

A Pandemia da COVID-19 e o Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação na Atenção Primária à Saúde: Um relato de experiência.

AUTORES

Ana Priscila Eleodoro Rosa, enfermeira supervisora da Estratégia de Saúde da Família no âmbito do Centro de Atenção Primária da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Enfermeira responsável técnico pela Unidade de Saúde da Família César Augusto Arita.

Jéssica da Cruz Arantes, médica residente em Medicina de Família e Comunidade pelo Programa de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

Fernando Contin De Sanctis, médico de Família e Comunidade. Médico pela Unidade de Saúde da Família César Augusto Arita. Preceptor da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do HCFMRP-USP.

Carolina Colucci Pereira, enfermeira da Estratégia de Saúde da Família na Unidade de Saúde da Família César Augusto Arita.

Fernanda Medrado de Souza Ferreira, enfermeira da Estratégia de Saúde da Família na Unidade de Saúde da Família César Augusto Arita.

Juliane do Prado de Sousa Costa, enfermeira da Estratégia de Saúde da Família na Unidade de Saúde da Família César Augusto Arita.

Thaís Ramos Pereira Vendruscolo, enfermeira da Estratégia de Saúde da Família na Unidade de Saúde da Família César Augusto Arita.

Fernanda de Almeida Andriotti, médica de Família e Comunidade na Unidade de Saúde da Família César Augusto Arita. Preceptora da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do HCFMRP-USP.

Marina Bagnara Fernandes. Médica de Família e Comunidade na Unidade de Saúde da Família César Augusto Arita. Preceptora da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do HCFMRP-USP.

Lucas Francisco Cestari, médico de Família e Comunidade na Unidade de Saúde da Família César Augusto Arita. Preceptor da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do HCFMRP-USP.

João Mazzoncini de Azevedo Marques, professor doutor do Departamento de Medicina Social. Coordenador Acadêmico da Unidade de Saúde da Família César Augusto Arita. Coordenador da Residência de Medicina de Família e Comunidade do HCFMRP-USP.

Amaury Lelis Dal Fabbro, professor titular do Departamento de Medicina Social da FMRP. Coordenador do Centro de Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Unidade de trabalho envolvida: Unidade de Saúde da Família César Augusto Arita

RESUMO

A pandemia da Covid-19 trouxe o cenário ideal para investimento na oferta de serviços de saúde em situações nas quais a distância é um fator crítico, o que se denomina telemedicina ou telessaúde. Tais serviços são providos por profissionais da área de saúde que recorrem a tecnologias de informação e de comunicação (TIC) para compartilhar informações entre si e também entre profissionais e usuários do sistema de saúde. Dentre os vários benefícios viabilizados pela telessaúde, tem-se a diminuição da mobilidade das pessoas sadias para as unidades de saúde, a rapidez e a facilidade para executar os atendimentos, a agilidade para resolver demandas e a ampliação do acesso dos pacientes aos profissionais de saúde. Foi nesse contexto que, desde março de 2020, a equipe multiprofissional da Unidade de Saúde da Família (USF) César Augusto Arita, localizada no distrito oeste do município de Ribeirão Preto-SP, iniciou a estratégia de incluir práticas de telessaúde na rotina de serviços oferecidos pela unidade aos usuários da população adscrita ao território. As modalidades de ações desenvolvidas englobam: teleatendimentos médicos e de enfermagem, teleorientações quanto a resultados de exames, além de teleorientações administrativas quanto ao funcionamento da unidade, cronograma de campanhas de vacinação, marcação ou alteração de datas de consultas. Com isso, foi possível evitar retornos presenciais muito frequentes para resolver questões pontuais facilmente resolvidas à distância. O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de experiência que descreva o atendimento dos usuários da USF através das TIC. A coleta de dados é referente ao período de março de 2020 até junho de 2021. Nesse período, foram realizados 1483 teleatendimentos, sendo 998 em 2020 e 575 em 2021. Foi feita uma categorização dos atendimentos entre profissionais médicos ou de enfermagem. E, a partir desse quantitativo, foram descritas as diferentes etapas do processo de trabalho envolvido, considerando as tecnologias utilizadas e os papéis de cada membro da equipe na execução das ações em telessaúde, além de elencar pontos fortes e pontos frágeis a serem considerados na continuidade dessa dinâmica de trabalho que integra o digital e o presencial. Concluiu-se que o uso das TIC, especialmente via aplicativo de mensagens e chamadas, mostrou ser uma ferramenta estratégica com potencial de fortalecimento dos serviços ofertados na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Evidenciou-se também a necessidade de ações de continuidade que permitam sistematizar o uso das TIC e qualificar a assistência prestada, bem como a necessidade de mais estudos para mensurar os impactos do seu uso nos desfechos de saúde relevantes para a população e para o sistema único de saúde (SUS), especialmente no âmbito da organização dos processos de trabalho e da otimização da coordenação do cuidado prestado à população.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), telemedicina é “a oferta de serviços de saúde para situações que a distância é um fator crítico”. Tais serviços são providos de profissionais da área de saúde usando tecnologias de informação e de comunicação (TIC) para intercâmbio de informações válidas para diagnósticos, prevenção e tratamento de doenças e para contínua educação de profissionais de saúde, assim como para fins de pesquisa e avaliações.^{1,2}

