

**EDITORIAL****VALORIZAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM TEMPOS DE COVID-19**
VALORIZATION OF SCIENTIFIC PRODUCTION IN TIMES OF COVID-19

Thereza Christina Bahia Coelho

Professora Titular Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil

Clara Aleida Prada Sanabria

Professora Adjunta da Universidade estadual de Feira de Santana (UEFS)

No momento em que escrevemos este editorial, em 13 de maio de 2020, o Brasil se aproxima do pico da pandemia do COVID-19, com 12.461 mil óbitos registrados e cerca de 178.214 casos confirmados (Figura 1)¹. Existe um consenso acadêmico que os registros estão subnotificados por vários motivos, dentre eles, a diversidade de manifestações da infecção por este novo coronavírus, incluindo grande contingente de portadores assintomáticos, orientações contraditórias de procedimentos, testagem insuficiente tanto no estágio inicial (PCR), como da presença de anticorpos virais e Declarações de Óbito com registro de causas decorrentes do COVID-19, mas sem registro da causa básica.

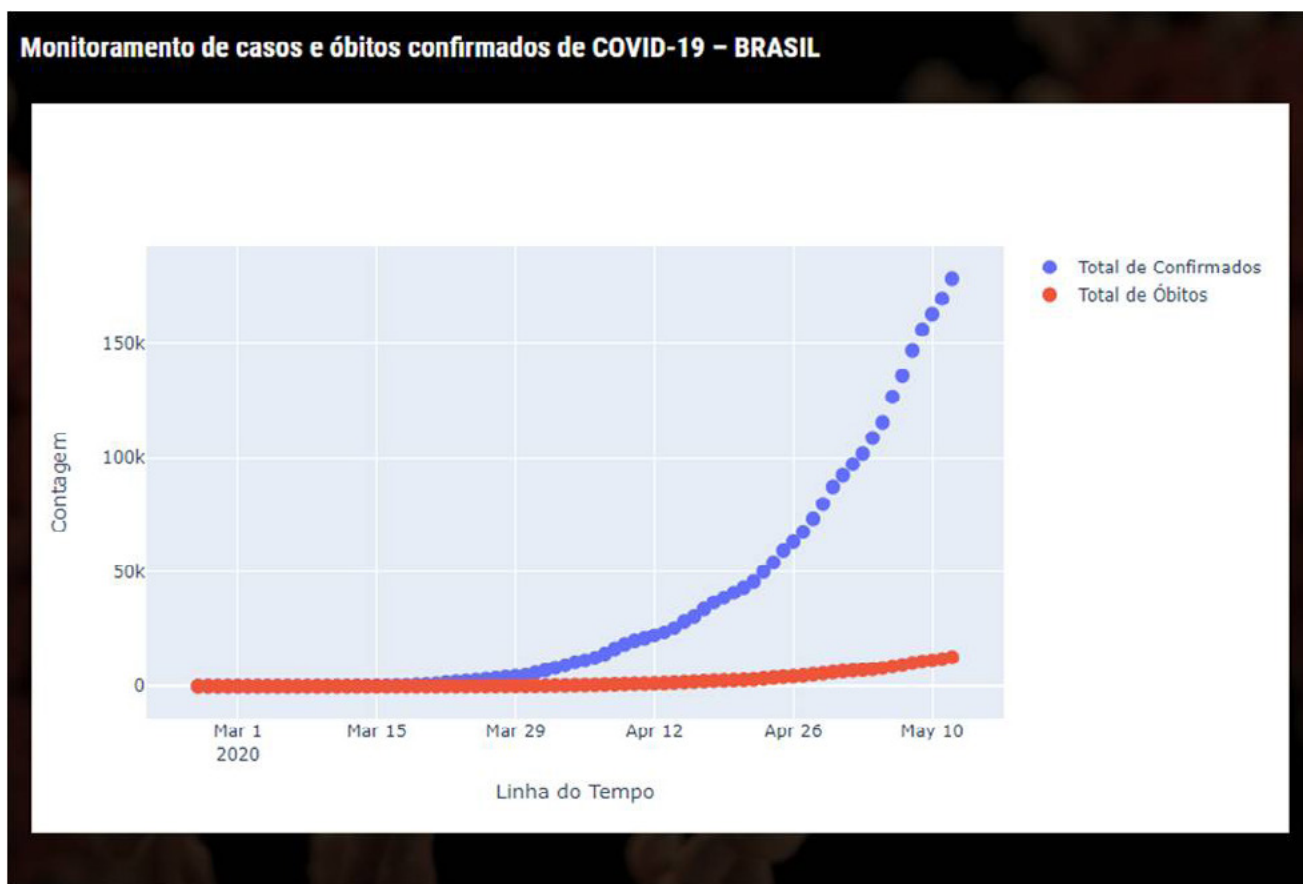


Figura 1. Número de casos confirmados e óbitos registrados por COVI-19, no Brasil, 2020

