

**ANA LÚCIA SOUZA MARQUES VACCARO MORAES**

**O SERVIÇO DE TELEMONITORAMENTO COMO PROCESSO  
EDUCATIVO NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM COVID-19  
NO MUNICÍPIO DE PRAIA GRANDE - SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

São Paulo

2022

**ANA LÚCIA SOUZA MARQUES VACCARO MORAES**

**O SERVIÇO DE TELEMONITORAMENTO COMO PROCESSO  
EDUCATIVO NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM COVID-19  
NO MUNICÍPIO DE PRAIA GRANDE- SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Ferreira Queiróz

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde na Comunidade.

São Paulo  
2022

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Antonio Rubino de Azevedo,  
Campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Moraes, Ana Lúcia Souza Marques Vaccaro

O serviço de telemonitoramento como processo educativo na  
assistência aos pacientes com Covid-19 no município de Praia Grande -  
São Paulo

/ Ana Lúcia Souza Marques Vaccaro Moraes. - São Paulo, 2022.  
xiv, 109f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de São  
Paulo, Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em  
Ensino em Ciências da Saúde.

Título em inglês: Telemonitoring service as an educative process in  
assisting COVID-19 patients in the city of Praia Grande-SP.

1. Telemonitoramento. 2. COVID-19. 3. Telessaúde.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Diretor da Escola Paulista de Enfermagem:**

Prof. Dr. Alexandre Pazetto Balsanelli

**Diretor do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde:**

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

**Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em  
Ensino em Ciências da Saúde:**

Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo

**ANA LÚCIA SOUZA MARQUES VACCARO MORAES**

**O SERVIÇO DE TELEMONITORAMENTO COMO PROCESSO  
EDUCATIVO NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM COVID-19 NO  
MUNICÍPIO DE PRAIA GRANDE- SÃO PAULO**

**Presidente da Banca:**

Profª Drª Maria de Fátima Ferreira Queiroz

**Membros Titulares:**

Prof. Dr. Eduardo Carvalho de Souza  
Universidade de Ribeirão Preto

Profª Drª Patrícia Martins Goulart  
Universidade Federal de São Paulo

Profª Drª Sheila de Melo Borges  
Universidade Santa Cecília

**Membro Suplente:**

Profª Drª Juliana Andrade Oliveira  
Fundacentro – Fundação Jorge Duprat de Medicina e Segurança do Trabalho

## EPÍGRAGE

*O correr da vida embrulha tudo,  
a vida é assim: esquentada e esfria,  
aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta.  
**O que ela quer da gente é coragem.**  
O que Deus quer é ver a gente  
aprendendo a ser capaz  
de ficar alegre a mais,  
no meio da alegria,  
e ainda mais alegre  
ainda no meio da tristeza!  
A vida inventa!  
A gente principia as coisas,  
no não saber por que,  
e desde aí perde o poder de continuação  
porque a vida é mutirão de todos,  
por todos remexida e temperada.  
O mais importante e bonito, do mundo, é isto:  
que as pessoas não estão sempre iguais,  
ainda não foram terminadas,  
mas que elas vão sempre mudando.  
Afinam ou desafinam. Verdade maior.  
Viver é muito perigoso; e não é não.  
Nem sei explicar estas coisas.  
Um sentir é o do sentente, mas outro é do sentidor.”*

*João Guimarães Rosa (Grande sertão: veredas)*

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho à minha família, que não me deixou desistir, e a todas as famílias que enfrentaram perdas em razão da COVID-19.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu marido, que nunca mediu esforços para tocar tudo enquanto eu me dedicava ao trabalho e à pesquisa. Aos meus filhos, que em tantas ocasiões toleraram a minha falta de tempo e, por vezes, de paciência, estando sempre ao meu lado, fortalecendo-me com abraços e sorrisos; nem sei quantas vezes me perguntaram: “acabou o trabalho (este aqui), mamãe?” Souberam ser pacientes e doces, merecem minha gratidão eterna.

Aos meus pais, que me acolheram por tantas vezes para a conclusão deste trabalho e que pela vida toda abriram mão dos seus sonhos em função dos meus e dos sonhos dos meus irmãos.

Aos meus irmãos que, com seus jeitos e trejeitos, inspiraram-me para caminhar em busca do melhor.

À minha orientadora, que aceitou o desafio da troca de tema, e foi paciente durante todo o processo.

À minha chefia no AcolhePG; seu apoio foi essencial durante todo o processo de construção e também de conclusão desse trabalho.

Aos colegas do mestrado que me apoiaram, incentivaram, seguraram a mão e a “onda” e reforçaram o coro do “não desista”.



## SUMÁRIO

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| DEDICATÓRIA.....   | vi                                   |
| AGRADECIMENTOS .....   | vii                                  |
| RESUMO.....  | ix                                   |
| ABSTRACT .....   | x                                    |
| LISTA DE GRÁFICOS.....   | xi                                   |
| LISTA DE SIGLAS .....  | xiv                                  |
| APRESENTAÇÃO.....  | 1                                    |
| 1. INTRODUÇÃO .....  | 3                                    |
| 2. O NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV2) E A COVID-19.....  | 8                                    |
| 2.1 A Covid-19 no Brasil.....  | 12                                   |
| 2.2 Telessaúde no Município de Praia Grande .....  | 15                                   |
| 3. HIPÓTESE .....  | 22                                   |
| 4. OBJETIVOS .....   | 23                                   |
| 4.1 Geral.....   | 23                                   |
| 4.2 Específicos .....  | 23                                   |
| 5. PERCURSO DA PESQUISA.....   | 24                                   |
| 5.1 Método .....   | 24                                   |
| 5.2 Cenário e participantes da pesquisa .....  | 26                                   |
| 5.3 Critérios de Inclusão.....   | 27                                   |
| 5.4 Critérios de exclusão .....  | 27                                   |
| 5.5 Instrumento de Pesquisa.....   | 27                                   |
| 5.6 Cálculo Amostral .....   | 28                                   |
| 5.7 Procedimentos da coleta de dados .....   | 29                                   |
| 5.8 Análise estatística .....  | 31                                   |
| 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....   | 32                                   |
| 6.1 Perfil dos participantes da pesquisa e sua relação com a COVID-19 .....  | 32                                   |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....  | 66                                   |
| REFERÊNCIAS.....   | 69                                   |
| ANEXOS .....   | 80                                   |
| Anexo I – Autorização da Secretaria de Saúde do Município de Praia Grande .....  | 80                                   |
| Anexo II – Autorização Comitê de Ética em Pesquisa .....   | 81                                   |
| APÊNDICES.....   | 90                                   |
| Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....   | 90                                   |
| Apêndice II - Questionário aos pacientes acompanhados pelo serviço de telemonitoramento em assistência à Covid-19 no Município de Praia Grande ..... | 93                                   |
| Apêndice III – Produto Técnico Científico .....  | <b>Erro! Indicador não definido.</b> |

## RESUMO

Este trabalho discorre sobre a COVID-19, uma doença que apareceu no final de 2019, com o surgimento de casos de pneumonia na cidade de Wuhan na China. Com o estudo e o acompanhamento desses casos, foi descoberto um novo coronavírus (SARS-CoV2). A rápida disseminação desse vírus ao redor do mundo levou a Organização Mundial de Saúde a decretar pandemia, situação que impulsionou as autoridades mundiais a se mobilizarem a fim de minimizar a propagação desse vírus, que ocasiona, ainda nos dias atuais, grande impacto em setores essenciais para a humanidade, como saúde, economia e educação. Várias estratégias de enfrentamento foram lançadas pelas autoridades em saúde de todo o mundo. No município de Praia Grande-SP, foi criada uma central de assistência aos pacientes com COVID-19 por Telemonitoramento, e esse foi o cenário desta pesquisa. Foi realizado um estudo observacional, descritivo do tipo transversal, que contou com a participação dos pacientes que testaram positivo para COVID-19 e que foram acompanhados pela referida central durante os meses de maio de 2020 e maio de 2021. Os dados foram obtidos por meio de um questionário contendo perguntas fechadas e abertas, elaboradas pelas autoras, para contemplar os objetivos do estudo. Por ser esta uma pesquisa quantitativa, para a análise, criamos uma planilha com a ajuda do programa Excel, que foi utilizada como banco de dados. Na análise descritiva, as variáveis categóricas foram resumidas pelas frequências absolutas e relativas. O teste qui-quadrado foi utilizado para estudar as associações entre as variáveis, sendo os dados apresentados de maneira quantitativa e descritiva. Com este estudo, foi possível verificar que o serviço foi bem aceito pelos pacientes atendidos, que o papel educativo da Central de Telemonitoramento na assistência aos pacientes com COVID-19 no município de Praia Grande-SP ocorreu de forma eficiente e pudemos também perceber que o atendimento contribuiu de forma positiva e serviu de suporte para o enfrentamento da doença. Como produto técnico científico, foi elaborado um Police Brief contendo os dados da pesquisa e os desdobramentos atuais da Central de Telemonitoramento.

**Palavras-chave:** Telemonitoramento, COVID-19, Telessaúde.

## **ABSTRACT**

This work discusses COVID-19, a disease that appeared at the end of 2019, with the rise in pneumonia cases in the city of Wuhan, China. With the study and follow-up of these cases came the discovery of a new coronavirus (SARS-CoV2). The rapid spread of this virus around the world led the World Health Organization (WHO) to declare it a pandemic, a situation that led global authorities to mobilize to minimize the virus' spread, which, in the present day, still causes a great impact in essential sectors of humanity, such as health, economy, and education. Several strategies to tackle this issue were launched by health authorities worldwide. In the city of Praia Grande – SP, it was created a service center via telemonitoring for COVID-19 patients, and this will be the setting for this research. An observational, cross-sectional study was conducted, which included the participation of patients that tested positive for COVID-19 and were part of this service during the months of May 2020 and May 2021. The data was obtained through a questionnaire containing closed and open-ended questions elaborated by the authors to explore the objectives of the study. Due to this being a quantitative research, a spreadsheet was created for analysis with the help of the software Excel, which was used as a data bank. In the descriptive analysis, the categorical variables were summarized by absolute and relative frequencies. The chi-squared test was utilized to study the associations among the variables in Excel, with the data being presented in a quantitative and descriptive form. With this study, it was possible to verify patients' perceptions regarding the service, the educative role of telemonitored service centers for COVID-19 patients in the city of Praia Grade – SP, as well as how to service contributed in a positive way to combat the disease. As a technical and scientific product, a Police Brief was elaborated containing data from the survey and present-day developments of the center of telemonitoring.

**Key words:** Telemonitoring, COVID-19, Telehealth.

## LISTA DE GRÁFICOS

|   |    |
|---|----|
| Gráfico 1 - Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo as dúvidas esclarecidas durante as ligações.....  | 47 |
| Gráfico 2 - Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo a satisfação com as orientações e esclarecimentos recebidos.....                          | 53 |
| Gráfico 3 - Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo a questão: <i>A assistência prestada contribuiu para o enfrentamento da doença?</i> ..... | 57 |

## LISTA DE TABELAS

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| Tabela 1 -  | Quantidade de atendimentos ofertados pela Central.....   | 19 |
| Tabela 2 -  | Quantidade de atendimentos prestados.....  | 21 |
| Tabela 3 -  | Tamanho da amostra segundo o erro amostral assumido.....   | 29 |
| Tabela 4 -  | Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo o gênero.....  | 33 |
| Tabela 5 -  | Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo a idade.....   | 35 |
| Tabela 6 -  | Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo a existência de doença prévia.....   | 37 |
| Tabela 7 -  | Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2021-2022, segundo o período de contaminação pelo novo coronavírus.....                       | 38 |
| Tabela 8 -  | Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2021-2022, segundo as sequelas pós Covid-19.....  | 41 |
| Tabela 9 -  | Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo o uso prévio de serviço público de saúde do município de Praia Grande..... | 43 |
| Tabela 10 - | Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo o local do primeiro atendimento médico.....                                | 45 |
| Tabela 11 - | Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo a utilidade do serviço.....  | 49 |

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| Tabela 12 - | Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo a questão: <i>indicaria a amigos e familiares que utilizassem o serviço?</i> ..... | 55 |
| Tabela 13 - | Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo a questão sobre <i>ter utilizado previamente o atendimento em Telessaúde</i> ..... | 59 |
| Tabela 14 - | Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa, segundo orientações e esclarecimentos/enfrentamento da doença.....   | 61 |
| Tabela 15 - | Distribuição da variável Orientações e esclarecimentos, segundo a variável Período de contaminação.....  | 62 |

## LISTA DE SIGLAS

|           |  |
|-----------|--|
| MS        | Ministério da Saúde  |
| AB        | Atenção Básica   |
| ANS       | Agencia Nacional de Saúde Suplementar                          |
| APS       | Atenção Primária em Saúde                                      |
| CAPS AD   | Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas              |
| CAPS I    | Centro de Atenção Psicossocial Infantil                        |
| CAPS II   | Centros de Atenção Psicossocial                                |
| CBR       | Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem      |
| CEMAS     | Centro de Especialidades Médicas e Assistência Social          |
| CEO       | Centro Especializado de Odontologia                            |
| CER       | Centro Especializado em Reabilitação                           |
| CER       | Centro Especializado em Reabilitação                           |
| CFM       | Conselho Federal de Medicina                                   |
| China CDC | Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças               |
| COVID     | Coronavirus Disease  |
| CRATH     | Centro de Referência em Atendimento a Tuberculose e Hanseníase |
| CTAP      | Centro de Testagem Aconselhamento e Proteção                   |
| DM        | Diabetes Mellitus  |
| DOU       | Diário Oficial da União  |
| ESF       | Estratégia da Saúde da Família                                 |
| ESPIN     | Emergência em Saúde Pública                                    |
| ESPIN     | Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional            |
| FAO       | <i>Food Agriculture Organization</i>                           |
| HAS       | Hipertensão Arterial Sistêmica                                 |
| IBGE      | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                |
| ICTV      | <i>Internacional Committee of Taxonomy Viruses –</i>           |
| MP        | Mestrado Profissional  |
| NAAT      | Nucleic acid amplification tests –c                            |
| OIE       | <i>World Organization for Animal Health</i>                    |

|            |   |
|------------|---|
| OMS        | Organização Mundial da Saúde                              |
| OMS        | Organização Mundial da Saúde                              |
| RT-PCR     | Real-Time Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction |
| SAE        | Serviço de Atendimento Especializado                      |
| SAMU       | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência                  |
| CONAR      | Consultório na Rua  |
| SARS-CoV 2 | Severy Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2           |
| SESAP      | Secretaria de saúde Pública                               |
| SG         | Síndrome gripal   |
| SRAG       | Síndrome respiratória aguda grave                         |
| SUS        | Sistemas Únicos de Saúde                                  |
| TCAR       | Tomografia computadorizada de alta resolução              |
| TCLE       | Termo de consentimento livre e esclarecido                |
| TFD        | Transporte pra Fora do Município                          |
| TIC        | Tecnologia de Informação e Comunicação                    |
| UNIFESP    | Universidade Federal de São Paulo                         |
| UPA        | Unidade de Pronto Atendimento                             |
| USAFA      | Unidade de Saúde da Família                               |
| UTI        | Unidade de Terapia Intensiva                              |



## **APRESENTAÇÃO**

---

## APRESENTAÇÃO

Fisioterapeuta, formada em 2002 pela Universidade Santa Cecília, funcionária da Prefeitura Municipal da estância Balneária de Praia Grande desde 2005, casada, mãe da Mariana, uma espontânea e autêntica menina de dez anos e do Guilherme, um garotinho de três anos, apaixonado por máquinas de lavar roupas. Grávida dele, veio a vontade de concretizar um sonho antigo: o mestrado.

Ingressei no Programa de Pós-Graduação de Ensino e Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), modalidade mestrado profissional, Campus Baixada Santista com um projeto que abordaria a dor lombar crônica e as limitações de assistência desse quadro no município onde atuo profissionalmente. Foi um momento de alegria, satisfação, muito aprendizado e dedicação.

Eis que 2020 se inicia. Realizamos a recepção da nova turma do mestrado profissional, tivemos o início das aulas e a COVID-19 chegou por aqui. A pandemia começou a fazer seus atravessamentos. Aulas interrompidas, incertezas, angústias, troca de ambiente de trabalho... Saí do Centro Especializado em Reabilitação (CER) para a Central de Telemonitoramento da COVID-19 e foi então que se instalou a dúvida de como dar seguimento à realização de um sonho, uma vez que o projeto inicial previa atendimentos em grupo, rodas de conversa e muita interação e articulação entre os participantes e, face às circunstâncias pandêmicas, teria de ser de outro modo.

Jornadas intensas de muito trabalho, dentro e fora de casa. Iniciaram-se as conversas entre a UNIFESP e as turmas do MP. Seria possível seguir em frente? Ou havia o sonho ruído? Seguimos. E chega a hora de cursar a disciplina de Seminários III. O que apresentar? O projeto inicial não pôde ser desenvolvido. Como e o que fazer?

Foi então que uma grande amiga me fez pensar e, com uma história de girassóis<sup>1</sup>, fez-me acreditar que daria para seguir em frente, fez-me enxergar o potencial inovador do meu novo campo de trabalho. Respirei fundo, tirei coragem de onde não imaginava que tinha, busquei inspiração na minha menina autêntica e no meu apaixonado por máquinas de lavar, afinal, não saberia no futuro explicar para eles que havia desistido.

Quando minha orientadora deu o aval e aceitou junto comigo esse novo desafio, foi um grande alívio e em meio a muito cansaço, mas também com muita vontade de finalizar essa jornada, nasceu essa pesquisa aqui reportada, a qual, apesar de todas as dificuldades que interferiram nesse processo, foi conduzida com muito carinho e dedicação. Ao longo desses mais de dois anos de atuação junto à Central de Telemonitoramento à COVID-19, tive muito aprendizado, ressignificações e oportunidades. Uma delas foi a possibilidade de desenvolver junto à atual gestão da Secretaria de Saúde do Município de Praia Grande um novo fluxo para o tratamento dos pacientes com dor lombar crônica e um protocolo de funcionamento para o CER. Por fim, muita gratidão e uma dupla realização.

---

<sup>1</sup> Os girassóis procuram a luz do sol, mas, em dias nublados, eles se viram uns para os outros buscando a energia em cada um.

## **1 INTRODUÇÃO**

---



## 1. INTRODUÇÃO

No final do mês de dezembro, no ano de 2019, na China, foram identificadas algumas pessoas com quadro de pneumonia. Todos os casos com alguma característica semelhante entre si, vinte e sete dos quarenta e um pacientes com pneumonia de causa até então desconhecida tiveram contato com o mercado atacadista de frutos do mar de Huanan, em Wuhan, província de Hubei, na China; de forma geral, os casos estavam epidemiologicamente ligados a isso (HUANG *et al.* 2020).

Em 31 de dezembro de 2019, o Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças (China CDC) enviou uma equipe para investigação etiológica e epidemiológica dos casos, buscando uma resposta rápida àquela situação desconhecida. Como resultado dessa investigação, um novo coronavírus foi detectado nos pacientes com pneumonia (ZHU *et al.*, 2020).

Esse microrganismo causou impactos e desequilíbrios em diversos setores essenciais para a sociedade, sendo eles, principalmente, a saúde, a economia e a educação. Em maior ou menor escala, em função da globalização, quase todos os países do mundo foram atingidos, e desde então, o mundo passou a viver uma crise sanitária.

Para a identificação do agente causador desses novos casos, foram realizadas análises do lavado broncoalveolar e do trato respiratório inferior dos pacientes com quadro de pneumonia de causa desconhecida que se encontravam em assistência nos hospitais de Wuhan. Como desfecho, foi encontrado um betacoronavírus até então desconhecido. As células epiteliais das vias aéreas foram usadas para isolar esse novo coronavírus, provisoriamente denominado 2019-nCoV, o sétimo membro da família de coronavírus que infectam humanos (ZHU *et al.*, 2020).

O primeiro coronavírus humano foi observado e identificado microscopicamente pela primeira vez na década de 1960. Foi batizado com esse nome por seus descobridores June Hart e Tony Waterson, pois microscopicamente o vírus apresenta extremidades arredondadas que se pareciam com coroas (GOZZO, 2020).

Embora a maioria das infecções por coronavírus humanos sejam leves, ocorreram, em outros momentos, epidemias causadas por outros dois betacoronavírus, produzindo comprometimento respiratório.

A primeira com início em 2002, causando síndrome respiratória aguda grave por um coronavírus denominado SARS-CoV, iniciada em Guangdong, China. E o outro coronavírus foi identificado em 2012, responsável pela epidemia de síndrome respiratória aguda grave no Oriente médio, denominado MERS-CoV, iniciada na Arábia Saudita (DROSTEN, 2003; ZAKI, 2012). Ambas acumularam 10.000 casos nas últimas duas décadas, com taxa de mortalidade de 10% para o SARS-CoV e de 37% para o MERS-CoV (WHO, 2003; WHO, 2012).

Como, onde e por quê? Foram perguntas frequentes pelas redes sociais e em alguns veículos de comunicação em relação ao surgimento do SARS-CoV2. Rapidamente espalharam-se várias teorias sobre isso. Uma delas sugerindo que esse vírus poderia ter sido criado intencionalmente em laboratório, o que só serviu para aumentar o pânico entre a população.

