



COVID-19: TELEMONTORAMENTO COMO PROPOSTA DE EDUCAÇÃO, CUIDADO E ENFRENTAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. RELATO DE EXPERIÊNCIA

COVID-19: TELEMONTORING AS A PROPOSAL FOR EDUCATION, CARE AND
COPING IN PRIMARY CARE. EXPERIENCE REPORT

Victor Rocha Santana ¹
Talita Rocha de Aquino ²
Bruna Moraes de Brito ³
Caroline Carneiro Almeida ⁴
Leonardo Bomfim Barreto ⁵

Manuscrito recebido em: 05 de novembro de 2020

Aprovado em: 02 de março de 2021

Publicado em: 04 de março de 2021

Resumo

Objetivo: relatar o processo de construção e execução da proposta de telemonitoramento compartilhado entre as equipes de saúde da família (ESF), estudantes e professores do curso de saúde para pacientes com suspeita e/ou confirmação de COVID-19 em duas unidades de saúde do município de Salvador-BA. **Métodos:** A proposta de telemonitoramento foi baseada no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde - versão 8 do Ministério da Saúde e envolveu ações articuladas entre a ESF responsável pelo acolhimento físico dos pacientes, dos estudantes responsáveis pelo monitoramento telefônico regular e dos professores que atuavam como supervisores de todo o processo. **Resultados:** Dentre seus vários benefícios, a telemonitorização proporcionou mais segurança ao paciente, ajudou na coordenação do cuidado e na redução da potencial transmissão comunitária. Porém, também foram enfrentadas dificuldades, tanto tecnológicas e infraestruturais, como psicossociais, que exigiram soluções criativas. **Discussão:** com estratégias semelhantes, diferentes países observaram economia de equipamentos de proteção individual, recurso escasso na pandemia. **Conclusão:** A utilização de tecnologias de informação e de

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Docente na Universidade do Estado da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7076-8355>

E-MAIL: vrsantana@uneb.br

² Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado da Bahia. Graduada em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e saúde Pública. Docente na Universidade do Estado da Bahia e Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6576-478X>

E-MAIL: tatiaquinorocho@gmail.com

³ Graduanda em Medicina pela Universidade do Estado da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0476-2921>

E-MAIL: moraes.br92@gmail.com

⁴ Graduanda em Medicina pela Universidade do Estado da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0482-4210>

E-MAIL: barreto_leonardo@hotmail.com

⁵ Graduando em Medicina pela Universidade do Estado da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4267-4287>

E-MAIL: carolinecarneiroalmeida@hotmail.com



comunicação agrega importante contribuição à estratégia de saúde da família, reafirmando os atributos do SUS e da APS, além de possibilitar novos formatos para a integração ensino serviço mesmo em tempos de distanciamento social.

Palavras Chave: Atenção Primária à Saúde; Telemonitoramento; COVID-19; Continuidade da Assistência ao Paciente.

Abstract

Objective: to report the process of construction and execution of the proposal for shared telemonitoring among family health teams (FHS), students and teachers of the health course for patients with suspected and / or confirmed COVID-19 in two health units in the municipality of Salvador-BA. **Methods:** The telemonitoring proposal was based on the Coronavirus Clinical Management Protocol (COVID-19) in Primary Health Care - version 8 of the Ministry of Health and involved actions articulated between the FHS responsible for the physical reception of patients, students responsible for the regular telephone monitoring and of the teachers who acted as supervisors of the entire process. **Results:** Among its various benefits, telemonitoring provided more safety to the patient, helped in the coordination of care and in the reduction of potential community transmission. However, difficulties were also faced, both technological and infrastructural, as well as psychosocial, which required creative solutions. Discussion: with similar strategies, different countries observed savings on personal protective equipment, a scarce resource in the pandemic. **Conclusion:** The use of information and communication technologies adds an important contribution to the family health strategy, reaffirming the attributes of SUS and PHC, in addition to enabling new formats for the integration of teaching and service even in times of social distance.

Keywords: Primary Health Care; Telemonitoring; COVID-19; Continuity of Patient Care.

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 apresentou para o Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a atenção primária em saúde (APS) a necessidade de incorporar novas estratégias para continuar o cuidado qualificado. Sabe-se que o vírus tem alta transmissibilidade e por isso estratégias de redução de circulação em espaços públicos, principalmente nos serviços de saúde, tornaram-se importantes para contenção da sua disseminação, como mostrou a experiência dos demais países¹.