Fonte: COVID-19 Brasil, 2020. Dados de 26 fevereiro a 12 maio.

Relembrando um pouco o início da pandemia que, em apenas três meses atingiu todos os países do mundo, sabe-se que o vírus pode ter começado a circular em novembro ou dezembro. Zhou et al.² (2020) considera a data de em 12 de dezembro como mais prováveis, foi apenas em 31 de dezembro de 2019, que a China informou a ocorrência de casos de pneumonia de etiologia desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei. Três dias depois já haviam sido registrados 44 casos e, no dia 20, 258, sendo que mais 20 casos similares foram detectados em mais 3 outras províncias do país, 1 no Japão, 1 na Coreia e 2 na Tailândia³.

De imediato, diversos trabalhos foram publicados com descrições sobre o quadro viral que apresentava letalidade menor do que o vírus Mers, porém alta infectividade e como complicação mais temida uma forma de pneumonia severa, resistente a quaisquer medicamentos conhecidos e imagem de vidro fosco à tomografia, com grande lesão tecidual que evoluía para insuficiência respiratória. Em Singapura, estudo⁴ com 18 pacientes, publicado ainda em 3 de março, relatou que 12 pacientes (72%) tinham febre, 15% (83%) tosse e 6 pacientes tinham achados radiológicos importantes. Desse grupo, dois foram para a Unidade de Tratamento Intensivo e um deles necessitou de ventilação mecânica.

Em 23 de janeiro, os Estados Unidos da América já notificavam seu primeiro caso⁴ da epidemia causada pelo novo tipo de coronavírus (SAR-COV2) passando, depois da Itália, a ser o epicentro da doença com a maior prevalência e taxa de mortalidade até o dia 13 de maio: 1.388.936 casos confirmados e 83.791 mortes. Em todo o mundo, já foram confirmados quase 4 milhões e 400 mil casos, com cerca de 300 mil mortes por COVID-19⁶. Estes números gigantescos continuam a crescer e a comunidade científica, mesmo desenhando inúmeras projeções não tem condições de fixar um quantitativo final, pois restam muitas incertezas e a possibilidade de novos brotos em ondas de recrudescimento, pois há uma enorme pressão dos setores produtivos para o afrouxamento do isolamento físico e abertura do comércio e outras atividades que impactam na economia.

De acordo com dados até então divulgados, uma maior gravidade dos quadros tem sido associada à faixa etária acima de 60 anos, à maior exposição e à presença de comorbidades. Um estudo^{7,12} com 1.590 pacientes chineses hospitalizados e com teste laboratorial positivo para COVID-19, encontrou que 57,3% eram homens, com idade média de 48,9 anos, tendo 88% apresentado febre, tosse seca (70,2%), seguida de tosse produtiva em 36% dos casos e fadiga em 42,8%, sendo que 16% evoluiu para formas graves da doença e 25,1% apresentaram pelo menos uma comorbidade com a seguinte prevalência: hipertensão arterial (16,9%), outras doenças cardiovasculares (53,7%); diabetes (8,2%); hepatite B (1,8%); doenças cerebrovasculares (11,9%); doença pulmonar obstrutiva crônica (1,5%), doença renal crônica (1,3%), Ca maligno (1,1%) e imunodeficiência (0,2%). “Os pacientes com pelo menos uma comorbidade eram mais velhos (média: 60,8 versus 44,8 anos), eram mais propensos a ter falta de ar (41,4% versus 17,8%), náusea ou vômito (10,4% versus 4,3%) e tendiam a ter manifestações anormais de raio-X do tórax (29,2% versus 15,1%)”.

