Experiências docentes e discentes

ACÇÃO VOLUNTÁRIA EM *CALL CENTER* COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DA SAÚDE

VOLUNTARY ACTION IN COVID-19 CALL CENTER: AN EXPERIENCE REPORT FROM HEALTH ACADEMICS

ACCIÓN VOLUNTARIA EN CALL CENTER COVID-19: UN INFORME DE EXPERIENCIA DE ACADÉMICOS DE LA SALUD

Isabela Cristina Santos Freire de Paula¹

Submetido em 01/11/2020

Camila Barreto Araujo²

Aprovado em 18/12/2020

Gabriela Caetano Lopes Martins³

Francisco Boçon Junior⁴

Bárbara Vieira Sardi⁵

Rafael Gomes Ditterich⁶

William Augusto Gomes de Oliveira Bellani⁷

Resumo

A pandemia do vírus SARS-CoV-2, causador da Covid-19, trouxe ao mundo a necessidade de uma nova visão em saúde. Com isso, houve o crescimento exponencial de serviços com foco na telessaúde, proporcionando atendimentos de forma remota também no Brasil. Objetiva-se relatar a experiência de acadêmicos da área da saúde no *Call Center* implementado pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Curitiba, por meio de ação extensionista desenvolvida com o atendimento de ligações telefônicas. Os atendimentos foram iniciados em junho de 2020, com orientação populacional e rastreio de pessoas sintomáticas para Covid-19, bem como o monitoramento destas ao longo de 14 dias. Foi possível a percepção dos obstáculos do atendimento à distância, bem como a compreensão da importância da capacitação do acadêmico a teleatendimentos, da adaptação da anamnese médica por

¹ Discente de Odontologia da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná. E-mail: isabelafreirep@gmail.com

² Discente de Medicina da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná. E-mail: camila.b.araujo@hotmail.com

³ Discente de Medicina da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná. E-mail: gclmartins@icloud.com

⁴ Discente de Medicina da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná. E-mail: franciscoboconjr@gmail.com

⁵ Discente de Medicina da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná. E-mail: babe.vs@hotmail.com

⁶ Professor Associado do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná. E-mail: prof.rafaelgd@gmail.com

⁷ Professor Substituto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná. E-mail: william.bellani@gmail.com

meio telefônico e do desenvolvimento de empatia com paciente angustiado e com demais profissionais da equipe, fortalecendo a relação entre acadêmicos universitários e a população geral.

Palavras-chave: Telessaúde. Relações Comunidade-Instituição. Educação em Saúde. Infecções por Coronavírus.

Abstract

The SARS-CoV-2 virus pandemic, which caused Covid-19, brought to the world the need for a new vision in health. As a result, there was an exponential growth in services focused on telehealth, providing remote assistance also in Brazil. The objective of this article is to report the experience of health students in the Call Center implemented by the Municipal Health Department of Curitiba, through an extension action developed with telephone calls. The consultations started in June 2020, with population guidance and screening of Covid-19 symptomatic people, as well as monitoring them over 14 days. It was possible to perceive the obstacles of the telehealth and to understand the importance of the academic's training in call centers, the adaptation of medical anamnesis by telephone and the development of empathy for anguished patients and other professionals in the team, strengthening the relationship between university academics and the general population.

Keywords: Telehealth. Community-Institutional Relations. Health Education. Coronavirus Infections.

Resumén

La pandemia del virus SARS-CoV-2, causa de la Covid-19, ha traído al mundo la necesidad de una nueva visión en salud. Como resultado, hubo un crecimiento exponencial en los servicios enfocados en telesalud, proporcionando asistencia remota también en Brasil. El objetivo es reportar la experiencia de los académicos del área de salud en el *Call Center* implementado por la Secretaría Municipal de Salud de la ciudad de Curitiba, a través de una acción de extensión hecha por medio de llamadas telefónicas. Las consultas comenzaron en junio de 2020, con orientación poblacional y detección de personas sintomáticas para Covid-19, así como monitorización durante 14 días. Se pudo percibir los obstáculos del servicio a distancia, así como la comprensión de la importancia de la formación del académico en los *call centers*, la adecuación de la anamnesis médica por teléfono y el desarrollo de la empatía por los pacientes angustiados y otros profesionales del equipo, fortaleciendo la relación entre académicos universitarios y población en general.

