

## Atendimento e telemonitoramento no contexto da covid-19: relato de experiência na Atenção Primária à Saúde

### Care and Telemonitoring in the context of covid-19: experience report in the Primary Health Care

Leticia Alves da Silva<sup>1</sup>  
Cleide de Andrade Lopes<sup>2</sup>  
Thais Barros Zanette da Silva<sup>3</sup>  
Sara Laodicéia Queiroz da  
Silva de Oliveira<sup>4</sup>  
Patrícia Liberato Silva Santiago<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Nutricionista Residente do Programa de Saúde da Família e Comunidade da Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, Brasil.

<sup>2</sup> Nutricionista Tutora do Programa de Saúde da Família e Comunidade da Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, Brasil.

<sup>3</sup> Odontóloga Residente do Programa de Saúde da Família e Comunidade da Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, Brasil.

<sup>4</sup> Enfermeira residente do Programa de Saúde da Família e Comunidade da Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, Brasil.

<sup>5</sup> Técnica de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília, Brasil.

#### Autor correspondente:

Leticia Alves da Silva  
E-mail: [lealves378@gmail.com](mailto:lealves378@gmail.com)

Recebido em 11/08/21  
Aprovado em 16/02/22

## RESUMO

**Objetivo:** relatar a experiência dos profissionais de saúde na realização do atendimento e telemonitoramento dos usuários do Sistema Único de Saúde brasileiro com sintomas gripais atendidos na Atenção Primária à Saúde.

**Desenvolvimento:** informações coletadas em fontes oficiais e registros das vivências dos autores. As estratégias adotadas durante a pandemia foram: porta de entrada, fluxograma e escala de profissionais nas unidades básicas de saúde, escuta inicial, acolhimento à demanda espontânea e notificação dos casos suspeitos e confirmados da covid-19, desenvolvimento e preenchimento da planilha de Excel para o acompanhamento dos casos, definição de responsáveis pela realização do telemonitoramento aos usuários suspeitos e confirmados da covid-19, telemonitoramento ao usuário, aspectos positivos e limitadores da experiência do telemonitoramento, impressões e sensações dos profissionais de saúde e usuários atendidos.

**Conclusões:** por meio do telemonitoramento foi possível reduzir a ida de usuários às UBS, diminuindo, assim, a possibilidade de novos contágios. O telemonitoramento destacou-se como importante ferramenta para a coordenação do cuidado.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Assistência Ambulatorial; Covid-19; Telemonitoramento.

## ABSTRACT

**Objective:** to report the experience of Health Professionals during care and telemonitoring of the Brazilian Unified Health System users with flu-like symptoms in Primary Health Care.

**Development:** information collected from official sources and authors' experiences records. The strategies adopted during the covid-19 pandemic were: health unit front door reorganization,

readjustment of professionals' work schedule in the health units, initial listening, reception of health system users without an appointment and notification of suspected and confirmed cases of covid-19, development and fill out of an electronic spreadsheet to help carry out telemonitoring of suspected and confirmed cases of covid-19, telemonitoring of health system users, feelings and impressions of health professionals and health system serviced users.

**Conclusions:** through telemonitoring it was possible to reduce the number of users going to the health units, thus reducing the possibility of new infections. Telemonitoring stood out as an important tool for care coordination.

**Keywords:** Covid-19; Health Care; Primary Healthcare; Telemonitoring.

## INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, os primeiros casos de infecção por uma nova cepa do coronavírus foram identificados na China. O crescimento exponencial do número de casos em todo o mundo levou a Organização Mundial de Saúde a declarar estado de Emergência em Saúde Pública após o reconhecimento da pandemia da doença covid-19<sup>1</sup>.

A covid-19 é causada pelo vírus SARS-CoV-2, que possui alta transmissibilidade e pode manifestar-se de forma assintomática ou leve, como Síndrome Gripal em cerca de 80% dos casos ou como Síndrome Respiratória Aguda Grave, de intensidade moderada a alta, que pode acometer 5% a 10% dos casos, na qual sua letalidade varia de acordo com a faixa etária e comorbidades relacionadas<sup>2</sup>.