Pari passu o esforço acadêmico para desenvolver formas novas de abordagem à doença e adaptar antigos protocolos, uma grande ênfase foi dada desde o início às chamadas intervenções não farmacológicas (INF)⁸, com uso das tecnologias medievais da quarentena e do isolamento tão bem problematizadas por Foucault, além do uso de máscaras e lavagem das mãos. Todo um esforço de “achatamento da curva” com o objetivo de atrasar o pico da epidemia e minimizar o impacto na alta complexidade foi desenvolvido até que, em um futuro que não se acreditava tão distante a imunidade pudesse ser adquirida.

Nessa perspectiva, uma corrida laboratorial começa a produzir alguns resultados. Até a data de 5 de maio de 2020, havia oito vacinas em fase de testes clínicos, sem data prevista de aprovação final e disponibilização e 100 em avaliação pré-clínica⁹.

Por outro lado, conforme cresce o conhecimento sobre o vírus e sua interação com o corpo humano, novos sintomas surgem modificando a percepção clínica da doença que passa a ser vista como uma síndrome sistêmica com múltiplas manifestações. Em 80% dos casos, a doença é assintomática, ou cursa com sintomas gripais, que surgem entre o 5º e o 6º dia, com predomínio de febre, tosse, prostração, mas que pode evoluir, em cerca de 20% dos casos, após período em torno do 10º dia, para quadros mais importantes, com alterações de imagem pulmonar no formato de vidro fosco, que necessitam de hospitalização para oxigenoterapia. A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) causada pelo COVID-19 é de grande agressividade, com necessidade de internação por duas a três semanas, em média, com longos períodos (10 a 15 dias) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em 5 a 10% dos casos¹⁰.

Diante deste cenário, ficou evidente, desde o início da pandemia, a necessidade de monitoramento dos quadros ao nível global. Com esse entendimento, pesquisadores da Johns Hopkins University desenvolveram um painel para acompanhamento em tempo real (defasagem de um dia apenas) dos casos incluindo as seguintes informações: casos confirmados acumulados; número de óbitos; casos ativos; taxa de incidência; taxa de letalidade; taxa de testagem; taxa de hospitalização^{6,11}.

O primeiro caso do COVID-19 na América Latina ocorreu, ao que tudo indica, na cidade de São Paulo, Brasil, em um homem de 61 anos, que chegou por via aérea da Itália, no dia 21 de fevereiro, e teve teste confirmado cinco dias após¹². Naquele momento, cidades com maior número de voos internacionais continuaram a receber voos de países estrangeiros com epidemias em curso sem maiores controles por parte da Vigilância Sanitária que responde, no caso dos aeroportos, diretamente ao governo central. De imediato, surgiram preocupações sobre a capacidade dos sistemas de saúde da América Latina para enfrentar uma situação que exigiria boas estratégias de comunicação para educar a população para a prevenção da doença, não apenas no Brasil, mas em países vizinhos.

Platform	Type of candidate vaccine	Developer	Coronavirus target	Current stage of clinical evaluation/regulatory status-Coronavirus candidate	Same platform for non-Coronavirus candidates
Non-Replicating Viral Vector	Adenovirus Type 5 Vector	CanSino Biological Inc./Beijing Institute of Biotechnology	COVID-19	Phase 2 ChiCTR2000031781 Phase 1 ChiCTR2000030906	Ebola
RNA	LNP-encapsulated mRNA	Moderna/NIAID	COVID-19	Phase 2 (IND submission) Phase 1 NCT04283461	multiple candidates
Inactivated	Inactivated	Wuhan Institute of Biological Products/Sinopharm	COVID-19	Phase 1/2 ChiCTR2000031809	
Inactivated	Inactivated	Beijing Institute of Biological Products/Sinopharm	COVID-19	Phase 1/2 ChiCTR2000032459	
Inactivated	Inactivated + alum	Sinovac	COVID-19	Phase 1/2 NCT04352608	SARS
Non-Replicating Viral Vector	ChAdOx1	University of Oxford	COVID-19	Phase 1/2 NCT04324606	MERS, influenza, TB, Chikungunya, Zika, MenB, plague
RNA	3 LNP-mRNAs	BioNTech/Fosun Pharma/Pfizer	COVID-19	Phase 1/2 2020-001038-36	
DNA	DNA plasmid vaccine with electroporation	Inovio Pharmaceuticals	COVID-19	Phase 1 NCT04336410	multiple candidates

Gravura 1. Panorama das “candidatas” a vacina contra COVID-19

Fonte: OMS, 2020

São Paulo, que possui 22% da população brasileira logo se tornou o epicentro da pandemia, no Brasil, responsável por cerca de 29% dos casos notificados e 32% dos óbitos, seguido do Rio de Janeiro (11% e 15%), Ceará (11% e 10%) e Pernambuco (9% e 9%). A Bahia aparece no ranking do COVID-19 em uma situação mais confortável, com 2% das notificações e 4% dos óbitos nacionais, com uma população estimada pelo IBGE em 15 milhões de habitantes (7,2% da população brasileira), quarto estado em população^{1,13}.