Palabras clave: Telesalud. Relaciones Comunidad-Institución. Educación em Salud. Infecciones por Coronavirus.

Introdução

Em dezembro de 2019 foi identificada a transmissão humana do novo coronavírus, chamado SARS-Cov-2, na cidade de Wuhan na China (BRASIL, 2020a). O vírus causou uma doença chamada de Covid-19, que se manifesta principalmente com sinais e sintomas respiratórios, podendo evoluir para síndrome respiratória aguda grave (SRAG). Outros sintomas também são frequentes, como febre, dispneia, anosmia, disgeusia, alterações gastrointestinais e, em casos mais graves, pode evoluir para complicações neurológicas e renais (D'AMICO *et al.*, 2020; ISER *et al.*, 2020; KUNUTSOR; LAUKKANEN, 2020; MOEIN *et al.*, 2020; PENG *et al.*, 2020; VARATHARAJ *et al.*, 2020). Até então, há sete tipos de coronavírus que infectam humanos, sendo quatro responsáveis por infecções respiratórias leves (HCoV-OC43, HCoV-HKU1, HCoV-229E e HCoV-NL63) e três responsáveis por infecções respiratórias agudas (MERS-CoV, SARS-CoV, SARS-CoV-2) (CHEN; LIU; GUO, 2020).

A transmissão do SARS-CoV-2 pode ocorrer por contato direto com pessoas infectadas, através do aerossol de secreções respiratórias ou saliva que é gerado quando uma pessoa fala, tosse ou espirra. Ou por contato indireto, pelo toque em objetos e superfícies contaminadas (BOUROUBA; DEHANDSCHOEWERCKER; BUSH, 2014; LIU *et al.*, 2020; ONG *et al.*, 2020). A alta infectividade do vírus associada a ausência de imunidade da população fez com que o número de casos avançasse exponencialmente. Desse modo, medidas de isolamento e monitoramento de pacientes com a Covid-19 se mostram cruciais para o controle da infecção, evitando assim, o surgimento de novos casos e surtos (CHAN *et al.*, 2020; KUCHARSKI *et al.*, 2020).

No início de outubro de 2020, o número de contaminados pela Covid-19 no Brasil ultrapassou quatro milhões de pessoas. Nessa época, foram registrados mais de 145 mil óbitos confirmados com a doença. O país registrou em média 700 mortes por dia no mês de setembro (BRASIL, 2020b).

As medidas de isolamento social são capazes de reduzir a taxa de infecção ao diminuir a transmissão de partículas virais pelo contato direto. Reduzindo o contato interpessoal, espera-se reduzir também o número de infectados pela Covid-19, diminuindo assim o número de casos graves que necessitam de internamento e assistência complexa, como leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e ventilação mecânica. O isolamento social é fundamental para diminuir a demanda desses serviços, diminuindo a sobrecarga dos sistemas de saúde, evitando o colapso (BARBOSA; VIEIRA, 2020; WILDER-SMITH, 2020).

O uso da telemedicina era conhecido tradicionalmente por interações médico-paciente ou médico-médico através de tecnologias de informação e telecomunicação, expandindo-se aos poucos para um modelo multidisciplinar: a telessaúde. Diversos campos de aplicação da telessaúde se tornaram evidentes com a pandemia da Covid-19 e, nas áreas de vigilância epidemiológica, o telemonitoramento e a teleconsulta se apresentam como importantes estratégias no contexto brasileiro (CAETANO *et al.*, 2020).

O uso do telemonitoramento e da teleconsulta como ferramentas de triagem permitem a redução da circulação de indivíduos sintomáticos e, portanto, a redução da transmissão da doença, além de auxiliarem na condução de casos leves e moderados com orientações de isolamento domiciliar e encaminhamento para testagem, e de casos graves com a orientação correta da procura por serviços médicos de urgência e emergência (CAETANO *et al.*, 2020; IBRAHIM, 2020).

Em abril de 2020, a prefeitura de Curitiba instituiu uma linha telefônica direcionada ao *Call Center* criado para o atendimento remoto da população que apresentasse sintomas de infecção pelo novo coronavírus e para esclarecer dúvidas a respeito da doença e seu manejo (CURITIBA, 2020). Semelhante ao ocorrido em outras regiões do Brasil, a ação voluntária de universidades também esteve presente na execução dos serviços de recepção das ligações e do monitoramento dos indivíduos sintomáticos (AQUINO; SANTANA; TRAVASSOS, 2020).

