

Uso de tecnologias para telemonitoramento na atenção primária à saúde na pandemia do Covid-19: relato de experiência

Use of telemonitoring technologies in primary health care strategy in the Covid-19 pandemic: an experience report

Uso de tecnologías de telemonitorización en la atención primaria de salud en la pandemia de Covid-19: informe de experiencia

Recebido: 27/09/2021 | Revisado: 04/10/2021 | Aceito: 11/10/2021 | Publicado: 13/10/2021

Raquel Araújo Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3959-4964>
Fundação Oswaldo Cruz, Brasil
E-mail: raquel.ki@hotmail.com

Eva Luzia de Almeida Alencar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3348-0517>
Universidade Potiguar, Brasil
E-mail: evaalmeida@unp.edu.br

Alexandre Akio Majima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0495-8745>
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: alexandrekiomajima@hotmail.com

Larissa Galvão Rosado

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8043-8461>
Universidade Potiguar, Brasil
E-mail: larissagalvaor@gmail.com

Ana Clara Aragão Fernandes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8936-6599>
Universidade Potiguar, Brasil
E-mail: clara@diariodapesquisa.com

Priscila Araújo Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2572-776X>
Fundação Oswaldo Cruz, Brasil
E-mail: prissaraoujo@gmail.com

Resumo

Este estudo teve por objetivo relatar a experiência na implantação do telemonitoramento na Atenção Primária à Saúde (APS) na pandemia do Covid-19 e como as tecnologias leve, leve-dura e dura tiveram papel fundamental na garantia da atenção integral e longitudinal dos usuários do Sistema Único de Saúde. Esta experiência ocorreu entre maio de 2020 a fevereiro de 2021, no município de Camaçari, na Bahia, e assistiu cerca de 1.259 indivíduos adscritos no território coberto pela unidade de saúde. Observou-se que o uso das tecnologias visou ofertar não apenas a manutenção da assistência, mas também o fortalecimento do vínculo criado entre profissional e usuário, a organização da gestão do serviço e do cuidado, a minimização de agravos e o fortalecimento da comunicação entre usuário e equipe de saúde. Por esses motivos, esta ferramenta digital reflete um potencial para ser útil e explorada em outros cenários após o período da pandemia.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Coronavírus; Pandemias; Telemonitoramento.

Abstract

This study aimed to report the experience in the implementation of telemonitoring in Primary Health Care in the Covid-19 pandemic and how the soft, soft-hard and hard technologies played a key role in ensuring comprehensive and longitudinal care for users of the Unified Health System. This report happened between May 2020 and February 2021, in the city of Camaçari, state of Bahia, and assisted about 1.259 individuals in the territory covered by the health unit. It was observed that the use of technologies aimed to offer not only the maintenance of assistance, but also the strengthening of bonds between professional and each users, organization of service and care management, minimization of injuries and strengthening of communication between user and health team. For these reasons, this digital tool reflects a potential to be useful and explored in other scenarios, after the pandemic period.

Keywords: Primary health care; Coronavirus; Pandemics; Telemonitoring.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo reportar la experiencia en la implementación de la telemonitorización en la Atención Primaria de Salud (APS) en la pandemia de Covid-19 y cómo las tecnologías ligera, ligera-dura y dura jugaron un papel clave para garantizar la atención integral y longitudinal de los usuarios del Sistema Único de Salud. Esta experiencia se desarrolló entre mayo de 2020 y febrero de 2021, en el municipio de Camaçari, Bahía, y atendió a unas 1.259 personas inscritas en el territorio cubierto por la unidad sanitaria. Se observó que el uso de las tecnologías pretendía ofrecer no sólo el mantenimiento de la asistencia, sino también el fortalecimiento del vínculo creado entre el profesional y el usuario, la organización del servicio y la gestión de los cuidados, la minimización de las lesiones y el fortalecimiento de la comunicación entre el usuario y el equipo de salud. Por estas razones, esta herramienta digital refleja un potencial para ser útil y explorada en otros escenarios, después del período pandémico.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Coronavirus; Pandemias; Televigilancia.

