

Percepções de médicos e pacientes da atenção primária sobre a telemedicina durante a pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa

Perceptions of primary care physicians and patients about telemedicine during the COVID-19 pandemic: an integrative review

Percepciones de médicos y pacientes de atención primaria sobre la telemedicina durante la pandemia de COVID-19: una revisión integradora

Fellype Henrique Mendanha Pereira¹ , Carine Alves Nery Santos¹ 

¹Universidade Federal do Delta do Parnaíba – Parnaíba (PI), Brasil.

Resumo

Introdução: A pandemia de COVID-19 impôs a necessidade urgente de reorganização por serviços de saúde por todo o planeta, incluindo o âmbito da atenção primária à saúde (APS). Nesse contexto, a telemedicina (TM) logo se mostrou estratégia fundamental para a manutenção da prestação de serviços essenciais em saúde. Entre os obstáculos à disseminação dessa modalidade de cuidado, encontra-se o fator humano. **Objetivo:** Nesse sentido, o presente estudo objetivou verificar as percepções de médicos e pacientes sobre a TM, no nível da APS, durante a pandemia de COVID-19. **Métodos:** Realizou-se revisão integrativa de literatura, de publicações realizadas até 1º de abril de 2022, em três bases de dados (Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e Science Direct). Foram incluídos textos que contivessem “COVID-19”, “telemedicina” e “atenção primária à saúde” (ou seus correspondentes em inglês ou espanhol), simultaneamente, em seus respectivos títulos e/ou resumos. Submetidos à leitura de resumo e texto na íntegra, foram posteriormente excluídos aqueles repetidos; sem descrição de percepções; com foco restrito à doença ou especialidade; sem foco em APS, TM ou COVID-19; sem metodologia explicitada ou definida; e não encontrados, na íntegra, *online*. Publicações selecionadas, ao final, foram submetidas à análise e tiveram suas características sociodemográficas levantadas e temas emergentes divididos em categorias, com base no Primary Care Assessment Survey, e classificados em potenciais ou fragilidades em cada área. Não foi necessária aprovação pelo comitê de ética. **Resultados:** Treze trabalhos foram selecionados utilizando-se a metodologia descrita. Eles foram subdivididos em dois grupos, com base no enfoque das percepções encontradas (médicos ou pacientes). Foram obtidos textos de países das Américas (cinco estudos), Oriente Médio (quatro estudos), Europa (dois estudos) e Pacífico Ocidental (dois estudos). A telemedicina síncrona foi a modalidade mais citada, com telefone e vídeo como meios mais utilizados. **Conclusões:** A TM apresenta inúmeros potenciais de aplicação no nível da APS, especialmente no que concerne aos seus atributos essenciais de longitudinalidade e coordenação do cuidado. Pode, no entanto, agravar desafios já apresentados pelos sistemas de saúde; ao mesmo tempo que não substitui por completo o atendimento presencial. Deve ser considerada, assim, modalidade de atenção à saúde indivíduo e contexto-dependente.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Telemedicina; COVID-19; Revisão.

Como citar: Pereira FHM, Santos CAN. Percepções de médicos e pacientes da atenção primária sobre a telemedicina durante a pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3468. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3468](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3468)

Autor correspondente:

Fellype Henrique Mendanha Pereira
E-mail: fellypehmp@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 31/05/2022.

Aprovado em: 07/09/2023



Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic imposed an urgent need to reorganize health services across the planet, including within the scope of primary health care. In this context, telemedicine soon proved to be a key strategy for maintaining the provision of essential health services. Among the obstacles to disseminating this type of care is the human factor. **Objective:** Accordingly, this study aimed to determine the perceptions of physicians and patients about telemedicine at the primary health care level during the COVID-19 pandemic. **Methods:** An integrative literature review of articles published up to April 1, 2022 was carried out in 3 databases (BVS, PubMed and Science Direct). Texts containing “COVID-19”, “telemedicina” and “atenção primária à saúde” (or their equivalents in English or Spanish) in their respective titles and/or abstracts simultaneously were included. After reading the abstract and full text, the following were excluded: replicated; without description of perceptions; with a limited focus on disease or medical specialty; without focus on primary health care, telemedicine or COVID-19; without an explicit or defined methodology; and not found online. At the end, selected publications were submitted to analysis and had their sociodemographic characteristics raised and emerging themes divided into categories, based on the Primary Care Assessment Survey, and classified into potentials or weaknesses in each area. Approval by the ethics committee was not required. **Results:** Thirteen works were selected using the described methods. These were subdivided into 2 groups, based on the focus of the perceptions found (doctors or patients). Texts were obtained from countries in the Americas (5 studies), the Middle East (4 studies), Europe (2 studies) and the Western Pacific (2 studies). Synchronous telemedicine was the most cited modality, with telephone and video as the most used media. **Conclusions:** Telemedicine has numerous potential applications at the primary health care level; in particular, with regard to its essential attributes of longitudinality and coordination of care. It can, however, exacerbate challenges already presented by health systems, while at the same time, it does not completely replace face-to-face service. Therefore, it should be considered a modality of individual and context-dependent health care.