Alguns estudos apontam que cerca de 80% dos casos têm apresentação leve, não necessitando do suporte da rede hospitalar de saúde, mas estes, juntamente com casos moderados, recorrerão à Atenção Primária à Saúde (APS) para orientação e cuidados iniciais^{1,2}.

Frente ao desafio posto, foram necessárias modificações nos fluxos internos das Unidades de Saúde da Família (USFs) e no processo de trabalho das equipes. Estabelecimento de fluxo específico de atendimento para casos suspeitos de



COVID-19, revezamento de profissionais diante da alta possibilidade de contaminação e a necessidade de repensar estratégias de cuidado aos pacientes com demandas outras comuns à Atenção Primária, como gestantes e portadores de doenças crônicas, foram algumas das dificuldades enfrentadas para continuar construindo ações contínuas, sistematizadas e território centradas que proporcionassem uma atenção integral aos indivíduos³.

Neste cenário, ações remotas de saúde, como teleconsulta e telemonitoramento, mostraram-se estratégias promissoras. Apesar da utilização consolidada da telemedicina e telemonitoramento em outros países para o acompanhamento longitudinal dos indivíduos não só em momentos de epidemia, no Brasil, no âmbito do SUS, ela ainda é incipiente e inovadora^{4,5}. Fortalecer a APS e adotar o uso de ferramentas tecnológicas de informação e comunicação em saúde figuraram entre medidas adotadas e descritas como uma experiência de sucesso por muitos países, como Hong Kong⁶, Austrália⁷, França⁸, e mesmo províncias chinesas que, apesar de terem populações equivalente à cerca de metade da população brasileira e estarem próximas ao epicentro de Wuhan, utilizaram a telemedicina e conseguiram menores taxas de mortalidade⁹. Por outro lado, alguns autores relataram que países muito afetados como a Itália podem ter perdido esta oportunidade¹⁰.

A Nova Zelândia, considerada um dos países que melhor lidou com a pandemia demonstrou como se pode ser bem sucedido através de intervenções não farmacológicas aplicadas com rigor e brevidade, usando telemonitoramento para identificar novas importações e suas cadeias de transmissão, isolando novos casos e colocando em quarentena seus contactantes, antes que se espalhem para as populações vulneráveis¹¹.

Diante do exposto, esse momento apontou para desafios e aprendizados a serem construídos e partilhados por todos que cotidianamente ajudam a construir o SUS. Este relato tem por objetivo apresentar o processo de construção e execução da proposta de telemonitoramento compartilhado entre as equipes de saúde da família (ESF), estudantes e professores do curso de saúde para pacientes com suspeita e/ou confirmação de COVID-19 em duas unidades de saúde do município de Salvador-BA.



MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência acerca da reorganização da assistência em saúde, no contexto da pandemia da COVID-19, em duas unidades de saúde da família (USF) no município de Salvador-BA, a partir do fim de março de 2020.

As USFs referidas ficam localizadas no distrito sanitário de Pau da Lima, em zona periférica do município de Salvador-BA, sendo compostas, cada uma, por 04 equipes de saúde da família (ESF). Em parceria com a Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e a Secretaria Municipal de Saúde Salvador, essas unidades passaram a figurar como campo de estágio do internato do curso de Medicina da UNEB, na área de Medicina de Família e Comunidade desde o ano de 2018. A partir do ano de 2020, tornaram-se também campo de prática de Residência Médica na mesma área, através do Programa Municipal de Residência Médica e do Programa de Residência da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS).

O programa de telemonitoramento em questão, foi construído conjuntamente por professores, estudantes e ESF durante a pandemia da COVID-19, para garantir a continuidade da assistência de pacientes com sintomas gripais sugestivos de COVID-19 atendidos num primeiro momento pela equipe assistencial das USF. A partir do acolhimento de pacientes nos serviços, aqueles que se enquadravam na definição de caso suspeito de COVID-19 pelo Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na APS – versão 8, do Ministério da Saúde², tinham seus dados tabulados pela equipe da respectiva unidade em planilha de acesso comum aos profissionais, professores e estudantes, criada na plataforma Planilhas Google. Nesta planilha, constavam, para cada paciente monitorado, data de início dos sintomas, data da consulta, nome completo, idade, telefone pessoal para contato, endereço, nome do agente comunitário de saúde (ACS) responsável, sintomas relatados na consulta, comorbidades, número de contatos domiciliares, conduta tomada inicialmente e nome dos profissionais da equipe responsável no atendimento, bem como informação sobre coleta ou não de swab de orofaringe. Os pacientes eram orientados quanto à existência e finalidade da planilha, instruídos a fornecer seus dados caso concordassem com a estratégia e informados de que receberiam ligações telefônicas oriundas das unidades.



