a abordagem, demandando assim avaliação e resposta ao encaminhamento.

As consultas de enfermagem contemplam a anamnese, a avaliação física e o histórico da lesão. Os pacientes são acompanhados conforme a evolução das lesões requerendo em média de uma a duas trocas de curativo por semana.

Durante o acompanhamento, é realizada a mensuração, limpeza e desbridamento da lesão, avaliação e aplicação da cobertura ideal. No caso das úlceras da perna, para manejo do edema, é também aplicada a terapia compressiva. A indicação desta terapia ocorre após a avaliação do índice de pressão tornozelo-braço (ITB), cujo procedimento só pode ser realizado presencialmente. Em cada consulta também são avaliados outros parâmetros clínicos, demandas sociais e psicológicas.

Trata-se de um atendimento complexo que requer enfermeiros, técnico de enfermagem e equipe multidisciplinar. É importante classificar este tipo de atendimento como essencial, pois reforça a necessidade da manutenção da equipe especializada no tratamento de feridas nos centros de referência, evitando que os profissionais sejam remanejados para outros

setores para suprir a demanda causada pela pandemia ou até mesmo realizar coberturas de locais com índice de absenteísmo elevado não necessariamente gerado pela pandemia.

Há relatos nos documentos consultados de remanejamentos de pessoal de ambulatórios de tratamento de feridas para outros setores hospitalares⁸, corroborando com a ideia de que os serviços de atendimento a pessoas com feridas crônicas não são considerados como essenciais. Entretanto, a diminuição da equipe e a consequente redução dos atendimentos pioram o prognóstico dos pacientes com feridas⁹.

A reorganização do serviço deve apresentar enfoque na diminuição de complicações, internações, cirurgias, e, quando possível, alcançar a completa cicatrização⁷. O acompanhamento regular destes pacientes diminui a internação por infecção, sepse, e complicações como amputação de membros. Uma pesquisa realizada na Itália com pacientes com feridas crônicas e cuidadores no período da pandemia, mostrou que para 20,5% da amostra foi necessário iniciar antibioticoterapia e 5,1% dos casos foi acrescida a prescrição de analgésico. Além disso, 15,4% afirmaram que a úlcera piorou no que se refere ao aumento das dimensões, à profundidade, e ao exsudato⁵. Resultados diferentes foram obtidos no estudo da Alemanha, considerando que o atendimento ambulatorial presencial foi mantido no período de pandemia e não houve diferença significativa na frequência de troca de curativos ($P= 0,67$), nem na pessoa que realizou o cuidado da ferida ($P= 0,39$), inclusive não houve mudanças significativas na qualidade da ferida ($P= 0,505$)¹⁰.

ATENDIMENTO REMOTO NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO A PESSOAS COM FERIDAS

A saúde digital, termo utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para referir-se ao uso multiprofissional das tecnologias digitais aplicadas à saúde, sua utilização tem expandido largamente, por meio de novas tecnologias e novas formas de interação com pacientes ao redor do mundo¹¹. O uso das tecnologias de informação e de comunicação na saúde viabiliza a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, especialmente nos casos onde a distância é um fator crítico¹. Alguns serviços ambulatoriais adotaram o sistema de atendimento remoto por vídeo chamadas e outros meios como mensagens por aplicativos com compartilhamentos de registros fotográficos realizados pelo próprio paciente ou pelo cuidador responsável.

No Canadá, recomendou-se uma atenção multifacetada, incluindo o cuidado virtual, educação do paciente e colaboração multiprofissional. O atendimento remoto ocorre por meio de ligações telefônicas ou videoconferências. O paciente também pode enviar fotos por aplicativos. A videoconferência permite a comunicação em tempo real. Para limitar a exposição, a *Wound Healing Society* recomendou para os pacientes que necessitam de atendimento presencial, que estes sejam alternados com

trocas domiciliares realizadas pelos próprios pacientes ou por cuidadores. O treinamento para a troca dos curativos detalhada é realizado por meio de uma ferramenta desenvolvida pela *Wound Canada* que pode ser entregue ao paciente. Quanto ao treinamento da equipe, este ocorre por meio da plataforma *Zoom*. É realizado por duas horas uma vez por semana quando são apresentados estudos de casos e são estabelecidos planos de cuidados³.

