

Desafios e propostas do monitoramento remoto dos casos COVID-19 pela Atenção Primária à Saúde: um relato de experiência

Challenges and proposals for remote monitoring COVID-19 cases for Primary Health Care: an experience report

Isabela Santos Sousa

Enfermeira; Mestre em Enfermagem; Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus, BA, Brasil;
E-mail: isabelasousa2@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-4914-9127

Verena Ferreira Lopes

Enfermeira; Mestranda em Enfermagem; Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus, BA, Brasil;
E-mail: verenaflopes@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2187-3578

Geovanna Carvalho Cardoso Lima

Enfermeira; Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus, BA, Brasil;
E-mail: geovanna_carvalho11@hotmail.com; ORCID: 0000-0003-1901-3306

Jane Mary de Medeiros Guimarães

Economista e Professora Doutora em Saúde Pública, Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Itabuna, BA, Brasil;
E-mail: janemg@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9538-2675

Vitória Solange Coelho Ferreira

Enfermeira; Doutora, Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus, BA, Brasil;
E-mail: vitoria@uesc.br; ORCID: 0000-0003-0274-6976

Contribuição dos autores:
Concepção e/ou desenho do estudo: ISS, VFL; Coleta, análise e interpretação dos dados: ISS, GCCL, VFL; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: ISS, JMMG, VSCF, GCCL; Aprovação da versão final a ser publicada: ISS, VFL, GCCL, JMMG, VSCF. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 15/08/2023

Aprovado em: 07/11/2023

Editor responsável: Roger Flores Ceccon

Resumo: Objetivo: Relatar o processo de construção, execução e vivências do telemonitoramento pelos enfermeiros e residentes do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família Atenção Primária à Saúde, aos pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19, em um município situado no interior da Bahia. **Breve descrição da experiência:** Trata-se de um estudo desenvolvido em duas Unidades de Saúde da Família, zona urbana, no período entre março de 2020 e dezembro de 2021, em um município com média vulnerabilidade. O monitoramento dos pacientes que antes era definido de forma centralizada pela Gestão Municipal, passou a ser descentralizado, atribuído à Rede Básica de Saúde, em 01 de junho de 2020, quando foram enviados os aparelhos telefônicos aos serviços de saúde da Atenção Primária. **Considerações finais:** As experiências reafirmam a importância de readequar e qualificar a Atenção Primária à Saúde para promover o telemonitoramento e atenuar alguns dos impactos causados pela pandemia ao serviço, de modo que não houvesse descontinuidade e agravamento das condições dos usuários em isolamento e permitisse a abertura de um canal que maximizasse a vinculação. Essa ferramenta mostra-se como uma estratégia eficiente e resolutiva para o acompanhamento da população e contenção dos casos de COVID-19, uma vez que otimizou a busca de informações, proporcionou segurança ao paciente, potencializou a coordenação do cuidado, garantiu direcionamentos adequados, diminuiu a exposição entre profissionais de saúde e pacientes, reduziu a circulação de pessoas no interior do serviço e ainda possibilitou economia no uso dos equipamentos de proteção individual.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; COVID-19; Telemonitoramento.

Abstract: Objective: To report the construction process, execution and experiences of telemonitoring by nurses and residents of the Family Health Multiprofessional Residency Program Primary Health Care, to patients suspected or confirmed for COVID-19, in a municipality located in the interior of Bahia. **Brief description of the experience:** This is a study carried out in two Family Health Units, in an urban area, between March 2020 and December 2021, in a municipality with medium vulnerability. The monitoring of patients that was previously defined centrally by the Municipal Management, became decentralized, attributed to the Basic Health

Network, on June 1, 2020, when the telephone devices were sent to the PHC health services. **Conclusions:** The experiences reaffirm the importance of readjusting and qualifying Primary Health Care to promote telemonitoring and mitigate some of the impacts caused by the pandemic to the service, so that there would be no discontinuity and worsening of the conditions of users in isolation and allow the opening of a channel that maximized engagement. This tool is shown to be an efficient and resolute strategy for monitoring the population and containing cases of COVID-19, since it optimized the search for information, provided patient safety, enhanced care coordination, ensured adequate directions, reduced exposure between health professionals and patients, reduced the movement of people within the service and also enabled savings in the use of personal protective equipment.

