

# Análisis de un servicio de telemonitorización de pacientes con COVID-19 desde la perspectiva del profesional

Valter Luiz Moreira de Rezende	Universidade Federal de Goiás. Estudiante de doctorado del Programa de Post-Graduación en Ciencias de la Salud. Goiânia, GO, Brasil. <a href="https://orcid.org/0000-0003-0395-7417">https://orcid.org/0000-0003-0395-7417</a> . E-mail: rezende.valter@gmail.com R. 235, s/n - Setor Leste Universitário. Goiania, Goiás, Brazil. Telephone: 5562994894503
Edna Regina Silva Pereira	Universidade Federal de Goiás. Docente de la Universidade Federal de Goiás. Facultad de Medicina. Goiânia, GO, Brasil. <a href="https://orcid.org/0000-0001-7177-3893">https://orcid.org/0000-0001-7177-3893</a> . E-mail: ersp13@gmail.com
Barbara Souza Rocha	Universidade Federal de Goiás. Docente de la Facultad de Enfermería. Goiânia, GO, Brasil. <a href="https://orcid.org/0000-0001-6059-8399">https://orcid.org/0000-0001-6059-8399</a> . E-mail: barbararocha@ufg.br
Alexandre Chater Taleb	Universidade Federal de Goiás / Docente de la Universidade Federal de Goiás. Facultad de Medicina. Goiânia, GO, Brasil. <a href="https://orcid.org/0000-0002-8732-7369">https://orcid.org/0000-0002-8732-7369</a> . E-mail: taleb@uol.com.br

Fecha de sumisión: Septiembre 06, 2022 | Fecha de aprobación: Febrero 07, 2023

## Resumen

*Este artículo tiene como objetivo analizar un servicio de telemonitorización (TM) para pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19 en la ciudad de Goiânia desde la perspectiva del profesional de salud. Investigación con enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio, en la que se recolectaron datos a través de entrevistas semiestructuradas con 41 profesionales que actuaban en el servicio. Se realizó el análisis de contenido temático y se construyó el sistema de codificación utilizado para clasificar y categorizar los datos a partir del marco teórico de la investigación y de los contenidos que surgieron espontáneamente de los discursos. Se describieron tres categorías. Los principales desafíos enfrentados fueron el miedo y la negativa de las personas a recibir la MT por miedo a las estafas, la dificultad para localizar y contactar a los pacientes, la alta demanda de atención, la falta de articulación entre el servicio de MT y la red, y la difusión de noticias falsas entre la población. Profesionales de la salud mejoraron sus habilidades de comunicación y atención integral a distancia. Se destacó la importancia de los procesos de educación en salud y la necesidad de brindar apoyo emocional a los pacientes. El MT evitó visitas innecesarias a las unidades de salud, permitiendo optimizar la atención presencial a quienes realmente la necesitaban.*

**Palabras clave:** Telemonitorización; Telemedicina; COVID-19

## Abstract

### *Analysis of a telemonitoring service for patients with COVID-19 from a professional's perspective*

*This article analyzes a telemonitoring (TM) program for patients with suspected or diagnosed COVID-19 in Goiânia, Brazil, from the health professional's perspective. A qualitative, descriptive, and exploratory study was conducted using semi-structured interviews with 41 professionals who worked in the service. Thematic content analysis was performed, and the data was classified and categorized using a code system based on the study's theoretical framework and the contents that emerged spontaneously from the interviews. Three categories emerged. The primary challenges were people refusing the TM calls for fear of scams, difficulty locating and contacting patients, the high demand for the service, the lack of coordination between the TM service and the public health network, and the circulation of fake news among the population. Health professionals improved their communication skills and comprehensive remote care. The results also highlight the significance of health education processes and the need to provide emotional support to patients. TM prevented unnecessary visits to health facilities, allowing face-to-face care to be prioritized in favor of those who needed it most.*

**Keywords:** Telemedicine; Telemonitoring; COVID-19

## Resumo

### *Análise de um serviço de telemonitoramento a pacientes com COVID-19 na perspectiva do profissional*

*Este artigo tem como objetivo analisar um serviço de telemonitoramento (TM) a pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 no município de Goiânia na perspectiva do profissional de saúde. Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, em que se realizou coleta de dados por meio de entrevistas semiestructuradas com 41 profissionais que atuaram no serviço. Realizou-se análise temática de conteúdo, e o sistema de códigos utilizado para classificar e categorizar os dados foi construído com base no referencial teórico da pesquisa e nos conteúdos que emergiram espontaneamente das falas. Três categorias foram descritas. Os principais desafios enfrentados foram o receio e a recusa das pessoas em receber o TM por medo de golpes, a dificuldade de localizar e contactar os pacientes, a alta demanda de atendimento, a falta de articulação do serviço de TM com a rede, e a disseminação de notícias falsas entre a população. Os profissionais de saúde aperfeiçoaram a habilidade comunicacional e de cuidar à distância de uma forma integral. Destacou-se importância dos processos de educação em saúde e da necessidade de prestar suporte emocional aos pacientes. O TM evitou idas desnecessárias a unidades de saúde, possibilitando otimização do cuidado presencial para quem efetivamente precisava.*

**Palavras chave:** telemonitoramento, telemedicina, COVID-19

## Introducción

Los primeros registros de infección por COVID-19, causados por el nuevo coronavirus, SARS-CoV-2, ocurrieron en diciembre de 2019 en China<sup>1</sup>. Con alta transmisibilidad y consecuente diseminación mundial, la enfermedad impuso la necesidad de que los servicios de salud se reorganizaran y adaptaran rápidamente a un escenario de gran número de casos graves, sobrecarga asistencial y preocupación por reducir los contagios<sup>2</sup>. Entre las acciones propuestas para el enfrentamiento de la enfermedad, las tecnologías de información y comunicación (TIC) a distancia fueron identificadas como una alternativa efectiva y viable<sup>3</sup>.

En ese contexto, profesionales y gestores de la Secretaría Municipal de Salud de Goiânia (SMS/GOIÂNIA) y del Centro de Telemedicina y Telesalud (NUTTs) de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Goiás (FM/UFG) se unieron para establecer medidas para hacer frente a la pandemia en el municipio, con la oferta de seguimiento vía telemonitoración (TM) para pacientes sospechosos y confirmados con COVID-19.