Diante de tanta subjetividade, Andersen *et al.* (2020) afirmam que não é plausível a teoria de criação do vírus em laboratório. Os autores sugerem duas teorias para o surgimento e disseminação do vírus. Uma delas baseada na seleção natural, um processo evolutivo, em que, por alguma situação favorável, o vírus foi capaz de sobreviver e encontrou ambiente propício para se multiplicar e essas alterações facilitadoras são transmitidas geneticamente.

Os mesmos autores avaliam que, como muitos casos estão ligados ao mercado de frutos do mar em Wuhan, a seleção natural pode ter ocorrido no animal hospedeiro antes da transmissão para humanos. Explicam também que há grande similaridade do novo coronavírus com o material genético encontrado em morcegos, mas outros animais como os pangolins e os malaios também são citados por possuírem similaridade genética ao SARS-Cov2, podendo assim também serem os hospedeiros. Seguindo a ideia da seleção natural, os autores argumentam que, ao chegar ao corpo humano, mutações nos receptores humanos podem ter ocorrido; em algum momento o vírus encontrou maior afinidade pelo receptor, o que facilitou a entrada e a rápida disseminação.

Cui *et al.* (2019) consideram que, dada a alta prevalência e a ampla distribuição de coronavírus, a grande diversidade genética e as recombinações (mutações/adaptações) frequentemente de seus genomas, e o aumento constante da interação humano-animal, novos coronavírus provavelmente surgirão periodicamente em humanos, devido à frequente infecção cruzada entre as espécies e a repercussão dos eventos.

Disseminado mundialmente, o novo vírus superlotou hospitais públicos e privados; esse surto suspendeu a bolsa de valores por três dias, o que não ocorria desde a crise econômica em 2008 e fez o mundo entrar em quarentena, seguindo isolamento social obrigatório (DINIZ *et al.*, 2020).

Com a facilidade de disseminação do novo coronavírus, este tornou-se rapidamente um problema mundial, necessitando de mobilização das autoridades e da implementação de medidas de emergência em saúde pública. E apenas aproximadamente três meses separam o alerta para a OMS pelas autoridades de saúde da China sobre a ocorrência de pneumonia em Wuhan, feito em 31 de dezembro de 2019 até a caracterização de pandemia, divulgada em 11 de março de 2020 pela entidade.



O termo “pandemia” refere-se à distribuição geográfica de uma doença, e não sobre sua gravidade, sendo assim, essa designação reconheceu que, naquele momento, já existiam surtos de COVID-19 em vários países e regiões do mundo (PAHO, 2020).

Em função das situações já explicitadas, como a facilidade de contágio do vírus, o alto potencial de propagação da doença em locais fechados e a necessidade de buscar formas de não sobrecarregar o sistema de saúde, dentre as ações necessárias para garantir assistência aos usuários, ganharam espaço, como uma opção de cuidado, os serviços como a teleassistência e a telessaúde. Embora anteriores à pandemia, a necessidade de isolamento diante de um vírus com essas características acelerou o processo de adaptação a essas tecnologias (SARTI *et al.*, 2020).

Foram necessárias alterações legais para a prática da telessaúde no Brasil; o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio do Ofício CFM nº 1756/2020, reconhece o uso de ferramentas de telemedicina por profissionais médicos com o intuito de orientar, encaminhar ou monitorar pessoas suspeitas ou com testes positivos para a detecção desse novo coronavírus.

Frente a isso, o Ministério da Saúde (MS), por via da Portaria MS/GM nº 467 de 20 de março de 2020, dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência em saúde pública de importância internacional, previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, decorrentes da epidemia de COVID-19, publicadas no Diário Oficial da União (DOU).

A telemedicina concentra-se em interações tradicionais de médico com paciente ou entre médicos; tendo sido posteriormente aprimorada pelos recursos de áudio e vídeo, em seguida com o uso de tecnologias de informação e comunicação (TICs), as quais foram ampliadas para suportar outras ações para provedores multidisciplinares e pacientes, configurando um campo mais amplo, que foi denominado telessaúde (SHANNON *et al.*, 2011).

Caetano *et al.* (2020) optaram por usar em seu trabalho o termo telessaúde, por este ter um caráter mais abrangente, que inclui, mas não restringe a utilização das TICs na área da Medicina, uma vez que a utilização desse tipo de suporte à pandemia de COVID-19 abrange múltiplas possibilidades.

A COVID-19 ainda traz desafios aos serviços de saúde; passados dois anos de pandemia, observa-se uma série de sequelas e situações atualmente denominadas pós-COVID-19, que ainda requerem estudos para muitos esclarecimentos, mas tal situação trará muita mobilização e novas adequações ao sistema de saúde.

Estudos científicos surgiram para desvendar esse vírus; muito já se avançou, as pesquisas permitiram o desenvolvimento de vacinas, mas ainda se fazem necessárias outras respostas, definidas e precisas, como, por exemplo, para o desenvolvimento de um tratamento efetivo.

## **2. O NOVO CORONAVÍRUS (SARS-COV2) E A COVID 19**

---

## 2. O NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV2) E A COVID-19

O autor Richman (2016, *apud* Huang *et al.*, 2020) define coronavírus como um vírus envelopado de cadeia positiva, não segmentado, pertencente à família *Coronaviridae*, da ordem dos *Nidovirales*, amplamente distribuídos entre os humanos e outros mamíferos.

O 2019-nCoV é significativamente diferente do SARS-CoV e por isso foi considerado um novo coronavírus infectante de humanos. Embora a análise filogenética sugira que os morcegos podem ser os hospedeiros originais desse vírus, um animal vendido no mercado de frutos do mar de Wuhan pode ter sido o hospedeiro que facilitou o surgimento do vírus em humanos (LU *et al.*, 2020).

De acordo com as informações contidas no site do Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus (*International Committee of Taxonomy Viruses – ICTV*), os especialistas em coronavírus do *Coronaviridae Study Group* estudaram a classificação do novo coronavírus e o nomearam de “*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*” (SARS-CoV2).

Junto ao novo vírus, veio uma nova doença, e como cabe à OMS nomear as novas enfermidades infecciosas humanas, em colaboração com a *World Organization for Animal Health* (OIE) e a *Food Agriculture Organization* (FAO), essa instituição nomeia a doença causada pelo SARS-CoV2 como COVID-19, uma abreviação de “*coronavirus disease 2019*” e a divulga em 11 de fevereiro de 2020 no relatório de situação da doença emitido periodicamente (WHO, 2020).

O Portal da Fiocruz, que teve sua última atualização em 2021, traz informações da OMS de que o período de incubação do SARS-CoV2 varia de um a quatorze dias, ficando geralmente em torno de cinco dias; isso se refere ao tempo entre o indivíduo ser infectado pelo vírus e começar a apresentar sintomas.

O vírus pode ser transmitido entre as pessoas de várias maneiras: é proveniente da boca ou nariz de uma pessoa infectada, podendo atingir uma outra pessoa através de gotículas de saliva ou aerossóis expelidos ao tossir, espirrar, falar e até mesmo respirar. O contato próximo (menos de 1 metro) e as aglomerações facilitam que o vírus se espalhe, assim como os ambientes pequenos e mal ventilados.

Outra forma de infecção se dá por meio do toque em superfícies contaminadas pelo vírus; ao fazer isso e levar as mãos à boca, nariz ou olhos logo em seguida, o indivíduo está propenso a contaminar-se e transmitir a outros. Pesquisas ainda estão em andamento para esclarecer melhor a propagação do vírus, suas variantes e o porquê de algumas delas serem mais transmissíveis (WHO, 2020).

Em relação à suscetibilidade e imunidade ao vírus, por ser um agente infeccioso novo e de potencial pandêmico, todos estão suscetíveis a se contaminar e há a possibilidade de reinfecções pelo SARS-CoV2; em contrapartida, essas mostram-se incomuns em um período de 90 dias após a primeira infecção (BRASIL, 2021).

O período de transmissibilidade pode ocorrer antes do aparecimento dos sintomas, o que torna ainda mais difícil o isolamento do vírus. Os períodos de maior poder de transmissão ocorrem cerca de 48 horas antes do aparecimento dos sintomas e a fase inicial da doença; porém sujeitos que desenvolveram formas mais graves da patologia podem ser infectantes por mais tempo. Sobre os assintomáticos (infectados que não desenvolveram a doença), ainda não está claro qual o seu potencial infeccioso, ainda carece de mais pesquisas para esta definição, porém sabe-se que eles também são disseminadores do vírus (WHO, 2021).

A OMS, em uma das suas contribuições norteadoras sobre a COVID-19, estabelece no documento Mensagens para Comunicação dos Riscos e Envolvimento da Comunidade que os conceitos de assintomático, pré-sintomático e casos com sintomas leves devem ser bem explicados pelos profissionais de saúde à população em geral, com o objetivo

de aconselhá-los a manter as medidas do protocolo sanitário e sensibilizá-los no sentido de cuidarem de si e dos outros, uma vez que são transmissores.

A pessoa contaminada pelo SARS-CoV2 é acometida pela COVID-19, que tem como sintomas mais comuns: febre, tosse seca, fadiga. Outros sintomas menos comuns são: anosmia, ageusia, congestão nasal, conjuntivite, dor de garganta, cefaleia, mialgia, artralgia, manchas vermelhas pelo corpo, náuseas, vômitos, diarreia, calafrios e tontura.

Os casos mais graves de COVID-19 costumam apresentar: dispneia, hipoxemia, perda de apetite, confusão mental, dor persistente ou pressão no peito e temperatura maior que 38°C. São descritos como sintomas menos comuns: irritabilidade, diminuição de consciência, convulsões, ansiedade, depressão, distúrbios do sono e complicações neurológicas (WHO, 2020).

Os primeiros 41 pacientes estudados, hospitalizados em Wuhan, eram homens (73%), em sua minoria tinham doenças preexistentes (32%) e idade média de 49 anos. Os sintomas e as manifestações clínicas eram: febre (98%), tosse seca (76%), mialgia e fadiga (44%), tosse produtiva (28%), cefaleia (8%), hemoptise (5%) e diarreia (3%). Dispneia ocorreu em 55% dos casos, com surgimento em torno do oitavo dia, 63% apresentaram linfopenia. Todos os pacientes apresentaram pneumonia com achados anormais na tomografia computadorizada de tórax (HUANG *et al.*, 2020).

Os mesmos autores citados acima descrevem que as complicações ocorridas com os indivíduos estudados foram: síndrome da angústia respiratória aguda (29%), comprometimento cardíaco agudo (12%) e infecções secundárias (13%). Pacientes que necessitaram de assistência em unidade de terapia intensiva somaram 32% e 15% dos pacientes foram a óbito.

O diagnóstico da COVID-19 pode ser realizado de maneira clínico-epidemiológica ou laboratorial. Poderão ser considerados confirmados para COVID-19, por critério clínico-epidemiológico, os casos suspeitos de síndrome gripal (SG) ou

síndrome respiratória aguda grave (SRAG); pacientes com histórico de contato próximo ou domiciliar nos últimos sete dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado para COVID-19, para o qual não tenham sido realizados exames laboratoriais específicos, como a sorologia que detecta anticorpos produzidos pela resposta imunológica do indivíduo em relação ao vírus SARS-CoV-2 (BRASIL, 2020).

Porém a tecnologia “padrão ouro” para a detecção do coronavírus baseia-se nos testes de biologia molecular com amplificação de ácidos nucleicos (nucleic acid amplification tests – NAAT), como a reação da enzima transcriptase reversa, seguida de Reação em Cadeia da Polimerase em Tempo Real (Real-Time Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction – RT-PCR). Permite identificar a presença do material genético (RNA) do SARS-CoV2. O procedimento é realizado por meio de Swabs (espécie de cotonete estéril), coletando em naso-orofaringe amostras de secreção respiratória e o material é levado para análise em centros de diagnósticos (CORMAN *et al.*, 2020).

O diagnóstico também pode ser obtido por exame de imagem. O Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) preconiza que, quando indicada, deve ser realizada tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR); o uso de meio de contraste endovenoso, em geral, não está indicado. As seguintes alterações tomográficas são compatíveis com caso da COVID-19: opacidade em vidro fosco periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis, opacidade em vidro fosco multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis, sinal de halorreverso ou outros achados de pneumonia em organização, observados posteriormente na doença (BRASIL, 2020).

## 2.1 A Covid-19 no Brasil

Até os dias atuais, de acordo com o site oficial do coronavírus no Brasil, com atualização em 28 de julho de 2022, nosso País soma, em seu quantitativo acumulado, um total de 32.233.057 casos confirmados de COVID-19, e a doença ocasionou a morte de 678.069 brasileiros.

Em 26 de fevereiro de 2020, foi notificado o primeiro caso brasileiro confirmado para COVID-19, ocorrido na cidade de São Paulo. O paciente havia estado em Lombardia, na Itália, um dos focos de coronavírus naquele momento. Foi feito o sequenciamento genético da cepa viral e pareceu ser a mais próxima geneticamente do coronavírus da Alemanha (ONU, BRASIL, 2020).

O Brasil, por meio da portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 04 de fevereiro de 2020 declara Emergência em Saúde Pública (ESPIN) em decorrência da COVID-19. Essa portaria possibilita que os Estados Federativos e seus respectivos Sistema Único de Saúde (SUS) empreguem urgentes medidas de prevenção, de controle, de contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública (BRASIL, 2020).

Diante da emergência ocasionada pelo coronavírus SARS-CoV-2, o reconhecimento da pandemia pela OMS e a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), o Ministério da Saúde tem estabelecido sistematicamente medidas para resposta e enfrentamento da COVID-19.

Entre as medidas, estão as não farmacológicas, publicadas por meio da portaria nº 1.565, de 18 de junho de 2020, que prevê como medidas de prevenção: o distanciamento social, utilizado com o objetivo de diminuir a velocidade de transmissão do vírus.

Orienta-se limitar o contato próximo entre as pessoas, sugerindo a distância física mínima de um metro, a utilização da etiqueta respiratória, que consiste em cobrir o nariz e a boca com lenço de papel ou o antebraço ao tossir ou espirrar; a



higienização das mãos, sendo esta considerada a medida mais efetiva para diminuir a disseminação do vírus, pois impedirá que a contaminação ocorra quando o indivíduo toca com as mãos contaminadas a mucosa do nariz, boca ou olhos e impede também que o vírus seja transferido de uma superfície para outra; o uso de máscaras, a principal medida preventiva prevista pelo ministério da saúde para a proteção individual, reduzindo o risco potencial de exposição ao vírus (BRASIL, 2020).

Com o avanço da doença no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentou grandes desafios, e ações tiveram de ser propostas e realizadas para garantir preferencialmente o atendimento às pessoas com sintomas respiratórios no momento oportuno.

Foi determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a priorização dos casos graves de COVID-19, isso consistiu em adiar consultas, exames, cirurgias e outros procedimentos que não tivessem caráter emergencial. Essa medida foi tomada com o propósito de evitar aglomerações, novas infecções e poder dispor de maior quantitativo dos profissionais da saúde para o combate do novo coronavírus. Estados e municípios enfrentaram a necessidade da criação de novos leitos hospitalares e, diante dessa situação, muitos locais investiram na criação e se utilizaram de Hospital de Campanha. De maneira muito rápida, foram realizadas adaptações nos sistemas e serviços de saúde (VERMELHO, 2021).

Ergstrom *et al.* (2020) trazem as adaptações ocorridas na Atenção Primária à Saúde (APS) para prevenção e controle clínico-epidemiológico da pandemia de Covid-19. Além de várias disposições, os autores reportam que foram necessárias modificações na forma da organização da Atenção Básica (AB), visando à defesa da vida e à segurança dos usuários e profissionais de saúde. Sugerem, em seu trabalho, que essas alterações devem ser realizadas levando em consideração os diferentes momentos epidemiológicos, os novos conhecimentos em relação às diversas situações da pandemia, bem como realçam a importância da adequação das ações às necessidades e realidades locais.

Os mesmos autores acrescentam ainda que se mantém importante a prestação do cuidado efetivo, considerando a rápida evolução, a gravidade e a complexidade da COVID-19; enfatizando que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem estar integradas a outros serviços, em especial à rede de urgência e emergência e à atenção hospitalar.

Vale salientar que apesar da pandemia de COVID-19, as unidades da AB não deixaram de atender às demandas pertinentes a essa complexidade e necessitaram readequar seu fluxo, criando locais distintos para o atendimento dos casos de síndrome gripal e para o público em geral, bem como precisaram dispor de equipes também diferentes para essas demandas, enfim, uma situação jamais vista pelo SUS e por seus gestores (ERGSTROM *et al.* (2020)

## 2.2 Telessaúde no Município de Praia Grande

Atualmente, a Estância Balneária de Praia Grande, localizada no estado de São Paulo, tem sua população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 336.454 pessoas. Ao longo dos anos, a Praia Grande vem reorganizando o Modelo de Assistência à Saúde prestado aos usuários do município. Atualmente, a rede é composta pelos seguintes equipamentos:

- Atenção Hospitalar: Complexo de Saúde Municipal Irmã Dulce;
- Atenção à Rede de Urgência e Emergência, com três Bases SAMU, um Pronto-Socorro e uma Unidade de pronto Atendimento (UPA) Porte III;
- Atenção Especializada: Centro de Especialidades Médicas e Assistência Social (CEMAS), Centro Oftalmológico, Serviço de Atendimento Especializado (SAE) – ISTAIDS/HEPATITES, Centro de Testagem Aconselhamento e Proteção (CTAP), Centro de Referência em Atendimento à Tuberculose e Hanseníase (CRATH), Centro Especializado em Reabilitação (CER), Centro Especializado de Odontologia (CEO), dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i), um Centro de Atenção Psicossocial e Álcool e Drogas, com funcionamento por 24 horas (CAPS AD, uma Residência Terapêutica e um Consultório na Rua (CONAR).
- Atenção Básica: 30 unidades de Saúde da Família (USAFA) e 09 Academias de Saúde.

Cabe acrescentar que, para o combate da COVID-19, o município contou com a disponibilização de 60 leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e outros 40 leitos em enfermaria. O município também dispôs de um Hospital de Campanha com a capacidade de mais 60 leitos de Enfermaria.

Essa estrutura permaneceu montada em assistência aos munícipes durante o período de março de 2020 a março de 2022; felizmente, em agosto de 2021, os leitos puderam ser desativados, porém a estrutura do chamado gripário, para avaliação e

realização de consultas, permaneceu em funcionamento como a principal referência do município em atendimento aos quadros de síndrome gripal até o dia 26 de março de 2022, quando o Hospital de Campanha Falcão foi completamente desativado.

Os números do município de Praia Grande, que foi palco dessa pesquisa, são de 36.393 casos positivos de infecção pelo novo coronavírus e a doença ocasionou 1.260 óbitos. Esses dados foram extraídos do site oficial do município, por meio do portal do coronavírus e foram informados por meio da atualização de 12 de maio de 2022.

Procurando melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, buscando o cuidado integral que deve ser prestado aos pacientes com COVID-19 e visando minimizar a fragmentação dos serviços em um momento de muitas dificuldades e incertezas, o município de Praia Grande desenvolveu uma estratégia para o enfrentamento da pandemia e optou pelo uso de tecnologias de informação e comunicação com a criação de uma central de monitoramento da COVID-19.

Essa central foi inaugurada em 23 de março de 2020 com o objetivo de atender, orientar e direcionar o paciente com queixas de síndrome gripal, e seguir com o monitoramento efetivo dos sintomas por um período de 14 dias. Funciona em duas frentes, uma recebe, através dos números de telefone 162 e 3496-2281, ligações de munícipes que buscam por: orientações; direcionamento; comunicação da ocorrência de sintomas respiratórios; e outras situações. O recebimento dessas ligações tem por objetivo prestar toda assistência necessária para cada usuário, visando atender a sua necessidade individual e almejando a integralidade do cuidado.

Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade que necessita (BRASIL, 2013).

Com base nos preceitos mencionados, quando necessário, era possível, por meio desse serviço, realizar a notificação do quadro o agendamento de uma consulta presencial ou o direcionamento para Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Após

esse atendimento inicial, tendo o paciente realizado exame, este também podia telefonar para receber o resultado de seu teste de Swab RT-PCR para COVID-19, esclarecer dúvidas sobre seu quadro clínico, buscar orientações sobre como proceder com relação aos seus familiares, buscar apoio estando longe da família, pela necessidade de isolamento social que o momento exigia, enfim, são inúmeras as possibilidades de apoio e acolhimento ao paciente com este tipo de serviço.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram o serviço de saúde ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários” (BRASIL, 2013).

Posteriormente, com as confirmações dos casos e o alastramento da pandemia, observou-se a necessidade do acompanhamento desses casos suspeitos e confirmados de COVID-19. Ampliou-se assim o serviço, com a criação da segunda frente de atuação, através da Central de Monitoramento, que de uma forma regular, a cada 48 horas fazia ligações para os pacientes, com o objetivo de minimizar agravamentos relacionados à COVID-19 e oferecer suporte no momento adequado. Orientações gerais eram prestadas no sentido de prevenir a contaminação dos familiares e contribuir para um melhor enfrentamento do processo da doença.

Trabalhou-se como uma espécie de *Call Center* e proporcionar escuta para pessoas que se encontravam em isolamento até familiar também se fazia importante naquele momento e isso era viabilizado com esse tipo de assistência; por fim, buscava-se melhorar a qualidade e a integralidade do cuidado a esses pacientes em um momento de tantas dúvidas. Essa estratégia também teve o propósito de minimizar a circulação das pessoas nas redes de saúde, visando mitigar a contaminação, evitar a sobrecarga do sistema de saúde e ainda diminuir a exposição das pessoas a ambientes possivelmente contaminados.