A telemedicina ou telessaúde (usaremos como termos sinônimos) pode ser dividida em três categorias: *teleeducação*, em que o uso de tecnologias favorece a construção de conhecimento; a *teleassistência*, através da qual ocorrem atividades assistenciais e ações de matriciamento à distância e

a *teleciência*, que integra diversos centros de pesquisa, permitindo a otimização de tempo e de custos, por compartilhamento de dados, da capacitação e da padronização de métodos.²

No Brasil, o início da telemedicina data da década de 1990. Em 1997, criou-se o Hospital Virtual Brasileiro, pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e a disciplina de Telemedicina na USP, pioneira no país. Exemplos assim foram se multiplicando dentro de várias instituições e ganharam força para se desenvolverem e aprimorarem.^{3, 2}

A pandemia de coronavírus (SARS-CoV-2) trouxe desafios para a oferta de serviços de saúde e propiciou o investimento em telessaúde na rotina dos processos de trabalho em diversos níveis de Atenção, especialmente na Atenção Primária à Saúde. Por se tratar de doença cujo agente etiológico tem alta e rápida disseminação por vias respiratórias e de contato, o distanciamento físico e o isolamento social foram estratégias centrais para controle de sua disseminação. Nesse contexto, a telessaúde ganhou atenção de profissionais e gestores visando favorecer a diminuição da circulação de pessoas e garantir acesso à saúde.

São benefícios da telessaúde: diminuição da mobilidade das pessoas sadias até as unidades de saúde, rapidez e facilidade dos atendimentos e ampliação do acesso dos pacientes aos profissionais de saúde. Por outro lado, são fatores desafiadores: dificuldades socioeconômicas para acesso à rede de *internet* e telefonia, pouca compreensão de alguns segmentos da comunidade em relação ao uso e o funcionamento dessas tecnologias, principalmente idosos e pessoas portadoras de deficiência, além da abertura de novo fluxo de demandas virtuais, em paralelo ao processo de trabalho presencial que já é permanentemente executado pelas equipes na USF.

JUSTIFICATIVA

Em 30 de janeiro de 2020, o Comitê de Emergências da OMS declarou o surto de um novo coronavírus como emergência de saúde pública com base no crescimento das taxas de notificações na China e em outros países.

No Brasil, a Lei n.º 13.989, de 15 de abril de 2020, dispôs sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo SARS-CoV-2. Paralelamente, a maioria dos Conselhos de Classe da saúde autorizaram e regulamentaram atendimento por meio virtual durante o período da pandemia, com o objetivo de evitar que pacientes sem sintomas respiratórios graves, mas com necessidade de acesso à saúde perdessem seu seguimento clínico ou pudessem iniciá-lo, sem precisar circular pelas ruas, transportes públicos e ambientes de unidades de saúde, quebrando o isolamento social necessário para reduzir a propagação da Covid-19.

Associada à necessidade de diminuir a circulação de pessoas e também de isolar sintomáticos respiratórios, as agendas de consultas médicas e de enfermagem foram estrategicamente reduzidas por orientação de Decretos Municipais. O tempo de atendimento dos profissionais de saúde na APS de Ribeirão Preto foi redirecionado para atendimento de grupos prioritários (pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis descompensadas, gestantes, puérperas, crianças menores de dois anos, pessoas vítimas de violência, demandas de contracepção, etc.), atendimento de sintomáticos respiratórios, ações de orientação à população e organização de campanhas de vacinação contra a COVID-19 e Influenza.