Keywords: Primary health care; Telemedicine; COVID-19; Review.

Resumen

Introducción: La pandemia de COVID-19 ha impuesto la necesidad urgente de reorganizar los servicios de salud en todo el planeta, incluso en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. En este contexto, la telemedicina pronto demostró ser una estrategia fundamental para mantener la prestación de los servicios esenciales de salud. Entre los obstáculos para la difusión de este tipo de atención se encuentra el factor humano. **Objetivo:** En ese sentido, el presente estudio tiene como objetivo verificar las percepciones de médicos y pacientes sobre la MT, a nivel de la Atención Primaria de Salud, durante la pandemia de la COVID-19. **Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica integradora de publicaciones realizadas hasta el 1 de abril de 2022 en tres bases de datos (BVS, PubMed y Science Direct). Los textos que contenían “COVID-19”, “telemedicina” y “atenção primária à saúde” (o sus equivalentes en inglés o español) se incluyeron simultáneamente en sus respectivos títulos y/o resúmenes. Sujetos a la lectura del resumen y del texto completo, fueron excluidos: repetidos; ninguna descripción de las percepciones; con un enfoque estrecho en la enfermedad o especialidad; sin enfoque en Atención Primaria de Salud, telemedicina o COVID-19; sin una metodología explícita o definida; y no encontrado, en su totalidad, en línea. Al final, las publicaciones seleccionadas fueron sometidas a análisis y se plantearon sus características sociodemográficas y temáticas emergentes divididas en categorías, con base en la Encuesta de Evaluación de la Atención Primaria, y clasificadas en potencialidades o debilidades en cada área. No se requirió la aprobación del comité de ética. **Resultados:** Trece trabajos fueron seleccionados utilizando la metodología descrita. Estos se subdividieron en dos grupos, según el enfoque de las percepciones encontradas (médicos o pacientes). Los textos se obtuvieron de países de las Américas (cinco estudios), Medio Oriente (cuatro estudios), Europa (dos estudios) y el Pacífico Occidental (dos estudios). La telemedicina sincrónica fue la modalidad más citada, siendo el teléfono y el video los medios más utilizados. **Conclusiones:** La telemedicina tiene numerosas aplicaciones potenciales a nivel de la APS; en particular, en cuanto a sus atributos esenciales de longitudinalidad y coordinación asistencial. Sin embargo, puede exacerbar los desafíos que ya presentan los sistemas de salud; al mismo tiempo que no reemplaza completamente la atención presencial. Por lo tanto, debe ser considerada una modalidad de atención a la salud individual y dependiente del contexto.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Telemedicina; COVID-19; Revisión.

INTRODUÇÃO

Em 30 de janeiro de 2020, a *coronavirus disease* (COVID-19) atingiu o status de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional.¹ Com a sobrecarga dos sistemas de saúde, em razão da maior demanda assistencial por pessoas com a doença e o prejuízo à atenção à saúde de outros indivíduos (com risco de aumento da mortalidade direta e indireta por outros agravos), a pandemia impôs a necessidade urgente de reorganização dos serviços de saúde por todo o planeta, visando a assegurar que os limitados recursos possibilitassem o melhor atendimento possível para essas populações.²

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS), responsável pela coordenação do cuidado, assumiu um importante papel, uma vez que, estimava-se, até 80% dos casos de COVID-19 poderiam ser manejados nesse nível de atenção.³ Do mesmo modo, acreditava-se que ela seria capaz de se reorganizar, evitando a descontinuidade da atenção à pluralidade de demandas em saúde das populações adscritas.⁴

Ainda nesse sentido, com a adoção de medidas como distanciamento social e quarentena, objetivando quebrar a cadeia de transmissão da doença e limitar seu impacto sobre os indivíduos e os sistemas de saúde,⁵ a telemedicina (TM) logo se mostrou estratégia fundamental para a manutenção da prestação de serviços essenciais de saúde,² conceituada pela Organização Pan-Americana da Saúde⁶ como:

[...] a prestação de serviços de saúde por todos os profissionais de saúde, onde a distância é um fator crítico, usando tecnologias de informação e comunicação (TIC) para a troca de informações válidas para diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças e lesões, pesquisa e avaliação, e para a educação continuada de prestadores de cuidados de saúde, tudo no interesse de promover a saúde dos indivíduos e de suas comunidades.