Os sintomas da covid-19 variam de um simples resfriado até uma pneumonia severa. Estudos epidemiológicos apontam como sintomas mais comuns da infecção por covid-19: tosse, febre, coriza, mialgias, dor de garganta, anosmia e ageusia. Outros sintomas incluem produção de escarro, dor de cabeça, hemoptise, diarreia e dispneia. A principal via de transmissão de pessoa para pessoa é por meio de contato direto ou por gotículas espalhadas pela tosse ou espirro de um indivíduo infectado<sup>3-4</sup>.

Na investigação, o exame físico oportuno e o histórico de contato próximo ou domiciliar nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas de indivíduos com diagnóstico positivo para covid-19 devem ser considerados. Uma adequada assistência aos

usuários suspeitos ou confirmados decorre da identificação prévia dos sinais e sintomas da doença, do monitoramento dos casos e rastreamento contínuo de seus contatos, sendo essa uma das estratégias mais eficientes para o controle da disseminação do vírus<sup>5</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel crucial no enfrentamento da pandemia da covid-19 no Brasil, pois possui a incumbência de coordenar e ordenar o cuidado<sup>6</sup>. A notificação, detecção e acompanhamento dos casos são atividades a serem realizadas pelas equipes da APS, sendo fundamental que haja uma interligação entre todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, para garantia do cuidado conforme a gravidade de cada caso<sup>7</sup>.

Desde o início da pandemia, foram publicadas várias notas técnicas para guiar e reestruturar as práticas dentro da lógica da Estratégia Saúde da Família, visando adequar a atuação da APS ao momento de emergência<sup>8</sup>. Na literatura, são reportadas mudanças na organização do fluxo assistencial e nos processos de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do país<sup>9</sup>.

Uma das alternativas encontradas foi o teleatendimento, regulamentado no Brasil pela lei N° 13.989, de 15 de abril de 2020, como uso emergencial da telemedicina<sup>10</sup>. O teleatendimento de usuários com sintomas ou com diagnóstico confirmado de covid-19 caracteriza-se como um monitoramento sistemático, por meio do uso de ferramentas tecnológicas, que visa prestar assistência à população, identificar fatores de risco para a saúde pública e individual dos usuários, promover saúde e prevenir agravos<sup>11</sup>.

Os atendimentos remotos têm sido realizados por profissionais de diferentes categorias que atuam na APS e que fazem uso das tecnologias digitais disponíveis para exercerem essa atividade<sup>12</sup>.

Frente a realidade atual, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência da equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (eNASF-AB), equipe de Saúde Bucal (eSB) e profissionais de saúde do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC), na realização do atendimento e telemonitoramento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com sintomas gripais atendidos na APS, com a finalidade de contribuir na construção do conhecimento sobre a modalidade de assistência e monitoramento utilizada

aos usuários sintomáticos respiratórios durante o período de pandemia da covid-19.

## DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, que objetiva apresentar os processos de telemonitoramento de pacientes com síndrome gripal, que foram atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Gerência de Serviços da Atenção Primária à Saúde (GSAP) n.º 6 de Sobradinho 2 – DF, entre os meses de março a junho de 2021.

O território desta gerência tem uma população de cerca de 18.272 habitantes, segundo estimativa do Censo IBGE 2018, e é parte do território da região administrativa de Sobradinho 2, compreendida pela Região de Saúde Norte do Distrito Federal. A atenção primária desta gerência foi dividida entre 05 equipes de Saúde da Família (eSF), 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 3 equipes de Saúde Bucal (eSB) e 1 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (eNASF-AB).

### Porta de entrada, fluxograma e escala de profissionais nas UBS

Conforme o decreto nº 40.509, de 11 de março de 2020 do Governador do Distrito Federal<sup>13</sup>, todo usuário que chegava nas UBS do DF era recepcionado e indagado sobre a presença de sintoma respiratório. Se a resposta fosse positiva, era encaminhado para uma avaliação inicial exclusiva e ficava aguardando atendimento em um espaço separado dos outros usuários da UBS. Era explicado para o usuário sintomático respiratório (USR) o motivo de ser isolado e orientado ao(s) acompanhante(s), a não entrar(em) na UBS, exceto em situações de necessidade. Caso o USR estivesse acompanhado de criança ou outras pessoas que necessitem de acompanhamento, deveria, preferencialmente, aguardar em ambiente externo ao serviço de saúde.

