

# Percepções de pacientes sobre o atendimento remoto na atenção primária de cidade

Patients' perceptions of remote care in municipal primary health care

*Percepciones de los pacientes sobre la consulta remota en atención primaria en ciudad*

Monique Thurm Valério<sup>1</sup> , Donavan de Souza Lucio<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Florianópolis (SC), Brasil.

## Resumo

**Introdução:** O atendimento remoto é a forma de troca de informações entre profissional da saúde e paciente por meio de dispositivos eletrônicos sobre questões relacionadas à saúde. Essa forma de cuidado aumentou consideravelmente nos últimos meses, sobretudo por ter sido uma tentativa de impedimento de disseminação do vírus da COVID-19. **Objetivo:** Entender a percepção de usuários de diferentes grupos populacionais sobre os atendimentos remotos realizados na atenção primária de Florianópolis (SC). **Métodos:** Pesquisa qualitativa, na qual os pacientes consultados remotamente pelos pesquisadores foram convidados a participar de entrevista em profundidade sobre o atendimento remoto prévio, de acordo com grupos que poderiam, na opinião dos pesquisadores, apresentar diferentes opiniões. As entrevistas foram gravadas após consentimento, com posterior transcrição e análise de conteúdo convencional. **Resultados:** As consultas remotas e as interações virtuais com o serviço de atenção primária foram bem recebidas, com qualidade comparável à das consultas presenciais, sem problemas técnicos limitantes. A ferramenta virtual parece ser duradoura e promissora, mas não para qualquer condição ou demanda, cabendo ao profissional de saúde, na opinião dos pacientes, decidir entre o presencial ou o remoto no momento do atendimento. Os pacientes tendem a preferir a modalidade remota para questões mais pontuais e a 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 de um disparador (problema ou uma queixa), seguido de: um diálogo entre médico e paciente; exame físico; exame complementar; e conduta. Quando todos os itens estão presentes e nessa ordem, 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. **Conclusões:** Apesar de o virtual ser uma ferramenta útil na ampliação das formas de acesso a cuidados em saúde, a interpretação de consulta no atendimento remoto pode ser discordante entre profissional de saúde e paciente. Isso pode estar relacionado tanto com o formato virtual quanto com a necessária falta do toque físico, que todas as modalidades trazem. A opinião de usuários que não têm acesso à internet, ou a dispositivos, não foi captada. Felizmente, para os pacientes que não têm acesso a essa ferramenta, a demanda espontânea e o atendimento presencial continuam fazendo parte da carteira de serviços em Florianópolis.

**Palavras-chave:** Consulta remota; Atenção primária à saúde; Satisfação do paciente; Políticas de saúde; Telemedicina; Medicina de Família e Comunidade.

### **Autora correspondente:**

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

### **Fonte de financiamento:**

não se aplica.

### **Parecer CEP:**

não se aplica.

### **TCLE:**

não se aplica.

### **Procedência:**

não encomendado.

### **Editor associado:**

Francisco Eduardo da Fonseca Delgado

### **Avaliação por pares:**

externa.

Recebido em: 15/03/2022.

Aprovado em: 06/07/2025.

**Como citar:** Valério MT, Lucio DS. Percepções de pacientes sobre o atendimento remoto na atenção primária de cidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025;20(47):3402. [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)3402](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)3402)



## Abstract

**Introduction:** Remote care consists in the model health professionals and patients exchange information through electronic devices on health-related issues. This form of care has considerably increased, mainly because it was an attempt to prevent the spread of the new coronavirus (COVID-19).

**Objective:** To understand the perception of users from different population groups about remote care provided in primary health care in the city of Florianópolis (state of Santa Catarina, Brazil). **Methods:** Qualitative research, in which patients remotely contacted by researchers themselves were invited to participate in an in-depth interview about previous remote care, according to groups that could, from the researchers' perspective, present different opinions. The interviews were recorded after obtaining patient's consent, with subsequent transcription and conventional content analysis.