Apesar de não constituir uma novidade em si, sendo a incorporação de TIC prevista pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 2005, e de ser associada à garantia de maior acesso a serviços de saúde bem como ao aumento da qualidade da atenção e da eficiência organizacional, poucas iniciativas em TM haviam sido capazes, até então, de se consolidarem e serem incorporadas aos processos de saúde.⁶ Parte desse fenômeno poderia ser justificada pelo “fator humano”, exemplificado pela resistência à mudança, pelas opiniões prévias acerca da TM e pelo nível de competência em ambientes digitais dos envolvidos.⁶

No contexto pandêmico, no entanto, diante da urgência da necessidade de adaptações estratégicas pelos serviços de saúde e do reconhecimento pela OMS da TM como uma alternativa segura e eficaz para a avaliação de casos suspeitos de COVID-19 e a orientação acerca do diagnóstico e tratamento desses pacientes,⁷ diferentes ações em TM foram observadas no mundo inteiro. E, à medida que a pandemia progride e é controlada, é essencial que tais medidas sejam reavaliadas, visando a identificar os fatores relacionados à sua maior ou menor efetividade e à possibilidade de sua manutenção neste e em diferentes contextos em atenção à saúde.²

Assim, o presente estudo tem por objetivo verificar as percepções de médicos e pacientes sobre a TM, no nível da APS, durante a pandemia de COVID-19, com foco em descrever os fatores que influenciaram suas respectivas experiências e identificar possíveis potenciais e fragilidades.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, abordagem que, por meio de identificação, análise e síntese de estudos com diferentes delineamentos, experimentais e não experimentais, objetiva determinar o conhecimento atual sobre um fenômeno em questão, possibilitando uma compreensão integral dele. Tem como etapas: elaboração de pergunta norteadora; busca ampla e diversificada em bases de dados, com base em critérios de inclusão e exclusão consoantes com a pergunta norteadora; coleta de dados, com base em instrumento previamente estabelecido; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados, em comparação à literatura vigente; e apresentação da revisão integrativa.⁸

Nesse sentido, a pergunta norteadora do presente estudo foi: “Quais foram as percepções de médicos e pacientes sobre a telemedicina, no âmbito da atenção primária à saúde, durante

a pandemia de COVID-19?”. Os artigos foram selecionados por meio de uma busca simultânea, realizada no dia 1º de abril de 2022, nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e ScienceDirect; utilizando-se os seguintes descritores em Ciências da Saúde, bem como seus respectivos correspondentes em inglês e espanhol: “COVID-19”, “telemedicina” e “atenção primária à saúde”.

Foram incluídos artigos encontrados que contivessem simultaneamente todos os descritores supracitados (ou seus correspondentes em inglês ou espanhol) em seus títulos e/ou resumos, publicados até dia 1º de abril de 2022. O Quadro 1 ilustra as estratégias de investigação utilizadas, respectivamente, em cada uma das bases de dados.

Quadro 1. Estratégias de investigação utilizadas em cada base de dados.

Base de dados	Estratégia de investigação
BVS	(ab:(covid-19)) AND (ab:(telemedicina) OR ab:(telemedicine)) AND (ab:(atenção primária à saúde) OR ab:(primary health care) OR ab:(atención primaria de salud))
PubMed	((covid-19[Title/Abstract]) AND (telemedicine[Title/Abstract])) AND (primary health care[Title/Abstract]) ((covid-19[Title/Abstract]) AND (telemedicina[Title/Abstract])) AND (atenção primária à saúde[Title/Abstract]) ((covid-19[Title/Abstract]) AND (telemedicina[Title/Abstract])) AND (atención primaria de salud[Title/Abstract])
ScienceDirect	Title, abstract, keywords: covid-19, telemedicine, primary health care Title, abstract, keywords: covid-19, telemedicina, atención primaria de salud Title, abstract, keywords: covid-19, telemedicina, atenção primária à saúde

Os critérios de exclusão foram: artigos repetidos; artigos que não descrevessem as percepções dos agentes envolvidos; artigos com foco restrito a uma doença ou especialidade; artigos não voltados à APS ou que incluíssem outros níveis de atenção em sua análise; artigos não focados em TM ou que abordassem apenas tangencialmente; artigos não focados na pandemia de COVID-19 ou que incluíssem dados prévios a esse período, sem discriminação nos resultados; artigos sem metodologia explicitada ou definida; e artigos não encontrados, na íntegra, *online*.