Na ótica dos princípios e diretrizes do SUS de preservação do vínculo e do acesso à assistência clínica, associados aos atributos essenciais da atenção primária (Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação do Cuidado), a equipe multiprofissional da USF César Augusto Arita do município de Ribeirão Preto-SP iniciou estratégia de incluir práticas de telessaúde na rotina de serviços oferecidos pela unidade à população adscrita ao território. As modalidades de ações desenvolvidas englobam: teleatendimento médico e de enfermagem, teleorientação sobre resultado de exames realizados para investigação da COVID-19, tempo de isolamento domiciliar, informações administrativas de funcionamento da unidade, cronograma de campanhas de vacinação, fluxos de marcação ou alteração de consultas e mesmo envio de exames realizados em outros serviços para evitar retornos presenciais frequentes por questões pontuais que podem ser resolvidas à distância, através das TIC.

Durante a pandemia da COVID-19, a organização e estruturação desse novo fluxo digital de serviços de telessaúde vêm sendo aprimorada e aperfeiçoada pela equipe para aumento de eficiência, visando não prejudicar os outros fluxos já estabelecidos no processo de trabalho presencial da unidade.

OBJETIVO

Relatar a experiência de uma USF, vinculada à Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA), na introdução do uso de tecnologias de informação e de comunicação (TIC) em um cenário urbano do SUS, no contexto da pandemia da COVID-19.

CENÁRIO/MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo referente ao período de março de 2020 a junho de 2021. É um relato de experiência, vivenciado no cenário de uma Unidade de Saúde da Família (USF César Augusto Arita), localizada no Distrito Oeste de Ribeirão Preto (SP). A unidade é formada por quatro Equipes de Saúde da Família, cada uma composta por enfermeiras, estudantes de enfermagem, técnicas de enfermagem, médicos preceptores e médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade (MFC), agentes comunitários de saúde (ACS), além de técnicos administrativos. A população cadastrada na unidade corresponde a 11.223.

Ao se deparar com a necessidade de reorganização de processos de trabalho mediante as novas demandas trazidas pela pandemia da COVID-19, a equipe da unidade entendeu a telemedicina como alternativa viável para diminuir o fluxo de pessoas na unidade e garantir o acesso ao serviço.

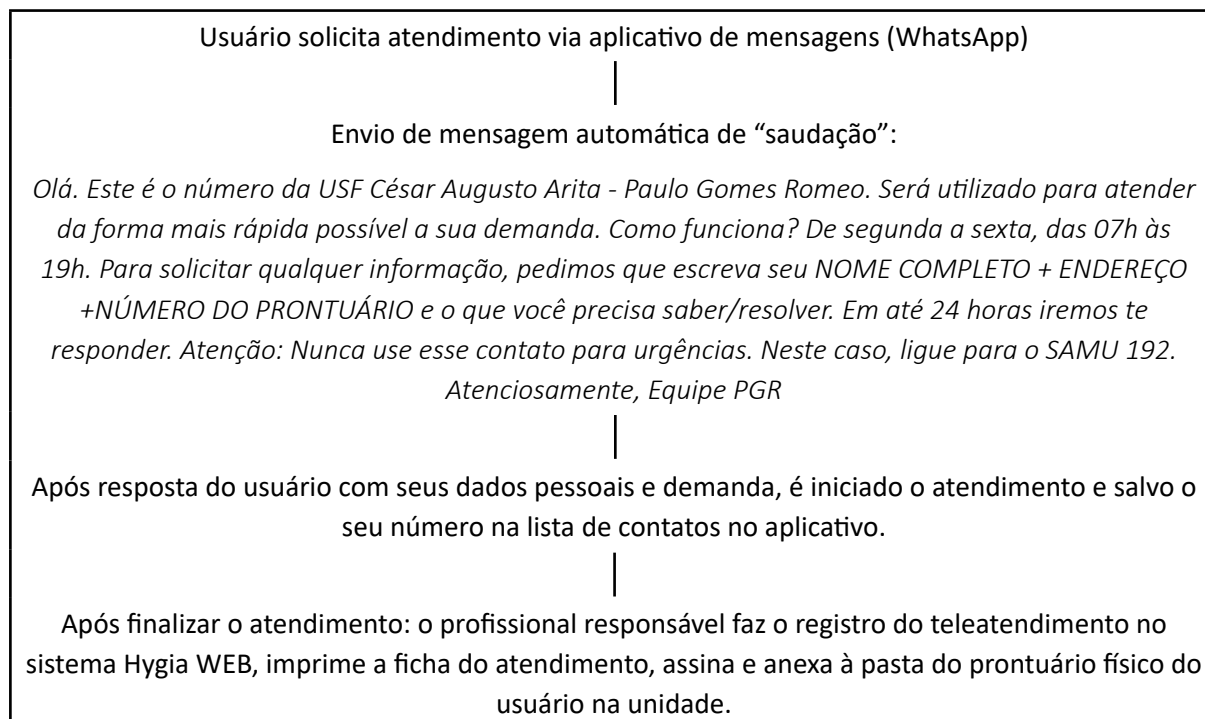
O atendimento da população com uso das TIC já contava com a rede de telefonia por aparelho celular e telefone fixo para ligações, e passou a contar com aparelho celular do tipo *smartphone* para uso exclusivo de *internet*, via aplicativo de mensagens instantâneas (*WhatsApp Business*). Este último aparelho celular e o *SIM card/chip* foram adquiridos e disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O horário de funcionamento foi estabelecido como o mesmo do serviço; e o número do contato via aplicativo, o mesmo do número fixo, único e compartilhado por todas as equipes. A divulgação desta nova via de atendimento ficou a cargo de todos os profissionais da unidade, indiscriminadamente.