En su primer año de funcionamiento, el servicio acompañó a 102.000 personas en 3 niveles de atención: un equipo de salud multidisciplinario para atender a los pacientes de la base de datos importada del sistema E-SUS Notifica; atención médica a pacientes remitidos desde el primer nivel con signos de alarma o agravamiento; y asistencia psicológica a pacientes derivados de los niveles anteriores que presentaban padecimiento psíquico<sup>4</sup>.

Las evidencias sobre el impacto de la telemonitorización en pacientes con COVID-19 aún están en construcción, pero los resultados preliminares de estudios en todo el mundo y trabajos que evaluaron la telemonitorización en otras enfermedades sugieren que esta puede ser una herramienta importante en el control de pandemias<sup>5</sup>. Otro aspecto relevante es el hecho de que la pandemia de la COVID-19 ha acelerado el proceso de utilización de la telemedicina por parte de los profesionales sanitarios. Los profesionales pasaron rápidamente de las consultas presenciales tradicionales a las consultas por teléfono o video en circunstancias difíciles<sup>6</sup>.

Considerando la rápida propagación e impacto de la pandemia, y la posibilidad de nuevas emergencias infectocontagiosas en salud pública en el mundo, es necesario analizar los servicios creados como estrategia para enfrentar la pandemia, así como analizar el desempeño profesional en frente a esta nueva demanda, prestando atención a sus retos y perspectivas de futuro. En ese sentido, el objetivo de este artículo es analizar, desde la perspectiva del equipo de profesionales, los resultados, barreras y lecciones aprendidas con el servicio de

telemonitorización de pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19 en una gran ciudad brasileña.

## Método

Se trata de una investigación con un enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio. Para llevar a cabo esa investigación se utilizó la guía para la redacción de informes de investigación cualitativa: Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)<sup>7</sup>.

La población de este estudio está constituida por 552 profesionales de la salud que actuaron en el servicio de telemonitoración del 24/03/2020 al 24/03/2022. De estos, se contactó a 70 profesionales de la salud que realizaron teleconsultas a pacientes sospechosos o diagnosticados con COVID-19 por un período mayor a un mes en el TS-GO, quienes fueron invitados a participar del estudio a través de un software de mensajería instantánea. Hubo 29 personas que no respondieron o no aceptaron participar en la encuesta. Se aplicaron entrevistas individuales semiestructuradas con quienes accedieron a participar de la investigación hasta percibir el proceso de saturación de respuestas, totalizando así 41 entrevistas con profesionales. El cierre de la recolección de datos por saturación teórica ocurre cuando nuevas entrevistas son interrumpidas por la percepción del investigador de que los datos obtenidos son redundantes y no agregan nueva información<sup>8</sup>. En este estudio, el proceso de saturación fue percibido a partir de la trigésima sexta entrevista. Se realizaron otras cinco entrevistas para confirmar la saturación.

La caracterización de los profesionales entrevistados se obtuvo a partir de la aplicación de un cuestionario estructurado con información sobre edad, sexo, formación profesional, tiempo de trabajo en el área, experiencia previa con herramientas de telemedicina y tiempo de trabajo en el servicio de telemonitorización de COVID-19.

La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas realizadas de forma remota, utilizando el software Zoom. Las preguntas orientadoras de la entrevista abordaron las percepciones de los profesionales sobre la eficacia y el impacto de la telemonitorización para el sistema de salud; percepciones de los profesionales sobre los desafíos y potencialidades del telemonitoración para el sistema de salud; y sugerencias para mejorar el servicio de telemonitoración.

Para el análisis de los datos de la transcripción literal de las entrevistas, se adoptó la metodología de análisis de contenido temático<sup>9</sup>, que prevé la extracción de los núcleos de significado presentes en el corpus de datos a través de la identificación de categorías significativas que respondan a los objetivos

del estudio. El análisis de contenido temático se lleva a cabo en los siguientes pasos: ordenación de datos, preanálisis, exploración de materiales, agregación y categorización, tratamiento de resultados e interpretación de datos. Teniendo en cuenta el volumen y la complejidad de los datos recopilados, se utilizó WebQDA para gestionar el análisis de datos, es un software basado en un entorno colaborativo y distribuido en la web<sup>10</sup>.

El sistema de codificación utilizado para clasificar y categorizar los datos extraídos de la transcripción de las entrevistas fue construido a partir del referencial teórico de la investigación, en integración con los contenidos que surgieron espontáneamente de los discursos de los profesionales entrevistados. El proceso de análisis de contenido de los datos permitió la construcción de tres categorías. Las citas de los discursos de los participantes se presentarán en la sección de resultados para ilustrar los hallazgos de esta investigación; cada citación se identificará con la letra P (de profesional) y el número correspondiente del participante.

Todos los participantes firmaron el formulario de consentimiento libre e informado para el estudio, que fue presentado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidade Federal de Goiás, a través de la opinión 38089120.5.0000.5083.

## Resultados

Se entrevistaron 41 profesionales que trabajaban en telemonitoración. De estos, 37 eran mujeres. La edad media de estos profesionales era de 39 años. En cuanto al tiempo de formación profesional, el promedio fue de 13 años. Los participantes trabajaron en telemonitoración, en promedio, durante 9 meses y solo un profesional tenía experiencia previa con este tipo de trabajo. Entre las categorías profesionales, 10 eran médicos, 9 psicólogos, 8 enfermeros, 6 técnicos de enfermería, 3 nutricionistas, 2 fisioterapeutas, 1

trabajador social, 1 educador físico y 1 odontólogo. En cuanto al tipo de telemonitoración, 22 trabajaron la TM general, 10 la TM de referencia médica y 9 la TM de referencia psicológica. Tres categorías surgieron después del análisis de las entrevistas y se describen a continuación.

