

Experiências dos pacientes com as consultas remotas na atenção primária durante a pandemia de covid-19: estudo qualitativo sobre essa alternativa ao atendimento presencial

Patients' experiences with remote consultations in primary care during the COVID-19 pandemic: a qualitative study of this alternative to in-person care

Experiencias de los pacientes con las consultas remotas en la atención primaria durante la pandemia de COVID-19: un estudio cualitativo sobre esta alternativa a la atención presencial

Monique Thurm Valério¹ , Donavan de Souza Lucio¹ 

¹Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Florianópolis (SC), Brasil.

Resumo

Introdução: A teleconsulta foi introduzida repentinamente no Brasil como alternativa ao atendimento presencial durante a pandemia de covid-19. **Objetivo:** Buscamos saber como os pacientes percebem as consultas remotas e se as consideram comparáveis ao atendimento presencial ou apenas uma ferramenta de caráter excepcional imposta pelo cenário pandêmico. **Método:** Pesquisa qualitativa com entrevistas por vídeo guiadas por roteiro semiestruturado com pacientes na atenção primária de Florianópolis. Pacientes consultados remotamente pelos próprios médicos pesquisadores foram convidados a participar. Questionamos sobre experiências prévias com teleatendimento, aspectos técnicos, sentimentos sobre a teleconsulta, comparações com o atendimento presencial e perspectivas futuras. As entrevistas foram gravadas, transcritas e apreciadas por análise de conteúdo convencional.

Resultados: As consultas remotas e outras interações virtuais com o serviço de atenção primária foram bem recebidas, com qualidade comparável ao presencial e sem problemas técnicos limitantes. Essa ferramenta parece ser duradoura e promissora, mas não para qualquer condição ou demanda, cabendo ao profissional de saúde, na opinião dos pacientes, decidir entre a modalidade presencial ou remota no momento do atendimento. Os pacientes tendem a preferir o atendimento remoto para questões mais pontuais e o presencial para questões complexas e que demandam exame físico. A inspeção, possível por vídeo, não foi considerada um exame físico. Notamos que é convencional a existência de um “processo de consulta” composto por um disparador (problema ou queixa), seguido por um diálogo entre médico e paciente, exame físico, exame complementar e uma conduta. Quando todos os itens estão presentes, e nesta ordem, a interpretação é unanimemente de que houve uma “consulta.” Quando um desses quatro itens está ausente, a interação nem sempre é vista como “consulta,” e a conduta informada ao paciente muitas vezes foi interpretada como orientação isolada ou “triagem.” **Conclusões:** As consultas remotas foram bem avaliadas e tendem a permanecer como complemento ao cuidado presencial, sobretudo para demandas simples. Contudo, não substituem a consulta presencial em situações que exigem exame físico ou avaliação mais complexa. A noção de “consulta” permanece vinculada a um processo tradicional, e interações que não incluem todos os seus elementos nem sempre são reconhecidas como tal pelos pacientes. Assim, a teleconsulta se mostra uma ferramenta promissora, desde que utilizada com critérios clínicos claros e acompanhada de comunicação adequada entre profissional e usuário.

Palavras-chave: Consulta remota; Atenção primária à saúde; Satisfação do paciente; Telemedicina; Medicina de família e comunidade.

Como citar: Valério MT, Lucio DS. Experiências dos pacientes com as consultas remotas na atenção primária durante a pandemia de COVID-19: estudo qualitativo sobre essa alternativa ao atendimento presencial. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025 Jan-Dez; 20(47):3402. [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)3402](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)3402)

Autora correspondente:

Monique Thurm Valério
E-mail: monique.thurm@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

aprovado.

TCLE:

aplicado a todos os entrevistados.

Procedência:

não encomendado.

Editor associado:

Francisco Eduardo da Fonseca Delgado

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 15/03/2022.

Aprovado em: 06/07/2025.



Abstract

Introduction: Teleconsultation was abruptly introduced in Brazil as an alternative to in-person care during the COVID-19 pandemic. **Objective:** We sought to understand how patients perceive remote consultations—whether they consider them comparable to face-to-face encounters or merely an exceptional measure imposed by the pandemic. **Methods:** This qualitative study used video interviews guided by a semi-structured script with patients from primary care in Florianópolis. Patients who had undergone remote consultations with the same physicians conducting the study were invited to participate. We inquired about previous experiences with telehealth, technical aspects, feelings about teleconsultation, comparisons with in-person visits, and future perspectives. The interviews were recorded, transcribed, and analyzed using conventional content analysis. **Results:** Remote consultations and other virtual interactions with the primary care service were well received, showing quality comparable to in-person care and no significant technical limitations. This tool appears to be enduring and promising, though not suitable for all conditions or demands. According to patients, it is up to the health care professional to decide whether in-person or remote care is more appropriate at the time of consultation. Patients tend to prefer remote modalities for punctual issues and in-person visits for more complex conditions requiring physical examination. Inspection—possible through video—was not considered a physical examination. We observed that there is a conventional “consultation process” consisting of a trigger (a problem or complaint), followed by dialogue between doctor and patient, physical examination, complementary tests, and management. When all these components are present, and in this order, the interaction is unanimously interpreted as a “consultation.” When one of these four components is absent, the interaction is not always perceived as a “consultation,” and the management provided is often interpreted merely as guidance or “triage.” **Conclusions:** Remote consultations were well evaluated and tend to remain as a complement to in-person care, especially for simple demands. However, they do not replace in-person consultations in situations that require physical examination or more complex assessment. The notion of a “consultation” remains linked to a traditional process, and interactions that do not include all of its elements are not always recognized as such by patients. Thus, teleconsultation appears to be a promising tool, provided that it is used with clear clinical criteria and accompanied by adequate communication between professional and user.