Aqui, é importante resgatar a grande crise política que se instalou logo de início com a posição contrária do presidente Jair Bolsonaro às orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) de isolamento social, o que o fez minimizar a gravidade e amplitude do COVID-19 e contrariar a condução do Ministério da Saúde (MS), comparecer a manifestações com aglomeração favoráveis ao relaxamento do isolamento, se opondo às diretivas dos governos estaduais e municipais, dentre outras ações polêmicas como o incentivo ao uso indiscriminado de hidroxocloroquina, até o momento sem comprovação de eficácia para o SAR-CoV2¹⁴.

Estes e outros desdobramentos da crise política dentro da pandemia são por demais conhecidos do público nacional e internacional. Interessa aqui destacar algumas ações importantes engendradas pela comunidade acadêmica e a corrida para superar a falta de leitos hospitalares, de equipamentos de proteção individual (EPI), respiradores e de insumos medicamentosos eficazes para o tratamento dos casos graves, uma vez que o tempo esperado para a disponibilização de uma vacina não seria inferior a um ano e meio.

Em função do alto nível de contágio e da necessidade de cuidados hospitalares intensivos, a maior preocupação dos gestores tem sido focada na grande demanda por leitos hospitalares e consequente colapso do sistema de saúde. Isso tem levado os estados brasileiros a investirem na construção e reforma de hospitais e aquisição de respiradores que passam a ser intensamente disputados no mercado. Por outro lado, ao priorizar as ações para prevenir, identificar e tratar os pacientes contagiados pelo COVID-19, tem sido dada grande centralidade ao fortalecimento de hospitais e Unidades de Terapia Intensiva (UTI),

porém a Atenção Primária em Saúde precisa também ser fortalecida para dar continuidade ao cuidado de pacientes crônicos com enfoque comunitário e territorial. Com esse objetivo, mudanças importantes devem ser feitas em cada processo de trabalho, com o uso de tecnologias de comunicação à distância para se comunicar e atender os pacientes.

Pessoas com agudização de doenças crônicas, quadros de arboviroses e sofrimento mental aumentado pelo isolamento social precisam de atendimento. “Valorizar a APS/ESF na estratégia de ação do país permitirá conhecer a real magnitude da epidemia, contribuir para a redução da transmissão do vírus e qualificar a atenção à saúde da população”¹⁵. Por outra parte, vale a pena lembrar que o financiamento federal para a saúde foi congelado pela Emenda Constitucional 95 gerando um prejuízo ao SUS, de 2018 a 2020, de R\$22,48 bilhões segundo a Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Isto torna o cenário de resposta à pandemia ainda mais difícil¹⁶.

Em que pese o crescente reconhecimento por parte da sociedade do papel crucial do Sistema Único de Saúde na condução da situação da crise sanitária no Brasil, o problema político causado pela minimização da gravidade do COVID-19 e quase abandono da gestão do sistema nacional pelo Ministério da Saúde, impôs o protagonismo dos estados e municípios na condução dos processos de isolamento e preparação da rede de serviços para enfrentar a pandemia, auxiliados por instituições societárias diversas com destaque para as universidades.

Gostaríamos de pontuar, dentre as inúmeras iniciativas solidárias da sociedade brasileira, três propostas desenvolvidas com o auxílio da academia, impulsionada pelos desafios lançados pelo maior evento catastrófico do século 21 e discutir as implicações dessas iniciativas para a ciência no âmbito da saúde.

Em primeiro lugar, é preciso ressaltar a criação do Comitê Científico de Combate ao Coronavírus do Consórcio Nordeste¹⁷, que agrega nove estados da região com uma população total de 57 milhões de habitantes: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe.