### Aportes de la telemonitorización a los servicios de salud

En esta categoría se describieron las mejoras al servicio de salud provocadas por el TM y las lecciones aprendidas para la construcción y mejora de servicios similares en el futuro. La telemonitoración evitó desplazamientos innecesarios a las unidades de salud, permitiendo optimizar la atención presencial a quienes realmente lo necesitaban. La orientación, la eliminación de dudas, la evaluación médica, la prescripción de medicamentos y la entrega de un certificado se realizaron de forma remota. Según las declaraciones, cuando las personas se sentían seguras y acompañadas exigían menos seguimiento presencial.

Los participantes del estudio informaron que la detección temprana del empeoramiento de los signos y síntomas es fundamental. Esto ocurrió a través de la evaluación sistemática y periódica de signos y síntomas, monitoreo de la saturación de oxígeno y acceso a la teleasistencia médica por parte del servicio.

También cabe destacar la distribución de un oxímetro, orientación sobre el uso del dispositivo y seguimiento de la saturación de oxígeno de los pacientes contaminados. La contratación de más personas, en número suficiente para llevar a cabo una TM eficaz, fue otro tema planteado. Como se describió en las intervenciones, observamos que la presencia de dispositivos con cámara en el servicio de TM ayudaría mucho en la prestación de la atención, ya sea a través de la percepción de los signos clínicos o del estado psicológico del paciente.

**Tabla 1:** Categoría - Aportes de la telemonitoración al sistema de salud. Extraído de entrevistas a profesionales que trabajaron en la telemonitoración. Goiânia, Brasil, 2022.

Nombre de la subcategoría	Unidades de registro exemplificadoras
Evitar visita desnecesaria a una unidad de salud	Creo que ayudó mucho a disminuir el impacto en la atención de emergencia presencial, ¿sabes? Porque había muchos pacientes que realmente no precisaban ir para emergencia. Acabamos desahogando esa atención en las emergencias y en las unidades primarias. P16 Asintomática, pero estaba insegura, quería buscar los primeros auxilios, fue muy bueno poder orientar para continuar en casa, porque él va a contaminar otras personas. P24
Detección precoz de señales y síntomas de agravación	Valoro la telemonitorización como una estrategia sumamente relevante y eficaz, en el sentido de orientar a aquellos pacientes que al principio estaban presentando síntomas, signos de alarma y que no tenían idea de qué enfermedad estaba empeorando, a pesar de toda la información que pasaban por los medios de comunicación. P19
Evaluación y seguimiento de la saturación	Conseguimos orientar, a veces llamaba a pacientes que pensaban que estaban bien y tenían baja saturación. P35

Aumentar el equipo de atención y ampliar el servicio	La demanda explotó. Pudimos llamar a una cuarta parte de los pacientes en general porque era mucho más paciente que la capacidad instalada. Y luego, cuando hablo de capacidad instalada, no se trata solo de infraestructura, equipos, sino de personas, recursos humanos. P31
Mejora tecnológica y uso del video.	Esta parte de mejorar hasta el recurso tecnológico, ¿sabes? Mejores auriculares, tener cámaras para que podamos ver con quién estamos trabajando, para que podamos tener este contacto visual, porque no lo teníamos. P30

Fuente: Elaborado por los autores

### Resistencias y barreras a la telemonitorización

En esta categoría se discutieron las resistencias y barreras que enfrentó el equipo de profesionales para realizar la TM, conforme lo muestran las unidades de grabación de la Tabla 2. Al ser consultados sobre los principales obstáculos para la realización de la TM, surgieron varias líneas sobre el temor de las personas de que esa llamada fuera un intento de estafa telefónica. Las personas desconocían la existencia de un servicio de telemonitorización y, a menudo, se negaban a transmitir información, contestar llamadas o colgar el teléfono durante la llamada. Según los participantes, el servicio debió haber sido divulgado entre la población al momento de la notificación y en los medios de comunicación.

Otra dificultad informada fue la inconsistencia de los datos de ubicación de los pacientes. Los contactos que aparecían en el sistema, provenientes de las notificaciones realizadas en los servicios de salud, muchas veces eran erróneos, lo que no permitía la conexión. Los profesionales de la TM también denunciaron que la difusión de noticias falsas y la difusión del negacionismo a través de las redes sociales tornaron refractarios a muchos pacientes y

familiares en el cumplimiento de algunas pautas.

En ocasiones, especialmente en el punto álgido de la pandemia, el número de personas a monitorear superó la capacidad del servicio y de los profesionales para realizar el seguimiento. Muchas personas no fueron alcanzadas en estos momentos. La dificultad de muchos pacientes para acceder o utilizar las tecnologías se colocó como un obstáculo para la TM, así como la baja alfabetización funcional en salud de parte de la población, lo que también dificultó el cumplimiento de las instrucciones realizadas.

La falta de un enfoque intrasectorial e intersectorial eficaz se destacó como un obstáculo importante. Los profesionales de telemonitorización no pudieron, la mayoría de las veces, derivar al paciente para realizar pruebas en la red municipal, retirar medicamentos o realizar una evaluación presencial de forma segura y sistemática. Tampoco hubo articulación formal entre otros departamentos municipales y el servicio de TM. En ocasiones, los comportamientos y protocolos de los servicios presenciales, como la duración de las ausencias o los criterios de alta, no se ajustaban a las directrices del servicio de TM.

**Tabla 2:** Categoría - Resistencias y barreras a la telemonitorización. Extraído de entrevistas a profesionales que trabajaron en telemonitorización. Goiânia, Brasil, 2022.