1. Introdução

A pandemia da Covid-19, pelo Sars-CoV-2 ocasionou alterações significativas em todos os setores existentes na sociedade (Ge et al., 2020; Rothan & Byrareddy, 2020; Sohrabi, 2020). No dia 11 de Março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou estado de pandemia e, a partir desta data, o isolamento social foi incorporado como forma de controle. Órgãos da Saúde anunciaram inúmeras medidas para evitar a propagação do contágio pelo vírus, fazendo com que as cirurgias e consultas eletivas fossem suspensas (Aquino et al., 2020; Garcia & Duarte, 2020; Wang et al., 2020).

A Prefeitura de Camaçari, município localizado no estado da Bahia, decretou, via Diário Oficial no dia 20 de Março de 2020 (Prefeitura Municipal de Camacari, 2020), a permanência das consultas apenas para gestantes, usuários sob tratamento de tuberculose e/ou hanseníase, planejamento familiar, imunização e para triagem e acolhimento de demandas urgentes com priorização de suspeitas de quadro gripal (Aquino et al., 2020). Diante deste cenário, é imprescindível a manutenção da assistência aos usuários adscritos, visto que o isolamento social gerou dificuldades à garantia da atenção integral à saúde, inclusive na busca contínua dos casos ativos da Covid-19 e dos seus contatos conforme recomendado pela OMS (Soares et al., 2020).

Visando o propósito de garantia da atenção integral à saúde, a APS tem utilizado cada vez mais ferramentas tecnológicas, como a implantação dos teleatendimentos, dentre elas estão teleconsultas, telemonitoramentos, telematriciamentos e até mesmo televisitas (Soares et al., 2020). Isto ressalta a importância da inovação tecnológica na APS com o uso de estratégias simples e de baixo custo, a fim de assegurar a assistência longitudinal e integral, a qual é tão legitimada pelo SUS. Portanto, a APS demonstra que a ideia de tecnologia não está ligada somente a equipamentos, mas também ao ‘saber fazer’ e a um ‘ir fazendo’ (Oliveira et al., 2009).

Segundo Merhy (2002), as tecnologias são classificadas como leve, leve-dura e dura, dentre as quais a leve corresponde às relações de vínculos, comunicação, autonomização e acolhimento; a leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica e a epidemiologia; e a dura refere-se ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, além de normas e estruturas organizacionais. Estes três tipos de tecnologias descritas por Merhy foram exploradas na Unidade de Saúde da Família (USF) e divididas em três etapas: divisão de tarefas; telemonitoramento e implantação de planilhas, com o intuito de fortalecimento da missão da APS, a qual é o cuidado holístico para com cada indivíduo.

O principal objetivo do presente estudo é relatar a experiência de uma enfermeira residente na implantação das tecnologias leve, leve-dura e dura para criação do telemonitoramento em uma unidade de saúde da família na pandemia do Covid-19.

2. Metodologia

O presente artigo apresenta um estudo observacional descritivo com abordagem qualitativa, caracterizando-se como um relato de experiência. Os dados foram coletados por meio da observação ativa (Lüdke & André, 2013) de uma enfermeira residente do segundo ano do Programa Integrado de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a partir da gestão do cuidado através da utilização das várias tecnologias para criação e implementação de telemonitoramento dos usuários durante o período de restrição das idas presenciais às unidades de saúde na pandemia do Covid-19.

Maior território da Região Metropolitana, localizado no litoral norte da Bahia, a 42 km da faixa costeira, Camaçari possui extensão territorial de 784,658 km², população estimada de 293.723 habitantes em 2018 e densidade demográfica de 309,65 hab/km² em 2010 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2021). O município possui 34 USF com 57 equipes distribuídas entre elas. Cada equipe de saúde da família é multiprofissional, sendo composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, agentes comunitários de saúde e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Prefeitura de Camaçari, 2018).