O acolhimento passou a ser realizado na sala de atendimento exclusiva para USR e feito pelo técnico de enfermagem, pelo agente comunitário de saúde (ACS), por outro profissional de nível superior do eNASF-AB, eSB ou profissional de saúde residente do PRMSFC da Escola Superior de Ciências da Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (ESCS/SES-DF) cuja organização era feita por escalas e turnos.

Para o atendimento dos USR, os profissionais médicos e enfermeiros e seus respectivos residentes do PRMSFC e Programa de Residência Médica em Família e Comunidade (RMFC), organizaram escalas com turnos entre quatro e cinco horas diárias, exclusivamente para este fim em um consultório isolado próximo à área externa da UBS, para que houvesse menor exposição e circulação de contaminação no ambiente de trabalho.

O consultório é ventilado por janelas abertas, mantido com portas fechadas, dispunha de lenços de papel e álcool 70% para higienização das mãos. Após cada atendimento, era realizada a limpeza e desinfecção com álcool 70% ou hipoclorito de sódio 1% de superfícies e fômites (maçanetas, teclado, mouse, cadeira) e materiais utilizados.

Todo paciente de Síndrome Gripal ou que apresentou sintomas como tosse, dificuldade respiratória ou dor de garganta foi considerado caso suspeito da covid-19.

### Escuta inicial, acolhimento à demanda espontânea e notificação dos casos suspeitos e confirmados da covid-19

Na UBS era realizada a escuta inicial, que corresponde à avaliação em demanda espontânea. Nesse momento, eram registrados os sinais vitais (pressão arterial, temperatura, saturação e frequência cardíaca), presença de outros sintomas, início dos sintomas, informações pertinentes em relação à situação de saúde do indivíduo, além da notificação no sistema e-SUS Notifica.

A notificação é composta por informações básicas do paciente como CPF, nome completo, data de nascimento, sexo, raça, endereço, telefone e informações clínicas como descrição e data do início dos sintomas, presença de comorbidades e/ou condições de vulnerabilidade (ex.: gestação, puerpério).

Durante a realização do atendimento na sala de sintomáticos respiratórios, após a realização da anamnese e exame físico era definida a necessidade de coleta do teste da covid-19. O teste disponível RT-PCR é um teste molecular realizado numa amostra da secreção respiratória para identificar a presença do vírus. Após a coleta do exame, era necessária a atualização da notificação no sistema e de orientações sobre a importância do isolamento domiciliar, mesmo que o paciente ainda fosse assintomático, bem como

das pessoas que residem no mesmo endereço, por um período de quatorze dias e que o monitoramento era realizado na modalidade de teleatendimento pelos profissionais da UBS. Além de serem fornecidas orientações iniciais com relação a precaução de contato, descarte de lixo, alimentação e a medicação que poderia ser utilizada em algumas situações.

O preenchimento correto da ficha de notificação foi imprescindível para a realização do trabalho, pois foi por meio desta ficha que foram preenchidas as planilhas de telemonitoramento dos usuários com sintomas respiratórios de maneira atualizada.

### **Desenvolvimento e preenchimento da planilha de Excel para o acompanhamento dos casos**

Inicialmente, o telemonitoramento estava sendo feito por cada eSF em registro em planilha de Excel ou em tabela impressa. Visando a organização do serviço, a GSAP 6 – Sobradinho 2 criou uma planilha no Google drive em 13 de julho de 2020, com o intuito de organizar os dados extraídos do sistema e-SUS Vigilância Epidemiológica (VE) e melhorar o acompanhamento e a evolução dos casos. Quando feito o registro e salvo as informações, um profissional extraía os dados dos usuários e os inseria na planilha diariamente. Nessa planilha constavam as mesmas informações da ficha de notificação, acrescida da quantidade de dias de sintomas. O acompanhamento do usuário era realizado através de ligação telefônica ou mensagem via aplicativo de *WhatsApp*, na qual eram fornecidas as devidas orientações e tiradas as dúvidas dos sinais e sintomas que o USR poderia estar apresentando.