Nombre de la subcategoría	Unidades de registro ejemplificadoras
Falta de articulación con la red	<p>Quando necesitábamos derivar a un paciente que estaba más grave, no teníamos comunicación con el servicio de emergencia y, a menudo, el paciente no recibía la atención adecuada a pesar de nuestras pautas. P16</p> <p>Yo creo que hay que trabajar, intersectorialmente, no es posible que la salud trabaje sola [...]. Creo que la salud, la educación, la asistencia, la vivienda y el poder judicial deben trabajar de manera integrada e intersectorial. P1</p>
Alta demanda de atención	<p>Quando estaba justo en el pico, teníamos una cola de cuatro, cinco mil, llegamos a seis, siete mil personas. Entonces, con el equipo que teníamos, era imposible monitorear a todos, ¿no? Entonces, muchas veces ya lo atendíamos al final, otras ya no pudimos monitorear. P2</p>
Miedo y desconocimiento de la población respecto al servicio	<p>Uno que me llamó la atención fue un paciente al que llamé y pensó que estábamos estafando, porque había mucho en la televisión que estaban estafando, y me dijo: "yo voy donde tú estás". Sé que le tengo miedo. P12</p> <p>Fue muy poco publicitado. Las unidades de salud, podrían divulgar al final del cobro, por ejemplo, que alguien se pusiera en contacto para hacer este tipo de servicio, porque mucha gente cuando llamamos, wow, dijeron que era una broma, que nosotros queríamos robar información, que no iba a contestar nada, le colgó el teléfono en la cara, que lo iba a denunciar. P25</p>

Creo que un desafío, como, que seguimos durante toda la pandemia, tal vez fue toda esa oscilación de información, a veces funciona, a veces funciona, a veces no y, por supuesto, incluso estoy considerando el componente de las fake news. Esto siempre tuvimos que tratar de alinearnos con los pacientes y algunos no fueron muy receptivos. Resolución de dudas ante tantos conflictos que se estaban dando en relación a tratamientos tempranos, en relación al tratamiento en sí, con el kit covid y tal. P14

Dificultad para localizar y contactar a los pacientes.

Notificaciones muy mal llenas con teléfono muy inconsistente, teléfono incorrecto, teléfono de laboratorio. Entonces, aparte de esos teléfonos que eran inconsistentes, que no podíamos hablar en absoluto, y algunos intentamos hacer una búsqueda activa, un cuarto era inconsistente. P31

Baja alfabetización y exclusión digital

Es una cuestión de acceso, acceso a redes, acceso a internet, entonces a menor poder adquisitivo, a veces mayor dificultad para ubicar al paciente, porque a veces no tenían buen internet, el problema es hasta la exclusión digital. P31

Me di cuenta de esto mucho, especialmente las personas de mediana edad y mayores, tenían dificultad incluso para contestar el teléfono, o a veces no respondían, a veces tenían esta dificultad para acceder, ¿sabes? P18

A veces el paciente tenía dudas de cómo tomar realmente el medicamento, a veces alguien se lo decía y se le olvidaba preguntar algo ahí al tomarlo, de verdad, que tenía una duda. O una duda, por ejemplo, al usar un oxímetro. P8

Fuente: Elaborado por los autores

### Atención integral y longitudinal a distancia

La necesidad de un abordaje integral de los pacientes, la acogida, el seguimiento longitudinal, la educación en salud y la atención a distancia y la salud mental fueron los temas descritos en esta categoría. Los profesionales mejoran la capacidad de abordar al paciente de forma integral, considerando su complejidad. La telemonitoración permitió recibir, apoyar y tranquilizar a los pacientes ofreciendo orientación e información sobre síntomas y necesidades de atención en el hogar o en otros puntos de la red de atención de salud. La inseguridad y el exceso de información faltante fueron a menudo catalizadores del sufrimiento experimentado por los pacientes y sus familias.

Inicialmente, el servicio de TM tenía como objetivo monitorear los aspectos clínicos y epidemiológicos de los pacientes. Sin embargo, conforme se fue

desarrollando el trabajo y surgieron las consecuencias de la pandemia, se percibió la necesidad de brindar apoyo psicológico a los pacientes. Las líneas de la Tabla 3 describen cuánto sufrimiento psíquico estuvo presente en las llamadas y que algunos profesionales no se sintieron preparados para atender esa demanda.

Se destacó la importancia de la longitudinalidad en el seguimiento de un paciente por el mismo profesional. Además, se señaló la importancia del seguimiento de los pacientes en las diversas etapas de la atención y de manera integrada con otros servicios de salud, incluso sugiriendo visitas domiciliarias. En el servicio de TM, no era posible organizar un proceso de trabajo en el que el mismo profesional acompañaba al mismo paciente hasta el final cada vez, pero en algunos momentos esto ocurría.

**Tabla 3:** Categoría - Atención integral y longitudinal a distancia. Extraído de entrevistas a profesionales que trabajaron en telemonitoración. Goiânia, Brasil, 2022.

Nombre de la subcategoría	Unidades de registro ejemplificadoras
Acoger y orientar a los pacientes.	Encontramos gente con mucho miedo, como, sin saber qué hacer, pensando que se iban a morir y, de esa manera, podríamos estar allí, dar una palabra, guiar, enviar al médico, enviar al psicólogo, tener ese seguimiento diario. Entonces, fue maravilloso porque las personas se sentían muy inseguras, la mayoría tenía una ansiedad muy alta, por eso la importancia del monitoreo en la vida de estas personas. P23
Seguimiento de las demandas de salud mental	Fue de excelencia, como, acoger, escuchar en un momento de tanta fragilidad humana, fue importantísimo, acompañar, tanto desde el punto de vista de la propia enfermedad como de apoyo, apoyo emocional. P29 Creo que ayudaría mucho más poner un médico y un psicólogo que

poner un dentista, un nutricionista, un fonoaudiólogo, un farmacéutico. Cuando estuve allí tenía de todo. Entonces, tratamos de ayudar, pero la mayoría de las veces los transfería a un psicólogo, luego en el seguimiento comenzaron a ser psicólogo, luego mejoró, los pasábamos a un psicólogo. Incluso puedo hasta enviarlo, pero no sé cómo lidiar con eso. P39

Longitudinalidad

Entonces, una de las dificultades que a veces enfrentábamos con la telemonitorización era el tema de la continuidad del tratamiento del paciente P23

En unos días llamábamos a los mismos pacientes, les preguntábamos por su estado, luego a medida que empeoraba, dependía mucho de cómo estaba el paciente, y de la evolución, lo llegábamos a sentir. P41

Fuente: Elaborado por los autores

## Discusión

### Contribuciones de la telemonitorización a los servicios de salud

La prevención de viajes innecesarios a los servicios presenciales y la identificación temprana de signos de agravamiento han sido relatados en varias experiencias de telemonitoración de pacientes con COVID-19 en Brasil y en el mundo. La disminución de contagios, la mortalidad y la optimización de los recursos presenciales fueron otras de las consecuencias observadas de la TM<sup>11,12,13</sup>.