O estudo ocorreu entre maio e dezembro de 2020 em uma USF no município de Camaçari, no estado da Bahia, a qual é composta por 04 equipes mínima juntamente com o NASF e demais profissionais. Esta USF não utilizava nenhum método de atendimento via telessaúde para os usuários anteriormente a essa pesquisa.

A equipe multiprofissional responsável pelo processo de telemonitoramento foi composta por residentes da equipe mínima e do NASF sob direcionamento da residente enfermeira e da preceptora, os quais assistiram cerca de 1.259 das 2.519 pessoas cadastradas no seu território. O monitoramento dos usuários era realizado de forma remota no horário das 8:30 até às 16:30 e pelas linhas telefônicas pessoais de cada residente, pois a USF não possuía estrutura e equipamentos suficientes para essa função.

3. Resultados e Discussão

A APS é o primeiro pilar dos níveis de atenção do SUS e aborda não apenas o usuário, mas também a sua família e comunidade. Ela é reconhecida como um componente-chave dos sistemas de saúde devido a evidências do seu impacto no desenvolvimento populacional: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (Oliveira & Pereira, 2013; Tesser et al., 2018).

Contudo, para essa eficácia na atuação na APS, é fundamental um bom vínculo estabelecido e mantido com cada pessoa adscrita nestes locais. Desse modo, a proposta da implantação dos três tipos de tecnologias para realização da telemonitorização buscou ofertar não apenas assistência individualizada ao usuário, mas, também, evitar a quebra do relacionamento conquistado de forma singularizada.

3.1 Divisão de Tarefas (Tecnologia leve)

Inicialmente, as atividades do programa foram estruturadas utilizando um fluxo de divisão de tarefas para os profissionais da equipe mínima e, semanalmente, de segunda à sexta-feira, todos os usuários deste território recebiam as chamadas telefônicas, cujos principais objetivos eram manter o vínculo, identificar necessidades orgânicas urgentes da saúde e agendar consultas necessárias, como as de pré-natais ou de usuários descompensados. Cada membro era responsável por uma ou duas planilhas e a cada mês havia um rodízio das linhas de cuidado. Todas as planilhas continham informações gerais do

indivíduo assistido, como nome completo, data de nascimento, idade, cartão do SUS, telefone, endereço, medicamentos em uso, data do último contato e um campo para observações. Além disso, cada planilha possuía abas que requeriam informações relacionadas à linha específica de cuidado, por exemplo, a de Pré-natal continha a data da última menstruação (DUM), data provável de parto (DPP) e encaminhamentos para pré-natal de alto risco (PNAR).

Em diversos espaços e níveis de atenção à saúde, o protagonismo das enfermeiras se desvela na coordenação e na gestão de equipes e serviços. A inserção política dessas profissionais no cenário em saúde do Brasil foi se materializando a partir da estruturação do SUS, quando houve a compreensão da enfermagem como parte de uma estrutura social, com participação nas mudanças das políticas de saúde que se traduzem em ações voltadas para a cidadania e para a promoção da saúde (Bitencourt et al., 2020). Ademais, destaca-se que a gestão eficaz do processo de trabalho está diretamente ligada à relação positiva de vínculo e de comunicação entre todos os membros da equipe.

A comunicação interprofissional é um aspecto crucial para o desenvolvimento da relação de um grupo, pois oferece um cuidado centrado no usuário, família e na comunidade; uma dinâmica de funcionamento da equipe; e uma resolução de conflitos interprofissionais e uma liderança colaborativa (Previato & Baldissera, 2018). Neste ponto, a APS destaca-se e diversifica formas de comunicação dos usuários com a equipe através do trabalho compartilhado entre a equipe mínima e o NASF, os quais, juntos, buscam a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações de saúde permeadas pela interdisciplinaridade (Nussbaumer-Streit et al., 2020).