Keywords: Primary Health Care; COVID-19; Telemonitoring.

INTRODUÇÃO

Um surto de doença respiratória iniciado na China, em 2019, levou à identificação do vírus SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) e, com rápida disseminação pelo mundo, a doença denominada COVID-19 foi caracterizada como pandemia, em 11 de março de 2020. Devido sua alta transmissibilidade e patogenicidade, os estudos indicam que a maioria dos pacientes, cerca de 80%, recorrerão à Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada para assistência multiprofissional.¹⁻³

De acordo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 17 de julho de 2021, o mundo acumulava 188.655.968 casos e 4.067.517 óbitos pela COVID-19. Nessa mesma data, o Brasil ocupava o segundo lugar com o maior número de óbitos, registrando 537.394 ou 12,7 % das mortes do planeta, ocupado pelos Estados Unidos em primeiro lugar, alcançando 14,82% dos registros de óbitos do mundo.⁴

Como uma potente estratégia de enfrentamento à pandemia, as ferramentas digitais ganharam destaque ao redor do mundo. Dessa forma, por meio do Departamento de Saúde Digital, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para a Telessaúde no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS), com a finalidade de expansão, melhoria e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sobretudo da APS. Além disso, unificou todos os conceitos de aplicação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) em Saúde, incluindo e-Saúde, Telemedicina, Telessaúde e Saúde Móvel, além de incorporar os recentes avanços na tecnologia e compreender o uso desses recursos para produzir e disponibilizar informações confiáveis.^{5,6}

Para uma aproximação às concepções presentes neste estudo, o termo “Telessaúde” relaciona-se ao contato entre profissionais de saúde e paciente, dispersos geograficamente, intermediados pelas TICs. Interessante destacar que, nesse tipo de assistência, quando a categoria envolvida é a médica, denomina-se o termo “Telemedicina”.^{7,8}

Assim, os demais conselhos de profissões da saúde, para as atividades não presenciais, adotaram o mesmo procedimento para a normatização das ações. O Conselho Federal de Nutrição (CFN), a regulamentação da prática clínica à distância durante a pandemia foi aprovada a resolução nº 666/2020, já o Conselho Federal de Odontologia (CFO), em 2020, autorizou o telemonitoramento e a teleorientação no enfrentamento ao atual cenário. Em relação a autonomia do enfermeiro na Saúde Digital, o COFEN normatizou a Telenfermagem por meio da Resolução 696/2022.

Diante das questões legais, pode-se evidenciar algumas estratégias em potencial: a atenção mediada pelas tecnologias da informação, tendo em vista o monitoramento, manejo clínico, orientação e notificação compulsória aos usuários considerados suspeitos ou confirmados para a COVID-19, bem como a oferta de serviços por meio de ferramentas remotas aos usuários que apresentem demandas distintas, estando ou não associadas ao novo coronavírus, respeitando as competências específicas das categorias dos profissionais de saúde.

Diante disso, este estudo tem por objetivo relatar o processo de construção, execução e vivências do telemonitoramento pelos enfermeiros e residentes do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família Atenção Primária à Saúde, aos pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19, desenvolvido em duas Unidades de Saúde da Família (Unidade A e B), no período entre março de 2020 e dezembro de 2021, em um município com

Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) no ano de 2010 de 0,31, classificando-o como média vulnerabilidade.⁹

É preciso evidenciar que o monitoramento remoto mostrou-se como uma estratégia eficiente e resolutiva para o acompanhamento da população e contenção dos casos de COVID-19, uma vez que otimizou a busca de informações, proporcionou segurança ao paciente, potencializou a coordenação do cuidado, garantiu direcionamentos adequados, diminuiu a exposição entre profissionais de saúde e pacientes, reduziu a circulação de pessoas no interior do serviço e ainda possibilitou economia no uso dos equipamentos de proteção individual.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, relato de experiência profissional, vivenciado por profissionais de saúde e residentes do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família (PRMSF) com foco nas ações de monitoramento dos casos COVID-19 desenvolvido em duas Unidades de Saúde da Família (Unidade A e B), no período entre março de 2020 e dezembro de 2021, em um município com Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) no ano de 2010 de 0,31, classificando-o como média vulnerabilidade.⁹