Todos os dados dos usuários colhidos na escuta inicial e durante a consulta, bem como o resultado do exame de RT-PCR, precisavam ser corretamente preenchidos na ficha de notificação no site: <https://notifica.saude.gov.br/> para que, posteriormente, fosse preenchida a planilha de monitoramento dos casos.

Pensando na comodidade e segurança tanto dos usuários quanto dos profissionais de saúde, a ideia da planilha do teleatendimento foi organizar os dados dos usuários suspeitos e confirmados da covid-19, de maneira a facilitar o acompanhamento e encerramentos dos casos, o que possibilitou a diminuição da aglomeração dos usuários nas UBS da GSAP – 6 de Sobradinho 2. Além de ter facilitado

o acompanhamento dos agravamentos e das áreas que estavam com maior transmissibilidade no território das eSF.

### **Responsáveis pela realização do telemonitoramento aos usuários suspeitos e confirmados da covid-19**

Conforme a nota técnica da Coordenação de Atenção Primária à Saúde COAPS/SAIS/SES covid-19 nº 01/2020 – versão 2 de 27/03/2020<sup>14</sup>, o acompanhamento dos pacientes era realizado a cada 48 horas e por até 14 dias após o início dos sintomas, por ligação telefônica ou via *WhatsApp*, solicitando avaliação presencial, caso fosse identificado a necessidade de exame físico.

Todos os casos suspeitos e confirmados da covid-19 atendidos na GSAP-6 de Sobradinho 2 eram monitorados, com prioridade para os idosos (maiores de 60 anos) e pacientes com comorbidades, conforme listados no Plano de Contingência do Distrito Federal para Infecção Humana pelo novo Coronavírus/covid-19 versão 5-1 de 03/04/2020<sup>15</sup>, sendo estes avaliados e monitorados criteriosamente a cada 24 horas.

A ligação telefônica era feita por um profissional do eNASF-AB, profissionais de saúde residentes do PRMSFC, eSB ou ACS a cada 48 horas para acompanhamento da evolução do caso clínico. A GSAP-6 de Sobradinho 2 possuía apenas 1 eNASF-AB para todas as UBS. Tal equipe tinha em sua composição um nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social e terapeuta ocupacional, sendo assim, os integrantes da eNASF-AB organizaram-se na forma de rodízios e escalas entre as UBS, de maneira que a cada semana, um integrante do eNASF-AB estivesse presente em cada uma das UBS e seria o responsável por realizar o telemonitoramento dos pacientes suspeitos e confirmados da covid-19.

Considerando que o telemonitoramento deveria ser realizado a cada 48 horas e que as UBS da GSAP-6 de Sobradinho 2 funcionavam durante cinco dias da semana das 07:00 às 17:00 horas, o monitoramento acontecia todas às segundas-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras, sendo que no momento do telemonitoramento o paciente era orientado que nos finais de semana, caso houvesse piora dos sintomas, procurasse a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) mais próxima.

Conforme aumentou a demanda de USR na planilha do Excel, os profissionais de saúde das demais equipes prestavam suporte ao eNASF-AB na realização do telemonitoramento para que nenhum usuário ficasse desassistido.

### **Telemonitoramento ao usuário**

Inicialmente, o profissional se apresentava e explicava o motivo do contato, em seguida, fazia questionamentos acerca das condições de saúde do usuário e da evolução dos sintomas desde o último atendimento, tenha sido ele presencial ou remoto. Com base nas respostas dos usuários, o profissional fornecia as orientações necessárias e adequadas para cada caso. Os questionamentos e orientações eram realizados com base em um fluxo que foi elaborado pela Superintendência de Saúde da Região Norte do DF<sup>16</sup>. As situações que não se enquadravam às apresentadas nesse fluxo ou que geravam dúvidas aos profissionais eram discutidas com os médicos ou enfermeiros das unidades para definirem a melhor forma de abordar o caso.