À vista disso, as relações de vínculos sadios e acolhimento qualificados para com os indivíduos assistidos são fortalecidas, pois essa comunicação eficaz proporciona o compartilhamento de saberes, inquietações e de vitórias geradas na rotina do trabalho. Isso favorece o aprendizado pela prática cotidiana e pela reflexão dos saberes problematizados que, conseqüentemente, repercute em melhores resultados de saúde e maior satisfação de todos os envolvidos (Previato & Baldissera, 2018).

3.2 Telemonitoramento (Tecnologias leve e leve-dura)

O telemonitoramento é uma ferramenta tecnológica que visa promover o acompanhamento não presencial de usuários assistidos por uma determinada unidade de saúde por meio da identificação daqueles que podem permanecer nessa monitorização domiciliar e pela avaliação dos aspectos clínicos, dos riscos e da gravidade, a fim de identificar uma avaliação presencial ou encaminhamento para outro tipo de serviço de saúde (Silveira et al., 2020).

Essa ferramenta tem sido amplamente utilizada neste período de pandemia, pois, além de permitir uma boa avaliação do estado de saúde dos usuários à distância, tem auxiliado na logística do fluxo da USF devido à triagem virtual, tendo como consequência a redução da procura desnecessária das unidades de saúde, o que reflete no melhor atendimento àqueles que realmente necessitam. Ademais, serve como forma de vínculo entre os profissionais de saúde e usuários, os quais se sentem mais assistidos pelo cuidado ofertado e pelo seu seguimento perante o contexto pandêmico por Covid-19 (Silveira et al., 2020).

O telemonitoramento realizado neste estudo preocupou-se com a saúde holística dos usuários, no qual foi abordado tanto os saberes da clínica, quanto ofertado educação em saúde, realizado acolhimento e escuta qualificada de suas queixas, dúvidas, medos, inquietações e, também, no compartilhamento de ideias e sugestões de distintas atividades para serem exploradas durante a pandemia como prática do yoga, exercícios para respiração, culinária, entre outras. Caso não fosse possível contato telefônico por número inexistente ou não atendimento, a respectiva Agente Comunitária de Saúde (ACS) era acionada por ligação ou através de reuniões on-line e era iniciada uma investigação virtual por meio de pessoas dentro do círculo de relacionamento deste indivíduo.

No caso de identificação de demandas urgentes, agendava-se o mais breve possível uma consulta na USF ou uma visita domiciliar. Os usuários e/ou cuidadores eram orientados a respeito dos possíveis riscos desses contatos presenciais e, se

eles concordassem, apenas alguns profissionais considerados essenciais para as demandas específicas realizavam o atendimento seguindo as normas de segurança.

Salienta-se que usuários identificados em telemonitoramento como suspeitos de Covid-19 eram encaminhados para avaliação com um grupo específico e com espaço definido na unidade criada para esta assistência. Após a diminuição no número de casos de Covid-19 no município de Camaçari, em 04/08/2020, as visitas domiciliares retornaram, mas apenas com demandas urgentes e priorização dos acamados com quadro sintomático respiratório.

Destaca-se, nesse cenário, o papel fundamental do NASF no processo de atendimento às demandas. Inúmeras necessidades de apoio psicológico foram identificadas durante estas investigações, sendo os usuários encaminhados para o cuidado compartilhado com os outros profissionais.

Essa vivência beneficiou não apenas os usuários e comunidade assistida, como também os profissionais de saúde que tiveram a oportunidade de experimentar uma nova modalidade que promove e compreende a saúde para além da visão tradicional farmacológica. Ademais, nota-se a importância da permanência das reuniões de equipe, pois permitiu a obtenção de atualizações sobre os usuários contactados durante a semana, além de trocas de saberes, formas de cuidado e identificação de outras necessidades apresentadas por cada ACS, melhorando o cuidado ofertado na USF.