Una acción que ayuda a explicar los resultados informados es el seguimiento de la saturación de los pacientes. Una de las manifestaciones de la neumonía por COVID-19 es la hipoxia silenciosa, en la que el paciente no manifiesta síntomas de dificultad respiratoria al principio. Así, la monitorización de la saturación es un importante predictor de empeoramiento en esta fase preclínica<sup>14</sup>. Otras experiencias en el mundo han advertido esta necesidad de monitorear la saturación durante el proceso y la evaluaron como un aumento positivo en la atención brindada<sup>15</sup>.

El uso del contacto por video también fue una fortaleza reportada en otras experiencias. Al principio, por razones logísticas, muchos servicios de telemonitorización en todo el mundo utilizaban únicamente el teléfono como contacto. Sin embargo, a medida que se organizaron los servicios, la herramienta de video se incorporó a las llamadas y trajo mayor satisfacción a los pacientes y profesionales de la salud<sup>16</sup>. La interpretación del lenguaje corporal y la visualización de algunos signos clínicos de los pacientes se pierden durante el seguimiento que utiliza solo audio, y el recurso de la imagen, aunque sea parcialmente, permite una mejor evaluación<sup>17</sup>.

Las informaciones aportadas por los profesionales de la TM señalan aspectos a repetir y otros a mejorar en futuras experiencias. La inversión en herramientas para el seguimiento de los signos clínicos y la transmisión de imágenes aportará aún más beneficios

a los ya enormes beneficios de la TM.

### Resistencias y barreras a la telemonitorización

La negativa a contestar llamadas telefónicas se observó en otro estudio brasileño que utilizó llamadas telefónicas para combatir el COVID-19: el 39% de los contactos no fueron respondidos. También hubo dificultad para acceder a los pacientes por teléfono debido a registros inadecuados. El uso de software de mensajería instantánea, materiales impresos, la difusión y el involucramiento de agentes comunitarios de salud para actualizar los registros fueron algunas de las estrategias utilizadas para superar el problema<sup>18</sup>. Durante la pandemia, varios delincuentes aprovecharon el pánico instalado para realizar estafas a través de enlaces liberados en apps de mensajería y llamadas telefónicas. La mayoría de las veces, el objetivo era extraer datos de la víctima. Con esto, la población comenzó a desacreditar muchas veces los contactos telefónicos y los mensajes recibidos<sup>19</sup>. Como sugirieron los participantes, un proceso de divulgación del servicio de TM en el momento de la notificación y sus números de teléfono en las redes sociales podría disipar parte de este temor.

Un estudio realizado sobre la difusión de noticias falsas y el negacionismo durante la pandemia arrojó que las principales noticias falsas difundidas estaban relacionadas con tratamientos ineficaces, el uso del COVID-19 como estrategia política y estafas bancarias. La investigación constató que la difusión de noticias falsas promovió el descrédito de las instituciones de salud y la baja adherencia a las medidas de prevención y tratamientos con eficacia comprobada<sup>20</sup>.

Otro estudio, una cohorte retrospectiva que evaluó a 48.000 pacientes en un servicio de telemonitoración para personas con COVID-19 en España, demostró buena aceptación por parte de la población y alta adherencia a la TM<sup>11</sup>. Por otro lado, estudios aleatorizados que evaluaron la TM en otros países y en condiciones crónicas mostraron tasas de aceptación del servicio que oscilan entre el 50 y el 90% por parte de los pacientes<sup>21,22</sup>. La adecuada

formación en el manejo de los recursos tecnológicos, sobre la enfermedad y la estandarización de las acciones realizadas por los profesionales fueron citados como aspectos clave para lograr un alto nivel de adherencia<sup>23</sup>.

En cuanto a las desigualdades en salud por la brecha digital, otros estudios alrededor del mundo advierten sobre el riesgo de que la pandemia las acentúe<sup>24,25</sup>. Un estudio realizado en Francia mostró que la reorganización del sistema de salud francés durante la pandemia con el aumento de la telemedicina promovió una atención inadecuada a la población más vulnerable<sup>24</sup>. Un estudio realizado en Bangladesh, donde se observó la dificultad de la población para utilizar los servicios de telemedicina y la baja alfabetización en salud, sugirió la participación de los agentes comunitarios de salud en la ayuda a los residentes de las comunidades donde actúan<sup>26</sup>.

Las herramientas de atención o apoyo a distancia permiten el manejo eficaz y confiable de miles de pacientes en un corto período, asegurando así la atención en momentos de aguda escasez de profesionales de la salud y de estructura física<sup>26</sup>. Eso, sin embargo, no exime a la gerencia de la necesidad de contratar y movilizar un número aún mayor de profesionales para los momentos pico de la enfermedad. Como se describe en un artículo que analizaba la construcción de un servicio para combatir el COVID-19 en Estados Unidos, la inversión masiva en recursos humanos y tecnológicos permite respuestas rápidas en tiempos de crisis sanitaria<sup>25</sup>.

Las políticas públicas efectivas deben considerar articulaciones y acciones intersectoriales que involucren a la salud con la asistencia social, la educación y otros sectores<sup>27</sup>. Es importante señalar que los lugares que no supieron coordinar las diversas acciones de los equipos de salud tuvieron peores resultados durante la pandemia. Un adecuado abordaje intra e intersectorial, que incorpore las tecnologías de atención a la red preexistente de forma articulada y considere los recursos comunitarios, incluyendo la participación de la APS, promueve mejores resultados en el manejo de la pandemia<sup>28</sup>. La integración entre las instituciones educativas y los servicios de salud, como se demostró en otras experiencias de telemonitoración de pacientes con COVID-19<sup>29,30</sup>, también es un recurso valioso para cualificar y potenciar las acciones desarrolladas.

Un estudio de revisión rápida de literatura, realizado en 2021, buscó las principales barreras para la implementación de servicios de telemonitoración para pacientes con COVID-19 en el mundo. Cuestiones como limitaciones tecnológicas, poca cantidad de orientaciones e investigaciones sobre el uso de la telemedicina en ese escenario, preocupaciones sobre la confidencialidad de la información, profesionales poco capacitados para el servicio y falta de recursos materiales y financieros<sup>25</sup> fueron encontrados en los

trabajos analizados. Entre los mayores de edad y las personas con dificultad para acceder a las tecnologías, el apoyo familiar fue fundamental para el seguimiento<sup>26</sup>.