O teleatendimento durante a pandemia da Covid-19 é uma ferramenta importante para monitorar e gerenciar casos suspeitos ou confirmados, por meio de telefonemas, preenchimento de fichas clínicas eletrônicas, unificando a prestação do cuidado (ARAUJO; ARRUDA, 2020)

Neste relato de experiência se objetiva descrever a visão de voluntários da área de saúde da Secretaria municipal de saúde de Curitiba, dos cursos de Odontologia e Medicina, a respeito das ações realizadas no *Call Center* de Covid-19 da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Metodologia

Relato de experiência com abordagem descritiva e qualitativa, elaborado a partir da vivência de alunos do projeto de extensão ‘Prevenção, Cuidados e Enfrentamento à Pandemia do Novo Coronavírus na Região Metropolitana de Curitiba’, iniciado em resposta ao chamado de ações extensionistas de enfrentamento ao novo coronavírus da Universidade Federal do Paraná. O projeto conta com a participação de dois professores orientadores e cinco estudantes do curso de medicina e odontologia como bolsistas.

Dentre as atividades realizadas pelos estudantes, houve a atuação semanal (quatro horas por turno, durante os finais de semana) no *Call Center* da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS), criado para o monitoramento e teleatendimento de sintomáticos para Covid-19. A participação ocorreu entre 13 de junho e 10 de outubro de 2020, totalizando 72 horas de atividade. Durante seus turnos, cada estudante realizava um registro de quais funções exerceu em determinado dia e quantos pacientes atendeu. Após três meses de voluntariado no *Call Center*, os alunos elaboraram um relatório com a experiência pessoal de cada um, suas impressões, aprendizados, limitações durante esse tempo e quais atividades desempenharam. Esses relatórios foram coletados e utilizados como material base para a composição do artigo.

Estrutura do Call Center

O *Call Center* da SMS de Curitiba foi organizado em dois setores de atuação: monitoramento e recepção. No monitoramento era realizado o acompanhamento de casos suspeitos ou confirmados da Covid-19 adicionados ao sistema pelo setor de recepção do *Call Center*, 111 Unidades Básicas de Saúde (UBS), nove Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais de Curitiba e região metropolitana. Os pacientes eram monitorados por ligações a cada 24 ou 48 horas, de acordo com o quadro clínico, durante 14 dias a partir da data do início dos sintomas. Caso apresentassem sinais de alarme (como sinais tromboembólicos, dispneia, febre persistente e vômitos incoercíveis), eram redirecionados para o atendimento presencial por médicos da SMS. Na recepção, os alunos voluntários realizavam o primeiro atendimento dos pacientes que ligavam ao *Call Center* com sintomas sugestivos da Covid-19, marcavam testes, cadastravam novos casos no monitoramento e respondiam dúvidas sobre a Covid-19 em geral.

O *Call Center* ofertou vagas para bolsistas e voluntários, os quais eram divididos em escalas de três turnos, todos os dias da semana: manhã (8:00h às 12:00h), tarde (12:00h às 16:00h) e noite (16:00h às 20:00h). Cada participante possuía seu próprio local de trabalho com computador, internet e telefone, higienizados com álcool 70% no início e final de cada turno. Todos eram orientados para a utilização de máscaras e higienização das mãos periodicamente.

Processo de trabalho

Na recepção, o paciente efetuava a ligação para o número da SMS e então o atendente fazia abertura de ficha clínica. A ficha continha dados pessoais do paciente, como idade, nome da mãe e endereço. Estes dados eram resgatados do sistema de gestão de prontuários *online* do Sistema Único de Saúde (SUS) de Curitiba, chamado E-Saúde. Após a checagem dos dados do paciente, era realizada uma anamnese minuciosa, iniciando pelo possível contato com pessoa suspeita ou confirmada com a Covid-19, quantidade de moradores residentes na mesma casa, data do início dos sintomas, quais sinais e sintomas o paciente apresentou ou apresentava no momento da ligação e comorbidades. Ao final, a ficha clínica apresentava automaticamente a severidade dos sintomas do paciente e se havia necessidade ou não de análise médica.