As informações coletadas durante o teletendimento eram registradas no prontuário eletrônico do paciente, no e-SUS AB no campo do registro tardio de atendimento e na planilha do Excel. Após completarem os quatorze dias desde o início dos sintomas e o profissional constatar que o usuário não se encontrava mais em uma condição de risco, a notificação no e-SUS VE era encerrada e a realização do telemonitoramento era concluída.

### **Aspectos positivos e limitadores da experiência do teletendimento**

O desafio sanitário da pandemia mostrou tamanha potencialidade da APS, com maior ênfase na abordagem familiar e social, que possibilitou maior apoio aos grupos mais vulneráveis, como idosos e pessoas com comorbidades. Também permitiu maior articulação das equipes entre si e com a população do seu território, onde por meio do telemonitoramento foi possível reduzir a ida de usuários às UBS, diminuindo assim a possibilidade de novos contágios, o que proporcionou mais segurança ao paciente e coordenação do cuidado.

Porém, também foram enfrentadas muitas dificuldades, a começar pela tecnologia, por exemplo, os sistemas de informações de saúde dos diversos níveis de atenção que não se comunicavam entre si, pois os profissionais da APS não tinham

acesso às informações das evoluções, óbitos e altas dos pacientes que eram atendidos em serviços de alta complexidade, o e-SUS inúmeras vezes ficava fora do ar, impossibilitando os registros das informações em tempo real, erros cadastrais dos usuários como endereço e número de telefone desatualizado, o que dificultou tanto o contato telefônico, quanto a necessidade de encaminhamento responsável, pois alguns usuários não estavam vinculados à nenhuma equipe, carência de recursos humanos e por fim, os telefones fixos nas UBS que não funcionavam ou estavam em manutenção, prejudicando assim, o telemonitoramento. Para reverter tal situação, alguns profissionais utilizavam o próprio telefone celular, mas não eram todos os profissionais que se sentiam confortáveis com isso.

### **Impressões dos profissionais de saúde e usuários atendidos**

No ano de 2021 houve sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde que estavam trabalhando nas UBS no contexto da pandemia e, com isso, foi possível observar ciclos de adoecimentos e afastamentos por esgotamento, o que gerou dificuldades para cumprir os processos de trabalhos diários.

Os profissionais de saúde dos programas de residências médicas e multiprofissionais, que começaram suas atividades neste período sofreram para se adaptarem e ofertarem um cuidado adequado aos usuários frente aos novos fluxos de trabalhos na pandemia e, ainda, conviveram com medo de contraírem a covid-19.

Foi possível observar durante o telemonitoramento, o alívio dos usuários ao receberem uma ligação ou mensagem dos profissionais de saúde. Nos registros dos atendimentos foram observados alguns elogios como “as ligações de vocês me deixam tranquila”, “prefiro esperar a ligação de vocês e evitar aglomerações”, “estou seguindo todas as orientações e estou muito melhor”, “meu filho melhorou muito graças a vocês, obrigada”, “era apenas uma gripe, mas obrigada pela atenção”.

Apesar de terem sofrido muitas dificuldades, os profissionais que atuaram nesse período relataram ter sido uma vivência única, na qual obtiveram bastante conhecimento, realizaram um cuidado mais humanizado com relação à assistência à saúde do usuário e ao trabalho em equipe.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária à Saúde exerce um papel central no enfrentamento da pandemia, pois é sustentada pelos princípios de proteção da saúde, na prevenção e controle de doenças, sendo capaz de colaborar de forma estratégica com a redução do risco de transmissão da covid-19. A partir do diagnóstico precoce, acompanhamento e monitoramento individual e comunitário.

Um dos elementos principais do acompanhamento clínico proposto para os casos suspeitos e confirmados da covid-19, no período da pandemia, foi o telemonitoramento dos casos identificados pelos profissionais de saúde nas UBS. Tal procedimento está de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e os princípios da APS, levando em consideração o conhecimento das vulnerabilidades sociais e de saúde da população da região de Sobradinho<sup>2</sup>.

O telemonitoramento possibilitou a reversão de muitos quadros agravados e até mesmo de internações por complicações, porque os USR são avaliados e monitorados constantemente e, sempre que necessário, eram orientados a buscar a UBS para serem reavaliados presencialmente, o que possibilitou intervenções precoces.