La inconsistencia de los datos de identificación en las historias clínicas y en los registros con los servicios de salud, como números telefónicos, correos electrónicos y direcciones, además de la dificultad de muchos pacientes para acceder a las tecnologías de la información, representan un desafío para la adopción de tecnologías de monitoreo remoto de manera integral. La actualización de datos en los servicios de salud y la concientización de los profesionales de la salud sobre la importancia de registros y fichas confiables son alternativas para mejorar este escenario.

También se debe señalar que el desajuste entre el servicio de TM y la red de salud pública que ofrece atención presencial limitó el impacto de las acciones del servicio de TM. La optimización de los espacios de diálogo entre los servicios y una gestión coordinada que integre los distintos recursos de la red con la TM pueden potenciar los resultados positivos en la gestión de pandemias y crisis sanitarias.

#### Atención integral y longitudinal a distancia

Como describen Ornell et al<sup>31</sup>, la ausencia de tratamientos de eficacia demostrada y la difusión de noticias falsas aumentan el miedo y la inseguridad de la población. Otro autor<sup>32</sup> incluso sugiere la necesidad de una postura más ágil y proactiva de los servicios de salud para combatir la desinformación. Trabajos realizados en países desarrollados describieron que, en las retroalimentaciones extraídas de la población respecto al servicio de TM, uno de los beneficios más destacados fue la seguridad que brindan las orientaciones. En un período de tantas incertidumbres, estar en contacto con los profesionales de la salud brinda la oportunidad de aclarar dudas y acceder a información confiable<sup>11</sup>. La telemedicina ya demostró ser útil para orientar y acoger a la población en otras emergencias epidemiológicas<sup>12</sup>. El uso de las telecomunicaciones por parte de los servicios de salud también fue identificado como una herramienta valiosa para la difusión del conocimiento a la población<sup>33</sup>.

El uso de los servicios de telesalud para el apoyo psicológico ya viene ocurriendo desde principios de este siglo con resultados positivos<sup>34</sup>. Otro tema conocido es la apertura y descompensación de los trastornos mentales en la población durante emergencias sanitarias, ya documentado en la epidemia de SARS en 2002 y H1N1 en 2009<sup>35</sup>. Incertidumbres durante el período de pandemia, restricciones de circulación, problemas económicos, miedo al contagio y luto traen impactos en la salud mental de la población<sup>35</sup>. Sentimientos como ira, ansiedad, irritabilidad, miedo y tristeza suelen estar

presentes en los encuentros presenciales o a distancia entre pacientes, familiares y profesionales de la salud, generando la necesidad de mayor atención y apoyo psicológico por parte de los servicios de atención<sup>36,37</sup>. Según documentos y lineamientos elaborados por el Inter-Agency Standing Committee (IASC), foro establecido por la ONU para enfrentar crisis humanitarias, los servicios de salud deben organizarse para absorber este flujo de atención de salud mental y capacitar a profesionales de diferentes áreas para realizar este cuidado<sup>38</sup>.

El TM puede servir como conexión entre el paciente y la red de cuidados. Otro posible uso de la TM es en la atención post-alta de hospitalizaciones. Un estudio que acompañó la atención post-alta de niños afectados por COVID-19 con TM demostró el potencial del servicio para evitar reingresos e identificación temprana de complicaciones<sup>13</sup>. Otro estudio describió la TM como herramienta garante del seguimiento de la APS en el contexto de la pandemia<sup>39</sup>.

La seguridad que el TM aportó a los pacientes en seguimiento, en un contexto de escasez de recursos materiales y humanos, y de preocupación por el contagio, fue un factor importante para combatir la desinformación y evitar visitas innecesarias a los servicios presenciales. Otro destaque fue la necesidad de apoyo emocional en casi todos los seguimientos y la inseguridad de algunos profesionales en la conducción de estos casos. Por lo tanto, se deben desarrollar actividades de formación de trabajadores para este perfil de servicio y la contratación de un mayor número de psicólogos y psiquiatras.

Considerando que existen una serie de consecuencias y síntomas en el post-COVID-19, es necesario para la construcción de los servicios de TM considerar la longitudinalidad y la integralidad del seguimiento. Esto puede ocurrir durante el tiempo que dure la enfermedad, con el adecuado almacenamiento de la información del paciente y cada telemonitorización, además de que el seguimiento de cada persona sea realizado por el mismo profesional. Otro factor de impacto sería el seguimiento de estos pacientes después del alta del TM con una articulación e intercambio de información con la red instalada, especialmente la APS.

## Conclusión

La telemonitoración, desde la perspectiva de los profesionales, ayudó a contener la pandemia al evitar visitas innecesarias a los servicios de salud, detectar signos tempranos de agravamiento, además de aclarar dudas y ofrecer mayor seguridad a la población en un momento de gran incertidumbre y desinformación.

También se destacó que el apoyo psicológico ofrecido fue fundamental para el desarrollo del servicio de TM y la acogida de la población. Se identificaron como

acciones de gran relevancia la formación de profesionales de todas las áreas para el abordaje del sufrimiento psíquico en contextos similares, además de la contratación de profesionales de la psicología.

En cuanto a las dificultades percibidas, la resistencia y el miedo a recibir llamadas de TM plantearon la importancia de desarrollar estrategias para dar a conocer los servicios en los medios y redes sociales para la población. Otro problema planteado y que debe ser considerado en la construcción y desarrollo de nuevos servicios de TM es la sistematización y formalización de flujos que involucren la red de salud existente y brinden longitudinalidad e integralidad a la atención.

Otros puntos limitantes fueron los datos de identificación erróneos, provenientes de los formularios de notificación, lo que dificultó la localización de los pacientes. En cuanto a los desafíos tecnológicos, se destacó la necesidad de una constante capacitación y actualización del equipo en el uso de las herramientas de telecomunicaciones. La incorporación de video en el proceso de seguimiento fue otro destaque.