... a exemplo de outros países que utilizam com sucesso ferramenta como o call center para manter contato com os usuários que necessitem de acompanhamentos... A estrutura do call center é flexível, podendo ser um serviço mais estruturado ou uma ação mais simples, caracterizada apenas por uma ligação telefônica da equipe

de atenção básica para saber como está a pessoa, suas dificuldades, conquistas e novas soluções (BRASIL, 2013).

O serviço proporcionava um acolhimento inicial do quadro, buscando tranquilizar o paciente e orientá-lo em relação aos cuidados gerais, e o acompanhava até o momento da alta, avaliando se poderia retornar à vida normal ou se necessitava de um suporte e acompanhamento pela rede de saúde.

De acordo com a estruturação do atendimento, retromencionada, da realização da assistência em duas frentes, os objetivos desse serviço foram pensados por seus idealizadores no sentido de monitorar os 14 dias de evolução da doença a partir da data de início dos primeiros sintomas; depois desse tempo, o paciente era considerado curado, quando não apresentava mais sintomas respiratórios, como tosse ou dispneia, por exemplo, e então, era dada alta do sistema de acompanhamento.

Algumas pessoas necessitaram de acompanhamento por mais tempo devido a uma internação, à presença de sintomas mais intensos e ainda em razão de sequelas que podem advir da COVID-19. Na necessidade de avaliações e/ou acompanhamento médico em função de complicações, essas orientações também eram passadas pela equipe no momento da alta do Telemonitoramento. Ao longo do tempo, as equipes foram mudando bastante as suas formações, mas de maneira geral, eram compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de Enfermagem, agentes comunitários de saúde, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, educadores físicos, dentistas e agentes administrativos.

... todos os profissionais de saúde podem fazer acolhimento ao escutar os medos e as expectativas, identificar risco e a vulnerabilidade, e acolher também a avaliação do próprio usuário. Responsabilizar-se pela resposta ao usuário vai necessariamente colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso com essa resolução (BRASIL, 2013).

Logo no início da pandemia, houve um cuidado também com os funcionários do município que apresentavam algum tipo de comorbidades, os quais foram

deslocados para compor a equipe de Telemonitoramento, sendo afastados da linha de frente do atendimento. As equipes trabalhavam de segunda-feira a domingo, sete horas por dia, uma equipe das 08h às 15h e outra das 15h às 22h e depois tinham direito a sete dias de folga. Atualmente, o AcolhePG funciona de segunda à sexta-feira das 08h às 20h, aos sábados, domingos e feriados das 08h às 17h. A equipe é composta por médicos, enfermeira, nutricionista, fisioterapeuta, técnica de Enfermagem e profissionais administrativos.

Ao longo desses dois anos, a Central de Monitoramento executou as ações listadas nas tabelas que se seguem:

**Tabela 1** - Quantidade de atendimentos ofertados pela Central

| <b>Atendimentos realizados até os dias atuais</b> |  |
|---|--|
| 102.436   | Ligações através do 162                    |
| 9.920   | Notificações de sintomáticos respiratórios |
| 8.155   | Agendamento de consultas presenciais       |
| 392.623   | Ligações para monitoramento                |

Além de contribuir com o controle da pandemia, o serviço hoje denominado Acolhe PG tornou-se uma central de acolhimento. O quantitativo de pessoas que recebiam ligações de pacientes preocupados, em busca de informações, querendo relatar seu quadro gripal, diminuiu significativamente e hoje, na maior parte do tempo, o referido serviço atende munícipes em busca de informações sobre vacinas e outros serviços prestados. Com o cenário atual da pandemia, esse serviço remoto de assistência pôde estender seus ramos e nos dias atuais, juntamente com o suporte aos casos de COVID-19, desenvolvem-se, no AcolhePG, outras atividades que facilitam e contribuem para o acesso da população aos serviços de saúde.

São efetuados contatos com os munícipes para aviso e confirmação de consultas, exames e outros procedimentos em especialidades; atualmente esse suporte é prestado a 15 Unidades de Saúde da Família do Município. Outro ramo é o monitoramento das gestantes do município que realizam pré-natal de alto risco, as quais são acompanhadas e informadas sobre suas consultas e outros procedimentos de que necessitem e que já estejam agendados, ações para garantir um pré-natal saudável e minimizar os índices de mortalidade materno-infantil.

O serviço também abrange atualmente a solicitação e confirmação do Transporte para Fora do Município (TFD). O Disque Amamentação é a mais nova ferramenta do AcolhePG; trata-se de um canal direto com profissionais capacitados para fornecer orientações e esclarecer dúvidas sobre o aleitamento. Tal serviço foi implementado com o objetivo de reforçar a importância da amamentação para manter os bebês saudáveis e buscando diminuir a mortalidade infantil.

O número de serviços prestados é apresentado na tabela 2:

**Tabela 2** - Quantidade de atendimentos prestados

| O AcolhePG realizou até os dias atuais |  |
|--|--|
| 76.090                                 | Controle de Avisos                         |
| 7.266                                  | Monitoramentos PNAR                        |
| 22.611                                 | Solicitações e Confirmações TFD            |
| 878                                    | Assistências através do Disque-Amamentação |

A Central de Telemonitoramento, por meio do AcolhePG, tornou-se referência, já foi assunto em congressos de saúde e foi selecionado entre os melhores projetos nacionais do prêmio APS Forte no SUS - Integralidade do cuidado, edição 2021, organizado pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).



### **3. HIPÓTESE**

---

### **3. HIPÓTESE**

Com o uso do serviço de Telemonitoramento, pretende-se utilizar um recurso potente no atendimento ao usuário com a COVID 19. Na compreensão desse tipo de serviço, supõe-se que os pacientes atendidos em esquema de monitoramento durante o período de quarenta são capazes de entender e enfrentar melhor o processo de evolução da doença, bem como são capazes de seguir com as medidas do protocolo sanitário, ajudando a reduzir a circulação do vírus com vistas a cumprir o propósito do processo educativo do serviço.



## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

Avaliar o papel educativo do serviço de Telemonitoramento na assistência aos pacientes com COVID-19 no município de Praia Grande - SP.

### **4.2 Específicos**

- Verificar se o serviço prestado interferiu no enfrentamento ao processo da doença, se foi capaz de orientar e esclarecer os usuários em relação à COVID-19.
- Compreender se este serviço foi bem aceito pelos pacientes acompanhados.

## **5. PERCURSO DA PESQUISA**

---

## 5. PERCURSO DA PESQUISA

### 5.1 Método

Conforme abordado nesta pesquisa, a análise consistiu em avaliar a ação da assistência em saúde por Telemonitoramento aos pacientes com COVID-19, e uma vez que esse serviço foi disponibilizado pela primeira vez aos munícipes durante a pandemia, é pertinente que o município conheça a percepção dos usuários a respeito deste, que saiba se o serviço cumpriu com os propósitos aos quais se destinou e se foi bem aceito pela população.

Assim, optou-se por abordagem com amparo na investigação quantitativa que, segundo Minayo e Sanches (1993), atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis.

A opção também ocorreu em função da alta prevalência de COVID-19, e a importância da análise de uma amostra da população atendida pelo serviço de Telemonitoramento. Segundo Gehardt *et al.* (2009, p. 33), em pesquisa quantitativa, normalmente as amostras são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa.

Ainda de acordo com os objetivos deste trabalho, que consistiram em compreender se esse tipo de assistência foi bem aceito pela população, encontramos em Manzato e Santos (2012) outro subsídio para a escolha do método. Esses autores esclarecem que a pesquisa quantitativa de maneira geral é utilizada quando se quer medir opinião, reação, sensação, hábitos, atitudes, de um público alvo. Segundo

esses autores, uma das alternativas para fazer essas avaliações é a aplicação de questionários, como foi realizado nesta pesquisa.

A pesquisa pautou-se no estudo observacional descritivo com o intuito de uma abordagem real e adequada ao objeto de estudo, sem qualquer interferência da pesquisadora, cabendo a esta, por meio da aplicação de um questionário semiestruturado, fazer a leitura dos dados, a análise, interpretação e o registro dos fatos, buscando as respostas para suas perguntas de pesquisa, sem manipulações ou interferências nas respostas.

“Nesse tipo de investigação científica, os pesquisadores não interferem nos fenômenos em estudo, apenas os observam de maneira sistemática e padronizada, coletando e registrando informações, dados ou materiais...” (RAIMUNDO *et al.*, 2018).

Trata-se de um estudo de corte transversal, em que foram observados dois momentos da pandemia, o primeiro em maio de 2020 e o segundo em maio de 2021. A amostra foi composta de pessoas que diferem na maioria de suas características (como sexo, idade e localização geográfica), compartilham apenas o fato de terem contraído a COVID-19.

Foram escolhidos esses períodos, porque um é mais inicial, momento que se tinham pouquíssimas informações e este coincide com a chegada da pesquisadora ao serviço e o outro período é mais tardio, no qual já tínhamos percorrido cerca de um ano de pandemia; informações e pesquisas apareceram neste transcorrer de tempo. Foram realizados dois recortes, porém não houve acompanhamento de caso, os dados são relativos a dois momentos distintos e foram coletados simultaneamente.

Isso vai de encontro com o descrito por Hennekens e Buring (1987) referem estes que a característica principal dos estudos de corte transversal é que a observação das variáveis ocorre em um único momento. Tem como vantagens

permitir a observação direta pelo pesquisador de fenômenos a serem pesquisados, fazer a coleta das informações em certo espaço de tempo, sem necessidade de acompanhar os participantes, produzir mais rapidamente os resultados e tem um custo inferior aos demais desenhos.

Portanto, o presente estudo configura-se como uma pesquisa quantitativa, observacional do tipo corte transversal.

## **5.2 Cenário e participantes da pesquisa**

O serviço de Telemonitoramento dos pacientes notificados com síndrome gripal, implantado pela Secretaria de Saúde Pública do Município (SESAP) de Praia Grande como enfrentamento à pandemia de COVID-19, é o cenário desta pesquisa. Esse serviço pertence ao departamento de especialidades da SESAP e atualmente conta com 35 funcionários de diversas áreas de formação. Os profissionais eram divididos em dois setores de assistência, vinte e cinco deles realizam o Telemonitoramento de forma ativa, ou seja, fazem ligações telefônicas para saber sobre o quadro de saúde dos pacientes e os outros dez compõem a equipe que presta a assistência, aguardando as chamadas dos pacientes através da central.

A quantidade de atendimentos era variável, mas sempre aconteciam em grande número. Para a presente pesquisa, contamos com os pacientes que testaram positivo para a COVID-19 e que foram acompanhados pelo serviço durante os meses de maio de 2020 e maio de 2021, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Em 2022, época da finalização da pesquisa, o cenário era outro em relação à demanda do serviço, eram bem menos ligações recebidas e realizadas, pois ocorreram mudanças no quadro epidemiológico da pandemia por coronavírus com



redução no número de casos e de mortalidade. Porém ressalta-se que a pandemia ainda não havia sido erradicada ao término da pesquisa.

### **5.3 Critérios de Inclusão**

Indivíduos adultos que estiveram em atendimento pela Central de Telemonitoramento e nas Unidades de Saúde do município de Praia Grande, sendo elas USAFA, UPA, Hospital de Campanha entre outras, e foram notificados com o agravo de síndrome gripal e testaram positivo para COVID-19, tendo o exame de Swab naso-orofaríngeo RT-PCR sido realizado e o diagnóstico confirmado. Estes devem ter feito ao menos um contato com a central de atendimento ou ter recebido ligações para o monitoramento dos casos. As pessoas só foram incluídas após terem aceitado por livre e espontânea vontade e terem concordado com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no anexo I.

### **5.4 Critérios de exclusão**

Usuários menores de dezoito anos, indivíduos que não concordaram com o TCLE. Pessoas que, por alguma dificuldade de contato, não receberam ou não fizeram ligações para a central e acabaram tendo alta por decurso de prazo. Pacientes com deficiência auditiva, déficit cognitivo, que não possuam acesso à internet, ou que apresentem dificuldades de compreensão ou no preenchimento do questionário na forma online, opção para o momento pandêmico.

### **5.5 Instrumento de Pesquisa**

Em virtude da pandemia e das necessárias medidas preventivas, o questionário foi aplicado via ligação telefônica aos participantes ou foi disponibilizado pelo instrumental *Google Forms* através de aplicativo de mensagem; dessa forma, evitou-se o contato presencial com os/as usuários/as do serviço. O questionário foi elaborado baseado na experiência da pesquisadora, contendo questões específicas para esta pesquisa.

O instrumento de coleta de dados contém 27 perguntas (abertas e fechadas) (Anexo II). Foram coletados dados de caracterização da amostra, informações sobre o estado de saúde prévio, sobre o período de infecção da COVID-19, informações sobre o uso dos serviços de saúde do município (USAFAS, UPA ou Hospital Municipal Irmã Dulce) e principalmente informações sobre o serviço de assistência por Telemonitoramento.

De acordo com as sugestões de Manzato e Santos (2012), foi realizado com alguns colegas de trabalho um pré-teste desse questionário para verificar falhas e ambiguidades e detectar possíveis dificuldades no preenchimento. Foi elaborada uma mensagem explicativa para acompanhar o questionário, explicando de forma clara o porquê e para quem a pesquisa foi destinada.

Durante o mês de maio de 2020, encontravam-se em assistência 3.385 pacientes; destes, 1.812 foram casos positivos para COVID-19 e, durante o mês de maio de 2021, estiveram em monitoramento 3.206 indivíduos, e foram confirmados para COVID-19 os casos positivos, que perfaziam 2.488 indivíduos.

Conjuntamente com a coleta de dados, foi construída, no programa Excel, uma tabela que foi alimentada com as respostas dos participantes, formando o banco de dados da pesquisa.

## **5.6 Cálculo Amostral**

Foi considerada a população com resultado positivo para COVID-19, nos meses de maio de 2020, o contingente de 1.812 indivíduos. Em maio de 2021, 2.488 pessoas. Para o cálculo amostral, foi considerada a variável “Dúvidas esclarecidas” (questão 13 do questionário), com prevalência de respostas positivas de 0,70. Considerando o nível de confiança de 95% e que existem 4.300 indivíduos na população de estudo, o tamanho mínimo da amostra, segundo o erro amostral assumido de 5%, foi de 127 indivíduos em maio de 2020 e 174 maio de 2021, totalizando 301 usuários. A tabela 1 apresenta o cálculo amostral.

**Tabela 3** - Tamanho da amostra segundo o erro amostral assumido

| Erro amostral | Maio/20 | Maio/21 | Total  |
|---------------|---------|---------|--------|
|               | N=1812  | M=2488  | N=4300 |
| 5%            | 127     | 174     | 301    |

## 5.7 Procedimentos da coleta de dados

Esta pesquisa só teve início após a autorização emitida pela Secretaria de Saúde Pública da Prefeitura Municipal de Praia Grande (anexo III) e subsequente aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (anexo IV) e seguiu a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Com as liberações, foram acessados os dados dos pacientes que receberam acompanhamento pelo serviço de assistência em saúde por Telemonitoramento. Em posse dos dados, convidamos os usuários para participar da pesquisa, inicialmente por aplicativo de mensagens do próprio serviço. Nesse contato, juntamente com o convite, foi explicada a proposta da pesquisa. O texto elaborado para o convite dos usuários do serviço a participarem da pesquisa encontra-se no Apêndice 1.

Após a coleta dos dados, os formulários do *Google Forms* foram excluídos de nuvens e armazenados exclusivamente no computador pessoal da pesquisadora, onde permanecerão arquivados por cinco anos, visando à segurança dos dados.

Inicialmente, a ideia de abordagem dos sujeitos seria via contato telefônico ou via aplicativo de mensagem, mas em alguns momentos, durante nosso trabalho de telemonitoramento aos usuários do serviço, houve dificuldades para o contato telefônico. Muitos números de telefone caíam direto em caixa postal e, por vezes, acabava-se realizando alta do acompanhamento por falta de informações e decurso de prazo, quando eram ultrapassados os 14 dias e o sistema indicava baixa pendente.

Após um tempo, foi instalado, nas máquinas em que se trabalhava, o aplicativo de mensagem, que tornava o contato por vezes sucinto, porém efetivo na busca de informações dos pacientes e o número de baixas do sistema por decurso de prazo diminuiu, então essa ferramenta foi muito útil no acesso ao município. Em função disso, pensou-se em efetuar o contato apenas pelo aplicativo de mensagem.

Porém, durante a coleta de dados, foi encontrada uma nova dificuldade, os indivíduos contactados via mensagem, em sua maioria, não responderam ao questionário, mesmo tendo sido feito contato telefônico informando a seriedade da pesquisa e dizendo que o *link* enviado era seguro. Foram enviadas 446 mensagens e recebidas apenas 26 respostas em um período 20 dias; assim optou-se por retornar à ideia inicial de realizar contato telefônico, o que para este fim se mostrou mais eficaz.

Os indivíduos foram contactados por meio de seu número de telefone cadastrado, informou-se que a ligação estava ocorrendo em razão da teleassistência recebida no momento em que ele havia adoecido por COVID-19 e que o motivo era o convite para participar de uma pesquisa científica a respeito desse atendimento.

Em caso de aceite, os usuários foram informados sobre o termo de consentimento; após a concordância, deu-se a confirmação por parte do usuário de

algum dado cadastral e então a procedia-se à realização do questionário. Após a finalização da coleta das respostas, foi enviado, via *e-mail* ou via aplicativo de mensagem, o termo de consentimento e assim em cerca de dez dias a coleta finalmente alcançou a amostra total.

### **5.8 Análise estatística**

Levando em consideração esta ser uma pesquisa quantitativa, para a análise, criamos uma planilha com a ajuda do programa Excel, utilizada como banco de dados. Recorremos ao profissional estatístico da própria Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que nos auxiliou a executar as análises descritivas e inferenciais que serão apresentadas na sequência.

Na análise descritiva, as variáveis categóricas foram resumidas pelas frequências absolutas e relativas. O teste qui-quadrado foi utilizado para estudar as associações entre as variáveis Orientações e esclarecimentos e Enfrentamento da doença. Foi considerado o nível de significância de 5%.

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A coleta de dados foi realizada durante os meses de fevereiro e março de 2022. O total de questionários respondidos foi de 311, o que inclusive ultrapassou o indicado como ideal pelo cálculo amostral, porém nosso universo de pesquisa foi os 308 questionários respondidos pelos indivíduos contaminados nos meses de maio de 2020 e maio de 2021. Como a coleta de dados foi efetuada de forma simultânea por mais de um entrevistador, antes que pudéssemos perceber, foram entrevistadas 133 pessoas dentro da amostra concernente ao período de maio de 2020 e 175 de maio de 2021. Outras três pessoas responderam ao questionário, assinalando opções diferentes das que cabiam em nosso cenário de pesquisa e foram desconsideradas para a análise, isso explica o tamanho final da amostra.

Tendo os pacientes respondido ao questionário via aplicativo de mensagem ou via ligação telefônica, as respostas foram coletadas sem nenhum dado que pudesse identificar o usuário após o recebimento destas. Apesar disso, é possível por meio das variáveis contidas no questionário sobre gênero e idade, traçar o perfil dos participantes que será demonstrado e discutido a seguir.

### **6.1 Perfil dos participantes da pesquisa e sua relação com a COVID-19**

A caracterização dos participantes é demonstrada na tabela 2 e as variáveis estão relacionadas ao gênero e à idade.

**Tabela 4** - Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo o gênero

| Gênero       | Nº         | %            |
|--------------|------------|--------------|
| Feminino     | 183        | 60,4         |
| Masculino    | 120        | 39,6         |
| <b>Total</b> | <b>303</b> | <b>100,0</b> |

Obs.: Cinco participantes não responderam a essa questão.

Observa-se que o predomínio é do gênero feminino entre os sujeitos entrevistados. Lewis (2020) considera que o estado de pandemia certamente afetou homens e mulheres de maneiras diferentes. Puramente como uma doença física, a COVID-19 parece afetar menos severamente as mulheres. A autora traz que a pandemia enviou muitos casais de volta à década de 1950, quando o papel de cuidar cabia às mulheres, pois atualmente, mesmo em casais de dupla renda, na maior parte dos casos, a mulher tem uma remuneração menor, cabendo-lhe a tarefa de cuidar da casa e dos filhos após abrir mão do emprego.

A COVID-19 teve um impacto relevante na saúde das mulheres. O relatório *Gender and Health Analyses: COVID-19 in the Americas* destaca que, embora os dados mostrem que mulheres foram menos propensas a desenvolver doença grave por COVID-19 do que os homens, elas estavam mais propensas ao diagnóstico tardio. E uma vez diagnosticadas, morriam mais cedo, sugerindo que muitas delas não receberam cuidados adequados no momento oportuno (OPAS, 2022).

Li *et al.* (2020) demonstraram em seu trabalho que os homens representaram, no período de estudo, 60% dos pacientes com COVID-19, o que sugere ter havido maior suscetibilidade para infecção pelo novo coronavírus pelo sexo masculino.