**Results:** Remote consultations and virtual interactions with the primary care service were well received, with quality comparable to face-to-face appointments, without limiting technical problems. This tool seems to be long-lasting and promising, but not for any condition or demand, and it is up to the health professional, in the patients' opinion, to decide between face-to-face or remote care at the time of care. Patients tend to prefer remote modalities for more specific issues and face-to-face modalities for complex issues that require physical examination. Medical inspection, made possible by video, was not considered a physical examination. We noticed there is a conventional consultation process, consisting of a trigger (problem or a complaint) and followed by: 1) dialogue between physician and patient; 2) physical examination; 3) complementary examination; and 4) conduct. When all items are present, and in that order, there is a unanimous interpretation that a consultation took place. When one of these items is absent, the interaction is not always seen as a consultation and the conduct informed to the patient has often been interpreted as isolated guidance or screening. **Conclusions:** Despite being a useful tool in expanding the forms of access to health care, the interpretation of consultation in remote care may be discordant between health professionals and patients. This can be related both to the virtual format and to the necessary lack of physical touch inherent in all modalities. We did not gather the opinion of users who do not have access to the Internet or other devices. Fortunately, for patients who do not have access to this tool, spontaneous demand and face-to-face care continue to be part of the services provided in Florianópolis.

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

## Resumen

**Introducción:** La atención remota es una forma de intercambio de información entre profesionales de la salud y pacientes a través de dispositivos electrónicos sobre temas relacionados con la salud. Esta forma de atención se ha incrementado considerablemente en los últimos meses, principalmente porque fue un intento de evitar la propagación del virus Covid-19. **Objetivo:** Comprender la percepción de los usuarios de diferentes grupos de población sobre la atención a distancia proporcionada en la atención primaria en Florianópolis. **Métodos:** Investigación cualitativa, en la que los pacientes consultados a distancia por los propios investigadores fueron invitados a participar en una entrevista en profundidad sobre la atención remota previa, según grupos que pudieran, a juicio de los investigadores, presentar opiniones diferentes. Las entrevistas fueron grabadas previo consentimiento, con posterior transcripción y análisis de contenido convencional. **Resultados:** Las consultas remotas y las interacciones virtuales con el servicio de atención primaria fueron bien recibidas, con una calidad comparable a las consultas presenciales, sin limitar los problemas técnicos. Esta herramienta parece duradera y prometedora, pero no para cualquier condición o demanda, y corresponde al profesional de la salud, en opinión de los pacientes, decidir entre la atención presencial o remota en el momento de la atención. Los pacientes tienden a preferir las modalidades remotas para preguntas más específicas y las modalidades presenciales para preguntas complejas que requieren un examen físico. La inspección, posible por video, no se consideró un examen físico. Señalamos que es convencional la existencia de un "proceso de consulta" consistente en un disparador (problema o queja), seguido de: 1) un diálogo entre médico y paciente; 2) examen físico; 3) examen complementario; y 4) conducta, cuando están presentes todos los ítems, y en ese orden, se interpreta por unanimidad que hubo "consulta". Cuando uno de estos ítems está ausente, la interacción no siempre es vista como una "consulta" y la conducta informada al paciente muchas veces ha sido interpretada como una orientación aislada o "traje". **Conclusiones:** A pesar de ser una herramienta útil para ampliar las formas de acceso a la atención en salud, la interpretación de "consulta" en la atención a distancia puede ser discordante entre los profesionales de la salud y los pacientes. Esto puede estar relacionado tanto con el formato virtual como con la necesaria falta de toque físico que traen todas las modalidades. No se captó la opinión de los usuarios que no tienen acceso a internet o dispositivos. Afortunadamente, para los pacientes que no tienen acceso a esta herramienta, la demanda espontánea y la atención presencial siguen siendo parte de nuestra cartera de servicios en Florianópolis.

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

## INTRODUÇÃO

A teleconsulta (ou teleatendimento) é a forma de troca de informações entre profissional da saúde e paciente por meio de dispositivos eletrônicos e plataformas virtuais, com o objetivo de proporcionar cuidado centrado no paciente.<sup>1</sup> Faz parte do conjunto maior conhecido como telessaúde, que abrange outros termos relacionados, incluindo: teleconsultoria, telediagnóstico, telemonitoramento, teleducação.<sup>2</sup>

Apesar de estudos anteriores considerarem que a telemedicina surgiu no fim do século XX, esta ainda é uma atividade relativamente nova para parte da população e dos profissionais de saúde, não em termos temporais, mas sim pelo fato de enfrentar desafios de ordens técnica, legal, ética, regulatória e cultural.<sup>3</sup>

A pandemia de COVID-19, vivida desde março 2020 até o momento em que redigimos este trabalho, foi um marco para o teleatendimento no Brasil, já que mudou o contexto de normatização do seu uso. Em ofício de março de 2020, o Conselho Federal de Medicina reconheceu a possibilidade e eticidade da utilização da teleconsulta, “em caráter de excepcionalidade e enquanto durar a batalha de combate ao contágio da COVID-19”.<sup>2</sup>

As condições para atendimento remoto, já bem estabelecidas, incluem: cuidados com feridas, aconselhamento genético pré-natal, planejamento familiar, cuidado cardiovascular e cuidado domiciliar.<sup>1</sup> Entretanto, por a telemedicina ser um campo recente no âmbito da saúde, dispomos de poucas pesquisas brasileiras de como a população, conforme sua cultura e necessidades únicas, percebe essa inovação.