O Comitê Científico do Consórcio Nordeste (CCCN)¹⁸ agrega várias entidades como a Rede CoVida – Ciência, Informação e Solidariedade, O Programa de Pós-Graduação em Ecologia e Monitoramento Ambiental (PPGEMA-UFPB), A Rede e Instituto OBVIO de pesquisa; o Programa de Pós-Graduação em Demografia (PPGDem) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que organizou o ONAS-Covid19 para sistematizar a produção de análises sociodemográficas de maneira acessível ao público em geral; e o Observatório COVID-19 BR¹⁹, que oferece uma visão sistematizada de várias bases de dados atualizada e cientificamente embasadas com o auxílio de diversas universidades brasileiras, a maioria do estado de São Paulo.

Dentre as ações desenvolvidas pelo CCCN, destacam-se os materiais de apoio para a mídia e painéis produzidos por internet (*webinar*) pela Rede Co-Vida, criada pelo Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (CIDACS/FIOCRUZ Bahia) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA)²⁰. Outros projetos da UFBA incluem o núcleo de Telessaúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), para auxiliar profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde dos 417 municípios da Bahia, por meio de um serviço de Teleconsultoria Especializada, que busca diminuir a necessidade de deslocamento intermunicipal no enfrentamento do Coronavírus; a produção de máscaras faciais de proteção Face Shield para distribuição em hospitais e unidades de saúde do estado, como o hospital Martagão Gesteira e o Couto Maia; além do Telecoronavírus 155 (UFBA/FIOCRUZ/SESAB) que, em 42 dias prestou cerca de 24 mil atendimentos com média de 532 ligações por dia.

Outra iniciativa na qual o CCCN tem se empenhado é na implementação do aplicativo para celular Monitora COVID-19²¹ já totalmente operacional na Bahia, Piauí e Sergipe e em fase de implantação no Maranhão e Paraíba, que busca:

agilizar, qualificar e monitorar os casos confirmados, suspeitos e em isolamento domiciliar de CoronaVirus, o aplicativo MONITORA COVID-19 o e a plataforma web de atendimento constitui uma sala de situação com a função de apoiar a gestão municipal no monitoramento dos casos em isolamento domiciliar de forma mais eficaz e dinâmica. Com profissionais de saúde na retaguarda, chat interativo para uma rápida comunicação entre o paciente e o profissional de saúde a ferramenta permite georreferenciar, mapear e classificar cada caso, permitindo que os planejamentos de ações estejam alinhados com a realidade epidemiológica da pandemia e necessidade de cada indivíduo.

O CCCN opera por meio de nove subcomitês (Quadro 1)¹⁸ e, em seu Boletim²² de 24 de abril de 2020, “reitera, sem qualquer hesitação, a necessidade de se manter e ampliar significativamente os atuais níveis de distanciamento social sob pena de termos uma catástrofe humanitária sem precedentes na história do Brasil”; recomenda a desinfecção de lugares públicos, veículos de carga e de veículos de passeio; sugere a adaptação de máquinas de ventilação de salas cirúrgicas para UTI, nos moldes do implantado pelo HC-FMUSP; ampliação dos aportes financeiros para as agências de fomento de pesquisa estatais e a criação de um Fundo do Nordeste para Fomento à Ciência e Desenvolvimento Tecnológico (FNCD); reforça sua recomendação contra o uso de medicamentos, em qualquer fase da infecção produzida pelo Coronavírus, que não possuam embasamento científico ou clínico comprovados, como a Hidroxicloroquina; agradece os “esforços voluntários dos mais de 1.000 cientistas, profissionais de saúde, de comunicação, artistas gráficos e digitais, tradutores, gestores e administradores que se uniram a plataforma virtual de colaboração do comitê denominada de Projeto Mandacaru; e recomenda o uso em campo do oxímetro portátil pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Quadro 1. Subcomitês do Comitê Científico do Consórcio Nordeste para combate ao Coronavírus

Subcomitê 1	Sala de situação: produzirá um clipping científico, um perfil dos membros do Comitê, coleta e análise de dados, aplicativos e suporte TI, simulações, estimativas e cenários, logística e comunicação pública.
Subcomitê 2	Protocolos de assistência médica e ambulatorial, clínica e terapêutica, estudos clínicos, desenvolvimento de drogas.
Subcomitê 3	Equipamentos hospitalares, ventiladores e alternativas, EPI e insumos, recursos hospitalares, e de UTI.
Subcomitê 4	Interação entre indústria, startups e laboratórios, e unidades de pesquisa locais.
Subcomitê 5	Fomento a redes de pesquisa, desenvolvimento tecnológico, fontes de recursos e novas linhas de financiamento.
Subcomitê 6	Contatos nacionais e internacionais.
Subcomitê 7	Virologia, vacinas e diagnóstico laboratorial.
Subcomitê 8	Políticas públicas de intervenção (medidas econômico-sociais)
Subcomitê 9	Epidemiologia, modelos matemáticos e medidas de enfrentamento. Modelos matemáticos.