Vale a pena ressaltar que o acompanhamento clínico dos casos por meio do telemonitoramento foi fundamentado nos princípios da APS, do acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e comunitária.

Além disso, o trabalho em equipe configurou-se como uma ação-chave no enfrentamento da pandemia, pois os profissionais atuaram de forma colaborativa com objetivos comuns, que são o cuidado e proteção da população, principalmente daqueles que fazem parte do grupo de risco da covid-19.

Por intermédio da experiência apresentada, evidenciou-se a importância do investimento em melhorias das tecnologias de informações para a realização do acompanhamento dos casos, rastreamento de contatos e orientações protetivas e preventivas a população. Além de ser necessário um reforço no número de profissionais que compõem a APS, constituindo novos eNASF-AB para os territórios que não os possuem, ampliando assim, a cobertura populacional para melhor desenvolver o telemonitoramento dos USR e outras estratégias.

## REFERÊNCIAS

1. Silveira RP, Leal O, Soares PLDS, Cruz FD, Modesto IDM, *et al.* Telemonitoramento da COVID-19 com participação de estudantes de medicina: experiência na coordenação do cuidado em Rio Branco, Acre. 2020; APS em Revista, 2(2), 151-161. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.121>
2. Brasil.Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde–Versão 9. Brasília, Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>. Acesso em: 27/08/2021.
3. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*. 2020 maio; 109. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
4. Cascella, M., Rajnik, M., Aleem, A., Dulebohn, S., Di Napoli, R. Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). *StatPearls*, 2021. Available from: Artigo de Características, Avaliação e Tratamento do Coronavírus (COVID-19) (statpearls.com)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica | Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Brasília, Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Guia-de-vigilancia-epidemiologica-da-covid\\_19\\_15.03\\_2021.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Guia-de-vigilancia-epidemiologica-da-covid_19_15.03_2021.pdf). Acesso em: 27/08/2021.
6. Harzheim E, Martins C, Wollmann L, Pedebos LA, Faller LA, Marques MC, Minei TSS, Cunha CRH, Telles LF, Moura, LJN, Leal MH, Rodrigues AS, Rech MRA, D'ávila OP. Ações federais para apoio

e fortalecimento local no combate ao covid-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. *Ciência & saúde coletiva*, v. 25, p. 2493–2497, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11492020>

7. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHMD, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020; 36. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>
8. Prado NMDBL, Rossi TRA, Chaves SCL, Barros SGD, Magno L, Santos HLPCD, Santos AMD. The international response of primary health care to COVID-19: document analysis in selected countries. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020; 36. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183820>
9. Guimarães FG, Carvalho TML, Bernardes RM, Pinto JM. A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. *APS em Revista*, 2(2), 74-82, 2020. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.128>
10. Brasil. Presidência da República. Lei no. 13.989, de 15 de abril de 2020. *Diário Oficial da União*. 16 de abril de 2020;73:(1):1
11. Xavier JDS, Conceição MC, Cerqueira JMDF, Aquino TRD, Santana DR. Telemonitoramento e rastreamento de contatos de casos suspeitos e confirmados da COVID-19. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva*. 2020; v.1, n.e11949, p.1-7. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/download/11949/7985/>. Acesso em 01/09/2021.
12. Rodrigues LP. Práticas do cirurgião-dentista no enfrentamento da COVID-19 na estratégia saúde da família: um relato de experiência. *Research, Society and Development*. 2021; 10(5). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/15059/13519/196032>. Acesso em: 30/08/2021.
13. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Decreto Nº 40.509, de 11 de março de 2020. Brasília – DF, 11 de março de 2020. Disponível em: [Decreto 40509 de 11/03/2020 \(sinj.df.gov.br\)](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Decreto-40509-2020)
14. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica No 01 / 2020 COAPS / SAIS / SES – COVID-19. 2020. 1-46. Versão 2. 27/03/2020. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/NOTA\\_TECNICA-APSCOV19\\_\\_\\_2-versao\\_27032020-1.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/NOTA_TECNICA-APSCOV19___2-versao_27032020-1.pdf).
15. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Plano de Contingência para Epidemia da Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) do Distrito Federal. Brasília – DF, 16 de março de 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/Plano-de-Contingencia-Coronavirus10-DF.pdf>. Acesso em: 01/09/2021.
16. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Telemonitoramento na Região de Saúde Norte Covid-19 Documento Norteador. Brasília, 23 de março de 2020.