Keywords: Remote consultation; Primary health care; Patient satisfaction; Telemedicine; Family practice.

Resumen

Introducción: La teleconsulta fue introducida de manera repentina en Brasil como una alternativa a la atención presencial durante la pandemia de COVID-19. **Objetivo:** Buscamos comprender cómo los pacientes perciben las consultas remotas y si las consideran comparables a la atención presencial o simplemente una herramienta excepcional impuesta por la pandemia. **Métodos:** Estudio cualitativo con entrevistas por video guiadas por un guion semiestructurado con pacientes de atención primaria en Florianópolis. Los pacientes que fueron atendidos de forma remota por los propios médicos investigadores fueron invitados a participar. Se indagó sobre experiencias previas con la teleatención, aspectos técnicos, sentimientos acerca de la teleconsulta, comparaciones con la atención presencial y perspectivas futuras. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas mediante análisis de contenido convencional. **Resultados:** Las consultas remotas y otras interacciones virtuales con el servicio de atención primaria fueron bien recibidas, con una calidad comparable a la atención presencial y sin problemas técnicos relevantes. Esta herramienta parece ser duradera y prometedora, aunque no adecuada para cualquier condición o demanda. Según los pacientes, corresponde al profesional de salud decidir, en el momento de la atención, entre la modalidad presencial o la remota. Los pacientes tienden a preferir las modalidades remotas para cuestiones puntuales y la atención presencial para casos más complejos que requieren examen físico. La inspección, posible mediante video, no fue considerada un examen físico. Observamos que existe un “proceso de consulta” convencional compuesto por un desencadenante (problema o queja), seguido por un diálogo entre médico y paciente, examen físico, examen complementario y conducta. Cuando todos estos elementos están presentes y en este orden, la interacción se interpreta unánimemente como una “consulta.” Cuando falta alguno de estos cuatro elementos, la interacción no siempre es vista como una “consulta,” y la conducta informada al paciente suele interpretarse como una orientación aislada o un “triage.” **Conclusiones:** Las consultas remotas fueron bien evaluadas y tienden a permanecer como un complemento a la atención presencial, especialmente para demandas simples. Sin embargo, no reemplazan la consulta presencial en situaciones que requieren examen físico o una evaluación más compleja. La noción de “consulta” sigue vinculada a un proceso tradicional, y las interacciones que no incluyen todos sus elementos no siempre son reconocidas como tal por los pacientes. Así, la teleconsulta se muestra como una herramienta prometedora, siempre que se utilice con criterios clínicos claros y acompañada de una comunicación adecuada entre el profesional y el usuario.

Palabras clave: Consulta remota; Atención primaria de salud; Satisfacción del paciente; Telemedicina; Medicina familiar y comunitaria.

INTRODUÇÃO

As consultas remotas têm o potencial de aumentar a autonomia do paciente; reduzir tempo de atendimento e custos de deslocamento de pacientes e profissionais de saúde; e melhorar a qualidade assistencial.¹⁻³ Em contrapartida, tal modalidade também apresenta limitações. O toque físico é perdido e traz prejuízo nas dimensões sociais, como a falta do aperto de mão inicial à perda do toque no momento de acolher⁴. Além da perda do exame físico, que é fator determinante na construção da

relação médico-paciente e parte frequentemente necessária ao diagnóstico^{5,6}. Para Iona Heath, sem o vínculo que o toque cria não é possível iniciar o processo de cura⁴. A privacidade também pode ser prejudicada quando o paciente se consulta em local não protegido, muitas vezes com familiares ou colegas próximos⁴. A consulta remota pode ainda atrasar ou impedir diagnósticos, considerando a limitação do exame físico e a dificuldade do médico em perceber pequenas dicas oferecidas pelo paciente durante a consulta^{4,7}.