É conhecido por pesquisas prévias que o teleatendimento tem potencial de aumentar o acesso à saúde e a autonomia do paciente e de diminuir impedimentos relacionados a transporte, além de reduzir tempo de atendimento, custos de deslocamento de pacientes e profissionais de saúde e melhorar a qualidade assistencial.<sup>1,2</sup>

Em contrapartida, é importante ressaltar que tal modalidade de atendimento também apresenta limitações. O toque físico é perdido, e a telemedicina traz prejuízo nas dimensões sociais, como a falta do aperto de mão inicial e a perda do toque no momento de acolher,<sup>4</sup> além da perda do exame físico, que é fator determinante na construção da relação médico e paciente e parte frequentemente necessária ao diagnóstico.<sup>5,6</sup> Para Iona Heath,<sup>4</sup> sem o vínculo que o toque cria, não é possível iniciar o processo de cura. A privacidade também pode ser prejudicada, quando o paciente se consulta em local não protegido, muitas vezes com familiares ou colegas próximos. O teleatendimento pode ser potencialmente perigoso para pacientes e profissionais, considerando que a falta de possibilidade de examinar o paciente e perceber pequenas dicas oferecidas por ele durante a consulta pode atrasar ou impedir diagnósticos.<sup>4,7</sup>

Embora as teleconsultas sejam recomendadas como modalidade para contenção e superação da pandemia e apresentem benefícios potenciais, não entenderemos seu alcance nem funcionalidade enquanto não conhecermos a percepção dos principais envolvidos nessa interação: os pacientes. Eles se sentiriam suficientemente satisfeitos, escutados e compreendidos a ponto de o processo terapêutico ser iniciado e finalizado remotamente?

Resta-nos a dúvida se os pacientes percebem as consultas virtuais, nas suas diversas modalidades, como satisfatórias, comparáveis ao atendimento presencial, ou apenas uma ferramenta de caráter excepcional imposta pela pandemia.

Os objetivos do estudo foram: conhecer a experiência do paciente com a teleconsulta e sua avaliação global de satisfação com esse método de comunicação, suas preferências entre as modalidades (vídeo, voz e texto), como compara as consultas remotas com as presenciais, se prefere, pretere ou não faz distinção entre presencial e remoto. Entender se o paciente considera o teleatendimento uma modalidade promissora, com viabilidade após a pandemia e o retorno normal à circulação, ou se o percebe como uma ferramenta momentânea, com limitações importantes de vínculo ou outros defeitos.

## MÉTODOS

### Desenho do estudo

Pesquisa qualitativa, com entrevistas em profundidade e análise de conteúdo convencional.<sup>8</sup> Teve como inspiração o trabalho, também qualitativo, “Patient perceptions of telehealth primary care video visits”,<sup>1</sup> com a diferença de que aqui se ampliou o escopo dos atendimentos estudados, adicionando outras formas de teleatendimento, além da videoconsulta, abordada no artigo citado, como ligação de voz e mensagens de texto.

### Amostra

Como, por motivos éticos nacionais relacionados ao comitê de ética, não pudemos obter uma lista para compor a amostra, os pacientes que se enquadraram nos grupos elencados para a pesquisa foram convidados pelos pesquisadores a participar da investigação após atendimento realizado pela médica pesquisadora MMM ou pelo médico pesquisador DDD nas unidades básicas de saúde da família EEE e SSS, respectivamente. Convidamos pacientes de distintos grupos após teleatendimento ou consulta presencial com paciente que tinha registro de teleatendimento, de forma a garantir diversidade suficiente de experiências. Fizemos convites sequenciais, até atingirmos a saturação teórica dos dados, para um paciente de cada um dos seguintes grupos:

- pacientes maiores de 60 anos;
- entre 18 e 25 anos (adultos jovens);
- entre 25 e 60 anos;
- pais ou mães que passam por consultas por interesse de seus filhos.