Nos Estados Unidos utiliza-se o atendimento remoto para orientação da prevenção de complicações do pé diabético, sendo observado melhora na educação dos pacientes e também na motivação para despertar o cuidado com os pés. Esse método tem sido efetivo para a prevenção, além de diminuir os gastos com transporte¹². Na África do Sul há atendimento remoto por meio do *WhatsApp* e por telefone, além do atendimento presencial duas vezes por semana ou uma vez por semana⁸.

Na França a experiência com o atendimento remoto tem apresentado resultados promissores, sendo este modelo indicado para ser adotado principalmente em países desenvolvidos. Neste país a telemedicina foi inserida na saúde pública em 2010, com modalidades de teleconsulta (o paciente é avaliado à distância), tele-expertise (quando dois profissionais analisam o caso do paciente); telemonitoramento (os dados são gravados em um dispositivo e transmitidos de forma remota), e há possibilidade da orientação de um enfermeiro especialista que delega as atividades para cuidadores domiciliares¹³. Para a realização da teleconsulta é essencial que o paciente tenha uma câmera, seja no computador ou no celular e disponha de internet.

Em Taiwan foi realizado um algoritmo virtual que pôde ser aplicado a todos os pacientes que eram acompanhados em uma clínica. As consultas eram realizadas com o uso de diversas plataformas como *WhatsApp*, *WeChat*, e-mail e telefone. O paciente poderia contactar a equipe 24 horas por dia. As perguntas guias realizadas pela equipe eram referentes ao aspecto do exsudato, presença de eritema, formação de pústulas; e no caso de dúvidas acerca da realização do curativo, um vídeo com um tutorial personalizado era enviado. Caso o paciente apresentasse quadro de infecção, uma triagem era realizada para verificar se havia sintomas de COVID-19, sendo avaliado no centro de feridas apenas se o exame fosse negativo¹⁴.

Em uma experiência dos Estados Unidos promoveu-se o conceito intitulado de *Wound Center Without Walls* (centro de feridas sem paredes) para a obtenção de flexibilidade temporária para o tratamento de pessoas com feridas. A decisão sobre o atendimento a ser realizado era tomada após a consulta por telefone e/ ou por videochamada. A primeira modalidade de cuidados era a domiciliar, podendo ser realizada pelo paciente e pela família ou cuidador. Para ser considerado apto nesta modalidade o paciente e seus familiares eram avaliados quanto as habilidades para realizarem as tarefas. Na tentativa de facilitar a aprendizagem, eram fornecidos vídeos com tutoriais⁹.

Outra modalidade era o cuidado com atendimento por equipe no domicílio, o que permite a aplicação de terapia por pressão negativa, sistema de terapias compressivas de multicomponentes (multicamadas), além de possibilitar uma melhor avaliação da ferida. Estas modalidades aplicadas de forma correta evitam internações⁹.

Na experiência dos Estados Unidos, para as consultas presenciais, primeiramente era realizado contato com o paciente para verificar se havia sintomas de COVID, e também a orientação quanto ao número limitado de acompanhantes para os pacientes que precisavam ou até mesmo a restrição completa desses, sendo um membro da equipe responsável pelo transporte do paciente do automóvel, no estacionamento, para a unidade de atendimento⁹.

No modelo relatado pela França¹³, o responsável pela consulta utiliza duas telas, uma para projetar as vídeo-chamadas e outra para abrir o prontuário eletrônico para o registro. Há necessidade de avaliações domiciliares por equipe capacitada para complementar o cuidado, pois quando não há avaliação presencial do paciente com ferida por meio de visitas domiciliares, ou seja, apenas a de forma remota, esta pode ficar comprometida.

A avaliação por videoconferência pode ser afetada pela qualidade da câmera utilizada pelo paciente, luz do ambiente; impossibilidade de avaliar o odor e da dor no momento da troca do curativo. Há a dificuldade também de se delimitar áreas de isquemia, bem como a área da lesão. Embora existam softwares destinados para esta função, muitos serviços ainda não possuem esta tecnologia. Outro ponto importante é a presença de infecção, uma vez identificada realiza-se a prescrição de antibióticos empíricos que é enviada e assinada digitalmente¹⁵.

Problemas tecnológicos como as oscilações de sinal de internet em áreas rurais, dificuldades para utilizar equipamentos, por exemplo, perceber que o microfone e/ou a câmera estão desativados ou a última sem foco ou desativada são obstáculos encontrados para o uso do atendimento remoto¹⁵.