A pandemia de covid-19, vivida desde março de 2020 até o momento em que finalizamos este trabalho, marca a regulamentação da telemedicina no Brasil. Em março de 2020 o Conselho Federal de Medicina reconheceu a possibilidade e eticidade da consulta remota, “em caráter de excepcionalidade e enquanto durar a batalha de combate ao contágio da COVID-19”¹. Decretos municipais dispuseram sobre a circulação reduzida e orientaram para a restrição de pessoas, inclusive em estabelecimentos de saúde⁸. Apesar da recomendação de priorizar o atendimento remoto, as unidades de atenção primária não foram preparadas para tal. Profissionais da saúde e pacientes não receberam treinamento, não houve projeto-piloto e, até o momento, não há plataforma oficial para realizá-lo. Subitamente, a demanda por consultas remotas, antes inexistente, tornou-se massiva quando a Prefeitura Municipal de Florianópolis, Santa Catarina, em comunicação interna, orientou o cancelamento de consultas presenciais médicas e de enfermagem, com exceção de situações de maior risco de vulnerabilidade clínica e social; e o Governo do Estado de Santa Catarina recomendou reduzir os atendimentos a pacientes com síndrome gripal, com urgência ou emergência⁹.

Embora as consultas remotas sejam recomendadas como modalidade para contenção e superação da pandemia e apresentem benefícios potenciais, não compreenderemos seu alcance e sua funcionalidade enquanto não conhecermos a percepção dos principais afetados: os pacientes. Nosso objetivo foi conhecer a experiência dos pacientes com as consultas remotas, quais foram as motivações e limitações para optarem por esta modalidade, como as avaliam e comparam às consultas presenciais. Além de entender se eles consideram as consultas remotas promissoras ou se as percebem como uma ferramenta excepcional imposta pela pandemia.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa com entrevistas em profundidade guiadas por roteiro semiestruturado com análise de conteúdo convencional sobre as experiências dos pacientes com as consultas remotas, que em nossa pesquisa englobou as modalidades de mensagens de texto, ligações telefônicas e videochamadas¹⁰. O treinamento dos pesquisadores em entrevista e análise de dados qualitativos foi viabilizado pelos cursos *Qualitative Research Methods: Conversational Interviewing* e *Qualitative Research Methods: Data Coding and Analysis*, realizados em 2021 pelo programa de cursos online abertos do *Massachusetts Institute of Technology* no edX.

Nossa população compõe a área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) Estreito e da Equipe de Saúde da Família (eSF) 330 da UBSF Saco Grande.

A amostra do estudo foi selecionada por conveniência com base na definição prévia dos seguintes grupos: maiores de 60 anos; entre 18 e 25 anos; entre 25 e 60 anos; pais ou mães que se consultaram por interesse de seus filhos; e gestantes. Todos foram convidados por um dos dois médicos e pesquisadores e puderam conversar sobre a pesquisa e nossas motivações logo durante o convite.

Convidamos, após atendimento, pacientes que já haviam realizado alguma consulta remota, atendidos pela médica pesquisadora Monique Thurm Valério (MTV) ou pelo médico pesquisador Donavan de Souza Lucio (DSL) nas UBSF Estreito e Saco Grande, respectivamente, que se enquadraram nos grupos elencados para a pesquisa. Fizemos convites sequenciais pessoalmente e por mensagem de texto até atingirmos a saturação teórica dos dados.

Os participantes foram entrevistados por MTV por chamada de vídeo, com gravação do áudio e posterior transcrição com Transkriptor¹¹ e revisão por ambos os pesquisadores. O roteiro semiestruturado que utilizamos está disponível em acesso aberto¹².

Nossa expectativa era de que as opiniões divergissem principalmente quanto à idade, com maior resistência à consulta remota pelos mais velhos. Esperávamos opiniões convergentes entre pessoas que buscavam consulta para si e entre quem se consultava por interesse de seus filhos.

Em virtude do prévio conhecimento da população e dos dados socioeconômicos, não esperávamos grandes dificuldades em relação ao acesso à internet ou aos dispositivos eletrônicos. De acordo com os dados de 2010 do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, as Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH) que compõem a área de abrangência da UBSF Estreito possuem Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) entre 0,845 e 0,902, e as rendas per capita vão de R\$ 1.721 a R\$ 2.779¹³. Já a UDH que compõe a área de abrangência da eSF 330 possui IDHM de 0,807 e renda per capita de R\$ 1.008¹³. Para fins de comparação, Florianópolis possui IDHM de 0,847 e renda per capita de R\$ 2.097¹³.

As entrevistas foram realizadas em outubro e novembro de 2021 e duraram de 9 a 30 minutos. A partir da 4ª entrevista iniciamos a análise e julgamos atingida a saturação após a 11ª. Encerramos a análise dos dados em janeiro de 2022. Os participantes do estudo não foram envolvidos em outras fases além da entrevista. Nenhuma entrevista teve que ser refeita, nem tivemos necessidade de contatar novamente algum participante. Não apresentamos as transcrições aos participantes para comentários e/ou correções. Os participantes não foram convidados para a apresentação da pesquisa.