Foram identificadas 359 publicações, sendo: 180 na BVS, 64 na PubMed e 115 na ScienceDirect. Cabe ressaltar que a busca pelos descritores em português e espanhol não gerou qualquer resultado na base de dados PubMed, e, em português, nenhum resultado na base de dados ScienceDirect. Das publicações iniciais, 54 foram excluídas por duplicação. As 305 restantes tiveram, então, seus títulos analisados, sendo excluídas: 95 por foco restrito a doenças específicas, e 45 por foco restrito a especialidades médicas.

Os 165 artigos remanescentes foram submetidos à leitura de título e resumo, com a exclusão de: 19 por não terem como foco a APS ou incluírem outros níveis de atenção à saúde em suas investigações, sem distinção nos resultados obtidos; 44 por não abordarem a TM ou fazê-lo apenas tangencialmente, não constituindo foco do trabalho em questão; um por não ter como foco a pandemia de COVID-19; e 80 por não incluírem, em suas análises, as percepções de médicos e/ou pacientes.

Ao final, após a leitura de 20 dos 21 textos remanescentes na íntegra (um deles não pode ser obtido *online*, sendo retirado da amostra), foram excluídos: dois por não terem como foco a TM; três por não terem como foco a COVID-19; e dois por não terem metodologia bem definida. A metodologia utilizada pode ser visualizada no fluxograma da Figura 1.