A primeira via de atendimento é por contato da equipe da USF com algum usuário via mensagem pelos motivos: convocação/busca ativa após falta em consulta; informar resultados de exames de investigação da COVID-19; monitorar sintomas respiratórios; avisar sobre agendamento ou desmarcação de consultas ou exames; informar resultados de exames; esclarecimentos sobre vacinação.

Nesse modelo, o profissional responsável pelo atendimento segue os seguintes passos: procura o contato telefônico do paciente no seu cadastro na plataforma de prontuário eletrônico utilizada no município, conhecida como sistema Hygia WEB; adiciona o número na lista dos contatos do celular identificando por Nome + Sobrenome + Equipe a qual pertence (Amarela, Azul, Verde ou Vermelha); inicia o contato com mensagem de confirmação de identidade do usuário para checar se o número realmente pertence ao receptor da mensagem; após a resposta, o profissional se apresenta, esclarece o motivo do contato e dá seguimento ao atendimento; por fim, o profissional informa o paciente sobre essa nova via de comunicação com a USF e deixa o canal à disposição do usuário.

A segunda via de atendimento se dá quando o usuário procura o atendimento interativo com a USF. Nessa forma, optou-se pela criação de uma “mensagem de saudação” como resposta automática inicial que contém itens importantes como: esclarecimento de que o canal não é um meio para atendimento de urgência e que a equipe tem até 24 horas para responder à demanda; orientação sobre o horário de funcionamento do teleatendimento; pedido de que a pessoa se apresente com nome completo e número de prontuário. Se porventura o usuário entrar em contato após o horário de funcionamento da unidade, também irá receber uma primeira resposta automática semelhante a uma “mensagem de ausência”, reforçando o horário de funcionamento desta via de comunicação.

O fluxo dessa segunda via de atendimento por meio das TIC está ilustrado de modo simplificado no Quadro 1.



Quadro 01- Fluxograma ilustrativo da segunda via de teleatendimento

Até o momento, foram realizadas consultas, monitoramentos e orientações somente na modalidade assíncrona. Exceto em casos de contatos pontuais para esclarecimentos de dúvidas administrativas, os demais contatos que configuram atendimento de saúde ao usuário são devidamente registrados em prontuário eletrônico (sistema Hygia WEB), onde existe uma sigla específica para TELEATENDIMENTO, para qualificar o cuidado e fortalecer a segurança da relação usuário-equipe de saúde e também para gerar dados dos atendimentos prestados à população.