Inicialmente, analisamos três entrevistas, criamos códigos e definições no aplicativo Taguette¹⁴, depois codificamos separadamente as demais transcrições e comparamos para verificar convergências e divergências. Não houve divergências significativas entre as codificações. Na análise, organizamos os conteúdos em cinco temas, pelos quais estruturamos os resultados¹⁰. Os códigos e temas foram indutivos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, sob CAAE n.º 49615321.8.0000.0115.

RESULTADOS

Entrevistamos 11 pessoas, das 27 convidadas. Quem declinou a participação alegou incompatibilidade de horário para a coleta de dados; alguns não responderam o motivo da não participação; e dois não compareceram à entrevista agendada, mesmo após aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Participaram 4 pessoas do grupo maiores de 60 anos, 3 entre 18 e 25 anos, duas entre 25 e 60 anos, duas do grupo “pais que consultaram por interesse de seus filhos”, e nenhuma gestante. A maioria foi do sexo feminino (64%), com idade entre 19 e 61 anos (com média de 37,5 anos e 36 de mediana), e 82% eram da UBSF Estreito. Os códigos, definições e frequências estão detalhados no Quadro 1.

Quadro 1. Códigos, definições e frequências obtidas na análise de conteúdo.

Código	Definição	Somatório
Avaliação comparativa	Comparação entre presencial ou remoto	121
Motivos para	Motivos para optar por teleconsulta ou consulta presencial	70
Avaliação virtual	Avaliação das interações remotas	57
Escopo	Escopo de serviço do Centro de Saúde	52
Dificuldades	Dificuldade com interação que não envolvesse problemas técnicos	50
Processo de agendamento	Interação para agendamento de consulta	49
Experiências virtuais	Experiências prévias com teleatendimentos	38
Tempo	Menção a ganho, economia ou perda de tempo	37
Flexibilidade	Ferramentas dos entrevistados para lidar com obstáculos ou dificuldades	35
Interpretação de consulta	Interpretação de consulta fora da expectativa dos autores	31
Facilidades	Menção a aspectos facilitadores de determinado processo (remoto ou presencial)	30
Processo de consulta	Processo clássico no qual há, em geral: queixa, anamnese, exame físico e conduta	26
Técnicos	Aspectos ou problemas técnicos com internet ou dispositivos eletrônicos	24
Avaliação presencial	Avaliação do atendimento ou do serviço de saúde durante uma interação presencial	13
Sugestões	Sugestões para aprimoramento do serviço após pergunta ativa da entrevistadora	13
Avaliação global	Avaliação global do serviço de saúde, não solicitada pela entrevistadora	12
Local	Local onde foi realizada a teleconsulta	12
Terceiros	Interação motivada por interesse de terceiros (filhos ou filhas)	11
Precisou de ajuda?	Necessidade de ajuda para realizar a teleconsulta	8
Público versus privado	Comparação espontânea entre o serviço público e o serviço privado	7

Além das consultas, muitos abordaram outros processos realizados de forma remota, como agendamentos, solicitações de renovação de receita, dúvidas sobre o funcionamento do serviço e disponibilidade de insumos. Dessa forma, chamamos de interações virtuais quaisquer contatos não presenciais entre paciente e serviço ou profissionais de saúde.

Escopo e percepção global da atenção primária

Ao serem questionados sobre os serviços utilizados na UBSF antes da pandemia, todos responderam: consultas clínicas. Alguns pacientes trouxeram, ativamente, a consulta odontológica. Serviços como vacinas, procedimentos e farmácia foram raramente mencionados sem que fosse perguntado.

Surgiram comparações entre o remoto e o presencial, algumas esperadas por nós, como a possível economia de tempo, e outras inesperadas, como a expectativa de um entrevistado de que toda primeira consulta fosse remota.

As UBSF não sofreram críticas negativas, mas elogios tanto à resolutividade quanto ao tempo para acesso. Também houve comparações com o serviço particular, que não parece ser superior no acesso remoto.

Após a inclusão de formulário digital para solicitação de consulta, os pacientes referem utilizar majoritariamente a modalidade virtual para agendamentos, com menções ao ganho de tempo desta forma. Nenhum paciente referiu usar chamada telefônica para agendamentos.

Escolha da modalidade da consulta

Os entrevistados trouxeram como razões para a escolha pela modalidade remota: iniciativa dos profissionais de saúde ou do serviço; dúvidas clínicas pontuais; mostrar resultado de exames; dor que impossibilite o deslocamento; diagnóstico reconhecido pelo próprio paciente; e encaminhamento para especialistas focais.

Entre as razões que motivariam a busca pelo serviço presencial e preferência por essa modalidade, foram citadas: exame físico (sendo o assunto mais tratado, levantado em todas as entrevistas); e situações clínicas mais complexas ou mais graves. Tais situações seriam: prejuízo funcional ou dor de alta intensidade; avaliação de comportamento de crianças; e pessoas com dificuldade de comunicação. Além dessas, há o receio de que a consulta remota limite a coleta de informações importantes:

“Mas eu também tive uma época em que foi encontrado linfonodos no meu corpo. Se não fosse esse contato, se fosse por uma teleconsulta, eu não acharia isso, nem o médico acharia” (Mulher, entre 18 e 25 anos).