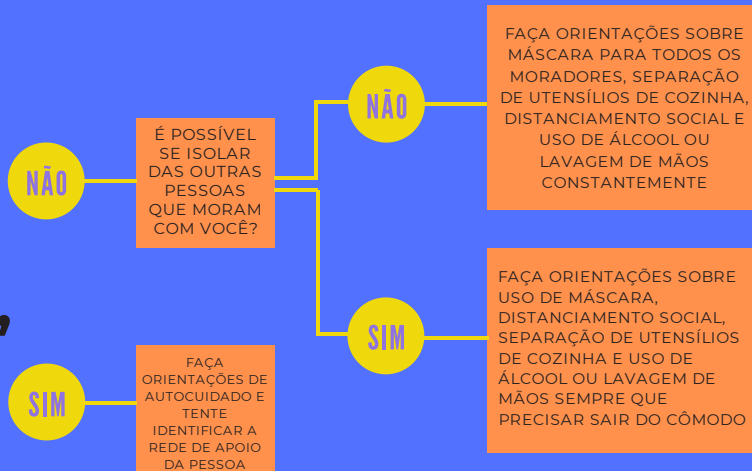
SUPLEMENTO

# Telemonitoramento COVID-19



Secretaria de Saúde do Distrito Federal  
SRSNO/DIRAPS

## “Você mora sozinho?”



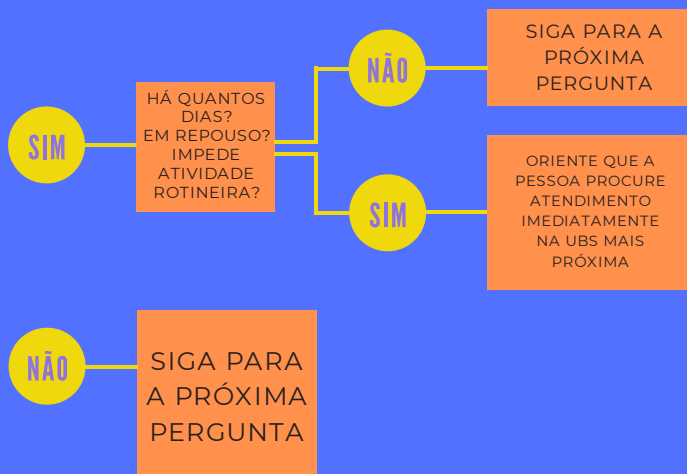
1

# Telemonitoramento COVID-19



Secretaria de Saúde do Distrito Federal  
SRSNO/DIRAPS

## “Você sente dificuldade para respirar ou cansaço?”



2

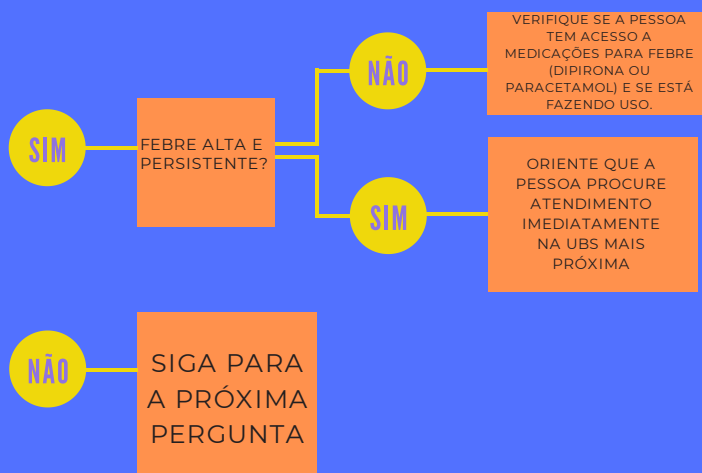


# Telemonitoramento COVID-19



Secretaria de Saúde do  
Distrito Federal  
SRSNO/DIRAPS

**“Está com febre neste momento ou vem sentindo febre?”**



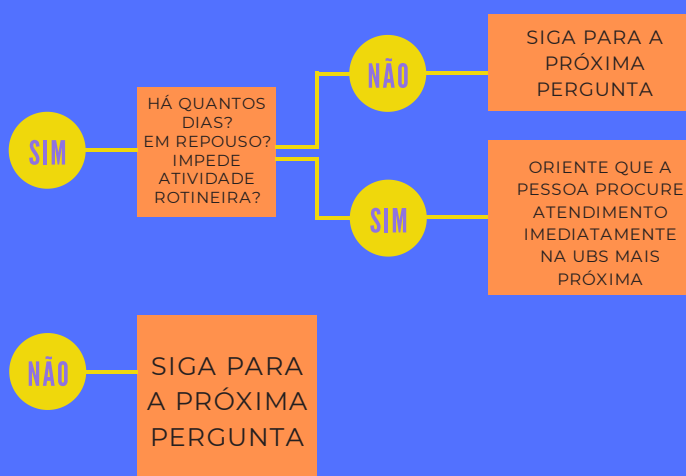