### Coleta e análise dos dados

Os participantes, após terem lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e terem concordado com a participação, foram entrevistados com perguntas em profundidade<sup>9</sup> pela entrevistadora MMM na modalidade de chamada por vídeo, com gravação e posterior transcrição<sup>9</sup> por MMM e revisão por DDD.

Na chamada de vídeo, por aplicativo telefônico, realizamos perguntas abertas acerca das impressões do paciente sobre a consulta e o potencial dessa forma de atendimento. As perguntas abordaram experiências prévias com videochamada, problemas técnicos com a visita e as perspectivas futuras.

MMM e DDD codificaram<sup>10</sup> separadamente as transcrições consideradas mais complexas de acordo com a entrevistadora e depois as compararam, para discussão e elaboração dos códigos e definições, que foram avaliados por análise de conteúdo convencional.<sup>8</sup>

### Considerações éticas

O projeto deste estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 49615321.8.0000.0115. Respeitamos os preceitos éticos e científicos dispostos na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, a respeito da pesquisa envolvendo seres humanos.

À Comissão de Ética, foi enviado o modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pacientes, necessário a esta pesquisa, por se tratar de um inquérito. A identificação nas transcrições foi codificada, sem identificação possível em caso de vazamento de dados. Não foram entrevistados pacientes menores de idade. O acesso às informações colhidas foi permitido única e exclusivamente aos pesquisadores envolvidos. Assumiu-se o risco de quebra de sigilo involuntária e não intencional sobre os dados dos participantes no caso de extravio ou furto dos dispositivos eletrônicos que armazenam os dados utilizados para a pesquisa com posterior quebra das senhas de uso pessoal. Ressalta-se que o risco foi mínimo, e, com o intuito de reduzi-lo e garantir o direito fundamental à privacidade, não foram adquiridos dados ou publicados resultados que permitam a identificação direta do paciente. A confidencialidade dos dados e seu sigilo foram assegurados por todos os participantes da pesquisa, e a divulgação de resultados não tem registro nominal.

## RESULTADOS

Entrevistamos 11 pessoas, das 27 convidadas. A maioria das pessoas era do sexo feminino, com idade entre 18 e 25 anos. Participaram quatro pessoas do grupo adultos entre 18 e 25 anos, três do grupo entre 25 e 60 anos, duas maiores de 60 anos, dois pais que passaram por consulta por interesse de seus filhos e nenhuma gestante.

### Escopo e avaliação global da atenção primária

Ao serem questionados sobre os serviços utilizados na unidade básica de saúde da família antes da pandemia, todos responderam: consultas clínicas. Alguns pacientes trouxeram, ativamente, a consulta odontológica. Serviços como vacinas, procedimentos e farmácia foram raramente mencionados de maneira espontânea.

Surgiram comparações entre o atendimento remoto e o presencial, algumas esperadas por nós, como a possível vantagem em relação ao tempo, e outras inesperadas, como a expectativa de um paciente de que toda a primeira consulta fosse remota. Além disso, houve uma aparente divergência entre o médico e o paciente no entendimento da definição de consulta clínica.

As unidades básicas de saúde da família não sofreram críticas negativas. Elas foram elogiadas pela população entrevistada tanto quanto à resolutividade quanto ao tempo para acesso. Houve até mesmo comparação com o serviço particular, que não parece ser superior no quesito acesso remoto.

A busca pelo serviço de saúde antes das restrições de acesso que aconteceram no primeiro semestre de 2020 decorrentes da pandemia consistia em ida presencial à unidade básica de saúde. Nenhum paciente disse ter usado o telefone para agendamento de consultas. Após a inclusão de formulário digital para solicitação de consulta, os pacientes contaram utilizar majoritariamente a modalidade virtual para agendamento, com menções ao ganho de tempo.

### Escolha da modalidade da consulta

Os entrevistados trouxeram como razões para a modalidade remota: iniciativa dos profissionais de saúde ou do serviço durante restrições de contato da pandemia; dúvidas clínicas pontuais; mostrar resultados de exames; dor que impossibilita o deslocamento; diagnóstico reconhecido pelo próprio paciente; encaminhamento para especialista de assuntos que não estejam no escopo do médico de família e comunidade.

Entre as razões que motivariam a busca pelo serviço presencial e a preferência por essa modalidade, foram citadas: exame físico (o assunto mais tratado, levantado em todas as entrevistas); situações clínicas mais complexas e graves, que segundo os pacientes são prejuízo funcional ou dor de alta intensidade; avaliação de comportamento de crianças; e pessoas com dificuldade de comunicação. Além disso, 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”*.