A segunda iniciativa a ser destacada neste editorial diz respeito ao espaço virtual de debates, nos mesmos moldes da UFBA, o Ágora ABRASCO. Em artigo sobre a pandemia na América latina, o jornal *The Lancet*²³ citou a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) como representante das instituições e movimentos que têm se oposto às ações do presidente Bolsonaro, ao passo em que foi recomendado pelo Fórum de Editores de Saúde Coletiva²⁴ a adoção, pelas revistas que o compõem, de processos de revisão acelerada (*fast tracking*) por pares com o objetivo de ampliar a troca de informações e dados científicos sobre o COVID-19. A Revista de Saúde Coletiva da UEFS tem priorizado trabalhos sobre esta temática e lança, em conjunto com o Volume 10, uma chamada com esta finalidade.

Graças a essa disposição mundial para a cooperação científica ágil, novos conhecimentos estão sendo gerados em âmbitos que vão da genômica à sociologia, da informática à medicina clínica, com aportes inestimáveis para a Saúde Coletiva que deve lançar mãos dos saberes acumulados ao longo das últimas décadas na gestão dos sistemas e das redes de atenção.

A todo momento chegam novas informações, fruto de publicações ou boletins epidemiológicos que novos aspectos da pandemia. A Sociedade Europeia de Cardiologia²⁵ publicou um release informando que o Coronavírus acomete preferencialmente com maior gravidade homens graças às maiores concentrações de enzimas conversoras de angiotensina 2 (ACE2).

Já o Nova York lançou um alerta sobre uma síndrome inflamatória similar à de Kawasaki, que já acometeu até o início de maio, 73 crianças, com três mortes e que foi descrita por autores italianos^{26,27}. Estes desdobramentos indesejáveis surpreendem a cada dia a prática clínica e reforçam a necessidade da manutenção e ampliação dos observatórios, painéis, redes de colaboração que atualizem os dados e publiquem resultados das pesquisas em curso a tempo de impactar positivamente no curso da pandemia que não tem data para acabar.

Olhando-se para alguns dos impactos sociais que afetam a todos indistintamente estão o aceleração da tendência já em curso do uso de tecnologias de comunicação à distância, observando-se seus limites, mas também suas potencialidades ainda não inteiramente exploradas no campo da saúde e da educação.

Inúmeras questões motivam a pesquisa e outras podem estar sendo negligenciadas diante da complexidade dos eventos e da premência das ações. Cabe à academia, sem deixar de agilizar aportes, construir questões e motivar respostas também sobre as formas de enfrentamento lançadas pelos serviços, as dificuldades encontradas e soluções construídas no cotidiano que, nos últimos três meses, tem sido responsável pela maior morbimortalidade de profissionais de saúde em todo o mundo. Estas respostas para perguntas ainda em formulação terão que ser apresentadas, revistas, analisadas e avaliadas por muitos anos.

REFERÊNCIAS

1. COVID-19 Brasil. Disponível em: <https://ciis.fmrp.usp.br/covid19/brasil/>. [2020 mai 10].
2. Zhou, P., Yang, X., Wang, X. et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature* 2020; 579; 270–273.. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2012-7>. [2020 mai 10]
3. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report– 1, 21 January 2020. WHO. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4. [2020 mai 10].
4. Young BE, Ong SWX, Kalimuddin S, et al. Epidemiologic Features and Clinical Course of Patients Infected With SARS-CoV-2 in Singapore. *JAMA* 2020; 323(15): 1488-1494.
5. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 1, 23 January 2020. WHO. Disponível em: <https://>