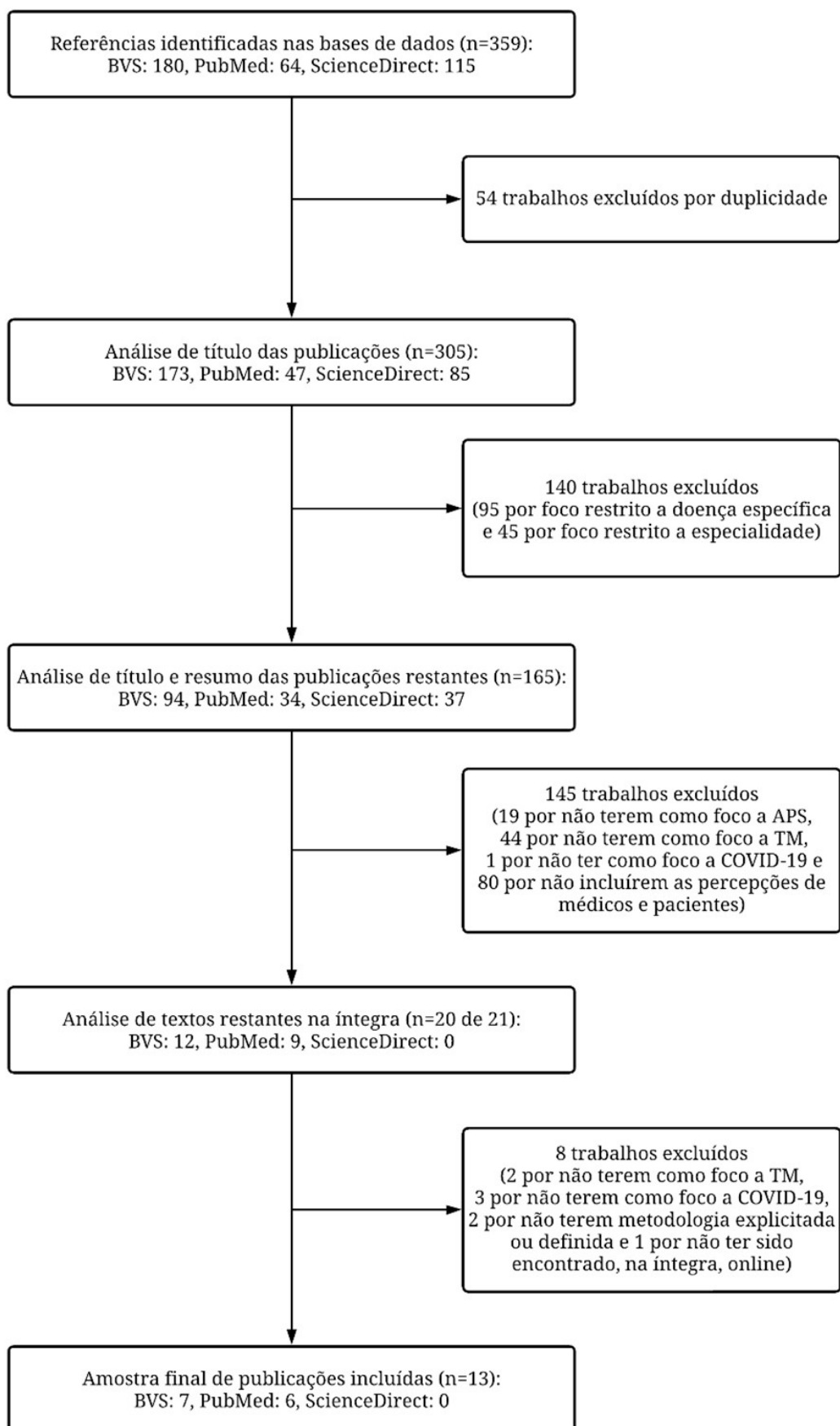


Figura 1. Fluxograma de metodologia utilizada na seleção dos estudos encontrados.

Assim, 13 publicações foram incluídas na amostra final deste estudo, estando indexadas: sete na BVS, seis na PubMed e nenhuma na ScienceDirect. E, de acordo com o enfoque de suas respectivas investigações, foi possível dividi-las em dois subgrupos: 1) percepções de médicos, com oito trabalhos; e 2) percepções de pacientes, com cinco trabalhos.

Buscou-se, então, identificar as características demográficas dos participantes envolvidos e os temas emergentes em seus relatos. Dada a ausência de instrumento específico para esta última análise, foram utilizadas, como inspiração, as categorias propostas pela *Primary Care Assessment Survey* (PCAS), questionário desenvolvido para a avaliação da APS por pacientes, com base em 11 escalas, representativas da operacionalização de definições formais desse nível de atenção.⁹ As adaptações realizadas, visando à formulação de categorias mais generalizáveis, estão representadas na Figura 2.