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Considerada um desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade, a pandemia causada pela COVID-19 demandou agilidade de respostas e reorganizações dos sistemas de saúde. Em diversos países do mundo, assim como no Brasil, inicialmente, o enfrentamento partiu para a expansão dos serviços hospitalares. No entanto, recomendações de planos operacionais foram publicadas incluindo a APS como potente e principal cenário de implementação das medidas não-farmacológicas. Dentre outras ações direcionadas como reforço para capacidade de resposta desse nível assistencial consta o melhor uso possível das TIC's.^{10,11} Diante disso, o monitoramento digital apresenta-se como uma das principais ferramentas de acompanhamento à distância de parâmetros de saúde e/ou doença de pacientes.¹²

Ressalta-se que o SARS-CoV-2, adentrou o território do cenário de estudo, tendo seu primeiro caso notificado em 19 de março de 2020 e de certo, os desafios nas adequações dos fluxos e serviços no interior dos equipamentos de saúde apresentaram-se e foi necessário desenvolver novas propostas de reorganizações dos atendimentos e prioridades de procedimentos com o objetivo de garantir a continuidade e efetividade do cuidado aos pacientes não suspeitos para COVID-19, e portanto, com demandas de saúde distintas, e pacientes com sintomas de síndromes gripais sugestivos de infecção por coronavírus, minimizando os riscos ao público.

Com o propósito de apresentar o cenário do estudo, as Unidades referidas estão localizadas em zona urbana do município de Itabuna-Bahia. Organizado com 32 Unidades de Saúde da Família, a Unidade A possui aproximadamente 9 mil usuários cadastrados e a Unidade B configura-se com apenas uma equipe de saúde e cerca de 4 mil pacientes cadastrados. Ainda no ano de 2010, as localidades onde estão situadas as Unidades de Saúde da Família, possuíam o Índice de Pobreza relativo à renda (IP3) de 10,92 colocando-o na 5ª posição no *ranking* dos bairros mais pobres.¹³

Destaca-se que a Unidade A, além de dois enfermeiras, dois médicos, um profissional de educação física, um nutricionista, um odontólogo, três técnicas de enfermagem, e vinte Agentes Comunitários de Saúde (ACS), - desse total, quatro profissionais participavam da integração ensino-serviço, na qualidade de preceptores - e que possuía uma equipe multiprofissional de residentes vinculados desde o início da pandemia, composta por uma psicóloga, uma assistente social, uma fisioterapeuta, duas enfermeiras, um odontólogo e que todos participaram da assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19 e da execução do monitoramento remoto.

Por outro lado, a Unidade B esteve composta por uma equipe mínima de profissionais da Estratégia de Saúde da Família, sendo um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e dez Agentes Comunitários de Saúde.

À medida em que houve o aumento na demanda das ações pela Vigilância Epidemiológica devido ao crescimento dos casos suspeitos ou confirmados para o novo coronavírus (Gráfico 1), o monitoramento dos pacientes que

antes era definido de forma centralizada pela Gestão Municipal, passou a ser descentralizado, atribuído à Rede Básica de Saúde, em 01 de junho de 2020, quando foram enviados os aparelhos telefônicos aos serviços de saúde da APS, com o objetivo de apoio nas notificações e monitoramento dos casos, assegurando a orientação comunitária como atributo fundamental.