A adaptação ao modelo remoto pode não ser fácil para muitos pacientes. Esta dificuldade ficou comprovada na Alemanha ao constatar que nenhum paciente com lesão usou telemedicina para evitar o contato presencial no período da pandemia¹⁰.

Observa-se que as estratégias traçadas em outros países mesclam atendimentos presenciais e online e para isso, fluxos para a assistência remota e presencial são estabelecidos, sendo o último adotado com garantia do uso de protocolos rígidos de isolamento e limpeza do ambiente. As limitações da modalidade de acompanhamento remoto no tratamento de feridas são: necessidade de aquisição de dispositivos eletrônicos pelas instituições, disponibilidade de equipamentos, internet e habilidade dos pacientes e profissionais em utilizar estas tecnologias.

Vale ressaltar que as publicações não esclarecem a respeito do acesso dos pacientes aos insumos, se a responsabilidade pela compra é da

responsabilidade do paciente, e materiais necessários para o tratamento das úlceras nos diversos países citados.

CENÁRIO BRASILEIRO E BASE PARA CONSTRUÇÃO DE FLUXO DE ATENDIMENTO A PESSOAS COM FERIDAS

O Ministério da Saúde estabeleceu em 2019 as Diretrizes para a Telessaúde no Brasil, no âmbito do Sistema Único da Saúde (SUS) (Decreto nº 9795, de 17 maio de 2019). O Programa Telessaúde Brasil Redes é uma iniciativa em âmbito nacional que busca melhorar a qualidade do atendimento e da Atenção Básica no SUS, integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a Teleassistência e a Teleducação¹⁶.

O Telessaúde Brasil Redes disponibiliza aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde no SUS os seguintes serviços: Teleconsultoria, Telediagnóstico, Tele-educação e Segunda Opinião Formativa Brasil ¹⁶. No entanto, esse programa não contemplava as consultas diretamente com o paciente. Visando conter a propagação da COVID-19, em 20 de março de 2020, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 467, que regulamenta os atendimentos médicos a distância (Telemedicina) durante a pandemia do novo-coronavírus. A modalidade pode ser usada para atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, de consulta, de interconsultas, monitoramento e diagnóstico tanto em atendimentos do SUS como da rede privada¹⁷.

Assim como o Conselho Federal de Medicina (CFM), o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) autoriza e normatiza, por meio da resolução Cofen Nº 634/2020, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia, mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações por meio do uso de tecnologia de informação e comunicação, com recursos audiovisuais e dados que permitam o intercâmbio à distância entre o enfermeiro e o paciente de forma simultânea ou de forma assíncrona¹⁸.

As teleconsultas no Brasil ainda são um desafio, visto que 16,2% moradores da zona urbana e 50,8% da zona rural não utilizam a internet por diversos motivos, dentre eles está a falta de interesse para o acesso, o elevado custo do serviço, falta de conhecimento sobre o uso, serviço indisponível no domicílio e o elevado custo dos equipamentos eletrônicos necessários para realizar o acesso¹⁹. Há ainda as questões socioeconômicas dos pacientes, pois muitos não possuem *smartphones*, computador e serviço de internet bandam larga¹⁹.

No caso da população atendida pelo SUS, deve-se questionar e repensar o atendimento remoto em longo prazo de pessoas com feridas, uma vez que o tratamento das úlceras em domicílio gera custos para o paciente e seus familiares. Sabe-se que neste período houve um aumento do desemprego formal e informal²⁰, conseqüentemente, diminuição do poder de

compra, o que dificulta a aquisição do material para tratamento de feridas no domicílio.

Entretanto, o gasto não se limita ao tratamento tópico da úlcera, mas também aos outros materiais necessários como gases, ataduras de crepom, solução fisiológica ou outra solução para limpeza. Outro fator dificultador para o atendimento remoto diz respeito aos pacientes idosos com mobilidade prejudicada, capacidade cognitiva reduzida, e que não apresentam suporte familiar adequado para a realização do curativo. Além disso, o tratamento domiciliar pelo próprio paciente impossibilita o manejo do edema, cuja terapia compressiva na apresentação de bandagem só pode ser aplicada por enfermeiro capacitado, e essa descontinuidade do cuidado impacta negativamente na cura da úlcera.