De acordo com o boletim do Portal do Governo do Estado de São Paulo, SP contra o novo coronavírus, dos 5.591.272 de casos confirmados para COVID-19 em nosso estado, 54% são do sexo feminino e 46%, do sexo masculino. A pesquisa foi realizada no dia 12 de junho de 2022.

Matos (2020) aponta que o Brasil apresenta um maior número de notificações para o sexo feminino e traz que, entre as razões para que isso ocorra, é o fato de haver número maior de mulheres como profissionais da saúde, principalmente entre a equipe de Enfermagem.

No site do município de Praia Grande-SP, encontra-se o Relatório COVID-19 do referido município, o qual mostra que dos 36.448 casos confirmados para COVID-19 até 11 de junho de 2022, 20.256 são do sexo feminino e 14.857, do sexo masculino. Isso traduz o maior percentual de mulheres entrevistadas em nossa pesquisa.

Em relação à idade, esta foi abordada por estar diretamente ligada ao prognóstico da doença, principalmente nos momentos iniciais da pandemia. E aqui consideraremos também dessa forma, pois os dois momentos analisados são anteriores ao período de vacinação em massa da população brasileira. Os dados referentes à média de idade dos entrevistados estão demonstrados na tabela 5.

**Tabela 5** - Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo a idade

| Idade        | Nº         | %            |
|--------------|------------|--------------|
| 18 ---20     | 7          | 2,7          |
| 20 ---25     | 29         | 11,0         |
| 25 ---30     | 28         | 10,6         |
| 30 ---35     | 31         | 11,7         |
| 35 ---40     | 42         | 15,9         |
| 40 ---45     | 50         | 18,9         |
| 45 ---50     | 33         | 12,5         |
| 50 ---55     | 22         | 8,3          |
| 55 ---60     | 13         | 4,9          |
| 60 ---65     | 2          | 0,8          |
| 65 ---70     | 6          | 2,3          |
| 70 e mais    | 1          | 0,4          |
| <b>Total</b> | <b>264</b> | <b>100,0</b> |

**Obs.:** Quarenta e um participantes não responderam a essa questão, ou responderam de forma inválida.

Pessoas mais idosas apresentam maior letalidade pela doença, especialmente aquelas que têm comorbidades (PODER 360, 2020), porém, apesar dos riscos serem maiores entre os indivíduos acima dos 60 anos, a doença pode ser agressiva e fatal em todas as faixas etárias. Em relação aos indivíduos que foram a óbito, no período inicial da pandemia, 85% tinham mais de 60 anos (SETOR SAÚDE, 2020).

Os números do Estado de São Paulo, consultados por meio do site do Governo, obtidos através do Boletim Completo do portal SP contra o coronavírus, em 12 de junho de 2022, indicam que esses números mantiveram-se altos, contudo houve uma queda nesse percentual de letalidade, e indicam que, na data da pesquisa, 68,3% dos óbitos ocorreram na faixa etária dos maiores de 60 anos.

Os dados do município de Praia Grande-SP são de 11 de junho de 2022, foram consultados através do Boletim Coronavírus, disponível na página do município e

acompanham essa tendência, revelando que 1.270 óbitos ocorridos em decorrência da COVID-19 no município, 780 foram de indivíduos maiores de 60 anos.

Envelhece-se mal e precocemente no Brasil. Assim, as mortes por COVID-19 em nosso país refletem não tanto a nossa composição etária, mas sobretudo o fato de nunca termos tido políticas para um envelhecimento ativo e saudável, centrado na promoção de saúde, de aprendizado ao longo da vida, de participação cidadã e proteção dos mais fragilizados (KALACHE *et al.*, 2020).

Os dados obtidos em nossa pesquisa, apresentados na tabela 5, nos apontam que a faixa etária dos pacientes atendidos pela Central de Teleatendimento no período estudado foi baixa, contando com 3,1% dos entrevistados acima de 60 anos. Essa porcentagem aproxima-se à dos indivíduos mais jovens, abaixo de 20 anos, que somaram 2,7%.

Essas informações vão ao encontro dos dados do Boletim Coronavírus disponibilizado no site do município de Praia Grande em relação ao percentual de indivíduos curados de COVID-19 na cidade. Em pesquisa realizada no dia 29 de junho de 2022, encontramos uma taxa de 96%, o que indica uma baixa letalidade da doença no município e isso pode ser justificado levando em consideração que uma população mais jovem se infectou, tendo assim maiores possibilidades de recuperação.

Outro fator importante em relação ao prognóstico da COVID-19 diz respeito à existência de doenças preexistentes, que caracterizam comorbidades. Em relação à ocorrência dessa variável, nossos entrevistados responderam se possuíam algum tipo de doença prévia. A distribuição da frequência das respostas vem apresentada na tabela 6.

**Tabela 6** - Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo a existência de doença prévia

| Existência de doença prévia | Nº | %    |
|-----------------------------|----|------|
| Sim                         | 87 | 28,6 |

|              |            |              |
|--------------|------------|--------------|
| <b>Não</b>   | 217        | 71.4         |
| <b>Total</b> | <b>304</b> | <b>100,0</b> |

**Obs.:** Quatro participantes não responderam a essa questão.

Dentre 87 entrevistados que reportaram algum tipo de comorbidade para a COVID-19, 46 (15,1%) disseram ter Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 25 (8,2%) disseram ter Diabetes Mellitus (DM). Essas foram as patologias mais citadas, as quais se configuram como risco para o adoecimento por COVID-19.

Os dados do estado do Portal SP contra o novo coronavírus, consultados em 12 de junho de 2022, atestam que 12,3% dos infectados pelo novo coronavírus têm HAS e DM como doenças preexistentes. O site não traz esses dados de forma dissociada, então, para termos como base de comparação com nossa pesquisa ao somarmos as porcentagens de HAS e DM, obtivemos um percentual de 22,3%, o que fica bem acima dos números do Estado de São Paulo.

O site do município em estudo não traz informações sobre a presença de comorbidades entre os infectados. Apesar dessa taxa significativa de fatores complicadores do prognóstico para COVID-19, o município apresentou alta taxa de curados.

Autores como Guang *et al.* (2020), Yang *et al.* (2020) e Zhang *et al.* (2020) indicam a DM e a HAS, juntamente com as doenças cerebrovasculares e a idade avançada, como os fatores de risco mais indiscutíveis e que implicam em internação, principalmente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e em óbito.

O Setor Saúde 2020 traz em seus levantamentos que 79% das pessoas que faleceram por COVID-19 tinham pelo menos uma comorbidade. Neste caminho, Nunes *et al.* (2020) também registram que a presença de doença crônica pode estar associada à patogênese da COVID-19 e esclarecem que essa comorbidade também

foi observada nas epidemias por coronavírus anteriores. Os autores relatam também que, apesar da evolução clínica não ser clara, há indícios da importante e direta relação entre a faixa etária, as comorbidades (quantidade e gravidade) e o desfecho clínico desfavorável da COVID-19.

De acordo com os interesses da pesquisa, realizaram-se dois recortes no período de tempo em que a pandemia por COVID-19 ainda está em curso e, como já citado, esses ocorreram nos meses de maio de 2020 e maio de 2021.

Em relação ao período de contaminação, a tabela 7 mostra um número maior de indivíduos infectados pelo novo coronavírus no mês de maio de 2021, o que reflete o alastramento da pandemia e o contínuo aumento de casos ao longo do tempo.

**Tabela 7** - Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2021-2022, segundo o período de contaminação pelo novo coronavírus

| Contaminação por Coronavirus | Nº         | %            |
|------------------------------|------------|--------------|
| Maio de 2020                 | 133        | 43,2         |
| Maio de 2021                 | 175        | 56,8         |
| <b>Total</b>                 | <b>308</b> | <b>100,0</b> |

A pandemia por COVID-19 acirrou-se de 2020 para 2021; as políticas de prevenção e controle de contaminação seguiam, mas algumas regras precisaram ser flexibilizadas, uma vez que nem todos os brasileiros podiam manter-se em isolamento, por várias razões, entre elas, as econômicas.

Gondim (2020) enfatiza que a crise do coronavírus e a pandemia por ele causada deixaram ainda mais evidentes as desigualdades estruturais e reavivaram antigas lutas de classes, que ocorrem em nosso País em função da distribuição desigual das riquezas materiais na sociedade. Entre os distintos grupos da sociedade,

as necessidades econômicas são também bastante diferentes e estas se mostraram mais significativamente importantes entre os menos favorecidos (SANTOS, 2020).

As medidas de suporte econômico e social à população desempregada ou impedida de trabalhar e os pequenos empresários tardaram bastante e, quando implementadas, transcorreram de forma vagarosa e com dificuldade de operacionalização (CAMPOS, 2020). Com o pretexto de defender a economia e o emprego, o governo federal, por muito tempo, com palavras e gestos, foi contra a realização do isolamento social (BURKI, 2020).

Medidas precisavam ser tomadas e, na opinião de Gondim (2020), países, blocos econômicos, organizações e conglomerados financeiros, sendo eles da linha de prevenção ou de negação frente aos efeitos deletérios do novo vírus, mobilizaram-se em busca de soluções econômicas e medidas que fossem capazes de controlar e reduzir os efeitos negativos na economia e na saúde das pessoas.

É fato que os números de novos contaminados e de óbitos ocasionados pela COVID-19 só cresciam. No Estado de São Paulo, em 19 de maio de 2020 (Portal G1, 2020), registrou-se o índice de 65.995 casos confirmados para COVID-19, e em maio de 2021, de acordo com o Boletim de Situação Epidemiológica do Portal SP Contra o Novo Coronavírus (2022), somavam-se 3.129.412 de casos, demonstrando o enorme avanço da pandemia, que infectou mais de três milhões de pessoas no período de um ano.

Ainda, Kerr *et al.* (2021) demonstram, em seu estudo, que nos momentos iniciais da pandemia por COVID-19, ocorreram ações mais organizadas das autoridades, que consistiram em implementar medidas não farmacológicas e promover o fortalecimento do sistema de saúde. Essas ações conseguiram amenizar os efeitos da pandemia. Entretanto, ainda segundo os autores, em um momento mais tardio, as autoridades trabalharam de forma desorganizada, com diferentes estratégias e a maioria mantinha as economias totalmente abertas, mesmo diante das evidências do agravamento do quadro epidêmico.

As flexibilizações no segundo semestre de 2020, sem a utilização das medidas não farmacológicas de enfrentamento, ou seja, preventivas ao aumento dos casos de COVID-19 ocorridos nas capitais e interior de vários estados, no final de setembro, possivelmente implicaram no crescimento dos casos (XIMENES *et al.*, 2021).

Com o alastramento da pandemia - a chamada segunda onda -, houve a necessidade do adiamento das eleições municipais, que ocorreriam em outubro de 2020 nos 5.570 municípios brasileiros e estas só puderam ser feitas em novembro de 2020 (TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL DO BRASIL). O período pré-eleitoral e as próprias eleições, em muitos locais, favoreceram aglomerações, contribuindo com a maior possibilidade de disseminação da COVID-19 (MADEIRO, 2020).

Na análise de Kerr (2021), a abertura econômica, as eleições, as festas de final de ano, a diminuição da utilização das medidas preventivas, como o uso de máscaras, distanciamento social e a utilização da etiqueta respiratória, juntamente com o surgimento aqui no Brasil de uma nova variante do SARS-CoV 2, denominada P1, concorreram para o alastramento da pandemia em nosso País.

Com o transcorrer do tempo, a COVID-19 foi lançando novos desafios e algo observado com frequência no acompanhamento de indivíduos acometidos pela COVID-19 é a ocorrência de sequelas após o adoecimento. Com o objetivo de verificar a existência de sequelas dentre os/as participantes da pesquisa, incluímos a questão: *Ficou com alguma sequela após a doença?* Os dados referentes às respostas são apresentados na tabela 8.

**Tabela 8** - Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2021-2022, segundo as sequelas pós Covid-19

| Sequela pós Covid-19 | Nº         | %            |
|----------------------|------------|--------------|
| Sim                  | 124        | 40,3         |
| Não                  | 184        | 59,7         |
| <b>Total</b>         | <b>308</b> | <b>100,0</b> |

As sequelas mais frequentemente citadas por nossa população de estudo foi cansaço (35,5%), esquecimentos (21,0%), mialgia (11,3%), dispneia (11,3%), alterações no olfato e paladar (11,3%), queda de cabelo (8,9%), cefaleia (8,1%). Observa-se um que as maiores porcentagens apresentaram-se para cansaço e esquecimentos.

Em 2020, o desafio foi entender as manifestações clínicas, a história natural da Covid-19, seu agente causador e seu tratamento. À persistência da pandemia, somaram-se outros desafios; entre eles, as repercussões tardias da doença (SALCI e FACCHINI, 2021).

Apesar do ritmo acelerado de produções científicas nesse período pandêmico, as sequelas têm aos poucos seu registro na literatura e surpreendem pela duração e diversidade (COSTA *et al.*, 2020).

Devido a sintomas persistentes ou disfunções orgânicas prolongadas, ou ainda o aparecimento de novas síndromes, despontam as sequelas de longo prazo da doença. Assim, quaisquer novos sintomas após a recuperação da COVID-19 devem ser adequadamente tratados (RAVEENDRAN *et al.*, 2021).

Neste contexto, Martimbianco *et al.* (2021) descrevem que, para designar uma série de sinais e sintomas físicos e psicológicos persistentes apresentados por pacientes que se encontram na fase de recuperação de infecção por SARS-CoV2, dá-se o nome de ‘Síndrome pós-COVID’ ou “COVID longa”.

No estudo de Iwu *et al.* (2021), uma revisão sistemática e meta-análise, os principais sintomas relatados pelos pacientes após a recuperação de COVID-19 foram: fadiga, falta de ar, tosse e distúrbios do sono. Outros sintomas como: perda de memória, dor muscular, fraqueza, palpitações cardíacas, cefaleia, tonturas, déficit de concentração, dor de garganta, perda de olfato e paladar, queda de cabelo, diarreia, vômitos e doenças psiquiátricas também foram citados. Nosso estudo corrobora os



achados do autor em sua revisão sistemática, pois, conforme informado, o cansaço apresentou 35,5% das referências de sequela.

Observamos que o cansaço é uma expressão da fadiga de acordo com Kroemer e Grandjean (2005); e Cameron (1973, apud Queiróz, 2003, p.23) explica que a fadiga possui efeitos crônicos e agudos. Os primeiros parecem ser de grande significância prática e são encontrados na sensação subjetiva de lassidão e cansaço comumente descrito como fadiga.

Peres (2020) traz em seu estudo a presença das sequelas e suas variações por meio do acometimento dos sistemas nervoso, respiratório, motor, cognitivo, cardíaco e imunológico. Pavli *et al.* (2021) também trazem esse conceito de que a Síndrome Pós-COVID é multissistêmica, ocorrendo após um período agudo da doença, acometendo em torno de 10 a 35% dos pacientes de modo geral e 85% daqueles que foram hospitalizados.

Os dados da literatura se apresentam próximos aos 40,3% encontrados em nossa pesquisa e a ocorrência dos sintomas que aparecem em nossos achados também condiz com o estudo de Iwu *et al.* (2021).

Para o cuidado com cada paciente, há a necessidade de um acompanhamento em longo prazo dos indivíduos que contraíram a COVID-19, bem como a assistência a eles por via de centros de reabilitação e do desenvolvimento de modalidades preventivas e estratégias de gerenciamento clínico desses pacientes (WU, 2021).

A próxima variável a ser analisada foi gerada a partir da questão: “Você já fazia uso dos serviços de saúde pública (SUS) do município de Praia Grande? Unidades de Saúde da Família (USAFA) ou Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)?” A distribuição da frequência das respostas é apresenta na tabela 9.

**Tabela 9** - Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo o uso prévio de serviço público de saúde do município de Praia Grande

| Uso prévio de serviço público de saúde | Nº         | %            |
|--|------------|--------------|
| Sim                                    | 233        | 75,6         |
| Não                                    | 75         | 24,4         |
| <b>Total</b>                           | <b>308</b> | <b>100,0</b> |

O serviço de Telemonitoramento aos pacientes com COVID-19 foi prestado aos indivíduos que foram notificados com o agravo de síndrome gripal no município de Praia Grande-SP. Na época do estudo e até o presente momento, a COVID-19 era uma doença de notificação compulsória e a notificação foi feita pelo serviço de vigilância epidemiológica. O serviço de Telemonitoramento lidava então com municípios oriundos de atendimentos realizados, tanto no setor privado, quanto no setor público de saúde. E para verificar o quanto o serviço de saúde pública de Praia Grande foi impactado pelo aumento de demanda, incluímos a questão do uso prévio do serviço público na pesquisa.

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, o SUS representa uma conquista da sociedade brasileira, promove justiça social, prestando atendimento a todas as pessoas. É o maior sistema de saúde público do mundo e cerca de 80% dos brasileiros dependem exclusivamente desse sistema de saúde para tratar-se.

Em maio de 2022, o SUS completou 34 anos e no dia 17 do referido mês, foi veiculada, através do canal PGnotícias (2022), uma reportagem de Aline Gomes, intitulada: “No aniversário do SUS, Praia Grande celebra êxitos conquistados na Saúde”, na qual se destacam alguns pontos importantes sobre o SUS no município, que são apresentados a seguir. De acordo com a reportagem, em Praia Grande, o

SUS tem uma forte estrutura municipal e conta com trinta USAFAs que cobrem 100% da população da cidade, com mais de cem equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e isso faz do município referência do setor saúde na Baixada Santista.

E ainda, em 2021, segundo a reportagem, as equipes da Atenção Primária em Saúde (APS) realizaram mais de 1.500.000 atendimentos, entre consultas, procedimentos e visitas domiciliares. Durante a pandemia, as USAFAs reforçaram o atendimento à COVID-19 e esse suporte contribuiu para a redução nos números de internações e de filas nas UPAs, minimizando a contaminação cruzada e evitando o colapso da rede de urgência e emergência.

Ainda de acordo com a matéria referida, o município dispõe do Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID), que chegou a contar com 71 leitos de UTI adulto para absorver a demanda no período crítico da pandemia. A população da cidade também pode contar com o Hospital de Campanha Falcão, o primeiro da Baixada Santista. Em 2021, foram realizadas 1.152 internações no local, que também atuou como pronto-atendimento de síndrome gripal, reforçando a estrutura de atendimento juntamente com as UPAs Quietude e Samambaia e o pronto-atendimento do Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

A tabela 10 demonstra onde foi realizado o primeiro atendimento dos pacientes assistidos pela Central de Telemonitoramento durante os meses de maio de 2020 e maio de 2021.

**Tabela 10** - Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo o local do primeiro atendimento médico

| Local de primeiro atendimento médico | Nº  | %    |
|--------------------------------------|-----|------|
| Hospital de Campanha Falcão          | 139 | 45,3 |
| Unidade de Saúde da Família (USAFA)  | 123 | 40,1 |
| Unidade de Pronto Atendimento (UPA)  | 24  | 7,8  |

## Resultados e Discussão

---

|                               |            |              |
|-------------------------------|------------|--------------|
| Hospital Municipal Irmã Dulce | 9          | 2,9          |
| Outros                        | 12         | 3,9          |
| <b>Total</b>                  | <b>307</b> | <b>100,0</b> |

Obs.: Um participante não respondeu a essa questão.

As frequências expostas na tabela 10 têm aproximação com os dados apresentados por Savassi *et al.* (2020), segundo os quais, a APS e os serviços de urgência e emergência constituem a porta de entrada do paciente com suspeita de COVID-19, uma vez que os números do Hospital de Campanha Falcão, somados aos números dos atendimentos realizados nas USAFAs, totalizam 85,4% dos atendimentos prestados no município.

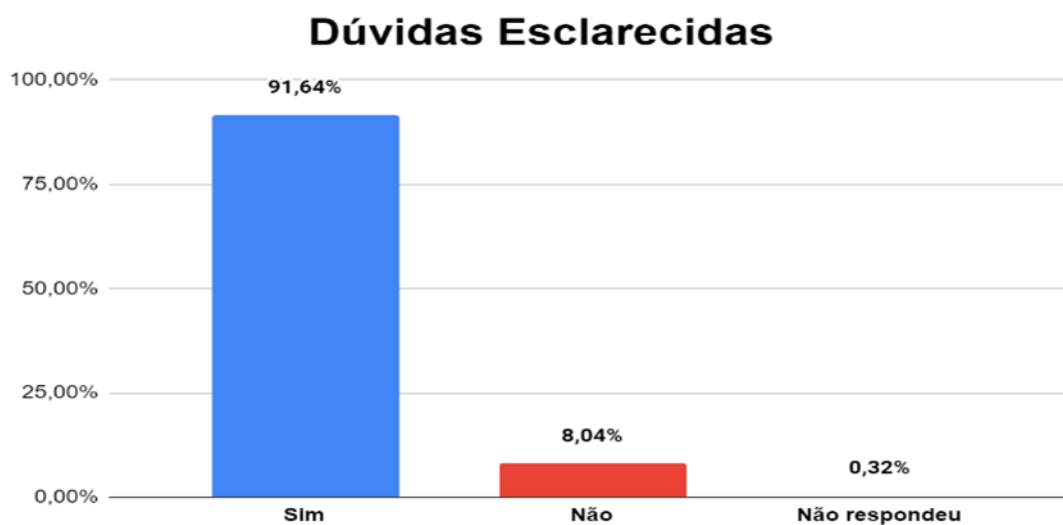
Considerando que houve um aumento de demanda de maneira geral na procura pelo SUS, gostaríamos de saber como isso se apresentou no município de pesquisa. Constatamos que foi maior a assistência na Central de Telemonitoramento aos indivíduos advindos de atendimentos realizados pelo SUS, como demonstrado na tabela 10. Essa observação nos mostrou que houve, sim, um aumento na procura aos serviços de saúde pública, mas não impactou de forma negativa na assistência e também não levou ao colapso do sistema, já que o município não chegou a vivenciar 100% de ocupação de seus leitos hospitalares em nenhum momento da pandemia.