A data do início dos sintomas era utilizada para acompanhar o avanço da doença, o tempo de isolamento necessário e o agendamento do teste para Covid-19 dentro das recomendações do SMS. O paciente com suspeita ou confirmado tinha por direito a emissão

do comunicado de isolamento domiciliar, justificando sua ausência em funções laborais presenciais. Esse documento era solicitado pela SMS e emitido pela UBS de referência para o paciente resgatá-lo. O comunicado de isolamento também poderia ser utilizado para todos os moradores da mesma residência, considerando o risco de transmissão da doença.

Já o monitoramento era realizado com ficha clínica semelhante ao da recepção, onde era feita a evolução do caso e identificação da possível remissão, aumento ou estabilização dos sinais e sintomas. Era registrado se o paciente teve alguma consulta médica presencial e quais medicamentos foram prescritas, se foi realizado o teste e se recebeu o laudo laboratorial. A SMS não fornecia o laudo para o paciente, esse documento era administrado pela UBS, que entrava em contato por telefone para comunicar o resultado ao paciente. Em média, o resultado era obtido entre cinco e sete dias.

Em cada um desses setores, além dos alunos, havia um ou mais médicos responsáveis pelos atendimentos de telemedicina dos casos classificados como moderados ou graves. Concomitantemente, outros profissionais da saúde, como enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem e funcionários administrativos da Prefeitura Municipal Curitiba, compunham a equipe de atendimento de cada setor. Todos eram supervisionados por gestores que atualizavam semanalmente as condutas a serem tomadas quanto a critérios e formas de marcação de exame nas UBS, classificação de gravidade e vulnerabilidade (comorbidades) dos pacientes, sinais de alarme, encaminhamento de denúncias e orientações a pacientes de outros municípios que ocasionalmente ligavam para esclarecer dúvidas.

Resultados

O número de atendimentos telefônicos na recepção registrados pelos alunos participantes variou de zero a 20 por turno (quatro horas). Quanto ao monitoramento, variou de 15 a 70 ligações por turno. Cada aluno era designado para uma tarefa, o que explica a grande variabilidade nos atendimentos, já que, quando o acadêmico se encontrava com a função de monitoramento, dificilmente atendia ligações, e quando se encontrava na recepção dos sintomáticos, auxiliava no monitoramento durante os intervalos entre as ligações.

Estudos sugerem que a telemedicina e o telemonitoramento de pacientes com a Covid-19 é um sistema bem aceito, útil e seguro. O seu uso em pacientes sintomáticos, mas não com sintomas graves, permite um controle clínico adequado, detecta antecipadamente possíveis agravamentos e ajuda a diminuir a demanda de pacientes em unidades de atendimento presencial, mantendo assim, o isolamento social (MARTÍNEZ-GARCÍA *et al.*, 2020). A telemedicina permite também que pacientes com sintomas leves recebam suporte e

cuidado à distância, minimizando sua exposição a outros pacientes com doenças agudas infecciosas (PORTNOY; WALLER; ELLIOTT, 2020). O teleatendimento da SMS auxiliou no esclarecimento de dúvidas e no primeiro atendimento dos pacientes, diminuindo a demanda das UBS e UPA. Em caso de suspeita de Covid-19, o atendente era orientado a marcar o teste laboratorial RT-PCR, que identifica o RNA do vírus na secreção nasal, entre o 3º e 7º dia de sintoma em uma das UBS mais próximas da residência do paciente com este serviço disponível.

Como a Covid-19 é uma doença recente e pandêmica, era necessária a criação e atualização de protocolos ao longo dos meses. Essa constante mudança de conduta no atendimento fez com que todos os participantes do *Call Center* se atualizassem frequentemente, buscando evidências científicas e buscando aprender com a equipe que trabalhava no teleatendimento. Assim, o desenvolvimento de uma relação com a equipe multiprofissional de enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas foi primordial para manter a atualização. Essa experiência permitiu entender que uma equipe bem articulada alcança bons resultados de rendimento sem sobrecarregar um único supervisor. O ambiente de discussão horizontal foi uma experiência construtiva para os participantes.

A dificuldade de contatar um paciente durante o monitoramento foi a maior limitação encontrada no teleatendimento da SMS. Frequentemente, os dados cadastrados no E-saúde estavam desatualizados. Como no monitoramento quem realizava a ligação era o atendente, a ausência do número de telefone ou celular ativo impedia a continuidade do atendimento. Por muitas vezes o número estava incompleto ou impossibilitado de receber chamadas. Após três tentativas de contato sem sucesso em dias consecutivos, o atendente era orientado a retirar o paciente do monitoramento para otimizar o teleatendimento. Outro desafio no contato com o paciente foi a percepção de que este não se encontrava em isolamento domiciliar, sendo necessária a reafirmação da importância do distanciamento social por 14 dias.