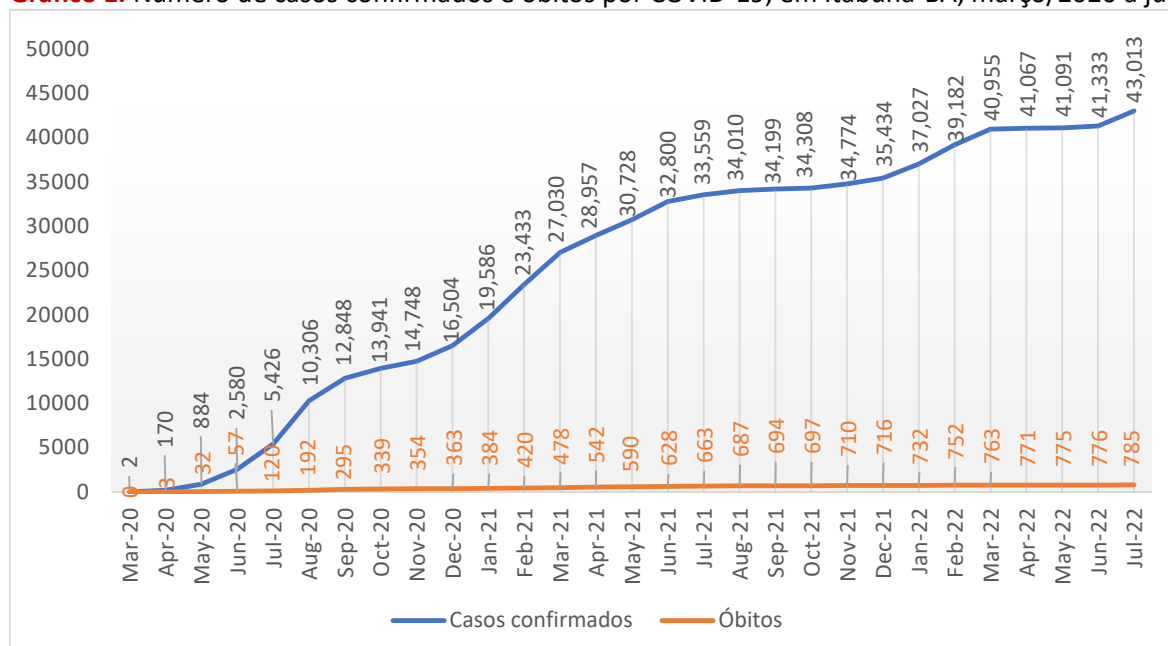
Ressalta-se que a proposta de telemonitoramento foi baseada no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na Atenção Primária à Saúde - versão 8, do Ministério da Saúde e que as ações foram desempenhadas por uma equipe multiprofissional.²

Importante destacar que, até esse período de tempo, o fluxo das informações das notificações e monitoramento eram encaminhados à Vigilância Epidemiológica - por meio impresso, uma vez por semana - para o levantamento epidemiológico e agendamento da coleta de exame, quando necessário.

O instrumento adotado para o acompanhamento das ações de monitoramento (Figura 1) constava informações pessoais, evolução dos sinais e sintomas, realização da coleta e resultado dos exames realizados, além da data do início e término do período de isolamento domiciliar. Cabe ressaltar que, para o tamanho da complexidade da atividade que demandava ações ágeis e seguras, foi observado uma fragilidade na eficiência do serviço que se desenvolvia de forma burocrática e administrativa. Outrossim, a utilização desse formulário não permitiu associação do paciente ao Agente Comunitário de Saúde e informações complementares referentes ao seu núcleo familiar, o que reverberava negativamente na organização das ações subjetivas.

Entre março e junho de 2020, quando ainda não era possível realizar o monitoramento remoto, o paciente era acolhido e triado pelo enfermeiro da equipe de saúde. Por conseguinte, tanto os usuários que se enquadravam nos critérios para os casos suspeitos ou confirmados por qualquer uma das definições (clínico, clínico epidemiológico, clínico-imagem ou clínico laboratorial) como os seus respectivos contatos intradomiciliares, tinham suas informações registradas e permaneciam em monitoramento a cada 48/24 horas, durante o período de 14 dias, ou através de visitas domiciliares

Gráfico 1. Número de casos confirmados e óbitos por COVID-19, em Itabuna-BA, março/2020 a julho /2022



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados da Central Integrada de Comando e Controle da Saúde - SESAB.

Figura 1. Planilha para monitoramento da evolução dos casos COVID-19

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA/VIGILÂNCIA EM SAÚDE PLANILHA PARA MONITORAMENTO DA EVOLUÇÃO DOS CASOS DE ISOLAMENTO DOMICILIAR												
Nome	Endereço	Telefone	Idade	Início dos sintomas	Sintomas	Comorbidades	Início isolamento	Término isolamento	Coleta (Sim ou não)	Evolução final (Hospitalizado? Alta?)		
			Monitoramento	Data	Sintomas				Profissional			
				1ª								
				2ª								
				3ª								
				4ª								
				5ª								
				6ª								
				7ª								
Observações:												
Nome	Endereço	Telefone	Idade	Início dos sintomas	Sintomas	Comorbidades	Início isolamento	Término isolamento	Coleta (Sim ou não)	Evolução final (Hospitalizado? Alta?)		
			Monitoramento	Data	Sintomas				Profissional			
				1ª								
				2ª								
				3ª								
				4ª								
				5ª								
				6ª								
				7ª								
Observações:												

Fonte: Acervo da autora (2021).

realizadas pelos ACS ou presencialmente no equipamento de saúde, pela equipe de enfermagem.