Experiências virtuais de interação entre pacientes e profissionais de saúde: facilidades, dificuldades, problemas e como lidar

As consultas remotas têm boa aceitação, e a maioria considera a qualidade do atendimento virtual comparável a do presencial. Ninguém havia experimentado essa modalidade antes da pandemia de covid-19.

Todas as entrevistas e todas as consultas aconteceram ou na residência ou no local de trabalho dos pacientes. Um entrevistado estava dentro do seu veículo, porém no estacionamento do trabalho. A privacidade não apareceu como uma dificuldade do atendimento remoto em nenhuma entrevista.

Houve receio em relação à modalidade remota quando esta foi realizada para avaliação de uma criança. A entrevistada que trouxe esse sentimento acredita que uma falha diagnóstica ocorrida em uma consulta por vídeo para o seu filho não teria acontecido em uma consulta presencial. Esta, por sua vez, foi lembrada positivamente por não ter problemas técnicos e pela praticidade de pegar as solicitações de exames, receitas ou medicações prescritas já no ato da consulta.

Superar problemas técnicos exige alguma destreza com tecnologia. Alguns entrevistados apontaram que pessoas idosas poderiam ter dificuldade com a tecnologia para iniciar ou manter consultas remotas. Essa dificuldade foi relatada por apenas uma participante, do grupo maiores de 60 anos, e foi resolvida com ajuda de um familiar, sem prejuízo ao acesso.

Pudemos, ao longo das entrevistas, vivenciar os problemas técnicos experienciados nas interações remotas. Alguns dos entrevistados fizeram ajustes logo no início da entrevista ao notarem falha de conexão — indo para mais perto do modem — ou problemas com o áudio do microfone ou da caixa de som — mitigados com a utilização de um fone de ouvido ou migrando do celular para o computador.

A adição do agendamento virtual para consultas remotas e presenciais foi tratada sempre de maneira positiva. Apenas uma entrevistada, do grupo maiores de 60 anos, relatou necessidade de ajuda para manejá-lo. Os ganhos, na percepção dos entrevistados, são: tempo de espera reduzido; previsibilidade da vaga e do horário para consulta; e comodidade de realização em casa ou no próprio trabalho. Essa ferramenta mitigou algumas dificuldades encontradas com o acesso exclusivamente

presencial. As citadas foram: dispêndio desnecessário de tempo; deslocamento até a UBSF; falta de estacionamento na UBSF; ter que se ausentar do trabalho; e ter de deixar os filhos sob supervisão de outra pessoa. Em síntese, como relatado por um dos entrevistados: o agendamento remoto pode ser realizado em casa ou no trabalho e confere uma sensação de previsibilidade aos que podem acordar ausências no trabalho.

Sobre o processo de uma consulta médica

Nas nossas indagações sobre como se deu a consulta remota e qual foi a experiência do paciente, notamos que é convencional haver um “processo de consulta” composto por um disparador, traduzido como um problema ou uma queixa, seguido por: um diálogo entre médico e paciente; exame físico; exame complementar; e uma conduta.

Quando todos esses itens estão presentes, na ordem mencionada, a interpretação é unanimemente de que houve uma consulta. Quando um desses itens está ausente, a interação nem sempre é vista como consulta, e a conduta informada ao paciente muitas vezes foi interpretada como orientação isolada ou triagem.

Embora passar do diálogo diretamente para o exame complementar, omitindo o exame físico, tenha sido um processo comumente esperado pelo paciente, tal formato também não foi apresentado como “consulta” por alguns:

“Também tem aqueles problemas que você vai presencial, mas você só pode ter o resultado final depois do exame, né? Então você acabou indo presencial à toa, vamos dizer assim” (Homem, entre 25 e 60 anos).

Alguns entrevistados interpretam como “triagem” quando não houve realização de exame físico e solicitação de exame complementar durante a consulta, embora estivessem presentes a queixa, o diálogo e a conduta. Em alguns casos, mesmo quando houve inspeção (examinação visual do paciente), o entrevistado não se considerou examinado.

Alguns entrevistados tratavam o esclarecimento de uma dúvida clínica ora como consulta, ora como triagem. O processo que compreende uma renovação de receita de medicamento contínuo — verificar a solicitação de renovação de receita, a busca de dados no prontuário, a própria renovação e o envio desta ao paciente — não foi considerado uma consulta por nenhum dos entrevistados. Mesmo o monitoramento (que inclui pesquisa de sintomas e orientações) após confirmação de covid-19, via ligação telefônica com médico ou enfermeiro, não foi considerado consulta.