Na sequência ao atendimento presencial, seguia-se o monitoramento telefônico, conduzido pelos estudantes, organizados numa escala em que se responsabilizavam pelos monitoramentos em dias pré-definidos ao longo da semana. Um roteiro base para o atendimento telefônico dos casos suspeitos de COVID-19 foi criado a fim de uniformizar as informações. Dessa forma, os contatos telefônicos se destinavam à atualização do estado de saúde do paciente e seus contactantes, correta orientação quanto à necessidade de nova procura do serviço de saúde, bem como fornecimento de orientação continuada quanto às medidas de higiene e distanciamento social.

Todos os pacientes incluídos na planilha foram contactados em intervalos de 24 ou 48 horas, seguindo critérios e orientações do MS. Foi realizado o registro de cada ligação em campos específicos da planilha, durante os 14 dias, pelo estudante responsável, a qual podia ser acessada pelos profissionais de saúde da USF e pelos professores a qualquer momento.

Nesse processo, houve, contudo, algumas individualizações ao fluxo planejado, tentando abarcar as especificidades encontradas. Nos casos de pacientes menores de idade, o contato era realizado com familiar responsável. Com relação aos pacientes sem telefone ou que não atendessem às ligações, a equipe presencial era contactada, para rever o telefone do paciente ou realizar visita domiciliar, objetivando a continuidade do seguimento. Foram atendidos também pacientes fora do território adscrito pelas USF referidas e o mesmo protocolo de telemonitoramento se aplicava a estes. Importante ressaltar que, mesmo nas situações em que os pacientes demonstravam dificuldade de compreensão da proposta ou não estavam seguindo adequadamente as orientações iniciais, persistia-se com monitoramento até o fim do isolamento.

Faz-se necessário destacar que os estudantes não estavam autorizados a prescrever via telefone; devendo apenas orientar quanto às prescrições fornecidas pelo profissional assistente da unidade, esclarecer dúvidas sobre a condição do paciente e informar quanto à importância de manter medidas de higiene e isolamento domiciliar. Em situações nas quais os pacientes apresentassem sinais de gravidade perceptíveis pelo teleatendimento ou não apresentassem melhora com as condutas tomadas no atendimento inicial, os estudantes realizavam contato com



equipe assistente para agendar retorno presencial ou orientavam o paciente a procurar unidade de emergência mais próxima, conforme nível de assistência indicado no momento.

Por se tratar de um relato de experiência, não houve necessidade de aplicar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos indivíduos. Entretanto, foi solicitada autorização prévia do serviço de saúde para realização da intervenção, assim como a concordância dos pacientes, durante a consulta presencial, como citado acima. Não foram divulgados dados que possibilitassem identificar ou localizar pacientes, equipe assistente, estudantes ou professores. Ligações de telemonitoramento não foram gravadas ou transcritas pelos internos, de forma a resguardar a privacidade do atendimento, respeitando a ética médica.

RESULTADOS

Durante a pandemia de COVID-19, a APS, responsável por atender demandas individuais e coletivas dentro das comunidades, tem se colocado diante de um desafio epidemiológico sem precedentes. Tem sido crucial pensar em como garantir acesso dos pacientes com sintomas gripais aos cuidados em saúde de forma segura, bem como organizar as demandas contínuas desse nível de assistência.

Nessa experiência, demonstrou-se que, além de atuar no diagnóstico, tratamento e vigilância dos casos leves e moderados de COVID-19, uma APS forte e estruturada pode, pela capilarização e conhecimento do território, promover educação popular em saúde, atentando para a importância do distanciamento social e adoção de medidas de higiene.