O Sistema Hygia WEB é uma plataforma de prontuário eletrônico, adotada pela SMS de Ribeirão Preto, com o objetivo de automatizar e integrar os registros dos atendimentos em saúde desde o nível primário ao terciário. Nesse sistema, encontramos desde os dados pessoais de cadastro dos usuários até registros de atendimentos clínicos, dispensação de medicamentos e resultados de alguns exames laboratoriais realizados na rede municipal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após 15 meses da introdução deste processo de trabalho, os dados numéricos obtidos por levantamento do sistema Hygia WEB estão ilustrados no Gráfico 1 e foram categorizados por período do ano e por categoria profissional.

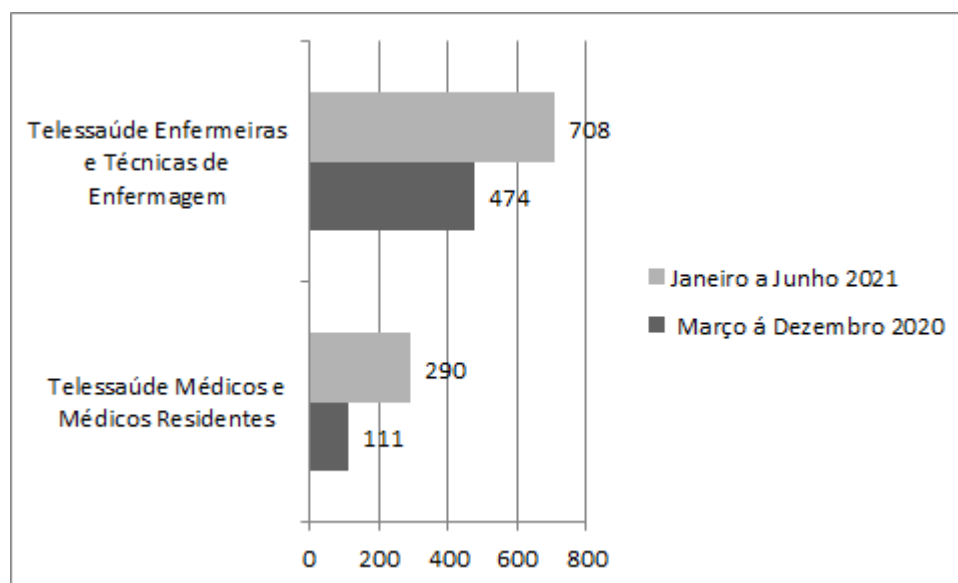


Gráfico 1. Número de teleatendimentos por categoria profissional e por período de 2020 e de 2021.

Foram realizados 1483 teleatendimentos, sendo 998 no período de março a dezembro de 2020 e 575 no período de janeiro a junho de 2021. Em ambos os períodos, os atendimentos foram realizados majoritariamente pela categoria de enfermagem, configurando 71% dos atendimentos de 2020 e 81% dos atendimentos de 2021. Já a categoria médica, englobando preceptores e residentes de Medicina de Família e Comunidade, foi responsável por 29% dos atendimentos de 2020 e 19% dos atendimentos de 2021.

Apesar de não termos delineado de modo sistemático os motivos de cada atendimento por categoria e por período, temos conhecimento de algumas das demandas comuns e a estimativa de frequência das suas ocorrências, dentre elas, destacam-se: as interações com os usuários que apresentam sintomas gripais, antes e após coleta de exame para detecção de SARS-CoV-2, sendo esse motivo correspondente a cerca de 70% dos teleatendimentos, dúvidas sobre questões de funcionamento da USF, em torno de 15%, e os atendimentos para resultados de exames e condutas, cerca de 15%.

O atendimento inicial dos usuários com sintomas gripais consiste em descartar sinais de alarme, que exigem atendimento em serviço de urgência e emergência, e orientar que o paciente com alguma suspeita de COVID-19 programe a vinda à unidade para coleta de exame no período mais adequado conforme cronologia dos sintomas e o protocolo municipal atualizado de manejo ao SARS-CoV-2. No caso de pacientes com sintomas gripais já atendidos que desejam saber resultados de exame, após confirmada identidade e número de prontuário, se disponível o resultado do exame este é comunicado e, se possível, envio de foto ou documento com anexo do laudo do exame, além de reforçar as orientações sobre cumprimento do isolamento social pelo período adequado e previamente orientado no dia da coleta do exame.