Notamos também uma oscilação na interpretação do que é uma consulta durante a entrevista. No início da entrevista muitos pacientes não consideravam que haviam sido consultados, mas após a entrevista alguns pareceram trocar de opinião e considerar até uma troca de mensagens de texto como atendimento clínico.

Sugestões e perspectivas para o futuro

De acordo com todos os entrevistados, as interações remotas entre o serviço de saúde e os pacientes permanecerão após o fim da pandemia.

Todos os entrevistados relataram estar satisfeitos com os agendamentos remotos de consulta, e a maioria com as consultas remotas; com apenas uma entrevistada insatisfeita com o desfecho e com a conduta em uma consulta por vídeo. Todos consideram que o atendimento remoto será mantido, com diferentes opiniões quanto à abrangência e para quais situações. A maioria acha que se deve manter um acesso híbrido, remoto e presencial, sendo o remoto primariamente para agendamento de consulta, explanação de dúvidas pontuais e consultas de menor complexidade.

Todos os entrevistados acreditam que quem deve decidir entre presencial ou remoto diante de uma condição clínica é o profissional que realizará o atendimento.

Uma sugestão de correção para uma falha dos profissionais de saúde foi dar uma orientação objetiva sobre o desfecho da consulta remota, principalmente nas que são realizadas de forma assíncrona, pois algumas vezes mais de um profissional da eSF interage por texto com o paciente, podendo gerar confusão.

DISCUSSÃO

De acordo com os nossos dados, as consultas remotas e as outras interações virtuais com o serviço de atenção primária foram bem recebidas e vieram para ficar, não sendo para qualquer condição ou demanda, nem para todos. Sua principal limitação na opinião dos participantes é a falta de contato físico. A limitação do exame físico também foi apontada em outras pesquisas, tanto por pacientes^{2,15} quanto por profissionais de saúde^{3,16}.

A satisfação dos pacientes com as consultas por vídeo é elevada em todas as pesquisas na atenção primária que encontramos, mesmo no contexto rural^{2,17-20}. Entretanto, as avaliações dos profissionais de saúde quanto às consultas por vídeo são mistas^{3,20,21}. Outras interações virtuais, como agendamentos e solicitação de renovação de receitas, também são apontadas como mais eficientes por pacientes¹⁹.

Dados sobre avaliação de outras modalidades de consulta remota são escassos. Em um estudo qualitativo com médicos de família ou enfermeiros e pacientes, ambos acharam a consulta por telefone adequada apenas para questões breves, problemas simples ou para alguma informação pontual sobre algum problema já em acompanhamento²². As consultas por telefone são inferiores às consultas por vídeo, de acordo com outro estudo qualitativo realizado com médicos e enfermeiros²³.

Esclarecemos que interpretamos a satisfação dos entrevistados com as consultas remotas e outras interações virtuais como uma resposta afetiva positiva, individual, sem uso de escala para quantificação¹².

O escopo das consultas remotas é bem descrito por um estudo qualitativo que analisou as percepções de médicos de família sobre as consultas por vídeo durante a pandemia de covid-19²¹. Estas são adequadas e efetivas para os pacientes já conhecidos, podem otimizar o fluxo de trabalho clínico, são mais demarcadas e restritas a um problema por consulta; contudo, limitam a percepção de sinais não verbais valiosos, evidenciados em consultas presenciais²¹. Outro estudo transversal chega a conclusões semelhantes²⁴.

Um estudo que avaliou mais de 137 mil consultas por vídeo observou que as principais dificuldades em completar uma consulta são técnicas²⁵. Cerca de 10% das consultas por vídeo foram convertidas em consultas por telefone, e os principais fatores associados foram o desconforto do clínico com a tecnologia, além da idade avançada do paciente²⁵.

Segundo um estudo que avaliou os fatores que influenciam a escolha dos pacientes por consulta presencial, por vídeo ou telefone, os pacientes com idade acima de 65 anos são menos propensos a escolher consulta remota comparado aos de 18 a 44 anos, e pessoas com acesso facilitado à internet são mais propensas a escolher consultas por vídeo²⁶. Outro resultado interessante, e que vai ao encontro com a opinião de um dos

nossos entrevistados, é que pacientes cuja clínica tinha estacionamento pago foram mais propensos a optar por uma consulta remota do que pacientes cujas clínicas tinham estacionamento gratuito²⁶.

Ao longo das entrevistas, entramos em contato com opiniões inesperadas, como a de que a primeira consulta deve ser sempre remota, apesar de considerarem a falta de exame físico uma limitação. Apesar de tal ideia ter sido levantada por gestores influentes como Matt Hancock (Secretário de Estado de Saúde do Reino Unido de 2018 a 2021), que durante a pandemia sugeriu que todas as consultas no Reino Unido fossem virtuais⁷, pensamos no oposto: que seria melhor que o primeiro contato entre médico e paciente fosse presencial. Concordamos com Heath que o toque alcança do recém-nascido ao idoso, principalmente quando palavras são impotentes⁴. No Brasil não tivemos tal indicação, e o atendimento remoto pode ser usado para complementação de acesso.