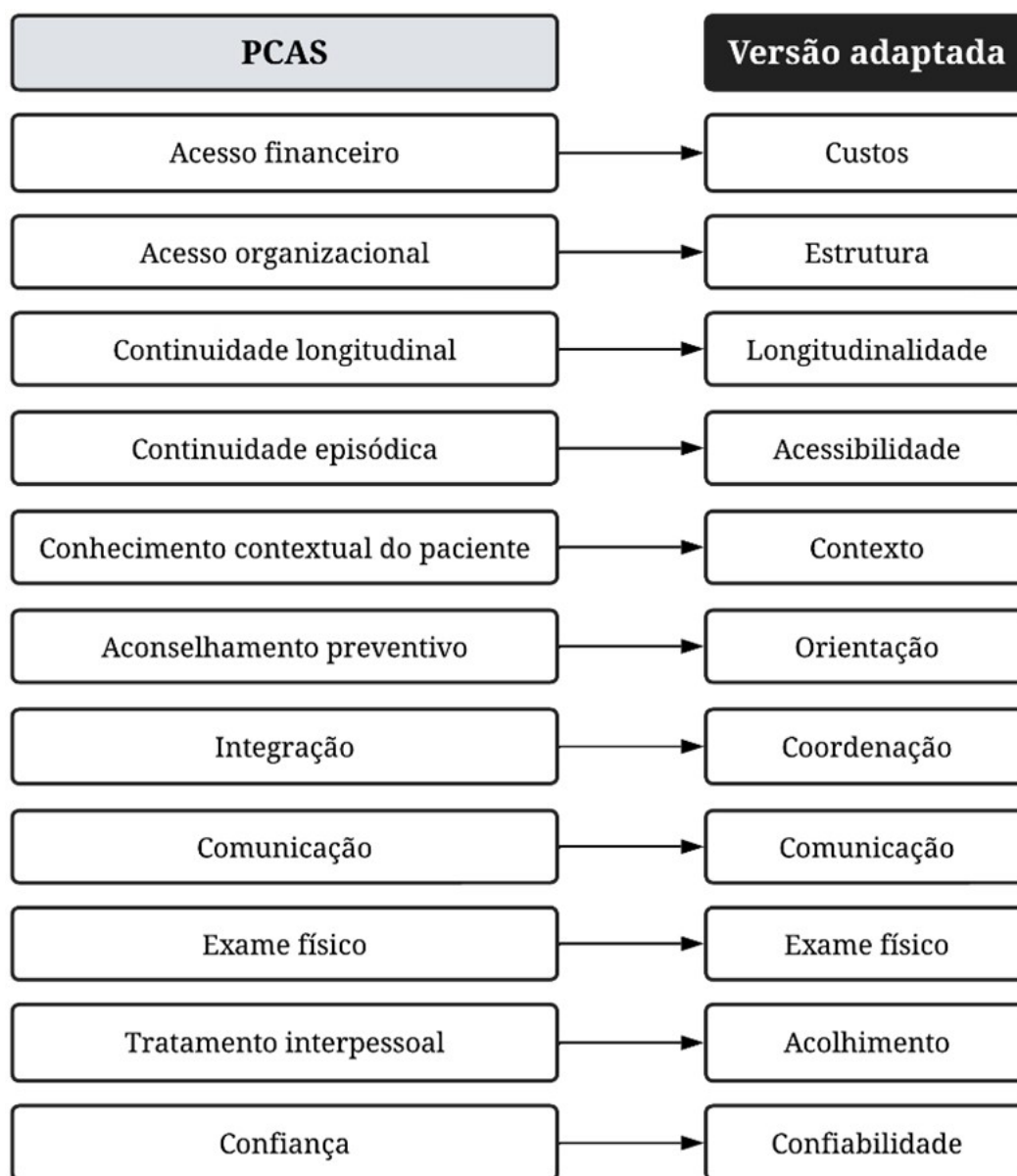


Figura 2. Fluxograma de categorias formuladas com inspiração no *Primary Care Assessment Survey* para a classificação dos temas emergentes no presente estudo.

Assim, utilizando-se o programa Microsoft Excel, temas emergentes foram categorizados e, na sequência, subclassificados em: potenciais ou fragilidades, na medida em que favorecem ou desfavorecem a aplicação da TM e atenuam ou agravam desafios observados nos sistemas de saúde, respectivamente. Não houve necessidade de aprovação pelo comitê de ética local, uma vez que o presente estudo não exigiu a identificação ou dados sensíveis de seres humanos.

RESULTADOS

Treze trabalhos foram encontrados utilizando-se a estratégia descrita. Suas características bibliométricas estão resumidas no Quadro 2.

Quadro 2. Características bibliométricas dos estudos selecionados.

Título	Autores (Período avaliado)	Periódico (idioma original)	País (região)	Tipo de estudo (amostra)	Objetivo	Modalidade de telemedicina (Meio utilizado)
GRUPO 1 – Percepções de médicos						
A Qualitative Study of Primary Care Physicians' Experiences with Telemedicine During COVID-19	Teresita Gomez, Yohualli B. Anaya, Kevin J. Shih, Derjung M. Tarn (19/03/2020-31/05/2020)	The Journal of the American Board of Family Medicine (Inglês)	Estados Unidos da América (Américas)	Estudo qualitativo (11 médicos e 4 internos em medicina)	Identificar a variedade de percepções de médicos da APS sobre os benefícios e os desafios do uso da TM, especialmente nas interações médico-paciente	2.4.1 Consultas entre paciente remoto e profissional de saúde (não especificado)
A Stepwise Transition to Telemedicine in Response to COVID-19	Sabrina L. Silver, Meghan N. Lewis and Christy J. W. Ledford (16/03/2020-12/06/2020)	The Journal of the American Board of Family Medicine (Inglês)	Estados Unidos da América (Américas)	Estudo quantitativo-qualitativo prospectivo (22 médicos)	Identificar características que são adequadas para TM, focando em fatores do paciente, da consulta e do médico	2.4.1 Consultas entre paciente remoto e profissional de saúde (vídeo e telefone)
GP perceptions of telehealth services in Australia: a qualitative study	Keshia R, De Guzman, Centaine L. Snoswell, Chantelle M. Giles, Anthony C. Smith, Helen H. Haydon (não relatado)	BJGP Open (Inglês)	Austrália (Pacífico Ocidental)	Estudo qualitativo (14 médicos)	Investigar as percepções de generalistas na oferta de serviços de telessaúde (consultas via telefone e vídeo) na Austrália	2.4.1 Consultas entre paciente remoto e profissional de saúde (vídeo e telefone)
Perspectives of primary care clinicians in Massachusetts on use of telemedicine with adults aged 65 and older during the COVID-19 pandemic	Gianna M. Aliberti, Roma Bhatia, Laura B. Desrochers, Elizabeth A. Gilliam, Mara A. Schonberg (09/2020-02/2021)	Preventive Medicine Reports (Inglês)	Estados Unidos da América (Américas)	Estudo qualitativo (163 médicos)	Usar métodos qualitativos para continuar a aprender de médicos da APS como melhor utilizar e integrar TM nos cuidados primários de adultos com mais de 65 anos	2.4.1 Consultas entre paciente remoto e profissional de saúde (vídeo e telefone)