Nos primeiros seis meses da pandemia em 2020, foi realizado o telemonitoramento rotineiro dos pacientes sintomáticos com suspeita ou confirmação de COVID-19. Ficaram responsáveis por esse fluxo a equipe de enfermeiras e técnicas de enfermagem, inclusive pressupõe-se que este é o motivo de serem as responsáveis pela maior parte dos teleatendimentos prestados à população da unidade até o momento. Com isso, foi possível evitar a vinda de inúmeros usuários até a unidade para esclarecer dúvidas sobre seu estado geral ou sobre seus exames, o que desrespeitaria o isolamento social e ofereceria risco ao restante da população.

Outro tipo de demanda frequente foi a renovação de prescrições de medicamentos. Nesses casos, realizava-se a checagem do histórico de uso de medicamentos e as condições clínicas do paciente registradas em prontuário eletrônico. Se confirmada avaliação recente e estabilidade do quadro, as prescrições eram solicitadas aos médicos responsáveis pelo caso e deixadas na pasta de cada equipe, que fica na sala de acolhimento da unidade, para que o paciente ou algum familiar viesse retirar pessoalmente, pois o sistema Hygia WEB ainda não dispõe do recurso de assinatura digital integrada.

Quanto à demanda de avaliação de exames, solicitava-se que os usuários enviassem uma foto de boa qualidade do laudo do exame para que a equipe médica ou de enfermagem avaliasse e fizesse as orientações diante dos achados, preferencialmente por ligação telefônica, convocando alguns pacientes presencialmente quando julgassem necessário por qualquer motivo, por exemplo, identificação de alguma limitação de compreensão sobre a orientação fornecida por telefone.

Nos casos de usuários pertencentes a grupos prioritários ou portadores de doenças crônicas não transmissíveis que necessitavam de consulta presencial periódica, cada equipe programava o agendamento do atendimento presencial e, caso o profissional solicitasse exames complementares ou curvas de monitoramento, agendava-se retorno para análise de resultados na modalidade de teleconsulta. No dia desse retorno agendado como teleatendimento, o profissional responsável acionava o paciente via *WhatsApp*, solicitava o envio da foto do laudo de exame ou dos valores anotados, realizava a checagem das possíveis alterações, executava a teleconsulta e, a seguir, fazia o registro em prontuário eletrônico.

Quanto aos impactos advindos do uso das TIC na aplicação da telemedicina nesta USF, assim como de outras experiências semelhantes relatadas na literatura⁸, observou-se ainda que de maneira subjetiva e não sistematizada, uma percepção geral positiva quanto à satisfação dos pacientes atendidos virtualmente, de acordo com o relato de profissionais da unidade como ACS, recepcionistas, além de relato dos pacientes atendidos por essa via que passaram de certa forma a considerar este canal como a primeira via de contato antes de se deslocar até a unidade.

Houve a impressão de que a plataforma do aplicativo é útil e viável para reduzir a circulação de usuários na unidade, aproximar a equipe da comunidade e garantir a oferta de serviços com menor aglomeração de pessoas. Ao realizar teleatendimentos e evitar a ida dos pacientes presencialmente, podemos ainda obter ainda economia de equipamentos de proteção individual, o que em situações de baixa disponibilidade pode ter um impacto econômico para a gestão. Também foi possível realizar a cobertura de algumas tarefas antes realizadas presencial e exclusivamente pelos ACS, como resolver demandas de saúde que precisavam ser intermediadas entre a comunidade e a equipe médica e agora podem chegar diretamente à equipe médica.

Nossa coleta de dados foi bastante genérica e pode ser melhorada com o detalhamento das características sociodemográficas dos usuários, motivos de busca de atendimento, tempo de resposta, resolatividade dos atendimentos e até diminuição de demanda reprimida em médio prazo. A ausência de um processo de avaliação estruturado implica na possibilidade de vieses nesta impressão. Isso evidencia a necessidade de uma sistematização na avaliação, com a participação de profissionais e usuários, na busca de estreitar o vínculo e discutir o processo visando melhorias na assistência usando as TIC. Serve de exemplo e inspiração para essa melhoria na coleta de dados, o relato de experiência do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Ouro Preto, em uma Unidade Básica de Saúde rural 8, onde foi feita uma análise estatística descritiva no que se refere a quantidade de interações com usuários, formatos de atendimento e diferencial dos tipos de demandas mais comuns.