À medida que os pacientes eram incluídos na planilha, as ações de monitoramento presencial ou remotos eram iniciadas. Na Unidade A, a ação ocorria utilizando o telefone institucional, no entanto, a Unidade B, embora possuísse a instalação da linha telefônica, o aparelho estava com defeito, sendo utilizados os telefones móveis pessoais do enfermeiro e dos ACS para as ações de monitoramento.

Importante destacar que os pacientes com sintomas leves eram encaminhados para recuperação no domicílio, enquanto que os pacientes com sinais e sintomas moderados / graves recebiam orientações e eram encaminhados à Unidade de Pronto Atendimento.

Em 05 de março de 2021, com o objetivo de garantir ainda mais agilidade e segurança nas ações de notificação dos casos suspeitos ou confirmados para COVID-19 e do seu adequado monitoramento clínico, além de fortalecer o processo de acolhimento, assistência e encaminhamento a serem realizados pelos profissionais lotados na Rede de Atenção Primária à Saúde, a gestão municipal através da Portaria Interna 002/2021, instituiu os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) a serem seguidos por toda a equipe que compõe a rede de APS do município e alimentados pelos enfermeiros de cada equipe.¹⁴

Como produto dessa Portaria, houve a implementação do Sistema de Notificação e Monitoramento COVID-19, SINMCOV – APS. Trata-se de um aplicativo *online* que permite o preenchimento de um formulário de notificação contendo todos os campos da Ficha de Investigação de Síndrome Gripal (SG) do usuário Suspeito da Doença Pelo Coronavírus - COVID 19 (B 34.2), além de outros espaços e categorias complementares que integram informações de interesse local. Essa ação refletiu no envio automático, em formato PDF, da Ficha B 34.2 para a Vigilância Epidemiológica e para o Departamento de Atenção Primária, o qual gerou um fluxo de trabalho automatizado em que as informações eram coletadas de um banco de dados para outro, originando duas planilhas específicas de monitoramento, sendo uma para o controle da vigilância e outra para o monitoramento na unidade.

Dessa forma, por se tratar de um aplicativo de fácil operacionalização, houve um impacto positivo no aumento das notificações em todo o território municipal, diminuição das duplicidades e maior controle das informações pelos serviços que realizam o monitoramento. Reitera-se que o acesso por todos os profissionais do serviço ocorre por meio um *link* privado pertencente a cada Unidade de Saúde.

DISCUSSÃO

Após as normatizações para o uso das TIC's e a necessidade territorial tornar-se real, a introdução do telemonitoramento desafiou a capacidade de atuação dos residentes e profissionais da saúde com relação ao acesso universal da rede de telefonia e internet pela comunidade e estrutura física do serviço de saúde. Destaca-se que, de maneira não simplista, a longitudinalidade, o acesso, a integralidade e a coordenação dos cuidados pela RAS são consideradas características centrais da APS que envolvem planejamento e (re) organização de fluxos em conformidade com protocolos preconizados.

Evidencia-se que entre os objetivos das tecnologias de informação e comunicação encontram-se a melhoria do desempenho dos serviços de saúde, por meio da superação das barreiras geográficas e ampliação do acesso; contribuição para o aperfeiçoamento do contato remoto formal entre os profissionais e saúde e pacientes e aumento da resolutividade e efetividade assistencial. Dessa forma, o aumento do escopo das práticas profissionais por meio do monitoramento digital permitiu autonomia e protagonismo no enfrentamento à COVID-19, em ambos os territórios adstritos, muito embora essa implementação tenha ocorrido com maior dificuldade na Unidade B, por conta da indisponibilidade do aparelho institucional e pelo quantitativo insuficiente de profissionais de saúde de nível superior para divisão das atribuições.