Estos hallazgos tienen limitaciones, ya que fueron producidos desde la visión exclusiva de profesionales. Sugerimos otros estudios que también evalúen la percepción del paciente monitoreado. Sin embargo, considerando la situación de emergencia sanitaria, el número de profesionales movilizados y la gran cantidad de pacientes monitoreados en este servicio de TM, los desafíos y potencialidades aquí relatados pueden servir de base para la construcción de nuevos servicios en un contexto similar.

## Referencias

1. World Health Organization. Pneumonia of unknown cause - China [Internet]. Geneva: Who; 2020 [citado 9 Maio 2020]. Disponible em: <http://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/>
2. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCND, Ribeiro GDR, Santos DL, Silva, RMD. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. Cadernos de Saúde Pública. [Internet]. 2020 [citado 20/06/22]; 36(5). Disponible em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>.
3. Hollander JE, Carr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for COVID-19. N Engl J Med [Internet]. 2020 [citado 22/05/22]; 382(18):1679-1681 Available from: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/nejmp2003539> doi: 10.1056/NEJMp2003539.
4. Rezende VLM, Pereira ERS, Rocha BS, Silva

- MMA da, Taleb AC Telemonitoring as a Telehealth strategy to contain the COVID-19 pandemic in a Brazilian capital. *Digital Health*. No prelo 2022
5. SILVEN, A.V. et al. Telemonitoring for patients with COVID-19: Recommendations for design and implementation. *Journal of Medical Internet Research*, v. 22, n. 9, 2 set. 2020. Disponível em: <https://www.jmir.org/2020/9/e20953/pdf> Acesso em: 29 mar. 2022.
6. Iyengar K, Jain VK, Vaishya R. Pitfalls in telemedicine consultations in the era of COVID 19 and how to avoid them. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. [Internet]. 2020 [acessado 20/05/22];14(5):797-799. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402120301764>
7. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care* [Internet].2007 [citado 10/04/22];19(6):349-357. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
8. Fontanella, BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública* [Internet]. 2008 [citado 10/05/22];24(1)17-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2014.
10. Costa AP, Moreira A, Souza FD. *webQDA- Qualitative Data Analysis*. Aveiro-Portugal: Aveiro University and MicroIO.2018
11. Casariego-Vales E, Blanco-López R, Rosón-Calvo B, Suárez-Gil R, Santos-Guerra F, Dobao-Feijoo MJ, On Behalf Of The Telea-Covid Lugo Comanagement Team. Efficacy of Telemedicine and Telemonitoring in At-Home Monitoring of Patients with COVID-19. *J Clin Med*. [online] 2021 Jun 29 [acessado 22/03/22];10(13):2893. Available from: doi: 10.3390/jcm10132893
12. Reeves JJ, Hollandsworth HM, Torriani FJ, Taplitz R, Abeles S, Tai-Seale M, Millen M, Clay BJ, Longhurst CA. Rapid response to COVID-19: health informatics support for outbreak management in an academic health system. *J Am Med Inform Assoc*. [Internet] 2020 Jun [citado 20/05/22];27(6): 853–859. Available from: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa037>
13. Lanza FC, Aquino ES, de Araújo Sousa ML, de Oliveira Andrade PD. Protocolo de mobilização precoce de paciente crítico e reabilitação pós-alta hospitalar na população infantil acometida de COVID-19. *ASSOBRAFIR Ciência* [Internet]. 2020 [Acessado em: 2022 Jul. 21];11(Supl.1):227:240. Disponível em: <https://assobrafirciencia.org/article/10.47066/2177-9333.AC20.covid19.022/pdf/assobrafir-11-Suplemento+1-227.pdf>.
14. Mazzu-Nascimento T, Evangelista DN, Abubakar O, Souto BGA, Domingues LV, Silva DF, Nogueira-de-Almeida CA. Remote and non-invasive monitoring of patients with COVID-19 by smartphone. *Scientia Medica*. [Internet]. 2021 [Acessado 22 março 2022];31(1):e39340-e39340. Available from: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/scientiamedica/article/view/39340>. Doi: <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2021.1.39340>
15. Houlding E, Mate K, Engler K, Ortiz-Paredes D, Pomey M, Cox J, Hijal T, Lebouché B. Barriers to Use of Remote Monitoring Technologies Used to Support Patients With COVID-19: Rapid Review *JMIR mHealth and uHealth* [Internet]. 2021 [acessado 10/04/22];9(4):e24743 Available from: <https://mhealth.jmir.org/2021/4/e24743> doi: 10.2196/24743
16. Devin M Mann, Ji Chen, Rumi Chunara, Paul A Testa, Oded Nov, COVID-19 transforms health care through telemedicine: Evidence from the field, *Journal of the American Medical Informatics Association*, Volume 27, Issue 7, July 2020, Pages 1132–1135, <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa072>
17. Lion KC, Brown JC, Ebel BE, Klein EJ, Strelitz B, Gutman CK, Hencz P, Fernandez J, Mangione-Smith R. Effect of telephone vs video interpretation on parent comprehension, communication, and utilization in the pediatric emergency department: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*. [Internet]. 2015 [Acessado 04/03/2022];169(12):1117-1125. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.2630>.
18. Soares DA, Medeiros DS, Kochergin CN, Cortes ML, Mistro S, Oliveira MG, Telerrastreio da COVID-19 em usuários do SUS com condições de risco: relato de experiência. *Rev Saúde Pública* [online]. 2020 [acessado 10/02/22]; 54. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/telerrastreio-da-COVID-19-em-usuarios-do-sus-com-condicoes-de-risco-relato-de-experiencia/>
19. Agência LUPA. Na pandemia, criminosos usam falsas ofertas e benefícios para aplicar golpes [Internet]. 2020 [acessado 2022 Jul 19]. Disponível

em:

<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/07/21/coronave-rificado-golpes-pandemia/>

20. Galhardi CP, Freire NP, Minayo MCDS, Fagundes MCM. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da COVID-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [acessado 10/04/22];25(Supl.2):4201-4210. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28922020>