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

A consulta remota, que em nossa pesquisa englobou as modalidades mensagens de texto, ligações telefônicas e videochamadas, tem boa aceitação entre os pacientes entrevistados, e a maioria considera a qualidade do atendimento virtual comparável à qualidade do atendimento presencial. Nenhum deles havia experimentado essa modalidade de consulta antes do marco da pandemia de COVID-19.

Todas as entrevistas e 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.

Os entrevistados preferem a consulta presencial para queixas clínicas, geralmente levantando a possibilidade do exame físico nessa modalidade, e ninguém considerou a inspeção possível por vídeo como exame físico.

Houve receio com consulta remota quando esta foi realizada para avaliação de uma criança. A entrevistada que trouxe esse sentimento acredita que uma falha de diagnóstico ocorrida em uma consulta por vídeo com o seu filho não teria acontecido em uma consulta presencial.

Superar problemas técnicos exige alguma destreza com tecnologia. Foi levantada a possibilidade, por meio de exemplo de familiares, de que pessoas idosas poderiam ter dificuldade com a tecnologia para iniciar ou manter consultas remotas. Essa dificuldade foi relatada por apenas um participante do grupo de entrevistados de 60 anos ou mais e resolvida com a 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 (microfone ou caixa de som), utilizando um fone de ouvido ou trocando do celular para o computador.

A adição do agendamento virtual foi tratada sempre de maneira positiva. Apenas uma entrevistada relatou necessidade de ajuda para manejar as ferramentas utilizadas. Os ganhos, na percepção dos entrevistados, são o tempo de espera reduzido; a previsibilidade da vaga e do horário para consulta; e a flexibilidade do local do agendamento, podendo ser em casa ou no próprio trabalho.

O processo de agendamento virtual para consultas presenciais e a própria consulta remota suprimiram algumas dificuldades encontradas com o acesso exclusivamente presencial. As citadas foram: dispêndio desnecessário de tempo; deslocamento até a unidade básica de saúde; não haver estacionamento na unidade básica de saúde; precisar se ausentar do trabalho; ter de deixar os filhos sob supervisão de outra pessoa.

Ou seja, como relatado por um dos entrevistados: o agendamento remoto pode ser realizado em casa ou no próprio trabalho e dá a sensação de previsibilidade aos que podem acordar ausências no trabalho.

A consulta presencial foi lembrada positivamente, por não apresentar problemas técnicos e pela praticidade de se pegar os exames solicitados, as receitas ou até mesmo medicações prescritas já no ato da consulta.

## Sobre o processo de consultas médicas

Nas nossas indagações sobre como se deu a consulta remota e qual foi a experiência do paciente, notamos que convencionalmente há um processo de consulta, composto de um disparador, traduzido como um problema ou uma queixa, seguido por:

- diálogo entre médico e paciente;
- exame físico;
- exame complementar;
- conduta.

Quando todos esses itens estão presentes e nessa ordem, interpreta-se unanimemente que houve uma consulta. Quando um desses itens está ausente, a interação nem sempre é vista como consulta, e a conduta muitas vezes foi interpretada pelo paciente como orientação isolada ou triagem.

Embora pular do diálogo para o exame complementar tenha sido um processo comumente esperado pelo paciente, tal formato tampouco 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”*.

Alguns entrevistados entenderam a consulta como triagem quando não houve exame físico nem exame complementar, embora estivessem presentes a queixa, o diálogo e a conduta. Em alguns casos, mesmo quando a inspeção estava presente (o que compreendemos uma modalidade de exame físico), o entrevistado não se considerou examinado.

A interpretação de consulta nem sempre é coesa. Alguns entrevistados tratavam o esclarecimento de uma dúvida clínica ora como consulta ora como triagem.

O processo que compreende a busca de dados no prontuário e renovação e envio de receita tampouco foi considerado consulta pelos 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.

## Sugestões e perspectivas para o futuro

Todos os entrevistados estão satisfeitos com os agendamentos feitos de forma remota, e apenas uma paciente relatou estar insatisfeita com o desfecho e com a conduta da consulta virtual, que nesse caso foi por videochamada. Todos também consideraram o virtual uma ferramenta que será mantida, com diferentes opiniões quanto à abrangência e às situações. A maioria acha que se deve manter o acesso híbrido, remoto e presencial, sendo o remoto primariamente para agendamento de consultas, explanação de dúvidas pontuais e consultas de menor complexidade.