Continua...

Quadro 2. Continuação.

Título	Autores (Período avaliado)	Periódico (idioma original)	País (região)	Tipo de estudo (amostra)	Objetivo	Modalidade de telemedicina (Meio utilizado)
Physician's Perception Toward Using Telemedicine During COVID-19 Pandemic in King Abdulaziz Medical City, Riyadh, Saudi Arabia	Bader A. Altulaihi, Khalid G. Alharbi, Abdulrahman M. Alhassan, Abdullah M. Altamimi, Mounera A. Al Akeel (não relatado)	Cureus (Inglês)	Arábia Saudita (Oriente Médio)	Estudo quantitativo-qualitativo (219 médicos)	Avaliar barreiras, benefícios e percepções de médicos da TM em um centro de APS em Riyadh, Arábia Saudita	2.4.1 Consultas entre paciente remoto e profissional de saúde (não especificado)
Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners	Tor Magne Johnsen, Børge Lønnebakke Norberg, Eli Kristiansen, Paolo Zanaboni, Bjarne Austad, Frode Helgetun Krogh, Linn Getz (14/04/2020-03/05/2020)	Journal of Medical Internet Research (Inglês)	Noruega (Europa)	Estudo transversal (855 médicos)	Explorar como generalistas na Noruega perceberam a adequação de videoconsultas comparadas a consultas presenciais durante a pandemia de COVID-19	2.4.1 Consultas entre paciente remoto e profissional de saúde (vídeo)
The Telemedicine Takeover: Lessons Learned During an Emerging Pandemic	Jeffrey A. Wilhite, Lisa Altshuler, Harriet Fisher, Colleen Gillespie, Kathleen Hanley, Eric Goldberg, Andrew Wallach, Sondra Zabar (20/05/2020-20/06/2020)	Telemedicine and e-Health (Inglês)	Estados Unidos da América (Américas)	Estudo quantitativo-qualitativo (152 médicos)	Descrever atitudes e desafios acerca da oferta do cuidado virtual do paciente de qualidade	2.4.1 Consultas entre paciente remoto e profissional de saúde 2.4.4 Consultas para manejo de casos entre profissionais de saúde (vídeo e telefone)
The Use of Telephone Consultation in Primary Health Care During COVID-19 Pandemic, Oman: Perceptions from Physicians	Said Al Hasani, Thamra Al Ghafri, Hussain Al Lawati, Jamshid Mohammed, Ameena Al Mukhainai, Fatma Al Ajmi, Huda Anwar (01/05/2020-31/06/2020)	Journal of Primary Care & Community Health (Inglês)	Omã (Oriente Médio)	Estudo quantitativo-qualitativo (22 médicos)	Explorar as percepções de médicos acerca da implementação do serviço de teleconsulta na APS em Muscat, Omã, com respeito a: processo de implementação da teleconsulta; desafios e limitações; lições aprendidas e futuro	2.4.1 Consultas entre paciente remoto e profissional de saúde (telefone)

Continua...

Quadro 2. Continuação.