Castro *et al.* (2020) apresentam dados em seu estudo que revelam condições para o enfrentamento da crise de saúde provocada pela COVID-19 muito desiguais em nosso País. Os autores apontam que a Região Sudeste concentra, de forma desproporcional, a maioria absoluta de médicos especialistas e equipamentos hospitalares, enquanto as Regiões Norte e Nordeste apresentam quantidades inferiores desses parâmetros, analisados em relação a sua representatividade populacional.

Em contrapartida, Savassi *et al.* (2020) destacam o papel da APS como um agente fundamental para diminuir as desigualdades e garantir dignidade no acesso

aos Direitos Constitucionais inalienáveis. Sob a ótica desses autores, mesmo diante do desmonte do SUS, a APS sobrevive e se redefine a cada dificuldade imposta pelos cenários políticos e socioeconômicos.

Para nós, faz-se necessário entender se os serviços de saúde, incluindo o Telemonitoramento, estão respondendo às demandas das pessoas que procuram os atendimentos em saúde. Neste caminho, uma das questões apresentou a seguinte elaboração: *Durante as ligações, você teve suas dúvidas a respeito da COVID-19 esclarecidas?* A frequência de respostas é apresentada no gráfico 1.



**Gráfico 1** - Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo as dúvidas esclarecidas durante as ligações.

O gráfico 1 demonstra que 91,94% das pessoas entrevistadas responderam que tiveram suas dúvidas em relação à COVID-19 esclarecidas pela Central de Telemonitoramento, e essas eram as mais diversas, pois as conversas tinham alguns pontos norteadores, mas não seguiam nenhum roteiro ou coisa que se valha.

Sendo assim, para entender a necessidade individual, perceber as prioridades do território e se fazer efetivo em sua comunicação, é necessário que o atendente faça uma escuta qualificada. Salci *et al.* (2013) salientam que esta é uma habilidade fundamental ao profissional que trabalha com educação em saúde, mediante a qual se desenvolve a capacidade de ouvir atentamente a narrativa das pessoas e que essa escuta ativa pode possibilitar que a pessoa modifique a maneira de agir sobre determinada situação.

Bem como trazem Raimundo e Cadete (2012), a escuta qualificada é uma ferramenta importante para que o cuidado integral seja realizado, uma vez que, por meio dela, são possíveis a construção de vínculos, a produção de acolhimento, o respeito ao comum, à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem é cuidado.

Porém, como dito anteriormente, não seguíamos um roteiro e, diariamente, a cada assistência realizada por meio de ligação telefônica, enfrentávamos um novo desafio, pois, apesar do hábito com a prática clínica e a anamnese clássica, a ausência do contato físico ressignificou a forma de cuidar e tornou ainda mais importante a escuta qualificada. Assim como os teleatendentes encontravam dificuldades em analisar e entender cada sintoma e/ou situação, de maneira geral, igualmente, o usuário se esforçava para compreender as orientações oferecidas (PEREZ *et al.*, 2021).

Naquele momento de dúvidas e incertezas, era necessário comunicar-se. A comunicação atravessa todas as práticas e ações e inclui elementos da educação, persuasão, mobilização da opinião pública e a participação da sociedade. A informação tem por objetivo ajudar na escolha dos comportamentos, na prevenção das doenças, no desenvolvimento da cultura de saúde e na democratização das informações (SALCI *et al.*, 2013).

No momento das ligações, ao prestar o atendimento, o profissional da saúde empenha-se em se fazer claro e atingir o cidadão com o qual se comunica e, em contrapartida, o cidadão também se dedica a entender e ambos buscam interagir no processo de promoção de saúde, por meio da educação em saúde. Se o esforço não for mútuo, a ação não se concretiza (PEREZ *et al.*, 2021).

Com base nas 91,64% respostas positivas para a variável “dúvidas esclarecidas” e, diante do exposto, corrobora-se o entendimento de Perez *et al.* (2021), concluindo-se que o teleatendente estava preparado para, por meio da escuta, fazer o acolhimento ao usuário e captar todas as suas demandas para poder elaborar a conduta e fornecer todas as explicações necessárias. A escuta qualificada foi a conexão entre as partes, facilitando a comunicação e a tomada de decisões, permitindo também a compreensão do usuário como sendo este o centro do cuidado, respeitando sua autonomia e seu protagonismo.

Caso a comunicação não se processasse de forma efetiva, as vozes dos atores não seriam ouvidas, acarretando sofrimentos. A tarefa foi mudar a forma como a escuta e a comunicação se aprofundaram nas relações entre profissionais e usuários (MACEDO, 2007).

Seguindo com a análise dos resultados, observaremos a variável quanto ao serviço ter sido útil durante o período em que estiveram doentes. A maioria respondeu sim a esse questionamento, como se vê pela tabela 11.

**Tabela 11** - Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo a utilidade do serviço

| Utilidade do Serviço | Nº         | %            |
|----------------------|------------|--------------|
| Não                  | 24         | 7,8          |
| Sim                  | 284        | 92,2         |
| <b>Total</b>         | <b>308</b> | <b>100,0</b> |

Para explicar a utilidade do serviço, reportamos a opinião de uma das participantes da pesquisa, a qual relatou estar calma até o momento em que recebeu a confirmação do resultado positivo de seu exame para COVID-19.

A entrevistado disse que ter recebido a informação de alguém que pôde acolher seu choro, orientá-la e direcioná-la em um momento de tanta angústia e solidão foi de grande importância frente à situação. Acrescentou que o acolhimento recebido constituiu-se em um grande diferencial para que pudesse enfrentar os próximos dias.

Como exposto por Merhy (1997), é necessário que ocorra mudança no modo como os trabalhadores de saúde lidam com seu principal objeto de trabalho e com o sofrimento dos usuários do serviço. Dentro do mesmo princípio, Dias *et al.* (2010) enfatizam a importância e a necessidade de humanização da relação entre profissional e paciente, o que é essencial para o desenvolvimento de uma relação empática e participativa, devendo ser esta a prioridade nos serviços de saúde.

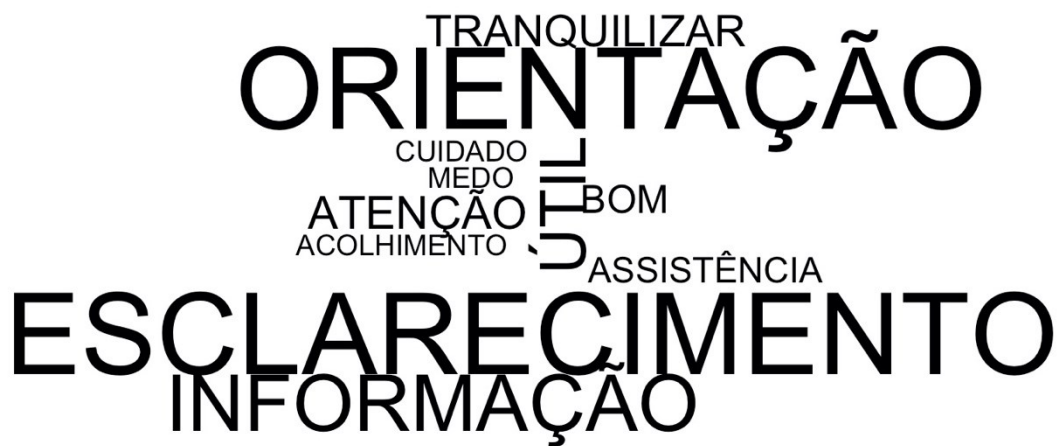
Seguindo a mesma ideia de assistência e humanização, Deming (1990) avalia que, para entender os requisitos e as percepções do usuário e satisfazê-lo, é necessário compreender suas necessidades e desenvolver processos de trabalho que possam, de maneira efetiva e consciente, resolver suas necessidades. Assim, fatores como confiança, atualização, competência, humanidade, presteza, pontualidade, cordialidade e preparo técnico científico são referências para a satisfação de um paciente que utiliza um serviço (ARAÚJO, 2000).



Relacionando a utilidade do serviço com a literatura e o relato do paciente, juntamente com o que já foi apresentado, compactuamos com Las Casas (1999), quando este traz elementos como: confiabilidade, sendo esta gerada pela habilidade do prestador em fornecer assistência de forma segura e precisa; segurança, a qual é obtida por meio do conhecimento e da cortesia do atendente que transmite confiança nas informações; e a empatia, verificada pelo grau de cuidado e atenção pessoal dispensado ao cliente e a capacidade do teleatendente de se colocar no lugar do outro.

Certamente, essas características estavam presentes na Central de Telemonitoramento por via do serviço em si e por meio do atendente para que o usuário definisse que aquela assistência foi útil a ele naquele momento.

Para coletar mais dados sobre a percepção dos usuários do serviço sobre sua utilidade, foi solicitado aos participantes da pesquisa que, em poucas palavras, dissessem por que haviam considerado, ou não, a utilidade da assistência. Essa questão foi incluída com a possibilidade de respostas abertas. Para a análise dessas respostas, a fim de quantificarmos os dados, e a fim de gerar uma representação visual desta percepção, as palavras foram organizadas de acordo com o número de vezes em que elas foram repetidas pelos entrevistados e estão expostas na figura 01 sob a forma de nuvem de palavras. Duzentas e quarenta e seis pessoas responderam a essa questão.



**Figura 1** - Nuvem de palavras que os participantes da pesquisa referiram para a caracterização da utilidade do Serviço.

A percepção é a forma como se vê o mundo, o modo como o indivíduo constrói a representação e o conhecimento que possui. Perscrutar algo ou alguém é captá-lo por meio dos sentidos (ANGELIM, 2002). As palavras carregam seus sentidos e, no momento da entrevista, muitos pacientes aproveitaram para manifestar a sua satisfação com o atendimento prestado, relataram que se sentiram cuidados, que acalmaram seus medos e que se sentiram acolhidos, entre outros comentários.

Na literatura, a satisfação do usuário é definida em função das suas expectativas, de maneira que a satisfação seria a percepção/expectativa. O usuário satisfeito é aquele que percebe que o atendimento de suas necessidades por um determinado serviço ocorreu pelo menos de modo igual ao que ele esperava (DIAS *et al.*, 2010).

A pandemia trouxe tempos difíceis, tudo acontecia em velocidade célere, muitas mudanças rápidas e de forma crescente. Além de informações confiáveis e

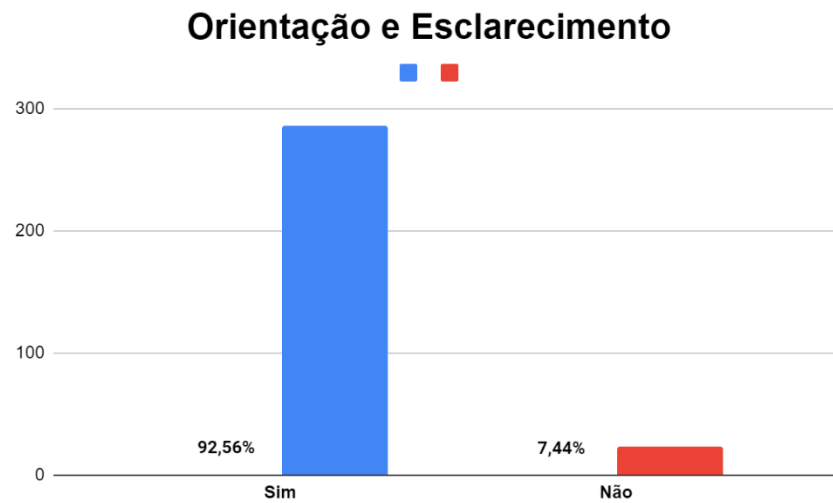
atuais, é necessário pensar no papel da comunicação para que esta ocorra de forma adequada e eficaz (ABRAMS *et al.*, 2020).

Complementando, Baugh *et al.* (2020) afirmam que, de maneira rápida e desafiadora, a COVID-19 exigiu que se inovasse nas formas de comunicação para que ela se desse de maneira oportuna e no momento adequado.

De fato, manter-se atualizado nos tempos de pandemia, principalmente em seu início foi desafiador, estressante e bastante cansativo. As atualizações chegavam quase diariamente e houve necessidade de assimilação rápida e de transformação das informações em linguagens adequadas para a comunicação com o usuário para que fosse possível prestar, juntamente à Central de Telemonitoramento, uma assistência de qualidade.

Porém, ao percebermos que as palavras mais citadas pelos usuários atendidos pelo serviço foram: orientação, esclarecimento e informação e ainda que os entrevistados julgaram que a assistência foi útil porque produziu conhecimento, verificamos que, com todo o esforço e dedicação, a meta foi atingida.

Outra variável muito importante para observar os resultados da pesquisa foi a seguinte questão: perguntamos aos entrevistados se eles se sentiram orientados e esclarecidos pelo Teletendimento em relação à doença COVID-19. A maioria respondeu que sim, como demonstra o gráfico a seguir.



**Gráfico 2** - Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo a satisfação com as orientações e esclarecimentos recebidos.

O Telemonitoramento na cidade de Praia Grande surge como uma possibilidade de acesso seguro aos pacientes, proporcionando assistência e vigilância dos casos de forma remota. Fez-se necessário extrair dessa modalidade de assistência todas as possibilidades. Uma delas foi fazer chegar à população orientações e esclarecimentos, em meio a *fake news* e dúvidas em geral, fornecendo informação correta, cientificamente embasada em uma linguagem acessível.

Assim como destaca Wheidly e Fares (2020), primar pelas informações de qualidade, baseadas em estudos científicos e repassadas por especialistas das áreas correlatas em meios de comunicação acessíveis, é fundamental para que se contenham o avanço da COVID-19 e os impactos sociais e financeiros causados pela pandemia, pois, em paralelo, observou-se a disseminação de notícias falsas.

Foi observado, no período pandêmico, o crescimento de um fenômeno chamado de infodemia. Falou-se de tratamentos sem comprovação científica, práticas duvidosas do cuidado e da prevenção da contaminação pelo novo

coronavírus. Isso ocorreu principalmente nas redes sociais, com mensagens calcadas em suposições (WHO, 2020b).

Trazemos a definição de Infodemia por Garcia-Saiso (2021), que a conceitua como o excesso de informações verdadeiras e falsas que, conseqüentemente, dificulta o discernimento entre elas. É imprescindível ter acesso a fontes confiáveis e orientações válidas, justamente quando se torna mais necessário o uso do conhecimento para a tomada de decisões. Nesse contexto, as informações técnicas e científicas misturam-se a boatos, a dados manipulados, informações incorretas e a notícias falsas e tendenciosas, dificultando a capacidade do receptor de processar e julgar tudo.

Considerando que o principal papel de uma central de informações é responder a perguntas e dirimir dúvidas, como descrevem Vidotti *et al.* (2000), o provimento de informações no serviço estudado ocorreu em duas frentes, ativa e passivamente. O usuário podia acessar a central para questionamento, e assim, segundo Molina e Alberola (1984), a ele eram ofertadas informações passivas, definidas como aquelas oferecidas em resposta à pergunta do solicitante. Ativamente, a central transmitia informações e orientações gerais quanto à necessidade e importância da realização do isolamento social, bem como da utilização de máscaras faciais e de seguir o protocolo sanitário.

Ratificando o exposto por Moura *et al.* (2022), a central de informações, no caso de nossa pesquisa, a Central de Telemonitoramento da COVID-19, teve papel importante no combate à infodemia e na propagação de informações de qualidade, respaldadas por evidências sobre a pandemia causada pela nova doença. Os canais de comunicação utilizados tiveram papel importante para o acesso rápido, prático e fácil às informações, contribuindo para o elevado nível de satisfação dos usuários do serviço.

O resultado apresentado nas respostas a essa pergunta nos mostra que foram atingidos os objetivos do Telemonitoramento, tanto na realização do serviço, quanto na pesquisa apresentada, uma vez que avaliar o papel educativo do serviço de Telemonitoramento na assistência aos pacientes com COVID-19 compõe as perguntas de pesquisa. Com os dados obtidos, é possível verificar que a central teve um importante papel na promoção de conhecimento, com base em informações confiáveis que orientaram e esclareceram a população em um momento de incertezas e *fakenews*. Foi gratificante realizar uma assistência que pôde proporcionar ao usuário a capacidade de discernimento.

Prosseguindo na exposição dos resultados, a questão sobre se indicariam aos amigos e familiares a utilização do Telemonitoramento obteve resposta sim pela maioria dos entrevistados, como demonstrado na tabela 12.

**Tabela 12** - Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo a questão: *indicaria a amigos e familiares que utilizassem o serviço?*

| Indicaria o Serviço de Telemonitoramento? | Nº         | %            |
|---|------------|--------------|
| Não                                       | 16         | 5,2          |
| Sim                                       | 292        | 94,8         |
| <b>Total</b>                              | <b>308</b> | <b>100,0</b> |

Para fundamentar os nossos dados obtidos a partir dessa variável, fomos buscar embasamento por meio de conceitos de qualidade e da importância de avaliar a opinião dos usuários sobre a utilização de um serviço, pois é fato que as pessoas só realizam a indicação de algo para outras pessoas, quando ficam satisfeitas ou se identificam com algo de atributo.

O objetivo deste questionamento, bem como sua análise se fazem com o intuito de analisar as opiniões dos entrevistados a cerca de uma assistência pioneira, um serviço inovador e utilizado pela primeira vez no município em estudo. A investigação não foi realizada com o julgamento de classificar a saúde ou a assistência prestada como uma mercadoria, ou um produto com valor que pudesse ser comercializado.

A ideia de qualidade atravessa todos os tipos de avaliação, já que esta possui como característica principal o estabelecimento de um julgamento, a atribuição de algum valor a alguma coisa, e quando o atendimento é realizado de forma positiva, significa ter qualidade (NOVAES, 2000).

Para Vuori (1991), a qualidade permeia vários pontos de vista de características de cuidado, as quais incluem: efetividade, eficácia, equidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnica científica.

Buscando o conceito de qualidade, aplicado aos serviços de saúde, encontramos em Araújo (2003) a consideração de que eles adquirem características próprias, pois, diferentemente da indústria, o produto/serviço é consumido no ato de sua produção, não havendo possibilidade de se identificar previamente algum defeito.

Complementando os pareceres retromencionados e trazendo a importância de avaliar a visão do usuário, quando o assunto é a qualidade dos serviços de saúde, Donabedian (2003) diz que o interesse por sua visão vem crescendo ao longo do tempo e que o papel do usuário como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria do serviço. Sendo assim, se faz importante e necessário conhecer como o usuário avalia o serviço prestado, buscando sempre o aperfeiçoamento.

No conceito apresentado por Gronroos (1990), consumidores escolhem prestadores de serviço comparando as percepções que têm do serviço recebido com o que esperavam dele. O autor nomeia isso como qualidade de serviço percebida.

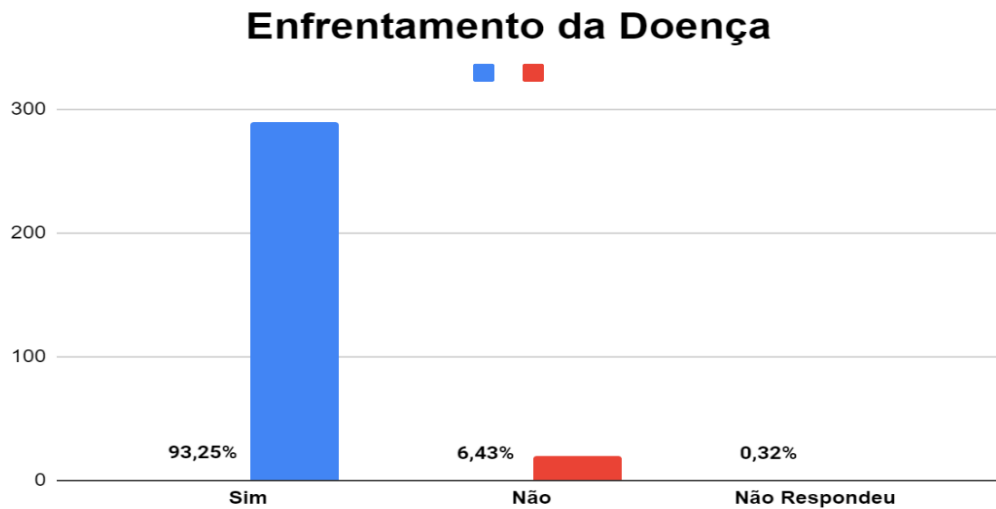
Bons resultados na qualidade percebida são obtidos, quando os serviços recebidos atendem às expectativas do cliente.

Finalizamos com Polizer e D’Innocenzo (2006), trazendo que satisfação dos pacientes é um dos elementos fundamentais da qualidade, estando inserida no processo de avaliação dos serviços de saúde. Estes têm importante papel no processo de avaliação da assistência, a qual se constitui fonte de opiniões e sugestões, que irão ajudar na medida de satisfação e contribuir para o processo de melhoria dos serviços oferecidos.