Para os alunos participantes das ações em *Call Center*, o desenvolvimento de habilidades de anamnese sem visualizar o paciente foi desafiador e de construção gradual, como apontou um dos alunos:

[...] em uma consulta presencial, ao ver um paciente entrar pela porta já é possível avaliar seu grau de dispneia, coloração de pele, hidratação, expressão de dor. Por outro lado, por meios remotos as perguntas realizadas pelo examinador devem contemplar esses aspectos de forma pragmática.

A prática de uma entrevista com busca ativa pelas evidências foi fundamental para a boa execução do teleatendimento. Ademais do primeiro contato, era recorrente a necessidade da complementação do atendimento com o redirecionamento para os médicos plantonistas do *Call Center* em casos moderados ou graves, ou mesmo a orientação da procura por um atendimento presencial, deixando evidente o papel facilitador da telessaúde no direcionamento da conduta clínica, sem substituir uma consulta presencial propriamente dita.

Apesar de um sentimento inicial de frustração relatado no que concerne à limitação das atividades do estudante da saúde durante a pandemia, foi consenso entre os alunos a posterior percepção do papel expandido da atuação discente, com possibilidades do exercício e treinamento da relação com o paciente, das habilidades propedêuticas, da capacidade de transmitir informações e se fazer entender por quem está do outro lado da linha e, especialmente, de propagar informações com respaldo científico à população.

Outro ponto observado pelos alunos quanto ao teleatendimento diz respeito ao aprendizado e à prática da empatia:

[...] por meio da ação desenvolvida no *Call Center* da SMS, tive contato com diversas realidades que me fizeram repensar sobre essa habilidade da empatia ao profissional da saúde, tão abordada teoricamente e tão deixada de lado na prática.

O contato e escuta dos pacientes, bem como a percepção da angústia verbal e da ansia por informações confiáveis, ressaltaram o papel tranquilizador que o acadêmico pode ter ao realizar o atendimento, não se limitando a simplesmente repassar orientações, mas se adequando à situação de cada pessoa que buscava o serviço.

Por fim, o atendimento de telessaúde em *Call Center* desempenhado por acadêmicos trouxe experiências de cunho prático, científico e subjetivo, ao proporcionar a prática da anamnese, a busca ativa por informações, a percepção emocional de cada paciente e a melhor forma de tranquilizá-lo, a orientação e conduta adequadas para cada caso, o desenvolvimento do trabalho em equipe, a constante atualização sobre a situação pandêmica no Brasil e no estado do Paraná, o aprimoramento do conhecimento e o uso das estratégias e estruturas do SUS, permitindo o enriquecimento acadêmico, humano e profissional de todos que participaram das ações.

Conclusão

Diante do cenário pandêmico de 2020 e da necessidade de isolamento social, o teleatendimento ascendeu como uma ferramenta essencial na atenção à saúde. A oportunidade

de participar do atendimento remoto durante o período de formação acadêmica foi benéfica não só do ponto de vista de assistência à saúde, ao contribuir para o atendimento de pacientes, como também acrescentou na aquisição de habilidades práticas, multiprofissionais e na experiência com o uso de ferramentas de telessaúde por parte dos acadêmicos. Atuar no enfrentamento da pandemia da Covid-19, mesmo que à distância, possibilitou aos alunos experimentar o funcionamento do SUS, evidenciando sua importância desde atenção básica até a hospitalar, seu papel como fonte de informação confiável e na estratégia de contenção e prevenção da pandemia. Dessa forma, é possível conhecer na prática a rede complexa, universal e integral que o SUS concretiza no país.