Assim, é importante repensar as decisões tomadas em relação à interrupção do funcionamento dos serviços especializados no tratamento de feridas, bem como o remanejamento de profissionais especialistas no cuidado desses pacientes, como os enfermeiros estomaterapeutas e dermatológicos, para os setores de atendimento a pessoas com COVID-19. Torna-se imperativa a construção de fluxos com critérios respaldados na literatura para direcionar o atendimento do paciente com ferida, bem como uma atenção domiciliar abrangente e resolutiva. Aspectos relacionados à manutenção da biossegurança do serviço também devem ser considerados.

A teleconsulta, quando possível, poderá ocorrer como uma primeira consulta no formato de triagem para avaliação dos critérios para o atendimento presencial, ou poderá ser orientado a realizar curativo convencional no domicílio com trocas diárias.

É indispensável a avaliação do paciente pelo enfermeiro especialista, pois a característica da ferida determinará o tipo de cobertura a ser utilizada, bem como o padrão de trocas. A avaliação presencial do profissional é obrigatória nos casos que a ferida apresenta volume de exsudato moderado a elevado; tecido necrótico que necessite de desbridamentos seriados; odor desagradável que se mantém após limpeza; seja de etiologia arterial ou úlcera venosa com necessidade de terapia compressiva. Outra situação é quando o paciente que não tem amparo domiciliar para realização do próprio curativo²¹.

Assim, para os pacientes de serviços de referência que necessitam de avaliação presencial, é imprescindível a adoção consciente de medidas de precaução ferente à Covid-19 exigindo-se uma mudança de comportamento individual e coletivo de forma imediata e rigorosa. Assim, deve-se realizar a marcação dos atendimentos por horário, garantindo que não haverá aglomeração de pessoas nas salas de espera; restringir o número de acompanhantes; orientar a utilização obrigatória de máscara de forma correta; disponibilizar álcool em gel a 70%; além de se priorizar escolha de coberturas capazes de reter o exsudato por mais tempo, possibilitando trocas semanais; realizar contato telefônico 24 horas antes do atendimento e perguntar se o paciente ou acompanhante apresentam sintomas da COVID-

19 e, caso afirmativo, orientar o curativo e a procura por atendimento médico em serviço de urgência^{22, 23}.

Esta publicação permitirá aos profissionais de saúde envolvidos no atendimento a pessoas com feridas, maior acesso às informações sobre o panorama mundial da prestação da assistência. Espera-se que essa reflexão ajude na reorganização do atendimento a pessoas com feridas. Destaca-se como limitação do estudo a escassez de publicações brasileiras específicas sobre o atendimento a pessoas com úlceras no contexto da pandemia COVID-19.

CONCLUSÃO

Apesar do caráter fluido da situação da pandemia da COVID-19, a essencialidade do atendimento de pacientes com feridas crônicas deve ser permanente. Os serviços devem ser mantidos em funcionamento e o atendimento presencial deve ser encorajado, seja no domicílio ou no serviço especializado. Adequações nos serviços de saúde são primordiais para a manutenção do funcionamento e para a prevenção da disseminação do vírus.

Assim, deve haver uma participação ativa dos gestores, responsáveis pelo dimensionamento da equipe e sua alocação nos setores; dos profissionais envolvidos e dos usuários, uma vez que o cuidar está intimamente relacionado à humanização, ao autocuidado, e na redução de complicações e custos. Esta integração é fundamental para impulsionar mudanças nos processos de gestão e de melhorias ao atendimento à saúde durante a pandemia de COVID-19

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (BR). **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde**. [Internet]; 2020 [citado 21 fev 2021]. Disponível: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-ConasemsVERS%C3%83O-FINAL-3.pdf>
2. World Health Organization and the United Nations Children's Fund. **Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic**. [Internet]; 2020 [citado 21 fev 2020]. Disponível: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1.
3. Mufti A, Sachdeva M, Maliyar K, Sibbald RG. **COVID-19 and wound care: Canadian perspective**. JAAD International 2020; 1(2). Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.jdin.2020.05.003>.

4. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Diretrizes para a organização da atenção ambulatorial especializada durante a pandemia da covid-19. [Internet]; 2020 [citado 22fev 2020]. Disponível: https://kidopilabs.com.br/planificasus/upload/covid19_diretrizes_aae.pdf

5. Tinelli G, Sica S,Guarnera G, Roma AH, Pitocco D, Tshomba Y. **WoundCare during COVID-19 Pandemic**. Ann Vasc Surg 2020; 68:93–94. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2020.06.044>.