Notamos uma contradição na preferência por uma modalidade de consulta. Alguns pacientes trouxeram durante toda a entrevista uma preferência nítida pela consulta presencial, mas ao final, quando questionados ativamente sobre qual modalidade escolheriam para se consultar, escolheram a remota. Questionamos se houve viés por estarem conversando com a médica remotamente naquele momento ou uma tentativa de “acertar” o que a entrevistadora supostamente estaria querendo ouvir. Não sabemos ao certo se houve algo durante a entrevista que possa ter influenciado esse fenômeno, mas acreditamos que possa ter sido o próprio processo da entrevista, no qual demandamos ao paciente pensar criticamente sobre o serviço que utilizou.

Um acontecimento curioso para os autores foi a não participação de gestantes na entrevista: nenhuma das oito que aceitaram o convite efetivamente participou. Algumas aceitaram participar e faltaram no dia da entrevista ou não responderam no momento de agendar; outras nem chegaram a responder o pedido. Supomos que isso se deva ao fato de elas fazerem parte de um dos grupos com acesso presencial garantido e dependerem menos de consultas remotas, além de possivelmente terem menor disposição ou tolerância para interações com profissionais de saúde por já acessarem com frequência o serviço durante o pré-natal. Acreditamos que esse fato, somado a termos apenas 2 participantes em cada um dos grupos “maiores de 60 anos” e “pais que consultam por interesse de seus filhos”, seja uma limitação do estudo.

Alguns pacientes trazem o imaginário de que um médico conseguiria atender uma quantidade muito maior de pacientes se estes fossem “triados”, pelo próprio profissional que irá atendê-los, remotamente.

“Isso, às vezes vai gente que não precisa presencial e está lá, entendeu? Coisa que uma dor ali com uma orientação do médico remota resolveria. E uma pessoa que precisa realmente presencial não consegue a consulta porque tem gente que não precisava estar ali e está, entendeu?” (Homem, entre 25 e 60 anos).

Supomos que isso se deva à desconsideração da preparação do equipamento previamente à consulta e do preenchimento de prontuário, prescrições e formulários posteriores à consulta: momentos que são facilmente percebidos pelos pacientes que estão na sala de espera. A flexibilidade trazida pela introdução da consulta remota também tem essa limitação: é mais uma modalidade, e enquanto o profissional faz um atendimento remoto, não pode fazer um atendimento presencial — e vice-versa.

Entretanto, um ensaio quase-experimental que comparou a duração das consultas presenciais com as por telefone ou vídeo obteve que as consultas remotas são mais curtas³. As consultas presenciais, com duração média de 9,6 minutos, foram, em média, 3,7 minutos mais longas que as por vídeo e 4,1 minutos mais longas que as consultas por telefone³. Foram avaliadas apenas consultas de pacientes já

em acompanhamento, e não está nítido se foi computado na duração a consulta completa, com registro e outras atividades como prescrições, solicitações de exames e encaminhamentos³.

A consulta remota é uma ferramenta bem aceita por pacientes e útil para avaliação, cuidado e tratamento, e pode ter mitigado a desassistência durante a pandemia de covid-19¹. Entretanto, a opinião de usuários sem acesso à internet ou a dispositivos para as consultas remotas não foi captada em nossa pesquisa, e essa talvez seja a parcela populacional mais afetada pela sindemia⁴. Felizmente, para os pacientes que não têm acesso a essa ferramenta, a demanda espontânea e o atendimento presencial continuam fazendo parte de nossa carteira de serviços em Florianópolis.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao coorientador Charles Dalcanale Tesser, sua ajuda no delineamento do projeto, que foi aprovado como trabalho de conclusão da residência médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MTV: Conceituação, Metodologia, Investigação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. DSL: Conceituação, Metodologia, Investigação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN de, Ribeiro G da R, Santos DL, et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(5):e00088920. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>
2. Powell RE, Henstenburg JM, Cooper G, Hollander JE, Rising KL. Patient Perceptions of Telehealth Primary Care Video Visits. *Ann Fam Med*. 2017;15(3):225-9. <https://doi.org/10.1370/afm.2095>
3. Hammersley V, Donaghy E, Parker R, McNeilly H, Atherton H, Bikker A, et al. Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations: a non-randomised, quasi-experimental, exploratory study in UK primary care. *Br J Gen Pract*. 2019;69(686):e595-604. <https://doi.org/10.3399/bjgp19x704573>
4. The year of practising dangerously [Internet]. 2020 [citado 26 de maio de 2021]. (Family Medicine Forum). Disponível em: https://youtu.be/PbtrshD_cgQ?t=496
5. Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *Br Med J*. 1975;2(5969):486-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5969.486>
6. Verghese A, Horwitz RI. In praise of the physical examination. *BMJ*. 2009;339:b5448. <https://doi.org/10.1136/bmj.b5448>
7. Swinglehurst D, Dowrick C, Heath I, Hjörleifsson S, Hull S, Misselbrook D, et al. 'Bad old habits' and what really matters. *Br J Gen Pract*. 2020;70(699):485-486. <https://doi.org/10.3399/bjgp20x712745>
8. Prefeitura de Florianópolis [Internet]. [citado 14 de maio de 2023]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/transparencia/index.php?pagina=legislacaoCOVID&menu=12&submenuid=1&cms=legislacao+referente+a+covid19&IdEntidade=17>
9. Estado de Santa Catarina. Decreto nº 562, de 17 de abril de 2020 [Internet]. 2020 [citado 10 de julho de 2023]. Disponível em: <https://dados.sc.gov.br/dataset/149a36ac-19c6-47b3-b873-9c0512f7a4db/resource/d7ed8d02-7428-4419-b369-9a9cde5fcf8c/download/decreto-n-562-de-17.04.2020.pdf>
10. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277-88. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
11. ©Transkriptor 2021 [Internet]. [acessado em 9 dez. 2025]. Disponível em: <https://transkriptor.com/pt-br/>