Cumprir mencionar que, ainda que tenha sido observada boa aceitação para incorporação da ferramenta remota de apoio aos cuidados pelos enfermeiros e uma percepção positiva dos atendimentos pelos pacientes, de acordo aos relatos dos integrantes da equipe, a implementação dessa modalidade de ação complementar, demanda de melhor adequação na infraestrutura dos espaços físicos das Unidades de Saúde, assim como

sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para o uso dessa ferramenta.

Complementa-se a essas condições o fato que, de acordo com os registros de cadastro territorial das microáreas pertencentes às Unidades de Saúde da Família, avaliados em julho 2021 no e-SUS APS, parte da população de ambos os territórios possuem domicílio sem acesso à energia elétrica e consumo de água sem o tratamento adequado, renda familiar entre $\frac{1}{4}$ referente a um salário mínimo, além do déficit no acesso ao escoamento sanitário, que ocorre a céu aberto e por meio de fossa séptica.

Observa-se que essas vulnerabilidades impactam no acesso aos cuidados básicos de saúde e na prevenção à COVID-19, que incluem medidas de baixo custo, como lavagem de mãos, manejo familiar em caso de contaminação e acesso às tecnologias de informação e comunicação em saúde.

Considerando-se a continuidade da implementação da estratégia remota no período pós pandemia como um novo espaço de relações entre os agentes, para o alcance e melhoria na acessibilidade, vínculo e qualidade da assistência aos usuários, infectados ou não, que não possam comparecer pessoalmente às Unidades de Saúde, os serviços devem ter estrutura com espaço físico adequado e estrutura tecnológica, que possam garantir a confidencialidade das informações e o sigilo dos pacientes.

Reitera-se ainda que, essa produção científica embrionada na APS inspirou a construção e desenvolvimento de uma dissertação de mestrado e a publicação de artigos científicos proporcionando visibilidade à temática.

Limitações da experiência

Diante de uma comunidade heterogênea e com presença marcante de barreiras sociais e econômicas, ainda que as ações de acompanhamento dos pacientes ocorressem em maior número por meio remoto, as ações presenciais pelos ACS também eram implementadas para que alcançassem o público que não tinha disponibilidade de uso das tecnologias da informação, ou em virtude do desinteresse de alguns usuários pelo acompanhamento remoto, ou ainda pela impossibilidade de repassar

informações por vinculação ao tráfico de drogas, o que impediu a inclusão desse público para essa modalidade de atendimento.

Os serviços que não dispõem estrutura física, tecnológica, disponibilidade de equipamentos e profissionais capacitados, limitam a execução dessas ações.

Contribuições para a prática

Com a chegada do aparelho telefônico, o telemonitoramento, de maneira complementar às ações presenciais, permitiu ao serviço uma maior democratização do acesso, propagar orientações relacionadas aos cuidados e acompanhamento da evolução do processo patológico de forma mais dinâmica, potencializou o primeiro contato ao Sistema e coordenação do cuidado aos indivíduos e aos núcleos familiares em um contexto de pandemia.

Na perspectiva da atenção integral, os residentes vinculados ao equipamento de saúde A, fomentaram o trabalho transdisciplinar e interdisciplinar, articularam teoria e prática empregando, principalmente, as tecnologias leves, realizaram educação em saúde com os profissionais da ESF, além de ter construído vínculos com a comunidade e com a equipe de saúde.

Desta forma, o enfermeiro da APS toma como uma das suas competências a realização do monitoramento e cuidado dos usuários com SG durante todo o período de isolamento e além disso, a instituição das ações remotas permitiu ao serviço de saúde a expansão das atividades, pois os servidores afastados do campo de trabalho puderam atuar nas orientações para educação em saúde, encaminhamento seguro dos usuários pela Rede de Atenção à Saúde e divulgação de medidas restritivas da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a possibilidade do monitoramento também acontecer por via remota, permitiu a continuidade no cuidado à saúde e a abertura de um canal que maximizou a vinculação entre comunidade e Unidade de Saúde e atenuou alguns dos impactos diretos e indiretos causados pela pandemia ao serviço.