3.3 Implantação das planilhas (Tecnologia dura)

De acordo com Chiavenato (2006), a estrutura organizacional é o conjunto ordenador de responsabilidades, comunicações e decisões das unidades de um local. É a forma pela qual as atividades são divididas, sistematizadas e coordenadas, provocando impactos na cultura organizacional (Nussbaumer-Streit et al., 2020).

As planilhas foram elaboradas no *excel* do *drive* do *gmail* e organizadas de acordo com as necessidades, protocolos terapêuticos e diagnósticos referentes às seguintes linhas de cuidado: Pré-natal, Puericultura, Saúde Mental, Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Casos Complexos. Cada uma delas foi dividida em quatro abas, separando assim os usuários das 04 ACS. As marcações eram feitas em outra planilha denominada “Agenda de Atendimentos ou Visitas Domiciliares com Demandas Urgentes”.

Vale ressaltar que estes instrumentos foram inicialmente criados em maio de 2020, pelas residentes de Enfermagem da USF, como sugestão da preceptoria em turno pedagógico a fim de sistematizar o serviço.

A aplicação das planilhas contribuiu para uma amplificação do cuidado personalizado e direcionado para as reais necessidades em saúde. O rastreamento mais apurado em relação aos usuários pertencentes a cada linha de cuidado conduziu a identificação e a organização de dados nos prontuários que estavam incompletos ou inexistentes, como registros de contatos telefônicos, nomes dos cuidadores dos idosos e histórico de outras doenças preexistentes. Além disso, a adequada implantação destas planilhas contribuiu para mapeamento da situação epidemiológica em saúde, identificação das demandas prioritárias locais e detecção de usuários mais vulneráveis.

Estudos também mostram que esta tecnologia reduz a sobrecarga da APS e outros níveis de atenção devido ao ordenamento do fluxo das pessoas no sistema. Para mais, tendo em vista o potencial de afastamentos laborais de muitos profissionais de saúde na vigência da pandemia, ela também é uma possibilidade de estes trabalhadores atuarem remotamente (Sarti et al., 2020).

4. Considerações Finais

A APS tem o compromisso em reduzir distâncias, fortalecer o elo entre a comunidade e os profissionais através da sua singularidade de atuação com cada indivíduo. Afinal, o cuidado é baseado no atendimento ao ser humano em seu sofrimento

que, em grande medida, é fruto de sua fragilidade social, decorrente, neste caso, do atual período de isolamento social pela pandemia do Covid-19 (Pinheiro & Mattos, 2006).

A utilização das tecnologias foram fundamentais para a continuidade do cuidado e a minimização dos agravos dos usuários. A gestão do serviço, o telemonitoramento e o uso de instrumentos digitais para gestão do cuidado promovem a efetividade da assistência holística de cada usuário.

Durante o estudo, percebeu-se que o maior desafio encontrado foi a ausência de espaço físico na USF com internet de qualidade, telefone disponível e local apropriado para evitar aglomeração dos profissionais. Em outros cenários, os profissionais de saúde e gestores poderiam pensar em estratégias para suprir estas questões e fazer com que esta e outras tecnologias sejam melhores aplicadas.

Esta ferramenta poderá ser útil após o período da pandemia devido aos principais benefícios visualizados durante a sua aplicação, como fortalecimento de vínculo entre os usuários e a equipe multiprofissional e acompanhamento eficaz e minucioso deles e de cada família e comunidade.

O presente estudo apresentou limitação no que diz respeito à quantidade de usuários assistidos e à consequente redução na amostra final das repercussões identificadas durante o telemonitoramento, devido aos desafios explicitados anteriormente. Portanto, é pertinente a produção de pesquisas, para construção de um espaço físico ideal, a fim de suprir as lacunas citadas e proporcionar experiências que poderão servir de molde para outros serviços que tenham como missão uma assistência longitudinal e integral, bem como as refletidas nos princípios doutrinários do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade.