6. Alliance of Wound Care Stakeholders. **Wound Care is an Essential – Not Elective – Service that Prevents Hospital Admissions and ED Visits Among a Fragile Cohort of Patients at High-Risk of COVID-19**. [Internet]; 2020 [citado 21 fev 2021]. Disponível: https://www.woundcarestakeholders.org/images/Final2_Statement__Wound_Care_as_Essential.pdf

7. Oropallo A, Lantis J, Martin A, Al Rubaiay A, Wang N. **Wound care during the COVID-19 pandemic: improving outcomes through the integration of telemedicine**. J Wound Care 2021 Feb;30 (Sup2):S12-S17. Disponível: <https://doi.org/10.12968/jowc.2021.30.Sup2.S12>.

8. Naude L. **The impact of COVID-19 on wound care provision in South Africa: a personal account**.Wounds International 2020;11(3): 17-20. [citado 21 fev 2020]. Disponível: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/impact-covid-19-wound-care-provision-south-africa-personal-account>

9. Rogers LC, Armstrong DG, Capotorto J, Fife CE, Garcia JR, Gelly H et al. **Wound center without walls: the new model of providing care during the Covid-19 pandemic**. Wounds 2020 Apr; 32(7):178-185. Disponível: <https://www.woundsresearch.com/article/wound-center-without-walls-new-model-providing-care-during-covid-19-pandemic>

10. Schlager JG, Kendziora B, Patzak L, Kupf S, Rothenberger C, Fiocco Z, et al. **Impact of COVID-19 on wound care in Germany**. Int Wound J. 2021;1-7. Disponível: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iwj.13553>

11. Santos WS, Sousa Júnior JH, Soares JC, Raasch M. **Reflexões acerca do uso da telemedicina no Brasil: Oportunidade ou ameaça**. Rev. gest. sist. saúde 2020; 9(3):433-53. Disponível: <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.17514>

12. Bolton L. **Remote Wound Care**. Wounds 2020 dec; 32(12): 350-52. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33472161/>

13. Téot L. **Telemedicine and opportunities in wound care**. An overview of solutions for beginners. European Wound Management Association. [Internet]; 2020 [citado 21 fev 2020]. Disponível: https://ewma.org/fileadmin/user_upload/Telemedicine_and_opportunities_in_wound_care_-_Luc_Teot.pdf
14. Hsieh MCW, Lee CC, Ou SF, Kuo YR. **Telemedicine algorithm for chronic wound care during COVID-19**. Int Wound J 2020;17:1535–1537. Disponível: <https://doi.org/10.1111/iwj.13409>
15. Black JM. **COVID-19 and wound care in the US**. Wounds International 2020;11 (2):6-7. [citado 21 fev 2020]. Disponível: www.woundsinternational.com
16. Ministério da saúde (BR). **Saúde Digital e Telessaúde**. Saúde digital. [Internet]; 2020 [citado em 15 fev 2020]. Disponível em: <https://saudedigital.saude.gov.br/telesaude/>
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria 467, de 20 de março de 2020. Brasília (DF): **Diário Oficial da União**; 2020.
18. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 634/2020**. Brasília (DF); 2020.
19. IBGE/educa. **Uso de internet, televisão e celular no Brasil. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios**. Continua 2018. Disponível: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/20787-uso-de-internet-televisao-e-celular-no-brasil.html>.
20. Ferreira Junior RR, Rita LPS. **Impactos da Covid-19 na Economia: limites, desafios e políticas**. Cadernos de Prospeção 2020; 13(2):459-76. Disponível: <http://dx.doi.org/10.9771/cp.v13i2.COVID-19.36183>
21. WoundSource Practice Accelerator. **Quick Facts. COVID-19 and Wound Care**. Woundsource & Kestrel Health information. [Internet]; 2020 [citado 29 fev 2021]. Disponível: https://www.woundsource.com/sites/default/files/pdf/quick_facts_-_covid-19_and_wound_care.pdf
22. Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. **O que a pandemia da Covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução?** Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020; 29:e20200106. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>

23. Gefen A. **Safe and effective wound care during the COVID-19 pandemic.** Journal Of Wound Care 2020;29(11):622-23. Disponível: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/jowc.2020.29.11.622>