A estratégia de telemonitoramento iniciou em abril de 2020 como uma atividade que compunha o estágio curricular do curso de medicina e ao longo dos meses expandiu para uma proposta de projeto de extensão, podendo inclusive envolver outros cursos de saúde nas suas atividades. Neste período, a população de pacientes monitorizados seguiu a curva de crescimento e estabilização do número de casos mantendo um contínuo de pacientes monitorados a cada dia. Após 06 meses de execução das atividades, contabilizamos mais de 500 pacientes diretamente monitorizados, estendendo-se ainda para mais de 500 contatos próximos.



Observou-se uma equivalência em relação aos sexos dos pacientes, com uma maior prevalência entre a faixa etária de 10-40 anos. Em geral, os sintomas mais prevalentes foram, em ordem decrescente, febre, tosse, odinofagia e coriza.

O serviço de telemonitoramento seguiu em andamento até dezembro de 2020 e, apesar de contarmos com resultados parciais, entendemos como de grande relevância para a saúde pública e para a academia relatar como essa experiência impactou estudantes, docentes, profissionais da APS e usuários do SUS. Diversas diretrizes internacionais corroboram com essa estratégia e têm recomendado o cuidado por vias remotas, mensagens instantâneas, chamadas telefônicas e outras estratégias de telemedicina¹².

Em momentos tão difíceis como a pandemia da COVID-19, em que o medo e o pânico tornaram-se comuns, os pacientes pareciam se sentir mais seguros e confiantes em saber que continuava havendo uma equipe que compartilhava os cuidados com a sua saúde, desenvolvendo, assim, uma relação cuidador-usuário em que cada parte deste binômio apenas conhecia a voz no outro lado da linha. Apesar do sucesso do programa e boa aceitação por parte dos pacientes, foram também enfrentadas dificuldades, tanto tecnológicas e infra-estruturais, como psicossociais, que exigiram olhar atento soluções criativas por parte da equipe.

DISCUSSÃO

Em um primeiro momento, com a necessidade de reorganização dos serviços e das ofertas de cuidado, em boa parte do país, os docentes e discentes dos diversos cursos de saúde foram afastados de suas atividades práticas presenciais. No entanto, a universidade pública, que sempre esteve apoiando a construção do SUS, frente a essa nova realidade colocada, compreendeu seu papel social e se apresentou ao lado dos profissionais do SUS, a fim de contribuir na estruturação e qualificação das estratégias ao enfrentamento da pandemia de COVID-19. A história da APS como um campo de prática importante para formação no SUS e para o SUS, juntamente com a sua capacidade de transformação e produção conjunta de saberes, reforçou a necessidade da articulação dos serviços de saúde e da academia nesse momento da



história. Foi um tempo de oportunidade de reconstruir formas de aprender e fazer em saúde.

Com as ligações e orientações aos pacientes a respeito da natureza da COVID-19 e importância do isolamento domiciliar, observou-se em nossa experiência que a maioria dos casos com sintomas leves se tranquilizava e evitava deslocar-se desnecessariamente aos serviços de saúde, contribuindo à redução da circulação dos casos sintomáticos e, subsequentemente, à redução do potencial de transmissão comunitária.

Diminuir o fluxo desses usuários à USF, de forma responsável, visto que seus cuidados continuaram via remota, acarretou uma série de desdobramentos. Numa primeira impressão, reduziu a superlotação¹³ e tornou o ambiente da assistência mais seguro, minimizando a possibilidade de contaminação daqueles que buscavam o serviço, seja por sintomas gripais ou por necessidades comuns à APS, como vacinação, atendimento pré-natal e acompanhamento de doenças crônicas. Além disso, reduziu a potencial quantidade de equipamentos de proteção individual (EPI) gastos, num momento em que foi vivenciada escassez destes em todo o mundo, como reconhecido por Chan et al. e Kavour et al.^{6,7}.

Numa análise mais aprofundada, o telemonitoramento também reduziu a sobrecarga imposta aos profissionais de saúde das USF que, diante da elevada demanda espontânea de pacientes, podiam concentrar-se na triagem inicial e atendimento de casos novos, enquanto os estudantes monitorizavam e mantinham a continuidade do cuidado aos casos leves.

Outros aspectos interessantes da estratégia fizeram cumprir características já inerentes à atuação em APS, quais sejam a abordagem familiar e comunitária, além da coordenação do cuidado e a ação integrada à vigilância epidemiológica. Com o andamento da proposta, a estratégia de rastreamento de contatos próximos (domiciliares ou não) foi incorporada, ampliando a capacidade de atuação e resolutividade da unidade, bem como a personalização das orientações conforme nível socioeconômico.