Referências

- AQUINO, T. R.; SANTANA, V. R.; TRAVASSOS, A. G. A. Apoio de universidades para monitoramento remoto de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 leve e moderada na APS realizado por estudantes de medicina e ESFs. **Saber Aberto - Repositório Institucional da Universidade do Estado da Bahia**. [S. l.], 6 jun. 2020. Disponível em: <http://www.saberaberto.uneb.br/handle/20.500.11896/1553>. Acesso em: 02 out. 2020.
- ARAUJO, A. D. I. R.; ARRUDA, L. S. N. S. Teleatendimento como ferramenta de monitoramento de casos suspeitos e/ou confirmados de Covid-19. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba. v. 6, n. 8, p. 57807-57815, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n8-259>.
- BARBOSA, B. A.; VIEIRA, F. L. COVID-19, análise das estratégias de prevenção, cuidados e complicações sintomáticas. **DESAFIOS - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, Palmas, v. 7, n. esp. 3, p. 38-47, 2020.
- BOUROUIBA, L.; DEHANDSCHOEWERCKER, E.; BUSH, J. W. M. Violent expiratory events: on coughing and sneezing. **J. Fluid Mechanics**, Cambridge, v. 745, p. 537-563, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/jfm2014-88>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre a doença: o que é COVID-19**. Brasil, 2020a. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em: 02 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil**. Brasil, 2020b. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 2 out. 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 contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. e00088920, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00088920. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n5/1678-4464-csp-36-05-e00088920.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2020.
- CHAN, J. F. *et al.* A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. **The Lancet**, London, v. 395, n. 10223, p. 514-523, fev. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9)
- CHEN, Y.; LIU, Q.; GUO, D. Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. **Journal of Medical Virology**, New Jersey, v. 92, n. 4, p. 418-423, 2020.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Estou com sintomas respiratórios, e agora?** Curitiba, 09 abr. 2020. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/noticias/23-noticias-principal/1407-estou-com-sintomas-respiratorios-e-agora.html>. Acesso em: 02 out. 2020.

D'AMICO, F. *et al.* Diarrhea during COVID-19 infection: pathogenesis, epidemiology, prevention, and management. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, [s. l.], v. 18, n. 8, p. 1663-1672, jul. 2020. DOI: 10.1016/j.cgh.2020.04.001

IBRAHIM, N. K. Epidemiologic surveillance for controlling Covid-19 pandemic: types, challenges and implications. **Journal of Infection and Public Health**, [s. l.], v. 13, n. 11, p. 1630-1638, nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.07.019>

ISER, B. P. M. *et al.* Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 3, p. e2020233, 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000300018

KUCHARSKI, A. J. *et al.* Early dynamics of transmission and control of COVID-19: a mathematical modelling study. **The Lancet Infectious Diseases**, [s. l.], v. 20, n. 5, p. 553-558, maio 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30144-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30144-4)

KUNUTSOR, S. K.; LAUKKANEN, J. A. Renal complications in COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **Annals of Medicine**, [s. l.], v. 52, n. 7, p. 345-353, 2020. DOI: 10.1080/07853890.2020.1790643. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07853890.2020.1790643>. Acesso em: 18 dez. 2020.

LIU, Y. *et al.* Aerodynamic Characteristics and RNA concentration of SARS-CoV-2 aerosol in Wuhan hospitals during COVID-19 outbreak. **Nature**, [s. l.], v. 582, p. 557-560, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2271-3>

MARTÍNEZ-GARCÍA, M. *et al.* Telemedicina con telemonitorización en el seguimiento de pacientes con COVID-19. **Revista Clínica Española**, [s. l.], v. 220, n. 8, p. 472-479, 2020.

MOEIN, S. T. *et al.* Smell dysfunction: a biomarker for COVID-19. **International Forum of Allergy & Rhinology**, [s. l.], v. 10, n. 8, p. 944-950, ago. 2020. DOI: 10.1002/alr.22587

ONG, S. W. X. *et al.* Air, surface environmental, and personal protective equipment contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) From a Symptomatic Patient. **JAMA**, [s. l.], v. 323, n. 16, p. 1610-1612, 2020.

PENG, X. *et al.* Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. **International Journal of Oral Science**, [s. l.], v. 12, n. 9, p. 1-6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9>

PORTNOY, J.; WALLER, M.; ELLIOTT, T. Telemedicine in the era of COVID-19. **The Journal of Allergy and Clinical Immunology in Practice**, [s. l.], v. 8, n. 5, p. 1489-1491, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.03.008>

VARATHARAJ, A. *et al.* Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. **The Lancet Psychiatry**, [s. l.], v. 7, n. 10, p. 875-882, out. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30287-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30287-X)

WILDER-SMITH, A.; FREEDMAN, D. O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. **Journal of Travel Medicine**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 1-4, 2020. DOI: 10.1093/jtm/taaa020.