Em vista das considerações apresentadas, tendo por base as pesquisas realizadas acerca dos conceitos de qualidade e sobre as percepções do usuário em relação aos serviços de saúde, conseguimos observar que atingimos um de nossos objetivos de pesquisa, pois verificamos por meio das 94,8% respostas “sim” à nossa variável de indicação do serviço (apresentadas na tabela 13), que a Central de Telemonitoramento foi bem aceita pela população assistida, uma vez que foi avaliada como uma assistência de qualidade.

Assim, passamos para um outro ponto importante do questionário, que se pauta na construção da hipótese de pesquisa; foi a questão que abordava se o indivíduo considerou que as orientações e assistência oferecidas pelo serviço contribuíram para um melhor enfrentamento ao processo da doença. A grande maioria (93,25%) respondeu afirmativamente a essa questão e apenas 6,43% negaram essa importância. Esses dados estão demonstrados no gráfico 3.





**Gráfico 3** - Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo a questão: *A assistência prestada contribuiu para o enfrentamento da doença?*

Considerando a porcentagem de pessoas que responderam positivamente a essa questão referente à importância do serviço de Telemonitoramento para o enfrentamento da doença, percebe-se que esse o serviço atentou para o cuidado e a comunicação, fornecendo às pessoas atendidas satisfação e confiabilidade em momentos de inseguranças com a pandemia de Covid-19.

Repete-se aqui a mesma situação apresentada em face da questão sobre o Telemonitoramento ser fonte de informação confiável, constante no gráfico 2 (pág. 48), que fornece os índices de respostas sobre a satisfação com as orientações e esclarecimentos recebidos.

Outro apontamento significativo é que a Central de Telemonitoramento trabalhou com o acompanhamento do quadro do paciente que obteve resultado positivo para a COVID-19 por 14 dias e pôde proporcionar ao usuário suporte, direcionamento e assistência no momento oportuno.

Nesse contexto, concordamos com Kloetzel *et al.* (1998), quando indicam que o paciente merece ser contemplado com ações que tornem a sua passagem pelo serviço de saúde o mais agradável e com maior resolubilidade possível. E ainda com

Malk e Teles (2001), quando estes ponderam que atitudes de cuidado e comunicação, entre outras estratégias, diminuem a ansiedade e os riscos de insatisfação por parte do paciente.

Concluindo, o profissional de saúde deve colocar-se como uma ponte facilitadora na produção do cuidado, ter capacidade de perceber as necessidades do paciente, reconhecer seus valores e esclarecer dúvidas, pois assim se estabelece uma relação de confiança entre as partes. É necessário que o paciente se sinta valorizado e confiante (POLIZER e D'INNOCENZO, 2006).

Frente aos pensamentos dos autores citados e analisando as 93,25% respostas positivas, tendo os nossos entrevistados afirmado que a assistência prestada pela Central de Telemonitoramento contribuiu para o enfrentamento da doença, conseguimos consolidar uma das suposições de nossa hipótese de pesquisa.

Seguindo para a próxima variável, em função do pioneirismo da assistência em saúde por telefone, tendo esta sido realizada pela primeira vez no município de Praia Grande-SP em tempos de pandemia por COVID-19, consideramos procedente e importante perguntarmos aos participantes da pesquisa se já haviam utilizado alguma vez anteriormente o atendimento em Telessaúde e as frequências nas respostas vêm apresentadas na tabela 13.

**Tabela 13** - Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa que usaram o Telemonitoramento em maio de 2020-2021, segundo a questão sobre *ter utilizado previamente o atendimento em Telessaúde*

| Utilização Prévia de Telessaúde | Nº         | %            |
|---------------------------------|------------|--------------|
| Não                             | 289        | 94,1         |
| Sim                             | 18         | 5,9          |
| <b>Total</b>                    | <b>307</b> | <b>100,0</b> |

Obs.: Um indivíduo não respondeu a essa questão.

Como já mencionado, a atividade de telemedicina ou teleassistência já existia anteriormente, mas se difundiu com a pandemia, por meio das publicações do Conselho Federal de Medicina e do Ministério da Saúde (descritas na página 12), autorizando tal modalidade de assistência durante a vigência do período pandêmico.

As respostas dos participantes a essa questão foram buscadas com o intuito de verificar o ineditismo do serviço no contexto do município de Praia Grande, e se os indivíduos que se informaram já teriam se utilizado de tal recurso, e ainda se associavam a utilização também ao período de pandemia.

Observa-se que não era um recurso utilizado em atendimento em saúde antes do período pandêmico, nem pelo serviço de saúde nem pelas pessoas que necessitam de atendimento. E assim, 94,1% dos entrevistados não tinham se utilizado antes do recurso do Teleatendimento, que por sua vez se mostrou eficaz na crise sanitária que assolou o mundo, conforme já apresentado em questões anteriores.

As questões incluídas na entrevista finalizavam com uma pergunta aberta, solicitando aos participantes que fizessem um breve comentário a respeito do serviço/atendimento prestado. As opiniões foram analisadas e também foram organizadas para apresentação em uma nuvem de palavras, conforme a figura 2. Cento e noventa e uma pessoas responderam a esse questionamento.



**Figura 2** – Nuvem de palavras que os participantes da pesquisa referiram para a caracterização da questão: breve comentário.

Sobressaem na nuvem de palavras o “bom”, a “orientação”, a “assistência” e o “excelente”. Naquele momento, os entrevistados formularam comentários que expressaram elogios e ocuparam o espaço para realizar agradecimentos aos profissionais de saúde, de uma forma geral, e em especial à equipe de atendimento da Central de Telemonitoramento do município de Praia Grande.

Os comentários sinalizam ainda o nível elevado de satisfação dos usuários com o serviço. A avaliação e a discussão dessa condição podem ser observadas nos apontamentos anteriores, baseados na escuta qualificada, atitudes cordiais e empáticas por parte da equipe de assistência, entre outros aspectos descritos.

Proseguimos analisando a inferência estatística, o teste qui-quadrado foi utilizado para estudar as associações entre as variáveis Orientações e Esclarecimentos e Enfrentamento da Doença. Observou-se que houve associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre as variáveis estudadas. Entre os indivíduos que se sentiram orientados e esclarecidos, 98,2% disseram “sim” no enfrentamento da doença, e entre os indivíduos que não se sentiram orientados e esclarecidos, 39,1%

disseram “sim” no enfrentamento da doença e 60,9% não tiveram o devido esclarecimento e orientação sobre a doença. Ressalta-se que, para esta análise, foi considerado o nível de significância de 5%.

**Tabela 14** – Distribuição do número e porcentagem dos participantes da pesquisa, segundo orientações e esclarecimentos/enfrentamento da doença

| Orientações e esclarecimentos |     |     |       |     |       |         |
|-------------------------------|-----|-----|-------|-----|-------|---------|
|                               |     | Não |       | Sim |       | p-value |
|                               |     | n°  | %     | n°  | %     |         |
| Enfrentamento da Doença       | Não | 14  | 60,9% | 5   | 1,8%  | <0,001  |
|                               | Sim | 9   | 39,1% | 277 | 98,2% |         |

Obs.: Três indivíduos não responderam a essa questão.

No contexto da pandemia, o Telemonitoramento surge como estratégia de elevado potencial ao combate da COVID-19, pois além de assegurar o acesso seguro ao paciente, possibilita a realização de educação em saúde e fornece informações e suportes importantes aos usuários (ARAÚJO e SOUZA, 2020), constituindo assim o processo educativo proposto. O Telemonitoramento coloca-se como estratégia importante no período de pandemia e essa condição não sofreu interferências do tempo de duração da pandemia, como será demonstrado na tabela 15.

**Tabela 15** – Distribuição da variável Orientações e esclarecimentos, segundo a variável Período de contaminação

| Período de Contaminação |  |              |      |              |      |         |
|-------------------------|--|--------------|------|--------------|------|---------|
|                         |  | Maio de 2020 |      | Maio de 2021 |      | p-value |
|                         |  | n°           | %    | n°           | %    |         |
| Não                     |  | 7            | 5,3% | 16           | 9,1% | 0,275   |

|                                      |     |     |       |     |       |  |
|--------------------------------------|-----|-----|-------|-----|-------|--|
| <b>Orientações e esclarecimentos</b> | Sim | 124 | 94,7% | 159 | 90,9% |  |
|--------------------------------------|-----|-----|-------|-----|-------|--|

Obs.: Duas pessoas não responderam a essa questão.

Os resultados constantes na tabela 15 mostram que os indivíduos assistidos pelo serviço de Telemonitoramento, em maio 2020, fizeram uma avaliação de 94,7% em relação ao serviço ter realizado orientações e esclarecimentos, enquanto em maio de 2021, esse número foi de 90,9%. Essa pequena redução, de 3,8% na avaliação, nos leva a entender que o acesso foi constante e praticamente igual quando comparado os períodos definidos por essa pesquisa, não se tendo observada importante relação de associação estatística entre os dois períodos.

Com isso, entendemos também que tanto os indivíduos assistidos pela Central em maio 2020, quanto os assistidos em maio de 2021 acharam importante o serviço de teleassistência, sentindo-se orientados e esclarecidos, tanto em um período inicial, com menos informações, quanto em um momento tardio, com mais entendimento. Sendo assim, o processo educativo realizado pela Central de Telemonitoramento aos munícipes de Praia Grande-SP, infectados pela COVID-19, ocorreu de forma satisfatória e que foi ancorado nos conceitos da educação em saúde, tendo de alguma forma um caráter emancipatório. Deu base para ajudar na escolha dos comportamentos, tornando o indivíduo mais seguro para enfrentar a doença e também para preveni-la.

Frente a um novo vírus, uma nova doença, a insegurança e incertezas eram constantes, vivíamos em um cenário onde, se buscássemos pelo conceito apresentado pela WHO (1947), que define saúde não só como ausência de doença, mas também como um estado pleno de desenvolvimento mental, físico, de bem-estar social, poderíamos afirmar que esse estado pleno de bem-estar social estava seriamente prejudicado. Os conceitos de saúde estão em constante mutação ao longo dos dias e da vida, o que suscita muitos questionamentos nas produções científicas, tornando maior o desafio de encontrar alguém com “saúde” inserido no cenário em que vivíamos.

Então, na busca por promover saúde, levando em consideração a complexidade do processo educativo, naquele momento, a maior incitação foi balancear a procura por parte da população por uma vida melhor, buscar dar conta das demandas físicas, transpassadas pelas questões emocionais do período em associação às estimativas do governo, em nosso caso, dentro da esfera municipal de oferecer serviços de saúde mais adequados à população neste cenário, tentando assim viabilizar o Pacto pela Saúde.

Para a realização do Telemonitoramento e a fim de desenhar as linhas de todo o processo educativo, nos amparamos nos conceitos de Educação em Saúde, que podem traduzir-se em:

“Um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que perpassa vários campos de atuação e tem como objetivo sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida” (BRASIL, 2009).

A educação em saúde tem um grande papel de diminuir a distância existente entre as novas descobertas e os estudos científicos e o dia a dia dos indivíduos (CÂMARA *et al.*, 2012).

Porém, por muitas vezes, na realização diária do trabalho, seja recebendo ou realizando ligações, passou-se por conflitos entre o definido pelo conceito e as situações que envolvem a educação em saúde. Esses conflitos emergiam, quando, ao receber uma ligação, o atendente era questionado sobre como agir com a lavagem das roupas e das máscaras de pano ao chegar da rua, ou ainda quando, ao efetuar um telefonema e informar um resultado de exame para COVID-19 positivo, vinha a pergunta: “E agora? O que eu faço?!”

Essas situações remeteram por várias vezes à questão do conceitual teórico do modelo de educação bancária, descrita por Paulo Freire, em 1968, no livro “A pedagogia do oprimido”, onde o professor vê o aluno como um banco, depositando

nele seu conhecimento até enriquecê-lo e, após isso acontecer, os estudantes tornam-se replicadores do conhecimento (SANTANA e SOUZA, 2019).

Não queríamos eliminar a capacidade crítica dos indivíduos assistidos, contudo não havia discussão ou debate sobre as orientações recebidas; eles, naquele momento, colocavam-se como se precisassem ouvir dos profissionais da saúde as informações e os direcionamentos para seguirem, por mais que, em nossas falas e ações, buscássemos horizontalidade. Respeitávamos os saberes populares e não desestimulávamos quem fazia uso de xaropes caseiros, tomava chá de cebola roxa ou canja de galinha, mas sempre nos pareceu que, naquele momento, eles queriam desempenhar aquele papel do aluno na sala de aula, que recebe as informações e as leva para casa.

A relação entre a educação em saúde e a pedagogia libertadora, que parte de um diálogo horizontalizado entre profissionais e usuários, contribuiu para a emancipação destes e para o crescimento da saúde individual e coletiva (SALCI *et al.*, 2013).

A educação em saúde, como base no processo educativo, envolveu reflexão e ação. Como visto nos números apresentados por esta pesquisa, onde o serviço foi muito bem avaliado e aceito pela população assistida, serviu para esclarecer dúvidas, orientar ações, além de ser suporte para o enfrentamento da doença de uma forma geral, constata-se que, quando realizada por meio de uma ação concreta e de um discurso dialógico, levando em conta os aspectos socioculturais, a educação em saúde capacita e ensina as pessoas, promove saúde, contribuindo para o bem-estar da comunidade.



## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de COVID-19 escancarou desigualdades estruturais e históricas mundo afora, ninguém e nada passou ileso por ela. Obrigou autoridades e governos prevencionistas ou negacionistas a promoverem ações em saúde e em outras esferas para minimizar os efeitos deletérios desse vírus, que foram muitos.

Essa situação levou o município de Praia Grande-SP a se utilizar das TICs por meio da implantação da Central de Telemonitoramento aos pacientes com COVID-19, o que se mostrou um importante diferencial na assistência e no enfrentamento à pandemia, promovendo o acesso seguro e oportuno aos usuários.

O monitoramento ocorreu por via do contato via ligação telefônica e via aplicativo de mensagem. A dificuldade de contato com alguns indivíduos mostrou-se um obstáculo em alguns momentos e, quando isso ocorria, era feito contato com a unidade de saúde para a realização de busca ativa do munícipe.

No Teleatendimento, podemos destacar a importância de estar atento aos sinais de alerta que são fatores de risco para complicações clínicas. No caso da identificação de algum desses sinais, as informações eram inseridas no sistema e o paciente era agendado para consulta presencial em unidade de saúde ou orientado a procurar pelo pronto-atendimento. O sistema informatizado promove agilidade e facilita o registro das informações.

Encontrar um instrumento para obter essas informações se fez necessário e optou-se pela elaboração de um questionário semiestruturado por meio do *Google Forms*, com questões abertas e fechadas, que fossem capazes de captar a experiência e a percepção dos usuários assistidos pela Central de Telemonitoramento.

Sendo esta uma pesquisa quantitativa, utilizamos os dados de nosso banco, os quais foram catalogados por via de uma planilha do programa Excel, que possibilitou analisarmos as variáveis. Analisamos uma população de 307 indivíduos que contraíram a COVID-19 durante o mês de maio de 2020 e 2021.

Relembremos os objetivos dessa pesquisa: avaliar o processo educativo do serviço de Telemonitoramento na assistência aos pacientes com COVID-19 no município de Praia Grande-SP; verificar se o serviço prestado interferiu no enfrentamento ao processo da doença, se foi capaz de orientar e esclarecer os usuários em relação à COVID-19; compreender se este serviço foi bem aceito pelos pacientes assistidos.

Observamos com uma de nossas variáveis que nossos entrevistados responderam que tiveram suas dúvidas em relação à COVID-19 esclarecidas e também relataram ter recebido orientações e esclarecimentos a respeito da doença em pauta. Verificamos, que a Central de Telemonitoramento serviu de suporte e contribuiu para um melhor enfrentamento da doença.

Os indivíduos responderam que sim, indicariam que amigos e familiares utilizassem a Central de Telemonitoramento e verbalizaram que o serviço foi útil durante o processo de recuperação, compreendemos que essa assistência foi bem aceita pelos pacientes acompanhados.

Tendo em vista os resultados apresentados por meio das respostas ao questionário demonstrando que os sujeitos puderam tirar suas dúvidas, receber orientações e solicitar esclarecimentos de forma geral sobre a COVID-19 através do serviço de teleassistência, avaliamos que a Central de Telemonitoramento teve um importante e significativo papel educativo durante a pandemia.

Sendo assim, diante do exposto, podemos concluir que foi possível atingir os objetivos propostos por esta pesquisa.

Além dos objetivos, nos baseamos na hipótese, formulada no início desta pesquisa, de que os pacientes atendidos em esquema de Telemonitoramento durante o período de quarentena seriam capazes de entender e enfrentar o processo de evolução da doença, bem como seriam capazes de seguir com as medidas do protocolo sanitário, ajudando a reduzir a circulação do vírus com vistas a cumprir o propósito do processo educativo do serviço.

Foi possível, com este estudo, confirmar nossa hipótese de pesquisa, uma vez que, como já descrito anteriormente, os pacientes relataram que a Central de Telemonitoramento serviu de suporte, contribuindo para o processo de enfrentamento da doença e que receberam orientações; com isso eles ajudaram a cumprir os propósitos do serviço.

Em relação às potencialidades e facilidades, o Telemonitoramento possibilitou abordagem no momento oportuno, um acesso mais frequente e rápido aos casos em acompanhamento, promovendo acolhimento e sendo suporte aos serviços de saúde ao minimizar a superlotação deles. O serviço viabilizou acesso remoto aos usuários, assegurando o acompanhamento da sua condição clínica e auxiliando na tomada de decisão pela necessidade da busca de atendimento presencial ou reavaliação, bem como na educação em saúde e medidas de vigilância.

A Central de Telemonitoramento aos pacientes com COVID-19 foi amplamente divulgada à população por meio de reportagens e pela mídia social, como um serviço confiável que poderia ser utilizado para suporte e esclarecimento de dúvidas em relação ao novo coronavírus, e revelou-se ter sido bastante eficiente dentro do que se propôs avaliar.

## **REFERÊNCIAS**

---

## REFERÊNCIAS

ABRAMS, E. M.; GREENHAWT, M. Risk communication during Covid-19. **J Allergy Clin Immunol Pract.**, v. 8, n. 6, p. 1791-1794, 2020.

ANDERSEN, K. G.; et al. The proximal origin of SARS-CoV-2. **Nature Medicine**, v. 26, p. 450-455, 2020.

ANGELIM, G. P. Sistema nacional de avaliação da satisfação de usuários do serviço público. VII Congreso Internacional del CLADE sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 2002. Disponível em: <http://www.unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043719.pdf> Acesso em: 12/06/2022.

ARAÚJO, I. C. **Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará**. Dissertação (Mestrado), São Paulo: USP, 2003. Disponível em: < <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23138/tde-08082003-092743/publico/TeseToda.pdf> . Acesso em 12/06/2022.

ARAÚJO, A. S.; ARRUDA, L. S. N. S. Teleatendimento como ferramenta de monitoramento de casos suspeitos e/ou confirmados de COVID19/Tele-service as monitoring tool for suspected and/or confirmed cases of COVID-19. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 57807- 57815 aug. 2020.

BAUGH J. J.; SONIS J. D.; WITTBOLD K. A.; WHITE B. A.; et al. **Keeping pace: An ED communications strategy for COVID-19. The American Journal of Emergency Medicine. V. 38, Issue 12**, p. 2735-2736, December 2020.

BASHSHUR, R.; SHANNON, G.; KRUPINSKI, E.; GRIGSBY J. he taxonomy of telemedicine. **Telemed J E Health.**, v. 17, n. 6, p. 484-494, Jul-Aug 2011doi: 10.1089/tmj.2011.0103

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. 05/8 – **Dia Nacional da Saúde**. Disponível em: 05/8 – Dia Nacional da Saúde | Biblioteca Virtual em Saúde MS (saude.gov.br). Acesso em 10/05/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**, Brasília-DF, 2013.

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 – covid-19 / Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 131 p. il. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19> . Acesso em 20/03/2022.

BRASIL. **Painel Coronavirus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em 30 de julho de 2021.

BRASIL. **Portaria n. 188, de 03 de fevereiro de 2020**. Diário Oficial da União (DOU). Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso em 20 de julho de 2021.

BRASIL, **Portaria n.467, de 20 de março de 2020**. Diário Oficial da União (DOU). Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20467-20-ms.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20467-20-ms.htm)>. Acesso em 13 de março de 2022.

BRASIL. **Portaria n. 1565, de 18 de junho de 2020**. Diário Oficial da União (DOU). Disponível em < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.565-de-18-de-junho-de-2020-262408151>>. Acesso em 15 de julho de 2021.

BRASIL. **Saiba como é feito o diagnóstico dos casos de Covid-19 no Brasil**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/diagnostico>>. Acesso em 25 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR) **Temático Promoção da Saúde IV**. Brasília, 2009.

BURKI, T. COVID-19 in Latin America. **The Lancet Infectious Diseases**, London, v. 20, n. 5, maio 2020.

CAETANO, R.; et al. Desafios e Oportunidades para Telessaúde em tempos da pandemia pela Covid-19: Uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no conceito brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, n. 05, 2020.

CÂMARA, A. M. C. S.; et al. Percepções do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 6, n. 1, p. 1, Mar 2012.