A receptividade das equipes com a colaboração da universidade foi positiva, mesmo que heterogênea, sendo observada na alimentação cotidiana da planilha e na interação entre os estudantes, professores e equipes. A experiência de



integração entre a academia e o serviço de saúde através da tecnologia mostrou-se possível, mesmo à distância, abrindo a possibilidade de novos formatos para estarmos conectados e atuantes.

A despeito de todos os benefícios, conforme previsto na literatura¹⁴, foram encaradas algumas dificuldades que colocaram à prova uma estratégia eficaz de monitoramento dos pacientes e exigiram a busca por soluções. Ocorreram dificuldades com aparelhos celulares, linhas telefônicas e com as próprias ligações. Alguns pacientes, mesmo previamente informados da monitorização, recusavam ligações por tratar-se de um número desconhecido, ou, quando atendiam, demonstravam desconfiança na primeira ligação, o que tendia a melhorar substancialmente nas ligações subsequentes. Em uma minoria dos casos, tratava-se de pacientes que demonstravam desinteresse nas ligações e pouca receptividade às orientações de higiene e isolamento domiciliar, sendo pouco cooperantes - fato esse inicialmente não esperado pela equipe. Um número mínimo de pacientes não dispunha de telefone; algumas ligações apresentavam ruídos e houve situações nas quais os casos suspeitos eram idosos com problemas cognitivos ou indivíduos com distúrbios mentais, havendo dificuldade na compreensão das perguntas e orientações. Nessas situações, duas condutas principais foram adotadas: o contato com familiares com linhas telefônicas operantes, a fim de que fosse continuado o telemonitoramento, ou acionamento dos ACS, por intermediação da equipe assistente, para que estes realizassem busca ativa.

Questões relacionadas ao próprio isolamento domiciliar também foram, por vezes, desafiadoras. Foi comum notar nas ligações vozes de pacientes nervosos ou ansiosos com o isolamento, preocupados com a potencial gravidade da doença, queixando-se em não poderem compartilhar o ambiente doméstico com os demais familiares ou receosos em contaminá-los. Lidar com ansiedade diante da nova realidade tornou-se uma constante. A pandemia impôs uma excepcionalidade a toda a população, sobretudo aos profissionais de saúde e indivíduos financeiramente mais vulneráveis, gerando situações que justificaram estresse e incertezas. Tal impacto psicológico poderia levar à ansiedade, pânico e paranóia, na perspectiva de um transtorno de adaptação¹⁵.



Em nossa estratégia de telemonitoramento, ficaram evidentes também problemas oriundos da necessidade de isolamento domiciliar prolongado e da precarização da vida social e econômica, conforme levantado por Sarti¹. Trabalhamos em bairros periféricos de Salvador, locais em que a vulnerabilidade social é inequívoca. Parte significativa dessa população reside em moradias precárias, com poucos cômodos e ventilação inadequada, por vezes com saneamento básico insuficiente, tornando as recomendações de distanciamento e higiene - que parecem simples – quase que impraticáveis¹⁶. A essas questões se somou o fato de muitos trabalhadores estarem enfrentando graves problemas financeiros por terem sido demitidos ou afastados temporariamente sem remuneração; outros, trabalhadores informais, apontavam a necessidade de se manterem trabalhando para assegurar o sustento. Foi preciso estabelecer um plano conjunto, condizente com a realidade individual, a fim de tentar vencer condicionantes e determinantes sociais. Eram repassadas informações quanto aos auxílios emergenciais disponíveis. Ademais, fornecia-se informação de como se deslocar ao trabalho e retornar às casas de forma mais segura, nos casos em que trabalhar era inevitável.

Reconhecemos o quanto buscar medidas de apoio e enfrentamento dessas questões transversais, porém agravadas na pandemia de COVID-19, também está intimamente atrelado ao papel da APS no Brasil, tanto do ponto de vista estratégico como do dever ético dos profissionais de saúde³. Neste momento crucial de defesa da vida dos brasileiros, na redução de mortes evitáveis e sequelas clínicas, é que se evidencia como o SUS deve ser fortalecido na garantia do direito à saúde a todos, independentemente de ter plano de saúde, viver em área indígena remota ou nas periferias das grandes cidades.