12. Thurm Valério M, de Souza Lucio D. Roteiro de entrevista para a pesquisa: Percepções de Pacientes sobre o Atendimento Remoto na Atenção Primária de Florianópolis. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6360751>
13. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação João Pinheiro. Bases do Censo e das UDHS por Regiões Metropolitanas. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]. 2019 [citado 14 de janeiro de 2023]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/acervo/biblioteca>
14. Rampin R, Rampin V. Taguette: open-source qualitative data analysis. *J Open Source Softw.* 2021;6(68):3522. <https://doi.org/10.21105/joss.03522>
15. AlMatar R, Al-Haqan A, Abdullah I, Waheedi S. Population perceptions of health care services provided virtually (telehealth): a cross-sectional study. *J Public Health Oxf Engl.* 2023;45(2):505-12. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdac056>
16. Halcomb EJ, Ashley C, Dennis S, McInnes S, Morgan M, Zwar N, et al. Telehealth use in Australian primary healthcare during COVID-19: a cross-sectional descriptive survey. *BMJ Open.* 2023;13(1):e065478. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065478>
17. Slightam C, Gregory AJ, Hu J, Jacobs J, Gurmessa T, Kimerling R, et al. Patient perceptions of video visits using veterans affairs telehealth tablets: survey study. *J Med Internet Res.* 2020;22(4):e15682. <https://doi.org/10.2196/15682>
18. Mueller M, Knop M, Niehaves B, Adarkwah CC. Investigating the acceptance of video consultation by patients in rural primary care: empirical comparison of preusers and actual users. *JMIR Med Inform.* 2020;8(10):e20813. <https://doi.org/10.2196/20813>
19. Zanaboni P, Fagerlund AJ. Patients' use and experiences with e-consultation and other digital health services with their general practitioner in Norway: results from an online survey. *BMJ Open.* 2020;10(6):e034773. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034773>
20. O'Cathail M, Sivanandan MA, Diver C, Patel P, Christian J. The use of patient-facing teleconsultations in the National Health Service: scoping review. *JMIR Med Inform.* 2020;8(3):e15380. <https://doi.org/10.2196/15380>
21. Norberg BL, Getz LO, Johnsen TM, Austad B, Zanaboni P. General practitioners' experiences with potentials and pitfalls of video consultations in Norway during the COVID-19 lockdown: qualitative analysis of free-text survey answers. *J Med Internet Res.* 2023;25:e45812. <https://doi.org/10.2196/45812>
22. McKinstry B, Watson P, Pinnock H, Heaney D, Sheikh A. Telephone consulting in primary care: a triangulated qualitative study of patients and providers. *Br J Gen Pract.* 2009;59(563):e209-18. <https://doi.org/10.3399/bjgp09x420941>
23. Donaghy E, Atherton H, Hammersley V, McNeilly H, Bikker A, Robbins L, et al. Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract.* 2019;69(686):e586-94. <https://doi.org/10.3399/bjgp19x704141>
24. Johnsen TM, Norberg BL, Kristiansen E, Zanaboni P, Austad B, Krogh FH, et al. Suitability of video consultations during the COVID-19 pandemic lockdown: cross-sectional survey among norwegian general practitioners. *J Med Internet Res.* 2021;23(2):e26433. <https://doi.org/10.2196/26433>
25. Crotty BH, Hyun N, Polovneff A, Dong Y, Decker MC, Mortensen N, et al. Analysis of clinician and patient factors and completion of telemedicine appointments using video. *JAMA Netw Open.* 2021;4(11):e2132917. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.32917>
26. Reed ME, Huang J, Graetz I, Lee C, Muelly E, Kennedy C, et al. Patient characteristics associated with choosing a telemedicine visit vs office visit with the same primary care clinicians. *JAMA Netw Open.* 2020;3(6):e205873. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.5873>