3

# Telemonitoramento COVID-19



Secretaria de Saúde do  
Distrito Federal  
SRSNO/DIRAPS

**“Sente tontura em alguma situação?”**



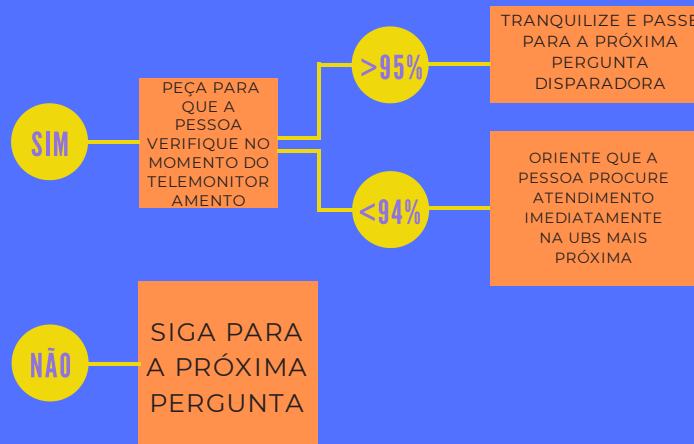
4

# Telemonitoramento COVID-19



Secretaria de Saúde do  
Distrito Federal  
SRSNO/DIRAPS

“Você tem  
oxímetro em  
casa?”



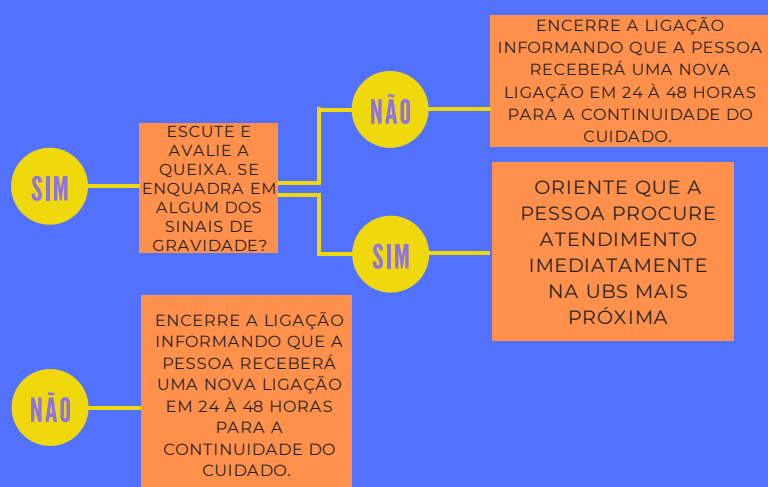
5

# Telemonitoramento COVID-19



Secretaria de Saúde do  
Distrito Federal  
SRSNO/DIRAPS

“Existe algo  
mais lhe  
incomodando  
que você  
gostaria de me  
contar?”



6