Reafirmamos a possibilidade do telemonitoramento como uma resposta à demanda crescente em tempos nos quais distanciamento social é medida de saúde pública, reduzindo as aglomerações de filas, tempo de espera, gastos de EPI e até ampliando o acesso à saúde. A perenização de ações remotas de saúde iniciadas durante a pandemia (teleconsulta e telemonitoramento) deve ser uma tendência no SUS, tendo em vista a ampliação de acesso e garantia do cuidado especialmente em novos surtos, ou até novos vírus, quando o distanciamento social necessariamente demandará uso restrito de consultas presenciais¹⁷. Contudo, é perspicaz



pensar em telemonitoramento não somente para os problemas infecciosos. Portadores de doenças crônicas, tabagistas e etilistas em processo de cessação, grupos de gestantes, etc. também poderão se beneficiar de acompanhamento através da telessaúde, bem como da formação de grupos de compartilhamento de experiências online.

CONCLUSÃO

Agregar tecnologias da informação e da comunicação em saúde (TICS) no enfrentamento da pandemia se mostrou uma importante contribuição à Estratégia de Saúde da Família. Entendemos que o telemonitoramento acompanha o progresso tecnológico e possui relevância incalculável como abordagem complementar ao atendimento clínico presencial, conforme Soeiro¹², auxiliando no enfrentamento da distância como fator impeditivo à prestação do serviço, assim como poupa recursos. Esperamos com este relato alimentar o debate e estimular que mais equipes de saúde, especialmente em associação com universidades, possam desenvolver seus próprios modelos de telemonitoramento para o contexto da COVID-19 e além. Novos estudos seguem necessários para ampliar as evidências sobre a importância das ferramentas tecnológicas de cuidado ao SUS.

REFERÊNCIAS

1. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras.* 2020;29(2):e2020166.
2. MINISTERIO DA SAÚDE. Orientações para Manejo De Pacientes Com Covid-19. 8ª versão. 2020;
3. Cabral ER de M, Bonfada D, Melo MC de, Cesar ID, Oliveira REM de, Bastos TF, et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. *Interam J Med Heal.* 2020;3(April):1–12.
4. Hanley J, Pinnock H, Paterson M, McKinstry B. Implementing telemonitoring in primary care: Learning from a large qualitative dataset gathered during a series of studies. *BMC Fam Pract.* 2018;19(1):1–11.



5. Scottish Government. eHealth Strategy 2014-2017. 2015;(March 2015). Available from: <http://www.gov.scot/Resource/0047/00472754.pdf>
6. Chan PF, Lai KPL, Chao DVK, Fung SCK. Enhancing the triage and cohort of patients in public primary care clinics in response to the coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hong Kong: an experience from a hospital cluster. *BJGP open*. 2020;
7. Kavoor AR, Chakravarthy K, John T. Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting. *Asian J Psychiatr*. 2020;51(April).
8. Ohannessian R, Duong TA, Odone A. Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action. *JMIR Public Heal Surveill*. 2020;6(2).
9. Song X, Liu X, Wang C. The role of telemedicine during the COVID-19 epidemic in China - Experience from Shandong province. *Crit Care*. 2020;24(1):1–4.
10. Omboni S. Telemedicine During the COVID-19 in Italy: A Missed Opportunity? *Telemed J E Health*. 2020;26(8):973–5.
11. Robert A. Lessons from New Zealand’s COVID-19 outbreak response. *Lancet Public Heal*. 2020;5(11):e569–70.
12. Soeiro RE, Bedrikow R, Ramalho BD de S, Niederauer AJS, Souza CV de, Previato CS, et al. Atenção Primária à Saúde e a pandemia de COVID-19: reflexão para a prática. *Interam J Med Heal*. 2020;3(April):0–14.
13. Rockwell KL, Gilroy AS. Incorporating telemedicine as part of COVID-19 outbreak response systems. *Am J Manag Care*. 2020;26(4):147–8.
14. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: A remote assessment in primary care. *BMJ*. 2020;368:1–5.
15. World Health Organization. Problem Management Plus (Pm +). 2016;140.
16. Lima J de. Por que as periferias são mais vulneráveis ao coronavírus. *Nexo Jornal*. 2020.
17. Ali I. COVID-19: Are we ready for the second wave? *Disaster Med Public Health Prep*. 2020;2019(May):1–8.