No serviço em que contou com a presença dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família, as atribuições aos

pacientes suspeitos ou contaminados da COVID-19 e aos usuários com demais necessidades de cuidados em saúde tornaram-se mais organizadas; e as diferentes formações profissionais, no exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, permitiram um alto grau de articulação nas ações compartilhadas.

Esta vivência profissional permite afirmar que, durante todo o período descrito, foi perceptível a evolução das ações de acompanhamento aos pacientes acometidos pela COVID-19, além de demonstrar a potência do SUS, ao passo que a incorporação de uma nova função para os enfermeiros que atuam nesse nível assistencial fez ressignificar o processo de trabalho.

Conclui-se que, o telemonitoramento se mostrou como uma estratégia complementar eficiente e resolutiva, de acesso rápido, por meio do aparelho telefônico, *tablet ou smartfone – chat* ou chamada de voz e/ou vídeo-, e alcançar todas as classes sociais e faixa etária da população, uma vez que otimizou a busca de informações, proporcionou segurança ao paciente, potencializou a coordenação do cuidado, garantiu direcionamentos adequados para cada caso, diminuiu a exposição entre profissionais de saúde e pacientes, reduziu a circulação de pessoas no interior do serviço e, além de todos esses fatores, ainda foi possível observar economia no uso dos equipamentos de proteção individual.

No entanto, ainda que este estudo aponte para os benefícios da utilização das tecnologias de informação e comunicação na rotina do serviço de saúde, considera-se necessário maiores aprofundamentos para avaliação dos reais impactos quanto aos custos, efetividade, eficiência e qualidade de uso dessas ferramentas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. [Internet]. 2020 [citado 2023 jul 15]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
2. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na Atenção Primária à Saúde. Versão 8. 2020 [citado 2023 jul 05]. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Publica%C3%A7%C3%B5es%20em%20PDF/20200422_ProtocoloManejo_ver08.pdf.
3. Sarti TD, et al. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19

- pandemic? Epidemiol Serv Saude. [Brasília]. 2020;29(2). [citado 2023 jul 18]. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000200043&lng=pt&nrm=iso .
4. World Health Organization (WHO). Coronavirus Disease (COVID-19). 2020 [citado 2023 Jul 18]. Disponível em: <https://covid19.who.int/table>.
 5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina. Diário Oficial da União.
 6. Ministério da Saúde (BR). Saúde Digital. 2022 [citado 2023 aug 06]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital>
 7. Sousa KAO, et al. O uso da telessaúde em tempos de pandemia. In: Barreto ML, Pinto EP, Aragão E, Barral-Neto M. (Org.). Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais. Salvador: Edufba; 2020. v. 2. doi:10.9771/9786556300757.019.
 8. Conselho Federal De Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. [Internet]. 2022 [citado 2023 jul 15]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852> .
 9. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Atlas de vulnerabilidade social. [internet]. 2010. [citado 2023 aug 02]. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/planilha> .
 10. Medina MG, et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? Cad Saude Publica [online]. 2020;36(8). ISSN 1678-4464. [citado 2023 jul 15]. doi:10.1590/0102-311X00149720.
 11. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Reorganização e expansão progressiva dos serviços de saúde. Versão 1.0, março 2020. 2020 [citado 2023 jul 20]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52068/OPASBRACOV1920030_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y .
 12. Ministério da Saúde (BR). Programa Telessaúde Brasil Rede. 2020. [citado 2023 aug 02]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/telessaude>.
 13. Barreto RCS, Santos EI, Carvalho, ICS. Pobreza multidimensional em Itabuna, Bahia: aspectos teóricos e empíricos. Rev Gestao Publica. 2018;10(2):1-33.
 14. Prefeitura Municipal de Itabuna. Diário Oficial SINMCOV e Procedimento Operacional Padrão. [Internet] 2021. [citado 2023 jul 10]. Disponível em: <http://www.acessoinformacao.com.br/ba/itabuna/wp-includes/ExternalApps/downloader.php?hurl=aHR0cDovL2RvZW0ub3JnLmJyL2JhL2l0YWJ1bmEvYXJxdWl2b3MvZG93bmxvYWQvNDMxYmEzNGY3NTJkOTQxYjZmYzJlYjllNTM1MTVjODQvZjA1OTk2ZDQ2NmFhMTJjY2YzMDQ1ODU2OTBjMDU5NmYucG Rm>