CAMPOS, G. W. O pesadelo macabro da COVID-19 no Brasil: entre negacionismos e devaneios. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BR). **Ofício CFM n. 1756, 2020**. Disponível em < [https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020\\_oficio\\_telemedicina.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf)>. Acesso em 13 de março de 2022.

CORMAN, V. M.; et al. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real time RT-PCR. **Surveill**, v.23, n.3, p. 24-30, 2020.

COSTA, P. C.; SILVA L. C. A.; CABRAL A. R.; MELO, D. A. Impactos psicológicos da Síndrome Pós-COVID. **Rev. Projeção Saúde e Vida**, v. 1, n. 2, p. 32, 2020.

CASTRO A. P. C. R.; NASCIMENTO J. S. PALLADINI<sup>1</sup> M. C.; PELLOSO<sup>1</sup> L. R. C. A.; BARBOSA M. H. L. Dor no paciente com Síndrome Pós-COVID-19. **Revista Científica Hospital Santa Isabel**, v. 5, n. 2, p. 55-62, 2021.

CHINWE, J. I.; IWU, C. D.; WIYSONGE, C. S. The occurrence of long COVID: a rapide review. **The Pan African Medical Journal**, v. 38, janeiro 2021.

CUI, J.; LI, F.; SHI, Z. L. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. **Nature Reviews Microbiology**, v.17, n. 3, p. 181-192, 2019.

DELGADO, C. E.; SILVA, E. A.; CASTRO, E. A. B.; CARBOGIM, F. C.; PÜSCHEL, V. A. A.; CAVALCANTE, R. B. COVID-19 infodemic and adult and elderly mental health: a scoping review. **Rev Esc Enferm USP**., v. 55, p. e20210170,2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0170>

DINIZ, C. D. et al. Crise Global Coronavirus: monitoramento e impactos. **Caderno de prospecção, Salvador**, v.13, n.2, p. 359-377, 2020.

DIAS O.; RAMOS, L. H.; COSTA, S. M. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários. **Revista Pró-univerSUS**. Vassouras, v.1, n. 1, p. 11-26. jul/dez 2010.



DONABEDIAN, A. **Na introduction to quality assurance in healthy care**. Oxford: University Press, 2003.

DROSTEN et al. Identification of a Novel Coronavirus in Patients with Severe Acute Respiratory Syndrome. **N Engl J Med**, v. 348, p. 1967-1976, 2003.

ENGSTROM, E. et. al. **Recomendações para a organização da Atenção primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19**. Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde, FioCruz, 2020.

FADEL, M. A. V.; FILHO, G. I. R. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública (RAP)**, v. 43, n. 1, Rio de Janeiro, 2009.

GEHARDT, E.; SILVEIRA, D.T. **Métodos de Pesquisa**. 1.ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GONDIM, G. M. M. Decifra-me ou te devoro: enigmas da Vigilância em Saúde na pandemia de COVID-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020.

GOZZO, M. June Almeida: **A doutora que não terminou o ensino médio e identificou o primeiro coronavirus**. Instituto Butantan, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.butantan.gov.br/ultimas-noticias/june-almeida-a-doutora-que-nao-terminou-o-ensino-medio-e-identificou-o-primeiro-coronavirus>>. Acesso em 28 de julho de 2021.

GRONROOS, C. **Service management and marketing: managing the moment truth in service competition**. Lexington. Lexington Books, 1990.

GUAN, WEI-JIE.; ZHENG-YI NI.; YU HU.; et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. **N Engl J Med.**, v. 382, p. 1708-1720, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032.

HENNEKENS, C. H.; BURING, J. E. **Epidemiologic in Medicine**. Boston: Little, Brown and Company, 1987.

## Referências

---

HUANG, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The lancet**, v.395, p. 497-506, 2020.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/prai-grande.html>

[http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus/2021/maio/coronavirus31052021\\_situacao\\_epidemiologica.pdf\(31/05/2021\)](http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus/2021/maio/coronavirus31052021_situacao_epidemiologica.pdf(31/05/2021))<sup>2</sup>

[http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centr-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus/2021/maio/coronavirus010521\\_situacao\\_epidemiologica.pdf\(01/05/2021\)](http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centr-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus/2021/maio/coronavirus010521_situacao_epidemiologica.pdf(01/05/2021))<sup>3</sup>

Internacional Committee of Taxonomy of Viruses. **Naming the 2019 Coronavirus**. Disponível em: <https://talk.ictvonline.org/information/w/news/1300/page>. Acesso em 20 de julho de 2021.

KALACHE, A. **Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade**. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil; 2015.

KALACHE, A et al. Envelhecimento e desigualdades: políticas de proteção social aos idosos em função da Pandemia Covid-19 no Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 23, n. 06, 2020.

KERR et al. Covid-19 no Brasil: primeiro ano de incertezas que estão por vir. **Revista Saúde Pública**, v. 55, n.35, p. 1-11, 2021.

---

<sup>2</sup> De acordo com a legislação eleitoral alguns conteúdos deste site ficarão indisponíveis de 02/07/2022 até o final da eleição estadual em São Paulo.

<sup>3</sup> De acordo com a legislação eleitoral alguns conteúdos deste site ficarão indisponíveis de 02/07/2022 até o final da eleição estadual em São Paulo.

KLOETZE, K.; BERTONI, A. N. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 3, Jul 1998. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000300020>

LAS CASAS, A. L. **Qualidade Total em serviços: conceitos, exercícios e casos práticos**, 3 Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LEWIS H. **The coronavirus e a disaster for feminism**. The Atlantic, 2020.

LU, R. et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. **The Lancet**, v. 395, p. 565-574, 2020.

MACEDO R. G. **A Democratização da Informação na Gestão Pública: A Cibercomunicação como Ferramental Estratégico no Tratamento da Informação. Trabalho apresentado no VII Encontro dos núcleos de Pesquisa em Comunicação, NP-TI – Tecnologias da Informação e da Comunicação, do XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Santos, 2007. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2007/resumos/R2354-2.pdf> Acesso em 12/06/2022.**

MADEIRO C. **Eleições 2020: convenções no norte e nordeste têm aglomeração e falta de prevenção à COVID-19.** Disponível em: < <https://noticias.uol.com.br/eleicoes/2020/09/15/convencoes-no-n-e-ne-tem-aglomeracoes-e-falta-de-prevencao-a-covid.htm>. Acesso em 15/05/2022.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. **Rev. Administ Empresas**, v. 41, n. 3, p. 51-59, 2001.

MANZATO, A. J. e SANTOS, A., B. A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa. IBILCE – UNESP. São Paulo. 2012. Disponível em: < [http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino\\_2012\\_1/ELABORACAO\\_QUESTIONARIO\\_S\\_PESQUISA\\_QUANTITATIVA.pdf](http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2012_1/ELABORACAO_QUESTIONARIO_S_PESQUISA_QUANTITATIVA.pdf)>. Acesso em 20 de julho de 2021.

MARTIMBIANCO, A.L.C.; PACHECO, R. L.; BAGATTINI, A. M.; RIERA R. Frequency, signs and symptoms, and criteria adopted for long COVID-19: A systematic review. **International Journal of Clinical Practice**, v. 75, p.e14357, 2021.

MERHY, E. E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde, os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida.** In: Cecilio, L. C. O. Inventando a mudança na saúde. São Paulo, Editora Hucitec, 1997. (Saúde em Debate. Série Didática, 76, 3).

MHEIDLY, N.; FARES, J. Leveraging media and health communication strategies to overcome the COVID-19 infodemic. **Journal of Public Health Policy.** v. 41, p. 410–420, 2020.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo e qualitativo: oposição ou complementaridade. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MOLINA, G. G.; ALBEROLA, C. Información sobre medicamentos. **Revista de la Asociación Española de Farmacéuticos Hospitalarios,** [s. l.], v. 8, n. 1, p. 5-18, 1984.

MOURA, G. O. C.; SILVA, M. C.; SANTANA, J. F. et al. Central de informações sobre a Covid-19: dúvidas e meios de difusão de informações confiáveis sobre a pandemia. **Research, Society and Development,** v. 11, n. 8, e6911830403, 2022.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços, e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 34, n3, 2000.

NUNES, B.; SOUZA, A.S.; NOGUEIRA, J.; ANDRADE, F.; et al. **Envelhecimento, multimorbidade e risco para Covid-19 grave:** ELSI-Brasil, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.703>

ONU BRASIL. **Brasil confirma primeiro caso de infecção por coronavírus.** Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/02/1705481>. Acesso em 27 de julho de 2021.

PAHO. **Histórico da pandemia de Covid-19.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em 30 de julho de 2021.

PAVLI et al. Post-COVID syndrome: Incidence, clinical spectrum, and challenges for primary healthcare professionals. **Archives of Medical Research,** v. 52, p. 575-581, 2021.

PERES, J. et al. **Dias que nunca terminam: sintomas persistentes relacionados à Síndrome Pós-COVID surpreendem pacientes e pesquisadores.** Repositório Institucional Fiocruz, 2020.

PEREZ, J.; SCHONROCK, J.; CARDOSO L. S.; SILVA MARIANA NUNES DA, et. al. Central de informações Covid-19 como ação de enfrentamento ao novo coronavírus: Relato de experiência. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, Canoas, v. 9, n. 3, 2021.

PODER 360. **Coronavírus infecta 1 milhão de pessoas no mundo.** Disponível em <https://www.poder360.com.br/coronavirus/coronavirus-infecta-1-milhao-de-pessoas-no-mundo> . Acesso em 05.05.2022.

POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. de Enferm.**, v. 59, n.4, p. 548-551, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRAIA GRANDE. **Boletim Coronavírus.** Disponível em : <https://www.praia grande.sp.gov.br/arquivos/publicacoes/745.pdf>>. Acesso em 30 de julho de 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRAIA GRANDE. **No aniversário do SUS, Praia Grande celebra êxitos conquistados na Saúde - Data lembra votação do artigo 196 da Constituição que garante a saúde como direito de todos.** Disponível em: [https://www.praia grande.sp.gov.br/pgnoticias/noticias/noticia\\_01.asp?cod=55542](https://www.praia grande.sp.gov.br/pgnoticias/noticias/noticia_01.asp?cod=55542)

RAIMUNDO, J. Z.; ECHEIMBERG, J.O.; LEONE, C. Research methodology topics: Cross-sectional studies. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 3, p. 356-360, 2018.

RAIMUNDO, J. S.; CADETE, M. M. M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 2, p. 61-67, 2012.

RAVEENDRAN, A. V. Long COVID-19: challenges in the diagnosis and proposed diagnostica criteria. **Diabetes & Metabolic Syndrome**, v. 15, p. 145-146, 2021.

SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2013, jan-mar 22 (1): 224-230.

## Referências

---

SALCI, M. A.; FACCHINI L. A. Os desafios da síndrome Pós-COVID-19 para a Ciência. **Saúde Coletiva**, v. 11, n. 65, 2021.

SANTOS, J. A. F. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.18, n. 3, 2020.

SARTI, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 29, n. 2, p. e2020166, 2020.

SAVASSI, L. M. S.; BEDETTI, A. D.; ABREU, A. B. J.; COSTA, A. C.; PERDIGÃO, R. M. C.; FERREIRA, T. P. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. **J Manag Prim Health Care**, p. 126-138, 2020.

Secretaria de Saúde Pública da Praia Grande. Acesso 15 de agosto de 2022. Disponível em: <https://geopg.praiagrande.sp.gov.br/ServicosOnline/GeoProcessamento/Logradouro/PandemiaExterno.aspx>

Secretaria de Estado do Governo de São Paulo. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/coronavirus/>

SETOR SAÚDE. **Os riscos do novo coronavírus: perfil dos óbitos por faixa etária**. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/os-riscos-do-novo-coronavirus-perfil-dos-obitos-por-faixa-etaria> Acesso em 05.05.2022.

UNA-SUS. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos  
SUS é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos#:~:text=Garantido%20no%20artigo%20196%20da,para%20qualquer%20atendimento%20de%20sa%C3%BAde>

VERMELHO, A. SUS: quais os desafios frente à COVID-19?. Disponível em < <https://www.politize.com.br/desafios-do-sus-frente-a-covid-19> Acesso em:20/03/2022.

VIDOTTI, C. C. F., et al. Sistema Brasileiro de Informação sobre Medicamentos – SISMED. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(4):1121-1126, out-dez, 2000.

VUORI, H. A qualidade da saúde. Cad. Ciências e Tecnologia, v. 3, p.17-24, 1991.  
Tribunal Superior Eleitoral (TSE). Eleições 2020: publicadas resoluções do TSE com novas datas do Calendário Eleitoral. Disponível em: <https://www.tse.jus.br/comunicacao/noticias/2020/Agosto/eleicoes-2020-publicadas-resolucoes-do-tse-com-novas-datas-do-calendario-eleitoral> Acesso em 07/05/2022.

WHO. Coronavirus disease (COVID-19): How is it transmitted?. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>>. Acesso em 27/07/2021.

WHO. Coronavirus symptoms. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3). Acesso em 27 de julho de 2021.

WHO. World Health Organization. Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS), 2003. World Health. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70863> Acesso em 18/03/2022.

WHO. **Managing the COVID-19 infodemic: Promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation.** Managing the COVID-19 infodemic: Promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation (who.int). Acesso em 13/06/2022.

WHO. **Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV).** Disponível em [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov)) Acesso em 18/03/2022.

WHO. **Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it.** Disponível em: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it). Acesso em 29 de julho de 2021.

WHO. **Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 22.** Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf> Acesso em 18/03/2022.

WHO. **What happens to people who get COVID-19?.** Disponível em: < <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>. Acesso em 30 de julho de 2021.

WU, M. Síndrome Pós-Covid-19 – Revisão de Literatura: Cautelas após melhora dos sintomas da Covid-19. **Revista Biociências**, v. 27, n.1, p.1-14, 2021.

YANG, J. et al. Prevalence of comorbidities in the novel Wuhan coronavirus (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis. **Int J Infect Dis.**, v. 1, n. 94, p. 91-5, 2020.

XIMENES, R. A. A.; Albuquerque, M. F. P. M.; et al. **COVID-19 no nordeste do Brasil**, entre o lockdown e o relaxamento das medidas de distanciamento social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, Abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.39422020>

ZAKI, A.M.; BOHEEMEN S. V.; BESTEBROER T. M.; et al. FouchierIsolation of a Novel Coronavirus from a Man with Pneumonia in Saudi Arabia. **N Engl J Med.**, v. 367, p. 1814-1820, 2012.

ZHANG JIN-JIN; DONG X.; CAO YI-YUAN.; et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-cov-2 in Wuhan, China. **Allergy**, v. 75, n. 7, p. 1730-1741, 2020. Jul doi: 10.1111/all.14238.

ZHU, N.; ZHANG, D.; WANG, W.; LI X. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 382, n. 8, p. 727-733, 2020.





**ANEXOS****Anexo I – Autorização da Secretaria de Saúde do Município de Praia Grande****MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE**

Estado de São Paulo  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

Em 17 de setembro de 2021.

Ilmo Sr.  
Profª Drª Maria de Fátima Ferreira Queiroz  
Orientadora - Docente

**Parecer de Proposta de Projeto de Pesquisa**

Título do Projeto: **O serviço de telemonitoramento como processo educativo na assistência aos pacientes com covid-19 no município de Praia Grande/ SP.**

**Discente Responsável:** Ana Lúcia Souza Marques Vaccaro Moraes

A Comissão Especial de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas em Saúde Pública (CEAAPSP) constata que a pesquisa em questão tem como objetivo geral "**Verificar a efetividade e aceitação do Serviço de Telemonitoramento pelos pacientes com COVID-19 deste município.**" Trata-se de um estudo exploratório quantitativo.

Informamos, também, que esta comissão recebeu cópia do Projeto de Pesquisa em questão.

Após análise, informamos que o projeto de pesquisa foi apreciado pela CEAAPSP e poderá ser realizado mediante apresentação da aprovação pela Plataforma Brasil.

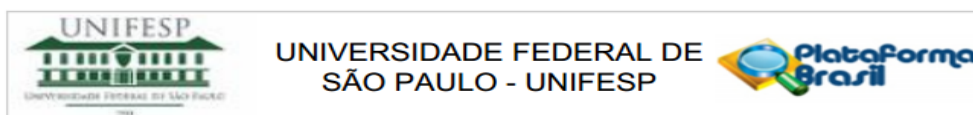
Solicitamos que o pesquisador responsável entre em contato com esta comissão após Parecer Consubstanciado do CEP - Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

**Enfª Drª Bruna Renó**  
**Membro da Comissão Especial de Avaliação e**  
**Acompanhamento de Pesquisas em Saúde**  
**Pública (CEAAPSP)**

(BR/ br)

## Anexo II – Autorização Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O SERVIÇO DE TELEMONTORAMENTO COMO PROCESSO EDUCATIVO NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM COVID-19 NO MUNICÍPIO DE PRAIA GRANDE- SÃO PAULO

**Pesquisador:** Maria de Fátima Ferreira Queiróz

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 52868821.4.0000.5505

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde e Sociedade

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.205.693

#### Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP 1240/2021 (parecer final)

Trata-se de projeto de Mestrado de Ana Lúcia Souza Marques Vaccaro Moraes.

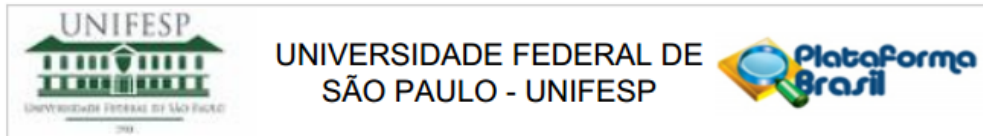
Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Maria de Fátima Ferreira Queiróz.

Projeto vinculado ao Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (<PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1842049.pdf> 26/10/2021).

**APRESENTAÇÃO:** Este trabalho discorre sobre a COVID-19, uma doença que apareceu ainda de forma desconhecida no final de 2019, com o surgimento de caos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China. Com o estudo e o acompanhamento desses casos foi descoberto um novo coronavírus (SARS-CoV2). A rápida disseminação desse vírus ao redor do mundo levou a Organização Mundial de Saúde a decretar pandemia, situação que levou as autoridades mundiais a se mobilizarem a fim de minimizar a propagação desse vírus, que ocasiona ainda nos dias atuais grande impacto em setores essenciais para a humanidade, como saúde, economia e educação.

**Endereço:** Rua Botucatu, 740  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.205.693

Várias estratégias de enfrentamento foram lançadas pelas autoridades em saúde de todo o mundo. No município de Praia Grande -SP foi criada uma central de assistência aos pacientes com COVID-19 por Telemonitoramento, e este será o cenário desta pesquisa. Uma vez que este serviço foi realizado pela primeira vez no município, esta pesquisa foi pensada para entender onde se encaixa esse tipo de assistência sendo objetivos desta avaliar qual foi o papel deste serviço, se este interferiu no processo da doença, bem como buscar compreender como este serviço foi aceito pelos pacientes acompanhado. Será realizado um estudo observacional, descritivo do tipo transversal que pretende contar com a participação dos pacientes que testaram positivo para COVID-19 e que foram acompanhados por este serviço de Telemonitoramento da Prefeitura Municipal de Praia Grande, durante os meses de maio de 2020 e maio de 2021. Estes serão convidados a participar do estudo via contato telefônico ou por mensagem de texto e caso concordem em responder a pesquisa, será enviado um link do Google forms contendo o termo de consentimento online e o questionário contendo perguntas fechadas e abertas elaboradas pelas autoras para contemplar os objetivos do estudo. Os dados da pesquisa serão analisados pelo Excel, sendo os dados apresentados de maneira quantitativa e descritiva. Com este estudo espera-se que seja possível verificar a percepção dos pacientes acerca do serviço implantado.

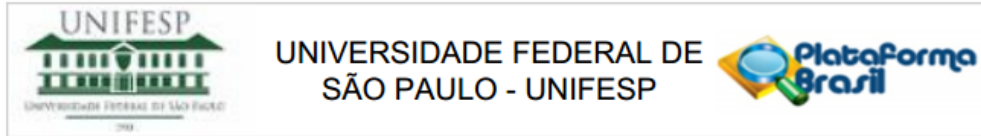
**HIPÓTESE:** Com uso do serviço de Telemonitoramento pretende-se utilizar um recurso potente no atendimento a(o) usuária(o) com a COVID 19. Na compreensão desse tipo de serviço supõe-se que os pacientes atendidos em esquema de monitoramento durante o período de quarentena, são capazes de entender seu processo de evolução da doença e cura, minimizam as idas desnecessárias as unidades de pronto-atendimento, bem como são capazes de proteger outros membros da família, por terem recebido assistência do serviço de Telemonitoramento.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Avaliar o papel do serviço de Telemonitoramento na assistência aos pacientes com COVID-19 no município de Praia Grande.

**Objetivo Secundário:** Verificar se o serviço prestado interferiu no processo da doença e compreender se este serviço foi bem aceito pelos pacientes acompanhados.

**Endereço:** Rua Botucatu, 740  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.205.693

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador(a) declara:

Riscos: Risco mínimo. De algum desconforto em relação à alguma pergunta, visando minimizar isso não haverá obrigatoriedade nas respostas.