21. Schmidt S, Koch U. Telemedizin aus medizinspsychologischer Perspektive - Der Einfluss von Telematikanwendungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*. 2003;12(3):105–117

22. Crossley GH, Clinical benefits of remote versus transtelephonic monitoring of implanted pacemakers. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2009 Nov ;54(22):2012. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2009.10.001>

23. Suárez-Gil R, Rodríguez-Álvarez A, Pérez-López A, Casariego-Vales E. en nombre del Equipo de Seguimiento Compartido TELEA-COVID Lugo; Equipo TELEA COVID-19 (Lugo). Monitoring of COVID-19 patients by telemedicine with telemonitoring. *Rev. Clin. Esp*. 2020 Nov, [acessado 10/04/22];220(8): 472–479. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.013>

24. Julia C, Saynac Y, Le Joubioux C, Cailhol J, Lombrai, P, Bouchaud O. Organising community primary care in the age of COVID-19: challenges in disadvantaged areas. *The Lancet Public health* [Internet]. 2020 Jun 1 [citado 10/04/22];5(6):e313. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30115-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30115-8)

25. Mehrotra A, Ray K, Brockmeyer DM, Barnett ML, Bender JA. Rapidly converting to “virtual practices”: outpatient care in the era of COVID-19. *NEJM catalyst innovations in care delivery* [Internet]. 2020 Apr 1 [citado 10/09/21];1(2). Available from: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0091>.

26. Chowdhury SR, Sunna TC, Ahmed S. Telemedicine is an important aspect of healthcare services amid COVID-19 outbreak: Its barriers in Bangladesh and strategies to overcome. *The International journal of health planning and management* [Internet]. Jan 2021 [acess];36(1): 4-12. Available from: <https://doi.org/10.1002/hpm.3064>

27. Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Rev Adm Pública* [Internet].

2000 Jan [cited 2017 Dec 14];34(6):63-80. Disponível em:

<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6348/4933>

28. Seixas CT, Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santo TBDE, Slomp Junior H, Cruz KTD. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela COVID-19. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2021 [acessado 2022 Jul. 20];25(Supl. 1) e200379. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200379>

29. Silva CB, Trindade LL, Kolhs M, Barimacker SV, Schacht L, Bordignon M. Implementação do telemonitoramento de COVID-19: repercussões na formação acadêmica em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2021 [acessado 10/04/22];42(esp):e20200395 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200395>

30. Silveira RP, Leal O, Soares PLS, Cruz LF, Modesto IDM, Batista LMB. Projeto de ensino como apoio ao telemonitoramento dos casos de COVID-19. *Revista Brasileira de educação médica* [Internet]. 2021 [acessado xx];45(1):e050. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200319>

31. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz. J. Psychiatry*. [Internet]. 2020 [acessado 10/05/22];42(3):232-235. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/WGD9CnJ95C777tcjnkHq4Px/doi/1516-4446-2020-0008>

32. Abd-Alrazaq A, Alhuwail D, Househ M, Hamdi M, Shah Z. Top Concerns of Tweepers During the COVID-19 Pandemic: Infoveillance Study. *J Med Internet Res*. [Internet]. 2020 Apr 21 [acessado 08/02/22];22(4):e19016. Available from: <https://www.jmir.org/2020/4/e19016> doi: 10.2196/19016

33. Li J, Xu Q, Cuomo R, Purushothaman V, Mackey T. Data mining and content analysis of the chinese social media platform weibo during the early COVID-19 outbreak: retrospective observational infoveillance study. *JMIR Public Health Surveill.* [Internet]. 2020 [acessado 08/02/22];6(2):e18700. Available from:doi:10.2196/18700.

34. Fortney JC, Pyne JM, Edlund MJ, Williams DK, Robinson DE, Mittal D, Henderson KL. A randomized trial of telemedicine-based collaborative care for depression. *J Gen Intern Med.* [Internet]. 2007 [acessado 18/02/22];22(8):1086-1093. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0201-9>

35. Lurie N, Carr BG. The Role of Telehealth in the Medical Response to Disasters. *JAMA Internal Medicine* [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2021 Dec 24];178(6):745. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2678828>

36. Mari JJ, Oquendo MA. Mental health consequences of COVID-19: the next global pandemic. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* [Internet]. 2020 Aug 21 [cited 2022 Mar 23];42(3):219–020. Available from: <https://www.scielo.br/j/trends/a/q9fnk8tTB3PsJxnX5qkGjQj/?lang=en>

37. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the COVID-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2020 April 13 [cited 08/02/22];383(6):510–2. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2008017>

38. INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE. Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19. Versão 1.5 [Internet]. 2020 Mar. Disponível em: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Portuguese%29.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2020.

39. Rodrigues AP, Felipe CR, Lima DB, Costa LRO, Fernandes PF, Silva R de PP, Fernandes RM, Lazarini WS. Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. *APS* [Internet]. 2020 Jun 9 [citado 21 de julho de 2022];2(2):189-96. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/100>

**Declaración de conflicto de interés:** El autor Taleb AC es actualmente el coordinador de Telessaúde-Goiás.

**Financiamiento:** Les informo que el artículo enviado a la Revista Latinoamericana de Telessaúde, titulado "Análisis de un servicio de telemonitorización de pacientes con COVID-19 desde la perspectiva de un profesional" fue desarrollado con recursos de los autores y no recibió financiamiento de ninguna entidad pública o privada.

**Declaración de responsabilidad:** Concepción y planificación del estudio: Rezende VLM; ERS Pereira; Licenciatura en roca; Taleb AC.

Análisis e interpretación de datos: Rezende VLM; Pereira ERS; Rocha BS.

Elaboración del manuscrito: Rezende VLM; Pereira ERS; Rocha BS.

Revisión y aprobación de la versión final del manuscrito: Rezende VLM; Pereira ERS; Rocha BS; Taleb AC.

**Cómo citar este artículo:** Rezende VLM; Pereira ERS; Rocha BS; Taleb AC; Taleb AC. Análisis de un servicio de telemonitorización de pacientes con COVID-19 desde la perspectiva del profesional. *Telesalud Latin Am J, Belo Horizonte*, 2022; 9(2): 138-148. ISSN: 2175-2990.