De qualquer maneira, 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 por conta de uma falha dos profissionais de saúde é dar orientações claras sobre o desfecho da consulta virtual, principalmente nas que são realizadas de forma assíncrona,

pois algumas vezes mais de um profissional da equipe da saúde interage por texto com o paciente, e isso pode gerar alguma confusão.

De acordo com todos os entrevistados, a interação remota entre o serviço de saúde e os pacientes permanecerá após o fim da pandemia.

## DISCUSSÃO

As consultas remotas e as interações virtuais com o serviço de atenção primária foram bem recebidas e vieram para ficar, mas não para qualquer condição ou demanda nem para todos. Sua principal limitação na opinião dos pacientes é a falta de contato físico, ideia corroborada por Iona Heath,<sup>4</sup> que acredita que a falta do exame físico prejudica a formação do vínculo médico-paciente e pode atrasar ou impedir diagnósticos.

Ao longo das entrevistas, nós entramos em contato com ideias que não esperávamos, como o fato de alguns pacientes acreditarem 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 Matthew 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 virtuais,<sup>7</sup> pensamos o oposto: é melhor que o primeiro contato entre médico e paciente seja presencial. Concordamos com Heath<sup>4</sup> quando diz que o toque alcança o recém-nascido e o idoso, principalmente quando palavras são impotentes. No Brasil, não tivemos tal indicação, e o teleatendimento pôde ser usado para complementação de acesso. Agora, com uma percepção maior de seus riscos e benefícios, podemos focar no uso adequado.

Além disso, a interpretação do que é consulta muitas vezes não está clara para o entrevistado, e percebemos que algumas perguntas fizeram com que o paciente mudasse de opinião sobre o serviço utilizado. Antes da entrevista, muitos pacientes não consideravam que haviam sido consultados, quando, após a entrevista, alguns pareceram mudar de opinião e considerar até uma troca de mensagens de texto como atendimento clínico.

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

Outra surpresa foi a não participação de gestantes na entrevista. No delineamento da pesquisa, elas foram colocadas como grupo, mas nenhuma das oito que aceitaram o convite efetivamente participou do estudo. Algumas aceitaram participar da investigação e faltaram no dia da entrevista ou não responderam ao agendamento, e outras nem chegaram a responder o pedido. Acreditamos que isso, somado ao fato de os grupos de maiores de 60 anos e pais que passaram por consultas por interesse de seus filhos terem apenas dois participantes cada um, possa ser 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 faz o atendimento 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?*

Supomos que isso se deva à desconsideração da preparação do equipamento previamente à consulta e do preenchimento de prontuário, prescrições e formulários posteriormente 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 esta limitação: é mais uma modalidade, e, enquanto o profissional faz o atendimento remoto, não pode fazer o atendimento presencial, e vice-versa.

A interação remota é uma ferramenta útil para avaliação, cuidado e tratamento, foi potente redutor de impactos na saúde durante a pandemia de COVID-19,<sup>2</sup> mas é uma ferramenta que pode aumentar o abismo socioeconômico existente no Brasil. A opinião de usuários que não têm acesso à internet ou a dispositivos para teleconsultas não foi captada em nossa pesquisa, e essa talvez seja a parcela populacional mais carente de cuidados em saúde, por ter sido a mais afetada pela pandemia, ou sindemia, se levarmos esse aspecto em consideração.<sup>4</sup> Felizmente, para os pacientes que não têm acesso a essa ferramenta, a demanda espontânea e o atendimento presencial continuam fazendo parte da carteira de serviços em Florianópolis.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao coorientador Charles Dalcanale Tesser, sua ajuda no delineamento do projeto.

## CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MTV: Conceitualização, Curadoria de dados, Análise formal, Escrita – primeira redação, Escrita – edição e revisão. DSL: Conceitualização, Curadoria de dados, Análise formal, Escrita – edição e revisão.

## REFERÊNCIAS

1. 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>
2. 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>
3. Bashshur R, Shannon G, Krupinski E, Grigsby J. The taxonomy of telemedicine. *Telemed E-Health*. 2011;17(6):484-94. <https://doi.org/10.1089/tmj.2011.0103>
4. Heath I. The year of practising dangerously [Internet]. 2020 [citado 26 de maio de 2021]. Family Medicine Forum. Disponível em: [https://youtu.be/PbrtshD\\_cgQ?t=496](https://youtu.be/PbrtshD_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):485-6. <https://doi.org/10.3399/bjgp20x712745>
8. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277-88. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
9. Transkriptor 2021 [Internet]. Disponível em: <https://transkriptor.com/pt-br/>
10. 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>