Outras lacunas identificadas no processo de trabalho digital foram a inabilidade de alguns profissionais com as TIC, problemas estruturais e de rede, falta de horário protegido na agenda para tais ações⁹. Elencamos alguns pontos em que desejamos aprimorar nossa prática nos próximos meses: intensificação da divulgação deste canal de comunicação; estabelecimento de escala fixa dos profissionais por turnos ao longo da semana; levantamento de perguntas mais frequentes e criação de atalhos para mensagens de respostas rápidas e padronizadas com orientações (exemplo: dúvidas sobre horários; envio de fotos de receitas e exames); utilização dos recursos “*status*” ou “listas de transmissão” do aplicativo para divulgar informações via cartazes digitais educativos, contendo orientações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, além da criação de grupos com segmentos específicos da população, por exemplo, gestantes e puérperas, para divulgação de informações de saúde.

Este estudo aponta horizontes de melhorias simples e complexas que podem qualificar o acesso dos usuários ao serviço de saúde, na medida em que cada equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode estabelecer uma dinâmica melhor de interação com sua população, otimizando o tempo de atendimento e evitando vindas desnecessárias à USF, além de ser um caminho potencial de fortalecimento da coordenação do cuidado prestado aos usuários do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação de telemedicina com o uso das TIC, especialmente via *WhatsApp*, configurou-se como ferramenta estratégica valiosa no cenário da pandemia da COVID-19. No relato de experiência apresentado, essa ferramenta foi pensada como forma simples e abrangente para garantir acesso aos serviços de saúde aos necessitados mesmo em situações de recomendação de restrição da circulação de pessoas. Sabe-se, porém, que esse canal de comunicação pode não ser suficiente para garantia de acesso, seja por falta de aparelho celular, de *internet* ou por inabilidade de manejar esse tipo de tecnologia.

Ainda que não tenhamos certeza sobre a continuidade da regulamentação do uso das TIC pelos profissionais de saúde após o período da pandemia, precisamos aproveitar o momento atual para estudar e aprimorar seu uso com a finalidade de fortalecimento e qualificação dos serviços ofertados pela ESF, apontando em direção as potencialidades do uso das TIC na APS. Com essa perspectiva, já estamos dedicando esforços para sistematizar esse novo fluxo no processo de trabalho da unidade para fortalecer a assistência e gerar dados úteis para facilitar o contínuo aprimoramento de todo o processo. Por meio da incorporação dessa tecnologia e da renovação dos processos de trabalho, vislumbramos uma possibilidade de aperfeiçoamento da atenção primária no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States. [acesso em: 14 de junho de 2021]. Disponível em: http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf
2. Chao LW. Ambiente computacional de apoio à prática clínica. São Paulo.Tese [Doutorado] Universidade de São Paulo; 2000.
3. Registros da História da Medicina. Maria H. I. Lopes & Leonor C. B. Schwartzmann (Org) 0 Edição, Porto Alegre, Luminara Editorial, 2014 – v. 1, p. 209-218.
4. Pereira FAC, Correa DMS. Uso da teleconsulta pelo enfermeiro a cardiopatas: uma reflexão durante a pandemia por COVID-19 no Brasil. *Enferm. Foco* 2020 11 (Esp.2):167-71.
5. Prefeitura de Florianópolis. Tutorial WhatsApp para centros de saúde O guia definitivo. Florianópolis;2020.
6. Brasil. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2).Diário Oficial da União 15 abr 2020.
7. Landsberg G, Siqueira IOC, Pereira RPA. Primária: o essencial da atenção primária à saúde. Caratinga: UNEC; 2012.
8. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Sistema e-sus [acesso em 12 de agosto de 2021]. Disponível em: <http://www.intranet.ribeiraopreto.sp.gov.br/secretarias/ind-relatorio.php>

9. Castro FAG, Santos ÁO, Reis GVL, Viveiros LB, Torres MH, Oliveira Junior PP. Telemedicina rural e COVID-19: ampliando o acesso onde a distância já era regra. Rev Bras Med Fam Comunidade.2020;15(42):2484.
10. Vendruscolo C, Geremia DS, Adamy EK, Vandresen L, FERRAZ L. Utilização das tecnologias de informação e comunicação pelos núcleos ampliados de saúde da família. Rev. Enferm.UFSM, 2019;9(esp.5):1-20.