Referências

- Aquino, E. M. L., Silveira, I. H., Pescarini, J. M., Aquino, R., Souza-Filho, J. A. de, Rocha, A. dos S., & Lima, R. T. dos R. S. (2020). Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2423-2446. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
- Bitencourt, J. V. de O. V., Meschial, W. C., Frizon, G., Biffi, P., Souza, J. B. de, & Maestri, E. (2020). Protagonismo do enfermeiro na estruturação e gestão de uma unidade específica para covid-19. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0213>
- Chiavenato, I. (2006). *Princípios da administração: o essencial em teoria geral da administração*. Elsevier.
- Garcia, L. P., & Duarte, E. (2020). Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(2), e2020222. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200009>
- Ge, H., Wang, X., Yuan, X., Xiao, G., Wang, C., Deng, T., & Xiao, X. (2020). The epidemiology and clinical information about COVID-19. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 39, 1011-1019. <https://doi.org/10.1007/s10096-020-03874-z>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). Cidades e Estados. Recuperado em 08 de outubro de 2021, de <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/camacari.html>
- Merhy, E. E. (2002). *Agir em saúde: um desafio para o público*. Hucitec.
- Nussbaumer-Streit, B., Mayr, V., Dobrescu, A. I., Chapman, A., Persad, E., Klerings, I., & Gartlehner, G. (2020). Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013574.pub2>
- Oliveira, M. A. de C., & Pereira, I. C. (2013). Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66, 158-164. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
- Oliveira, R. G. de, Grabois, V., & Mendes Júnior, W. V. (2009). *Qualificação de gestores do SUS*. Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
- Pinheiro, R., & Mattos, R. A. de. (2006). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. CEPESC/UERJ, ABRASCO.
- Prefeitura de Camaçari. (2018). Saúde da Família possui 57 equipes em 34 unidades de saúde. Recuperado em 08 de outubro de 2021, de <https://www.camacari.ba.gov.br/saude-da-familia-possui-57-equipes-em-34-unidades-de-saude/>
- Prefeitura Municipal de Camaçari. (2020). *DECRETO Nº 7314/2020 DE 20 DE MARÇO DE 2020*. Dispõe sobre o funcionamento dos Órgãos da Administração Pública Municipal, no âmbito das medidas temporárias de prevenção e controle para enfrentamento do COVID-19, acrescenta os §§ 1º e 2º ao art. 8º do Decreto nº 7312/2020 e dá outras providências. <http://www.camacari.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/diario-1376-assinado-1.pdf>

Previato, G. F., & Baldissera, V. D. A. (2018). A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 1535-1547. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>

Rothan, H. A., & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of autoimmunity*, 109, 102433. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>

Sarti, T. D., Lazarini, W. S., Fontenelle, L. F., & Almeida, A. P. S. C. (2020). Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(2). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>

Silveira, R. P., Leal, O., Soares, P. L. da S., Cruz, L. F. da, Modesto, I. D. M., Batista, L. N., & Rodrigues, P. A. (2020). Telemonitoramento da COVID-19 com participação de estudantes de medicina: experiência na coordenação do cuidado em Rio Branco, Acre. *APS em Revista*, 2(2), 151-161. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.121>

Soares, D. A., Medeiros, D. S., Kochergin, C. N., Cortes, M. L., Mistro, S., Oliveira, M. G., & Carvalho, V. C. H. dos S. de. (2020). Telerrastreio da covid-19 em usuários do SUS com condições de risco: relato de experiência. *Revista de Saúde Pública*, 54, 101. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002953>

Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., & Agha, R. (2020). World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International journal of surgery*, 76, 71-76. <https://doi.org/10.1016/j.ijss.2020.02.034>

Tesser, C. D., Norman, A. H., & Vidal, T. B. (2018). Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*, 42, 361-378. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>

Wang, Y., Wang, Y., Chen, Y., & Qin, Q. (2020). Unique epidemiological and clinical features of the emerging 2019 novel coronavirus pneumonia (COVID-19) implicate special control measures. *Journal of medical virology*, 92(6), 568-576. <https://doi.org/10.1002/jmv.25748>