- www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200123-sitrep-3-2019-ncov.pdf?sfvrsn=d6d23643_8. [2020 mai 10].
6. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Disponível em: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>. [2020 mai 13].
7. Guan W, Liang W, Zhao Y, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with Covid-19 in China: A Nationwide Analysis. EUR RESPIR J.
8. Garcia LP; Duarte E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde 2020; 29(2): 1-4.
9. World Health Organization. Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines – 5 May 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/novel-coronavirus-landscape.ncov.pdf>. [2020 mai 13].
10. Zhang W. Manual de prevenção e controle da Covid-19 segundo Doutor Wenhong. São Paulo: PoloBooks, 2020.
11. SSanthanam L. Track the spread of novel coronavirus with this map. Health Jan 22, 2020 6:37 PM. Disponível em: <https://www.pbs.org/newshour/health/track-the-spread-of-novel-coronavirus-with-this-map>. [2020 mai 13].
12. Rodriguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana, et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. Travel Med Infect Dis 2020; e: 101613.
13. Brasil. IBGE. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. [2020 mai 10].
14. Eleris J, Sun Y, Platt J, et al. Observational Study of Hydroxychloroquine in Hospitalized Patients with Covid-19. N Engl J Med: e-1-8. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2012410#article_citing_articles. [2020 mai 11].
15. Rede APS. Fortalecer a ESF no enfrentamento da COVID-19: posição da Rede APS da ABRASCO. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/05/04/fortalecer-a-esf-no-enfrentamento-da-covid-19-posicao-da-rede-aps-da-abrasco/>. [2020 mai 12].
16. Conselho Nacional de Saúde. STF aceita pedido de ingresso do CNS como colaborador em ações contra teto de gastos. Disponível em: <http://www.susconecta.org.br/stf-aceita-pedido-de-ingresso-do-cns-como-colaborador-em-aco-es-contra-teto-de-gastos/>. [2020 mai 12].
17. Bahia. Consórcio Nordeste. Disponível em: <https://consorcionordeste.com/>. [2020 mai 12].
18. Bahia. Comitê Científico de Combate ao Coronavírus. Disponível em: <https://www.comitecientifico-ne.com.br/>. [2020 mai 12].
19. Observatório Covid-19 BR. Quem somos nós e a motivação por trás do Observatório. Disponível em: <https://covid19br.github.io/sobre.html>. [2020 mai 11].
20. Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <https://coronavirus.ufba.br/telecoronavirus-atendeu-cerca-de-24-mil-pessoas-em-42-dias-de-operacao>. [2020 mai 11].
21. Monitora Covid-19. Disponível em: <https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.novetech.monitoracorona>. [2020 mai 11].
22. Comitê Científico do Consórcio Nordeste. Boletim 5. Nordeste do Brasil, 24 de abril de 2020. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1_1DC9nsd6pahZxdKEAOjbjHyxqzfqkco/view. [2020 mai 10].
23. The Lancet. Editorial. COVID-19 in Brazil: “Sowhat?”. 2020; 395: 1461. Disponível em: [https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3/attachment/c424a26a-9642-469b-b1f3-431955b25a54/mmc1.pdf](https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S0140-6736(20)31095-3/attachment/c424a26a-9642-469b-b1f3-431955b25a54/mmc1.pdf). [2020 mai 13].
24. Bruno C. Dias. Revistas de Saúde Coletiva adotam fast tracking para divulgar produções sobre a pandemia de Covid-19. Enviado em: 8 de maio de 2020. ABRASCO. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/forumdeeditoresdesaudecoletiva/>. [2020 mai 13].
25. European Society of Cardiology. Men's blood contains greater concentrations of enzyme that helps COVID-19 infect cells. Finding may explain why men with heart failure suffer more from the coronavirus than women. Eurekalert. News release of 10-May-2020. Disponível em: https://www.eurekalert.org/pub_releases/2020-05/esoc-mbc050720.php. [2020 mai 13].
26. Courage KH. What we know about the new Covid-19-linked illness in children: A rare, Kawasaki-like disease is striking kids who have coronavirus antibodies, a Lancet study from Italy shows. May 13, 2020, 6:40pm. Disponível em: <https://www.vox.com/2020/5/13/21257568/kids-covid-19-kawasaki-pediatric-multisymptom-inflammatory-disease>. [2020 mai 13].
27. Verdoni L, Mazza A, Gervasoni A, et al. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31103-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31103-X/fulltext). [2020 mai 13].