Benefícios: Ao identificar a relevância desse tipo de assistência, esta poderá ser aperfeiçoada e possivelmente ampliada para outras patologias e outras possibilidades de assistência, gerando assim um benefício indireto aos usuários.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

TIPO DE ESTUDO: quantitativo, observacional descritivo do tipo transversal.

LOCAL: pesquisa online.

PARTICIPANTES: 400 participantes.

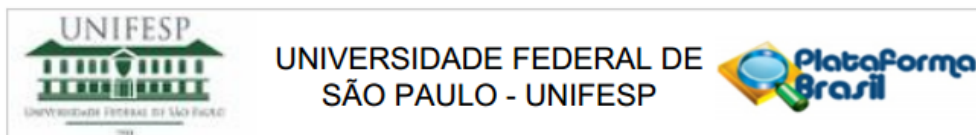
**Critério de Inclusão:** Indivíduos que passaram em atendimento nas unidades de saúde da família (USFA) e/ou unidades de pronto-atendimento (UPA) do município de Praia Grande, foram notificados com o agravo de síndrome gripal e testaram positivo para COVID-19, tendo o exame sido realizado nas unidades de saúde pública do município. Estes devem ter realizado ao menos um contato com a central de atendimento ou ter recebido ligações da central de monitoramento. As pessoas só serão incluídas ao aceitarem por livre e espontânea vontade e concordarem com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

**Critério de Exclusão:** Indivíduos que não concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Pessoas que por alguma dificuldade de contato que não receberam ou não fizeram ligações para as centrais e acabaram tendo alta por decurso de prazo. Pacientes com deficiência auditiva, déficit de cognitivo, que não possuam acesso à internet, ou que apresentem dificuldades de compreensão ou preenchimento do questionário na forma online, opção para o momento de pandemia.

**PROCEDIMENTOS:** o serviço de Telemonitoramento dos pacientes notificados com síndrome gripal implantado pela Secretaria de Saúde Pública do Município (SESAP) de Praia Grande como enfrentamento a pandemia de COVID-19 é o cenário desta pesquisa.

Esta pesquisa só terá início após autorização emitida pela Secretaria de Saúde Pública da Prefeitura Municipal de Praia Grande e subsequente aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da

**Endereço:** Rua Botucatu, 740  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.205.693

Universidade Federal de São Paulo e seguirá a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após as liberações serão acessados os dados dos pacientes que receberam acompanhamento pelo serviço de assistência em saúde por Telemonitoramento. Em posse dos dados procederemos ao convite de usuários para participar da pesquisa que será realizado por contato via telefone ou aplicativo de mensagens (celular), ambos do próprio serviço. Neste momento será explicado a proposta da pesquisa. Caso aceite participar do estudo, receberão o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e o questionário eletrônico do Google Forms através do link ([https://docs.google.com/forms/d/1td52bK0wyb1J7tMwusHFNxO0LIMtXGkvPUr5PIhToA/viewform?edit\\_requested=true](https://docs.google.com/forms/d/1td52bK0wyb1J7tMwusHFNxO0LIMtXGkvPUr5PIhToA/viewform?edit_requested=true)) para que possam ler e assinar virtualmente o TCLE e caso concordem, os participantes responderão um questionário também realizado via Google Forms que foi elaborado pela pesquisadora e levará em torno de 25 à 30 minutos para ser respondido.

Após a coleta dos dados, os formulários do Google Forms serão excluídos de nuvens e serão armazenados exclusivamente nos computadores pessoais da aluna da pós graduação e de sua orientadora, por 05 anos, visando a segurança dos dados.

(Mais informações, ver projeto detalhado).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

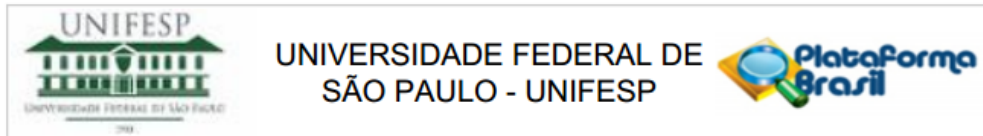
- 1-Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma.
- 2-Outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:
  - a) Declaração de anuência da Prefeitura de Praia Grande.
- 3- O modelo do TCLE foi apresentado pelo(a) pesquisador(a).
- 4- O modelo de questionário / roteiro de entrevista está anexado no final do projeto detalhado.

**Recomendações:**

- O parecer do CEP/UNIFESP é fortemente baseado nos textos do protocolo encaminhado pelos pesquisadores e pode conter, inclusive, trechos transcritos literalmente do projeto ou de outras partes do protocolo. Trata-se, ainda assim, de uma interpretação do protocolo. Caso algum trecho do parecer não corresponda ao que efetivamente foi proposto no protocolo, os pesquisadores devem se manifestar sobre esta discrepância. A não manifestação dos pesquisadores será interpretada como concordância com a fidedignidade do texto do parecer no tocante à proposta do protocolo.

- Destaca-se que o parecer consubstanciado é o documento oficial de aprovação do sistema

Endereço: Rua Botucatu, 740  
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.205.693

CEP/CONEP, disponibilizado apenas por meio da Plataforma Brasil.

- É obrigação do pesquisador desenvolver o projeto de pesquisa em completa conformidade com a proposta apresentada ao CEP. Mudanças que venham a ser necessárias após a aprovação pelo CEP devem ser comunicadas na forma de emendas ao protocolo por meio da Plataforma Brasil.

- O CEP informa que a partir da data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil. Os pesquisadores devem informar e justificar ao CEP a eventual necessidade de suspensão temporária ou suspensão definitiva da pesquisa.

- Os pesquisadores devem manter os arquivos de fichas, termos, dados e amostras sob sua guarda por pelo menos 5 anos após o término da pesquisa.

- Intercorrências e eventos adversos devem ser relatados ao CEP/UNIFESP por meio de notificação enviada pela Plataforma Brasil.

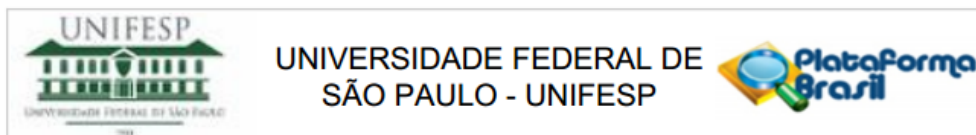
- Se na pesquisa for necessário gravar algum procedimento (exemplos: entrevistas, grupos focais), o CEP/UNIFESP recomenda que as gravações sejam feitas em aparelhos a serem utilizados única e exclusivamente para a pesquisa.

- Os pesquisadores deverão tomar todos os cuidados necessários relacionados à coleta dos dados, assim como, ao armazenamento dos mesmos, a fim de garantir o sigilo e a confidencialidade das informações relacionadas aos participantes da pesquisa.

- Uma vez concluída a coleta de dados, é recomendado ao pesquisador responsável fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

- Se a coleta de dados for realizada em ambiente virtual, solicitamos que sigam as orientações contidas no OFÍCIO CIRCULAR N° 2/2021/CONEP/SECNS/MS, disponível para leitura em: [http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio\\_Circular\\_2\\_24fev2021.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf)

**Endereço:** Rua Botucatu, 740  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.205.693

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trata-se de análise de respostas ao parecer pendente nº 5.110.619 de 7 de Novembro de 2021. projeto aprovado

Resposta de pendência

**PENDÊNCIA 1.** No projeto consta: "Em posse dos dados procederemos ao convite de usuários para participar da pesquisa que será realizado por contato via telefone ou aplicativo de mensagens (celular), ambos do próprio serviço. Neste momento será explicado a proposta da pesquisa". É necessário anexar na Plataforma Brasil os modelos dos textos que serão utilizados nas mensagens (celular) para o recrutamento dos participantes da pesquisa.

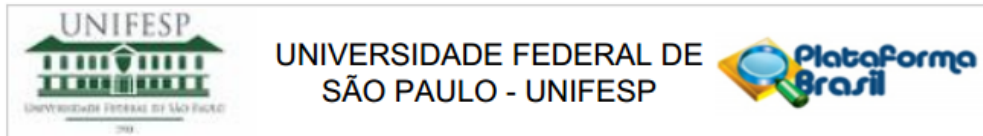
**RESPOSTA:** Alterações foram realizadas nas páginas 12 e 13, onde foi inserido o seguinte texto: Foi elaborado o seguinte texto para o convite dos usuários do serviço a participarem da pesquisa: Prezados (as), sou Ana Lúcia Souza Marques Vaccaro Moraes, aluna do Programa de Pós-Graduação em Educação e Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista, na modalidade mestrado profissional, sou orientada pela Professora Drª Maria de Fátima Ferreira Queiroz e estamos realizando a pesquisa: O SERVIÇO DE TELEMONITORAMENTO COMO PROCESSO EDUCATIVO NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM COVID-19 NO MUNICÍPIO DE PRAIA GRANDE-SÃO PAULO, que visa avaliar o papel do serviço de teleassistência aos pacientes com COVID-19, no município de Praia Grande, bem como compreender a aceitação desse serviço por parte dos usuários. O senhor (a) está sendo convidado a participar dessa pesquisa, pois é morador desse município e utilizou esse serviço de teleassistência em saúde durante os meses de maio de 2020 ou maio de 2021, quando teve resultado positivo para COVID-19, em exame realizado nos serviços públicos de saúde deste município. Caso tenha interesse em participar dessa pesquisa, é só acessar o link abaixo, realizar o aceite do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e responder o questionário elaborado para a realização dessa pesquisa, que levará de 15 a 30 minutos para ser respondido.

[https://docs.google.com/forms/d/1td52bKOW-yb1J7tMwusHFNxO0LIMtXGkvPUr5PIhToA/viewform?edit\\_requested=true](https://docs.google.com/forms/d/1td52bKOW-yb1J7tMwusHFNxO0LIMtXGkvPUr5PIhToA/viewform?edit_requested=true)  
Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP. Parecer XXXX

Caso participe dessa pesquisa o senhor(a) nos ajudará a avaliar e aprimorar o serviço de teleassistência em saúde do município de Praia Grande.

**Endereço:** Rua Botucatu, 740  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br





Continuação do Parecer: 5.205.693

Sua participação é muito importante.

Grata.

**PENDÊNCIA ATENDIDA**

**PENDÊNCIA 2.** É necessário esclarecer: todos os participantes serão maiores de 18 anos? Caso sejam incluídos menores de idade é necessário anexar na Plataforma Brasil o modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os pais/responsáveis e o modelo de Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para os participantes menores de idade.

**RESPOSTA:** Sim, todos os participantes serão maiores de 18 anos. A alteração foi realizada na página 12, nos itens 4.1.2. Critérios de inclusão e 4.1.3. Critérios de exclusão.

**PENDÊNCIA ATENDIDA**

**PENDÊNCIA 3.** Não foi localizado na metodologia do projeto o cálculo do tamanho amostral. Favor esclarecer quais os critérios utilizados para estabelecer o tamanho da amostra, justificando e, quando possível, apresentando embasamento em dados da literatura. Esta informação é importante no sentido de evitar a exposição de participantes a procedimentos e riscos desnecessários, além de aumentar a garantia de que projetos de pesquisa atinjam seus objetivos.

**RESPOSTA:** Na página 14 foi alterado o item 4.4 para inserção do cálculo amostral. Foi considerada a população com resultado positivo para COVID-19 nos meses de maio de 2020 (1812 indivíduos) e maio de 2021 (2488 indivíduos). Para o cálculo amostral foi considerada a variável "Dúvidas esclarecidas" (questão 13 do questionário), com prevalência de respostas positivas de 0,70. Considerando o nível de confiança de 95% e que existem 4300 indivíduos na população de estudo, o tamanho mínimo da amostra segundo o erro amostral assumido de 5% será de 127 indivíduos em maio de 2020 e 174 pessoas em maio de 2021, totalizando 301 usuários.

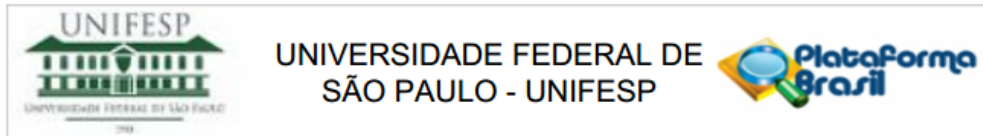
**PENDÊNCIA ATENDIDA**

**PENDÊNCIA 4.** Com relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (documento <TCLE\_PLATAFORMA.pdf> postado em 18/10/2021):

4.A) O horário de atendimento telefônico e presencial do CEP/Unifesp mudou. É necessário corrigir o termo. Novo horário: de segunda a sexta-feira das 8:00 às 13:00 horas.

**RESPOSTA:** Horário de funcionamento foi corrigido na página 20, e um novo arquivo de termo de consentimento livre e esclarecido foi criado, com o horário alterado para das 08:00 às 13:00 horas, de segunda à sexta-feira.

**Endereço:** Rua Botucatu, 740  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.205.693

**PENDÊNCIA ATENDIDA**

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- 1 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação toda proposta de modificação ao projeto original deverá ser encaminhada por meio de emenda pela Plataforma Brasil.
- 2 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo   | Postagem               | Autor  | Situação |
|---|---|------------------------|--|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P<br>ROJETO_1842049.pdf | 15/12/2021<br>14:11:25 |  | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | PROJETOPLATAFORMA_15DEZ21.docx                    | 15/12/2021<br>14:08:35 | ANA LUCIA SOUZA<br>MARQUES<br>VACCARO MORAES | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_15DEZ21.docx                                 | 15/12/2021<br>14:08:15 | ANA LUCIA SOUZA<br>MARQUES<br>VACCARO MORAES | Aceito   |
| Outros  | CARTAREPOSTA_15DEZ21.doc                          | 15/12/2021<br>14:08:01 | ANA LUCIA SOUZA<br>MARQUES<br>VACCARO MORAES | Aceito   |
| Folha de Rosto  | Folha_Rosto_AnaLucia.pdf                          | 26/10/2021<br>12:42:59 | ANA LUCIA SOUZA<br>MARQUES<br>VACCARO MORAES | Aceito   |
| Solicitação registrada pelo CEP                           | Cadastro_CEP.pdf                                  | 26/10/2021<br>12:38:36 | ANA LUCIA SOUZA<br>MARQUES<br>VACCARO MORAES | Aceito   |
| Declaração de concordância                                | AUTORIZACAO_PREFEITURA.pdf                        | 17/10/2021<br>23:42:23 | ANA LUCIA SOUZA<br>MARQUES<br>VACCARO MORAES | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Botucatu, 740  
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - UNIFESP



Continuação do Parecer: 5.205.693

SAO PAULO, 19 de Janeiro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Paula Midori Castelo Ferrua**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Botucatu, 740  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br

## **APÊNDICES**

---

## APÊNDICES

### Apêndice I - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

#### **O serviço de Telemonitoramento como processo educativo na assistência aos pacientes com COVID-19 no município de Praia Grande – São Paulo**

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, neste estudo, que visa identificar o papel educativo do serviço de Telemonitoramento na assistência aos pacientes com COVID-19 e a percepção dos pacientes acompanhados acerca deste serviço, com o objetivo de aprimorar e ampliar esse tipo de assistência no município, sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Lúcia Souza Marque Vaccaro Moraes, mestranda do Programa Ensino em Ciências da Saúde, do campus Baixada Santista, Universidade Federal de São Paulo, com a orientação e responsabilidade da pesquisadora Dra. Maria de Fátima Ferreira Queiróz.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem prejuízo algum. Sua contribuição é importante, porém você não deve participar contra a sua vontade.

Sua participação se dará através de um questionário que você está sendo convidado a responder, com duração de aproximadamente de 25 a 30 minutos, com informações sobre você, tais como idade, gênero, problemas de saúde e medicamentos em uso, seu histórico da COVID-19 e sobre o acompanhamento recebido pelo serviço de Telemonitoramento. Gostaríamos também que respondesse algumas perguntas a respeito de suas percepções sobre este tipo de assistência. O acesso ao questionário somente ocorrerá após você ter dado o seu consentimento para participar neste estudo. Este poderá ser respondido em um momento de sua conveniência.

Sua participação neste estudo deverá atender aos seguintes requisitos: ter recebido atendimento em algum equipamento de saúde do município de Praia Grande, ter resultado positivo em exame para COVID-19, com exame realizado nessas unidades, ter recebido ou realizado contato com as centrais de atendimento e concordar com termo de consentimento livre e esclarecido.

Há risco de quebra de sigilo dos dados/informações, porém todos os cuidados serão tomados para assegurar que isso não ocorra. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Você estará livre para participar ou recusar-se a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos e penalidade, retirando o consentimento. A participação neste estudo não terá nenhum custo, nem qualquer vantagem financeira. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais e/ou extrajudiciais, conforme a legislação brasileira (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954; entre outras; e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e em qualquer etapa, através do acesso ao profissional responsável pela pesquisa.

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Botucatu, 740, CEP 04023-900 – Vila Clementino, São Paulo/SP, telefones (11) 5571-1062 ou (11) 5539-7162, às segundas, terças, quintas e sextas, das, das 09:00 às 13:00h.

O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, e atendendo a Resolução CNS 510/2016 utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos, ou seja, seu nome não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição, quando finalizada, e os benefícios serão os conhecimentos procedentes da pesquisa que contribuirão para a ampliação e o aperfeiçoamento do serviço de teleassistência em saúde.

Desde já agradecemos!

Sim, li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aceito participar da pesquisa.

Não concordo (Pedimos a gentileza que feche a página no seu navegador - Obrigado).

Nome completo da Pesquisadora: ANA LÚCIA SOUZA MARQUES VACCARO MORAES

Endereço: Av Presidente Kennedy, nº 8850 – Nova Mirim CEP: 11705-005 / Praia Grande.

Telefone: (13) 97424-2861. E-mail: [ana.marques24@unifesp.br](mailto:ana.marques24@unifesp.br)

Nome completo do Pesquisador (Orientador): MARIA DE FÁTIMA FERREIRA QUEIROZ

Endereço: Rua Silva Jardim, 136 – Vila Mathias CEP: 11 015-020 / Santos - SP

Telefone: (13) 3229-0100 E-mail: [fatima.queiroz@unifesp.br](mailto:fatima.queiroz@unifesp.br)

**Apêndice II - Questionário aos pacientes acompanhados pelo serviço de telemonitoramento em assistência à Covid-19 no Município de Praia Grande**

1. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

2. Qual o seu sexo (gênero)? Feminino ( ) Masculino ( )

3. Possui algum tipo de doença pré-existente?

( ) Sim

( ) Não

3.1. Se você respondeu sim, qual(is)?

---

4. Faz uso de medicamentos de uso contínuo?

( ) Sim

( ) Não

4.1. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

5. Quando você teve resultado positivo para COVID-19?

( ) Maio de 2020

( ) Maio de 2021

6. Ficou com alguma sequela após a doença?

( ) Sim

( ) Não

6.1. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_



7. Você já fazia uso dos serviços de saúde pública (SUS) do município de Praia Grande? Unidades de Saúde da Família (USAFA) ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA'S)?

( ) Sim

( ) Não

8. Seu atendimento foi realizado em?

( ) Unidade de Saúde da Família (USAFA)

( ) Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

( ) Hospital de Campanha Falcão

( ) Hospital Irmã Dulce

( ) Outros

9. Você necessitou ser hospitalizado?

( ) Sim, em enfermaria.

( ) Sim, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

( ) Não

10. Você recebeu ou realizou ligações para o serviço de Telemonitoramento?

( ) Realizei

( ) Recebi

( ) Os dois

11. Seu telefone possui algum tipo de bloqueio para receber chamadas realizadas de uma central (tipo spam, telemarketing)?

( ) Sim

( ) Não

12. Quantas ligações você recebeu?

- Mais de 3
- Menos de 3
- Não lembra

13. Durante as ligações, você teve suas dúvidas a respeito da COVID-19 esclarecidas?

- Sim
- Não

14. Você recebeu orientações sobre cuidados gerais em relação à COVID-19?

- Sim
- Não

15. Foi orientado a realizar isolamento social durante o período de quarentena?

- Sim
- Não

16. Foi orientado a realizar isolamento domiciliar a fim de minimizar o risco de contaminação dos outros membros da família?

- Sim
- Não

17. Mais alguém em casa contraiu COVID-19 no mesmo período que você?

- Sim
- Não
- Moro sozinho

18. Você considera que foi útil esse tipo de assistência durante o período em que você esteve doente?

( ) Sim

( ) Não

19. Descreva em poucas palavras o porquê ou em que foi ou não útil.

---

---

---

20. Indicaria que amigos e familiares utilizassem o serviço de Telemonitoramento para COVID-19 do município de Praia Grande?

( ) Sim

( ) Não

21. Considera que as orientações e assistência oferecidas pelo serviço contribuíram para um melhor enfrentamento ao processo da doença?

( ) Sim

( ) Não

22. Foi orientado a seguir com as medidas do protocolo sanitário (lavagem das mãos, uso de máscaras, uso de álcool em gel)?

( ) Sim

( ) Não

23. Foi orientado quanto ao risco/possibilidade de reinfeção (pegar novamente a doença)?

( ) Sim

( ) Não

24. Já havia utilizado alguma vez esse tipo de serviço/assistência em saúde via telefone?

( ) Sim

( ) Não

25. Descreva seu nível de satisfação ou insatisfação com este serviço de Telemonitoramento para COVID-19?

---

---

---

---

26. Faça um breve comentário sobre o serviço/atendimento prestado.

---

---

---