Título	Autores (Período avaliado)	Periódico (idioma original)	País (região)	Tipo de estudo (amostra)	Objetivo	Modalidade de telemedicina (Meio utilizado)
GRUPO 2 – Percepções de pacientes						
A cross-sectional online survey on patients' satisfaction using store-and-forward voice and text messaging teleconsultation service during the COVID-19 pandemic	Nazanin Jannati, Nouzar Nakhaee, Vahid Yazdi-Feyzabadi, Dian Tjondronegoro (09/2020-01/2021)	International Journal of Medical Informatics (Inglês)	Irã (Oriente Médio)	Estudo transversal (396 pacientes)	Examinar a satisfação de pacientes com TC durante a pandemia de COVID-19	2.4.3 Transmissão de dados médicos ao profissional de saúde (mensagens instantâneas)
Grado de satisfacción de los pacientes de la Unidad de Salud Familiar Vitrius con la teleconsulta durante la pandemia del COVID-19	S. Gomes-de Almeida, T. Marabujo, M. do Carmo-Gonçalves (01/04/2020-01/05/2020)	Semergen (Espanhol)	Portugal (Europa)	Estudo transversal (253 pacientes)	Avaliar o grau de satisfação dos pacientes com a teleconsulta durante a pandemia de COVID-19 na unidade de saúde familiar de Vitrius e comparar o acesso dos indivíduos à consulta antes e durante a pandemia	2.4.1 Consultas entre paciente remoto e profissional de saúde 2.4.3 Transmissão de dados médicos ao profissional de saúde (telefone e e-mail)
Patients' preferences for telemedicine versus in-clinic consultation in primary care during the COVID-19 pandemic	I. Mozes, D. Mossinson, H. Schilder, D. Dvir, O. Baron-Epel, A. Heymann (não relatado)	BMC Primary Care (Inglês)	Israel (Oriente Médio)	Estudo qualitativo (72 pacientes)	Investigar os conceitos que poderiam formar os atributos que influenciam a escolha do paciente pela Medicina Híbrida e quantificar as preferências dos pacientes que levaram ao sucesso de sua implementação durante o período da COVID-19	2.4.1 Consultas entre paciente remoto e profissional de saúde 2.4.3 Transmissão de dados médicos ao profissional de saúde (vídeo, telefone, portal <i>online</i> , aplicativo móvel)
Patient Satisfaction and Trust in Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Observational Study	Sharon Orrange, Arpna Patel, Wendy Jean Mack, Julia Cassetta (10/03/2020-17/04/2020)	JMIR Human Factors (Inglês)	Estados Unidos da América (Américas)	Estudo quantitativo retrospectivo (368 pacientes)	Examinar correlações da satisfação de pacientes com a visita em TM	2.4.1 Consultas entre paciente remoto e profissional de saúde (vídeo e telefone)

Continua...

Quadro 2. Continuação.

Título	Autores (Período avaliado)	Periódico (idioma original)	País (região)	Tipo de estudo (amostra)	Objetivo	Modalidade de telemedicina (Meio utilizado)
Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences and preferences	Fiona Imlach, Eileen McKinlay, Lesley Middleton, Jonathan Kennedy, Megan Pledger, Lynne Russell, Marianna Churchward, Jacqueline Cumming, Karen McBride-Henry (20/04/2020-13/05/2020)	BMC Family Practice (Inglês)	Nova Zelândia (Pacífico Ocidental)	Estudo quantitativo-qualitativo (1.010 pacientes)	Explorar: qual tipo de contato pacientes tiveram com generalistas durante o <i>lockdown</i> ; experiências positivas e negativas com telessaúde durante o <i>lockdown</i> ; como pacientes gostariam de usar telessaúde no futuro	2.4.1 Consultas entre paciente remoto e profissional de saúde (telefone, portal online, e-mail, mensagens instantâneas)

Quadro 3. Quadro-resumo dos temas emergentes após revisão.

	Médicos	Pacientes
	CUSTOS	
P	<ul style="list-style-type: none"> • Remuneração extra^{10,12} 	<ul style="list-style-type: none"> • Boa aceitação de valor similar ao da consulta presencial²² • Preocupação menor²¹
F	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte financeiro insuficiente^{11,12,13,17} 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades com pagamento da consulta²² • Evidências insuficientes sobre custo-efetividade^{13,14,15,16,17,18,19} • Má aceitação de cobrança de valor similar ao da consulta presencial²²
	ESTRUTURA	
P	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade técnica adequada¹⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa incidência de problemas técnicos²¹
F	<ul style="list-style-type: none"> • Inconsistência de protocolos¹⁷ • Infraestrutura inadequada^{11,12,13,16,17} • Necessidade de equipamentos^{10,13} • Possível sobrecarga de trabalho^{10,11,15,16} • Suporte técnico insuficiente^{13,17} 	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestrutura inadequada^{18,22}
	LONGITUDINALIDADE	
P	<ul style="list-style-type: none"> • Alternância entre consultas presenciais e não presenciais^{10,13,16} • Maior adequação na presença de relação prévia^{12,15} • Mais oportunidades de contato^{10,12,14,17} • Monitoramento de doenças crônicas^{13,16,17} 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação rotineira da preferência por serviços em telessaúde²² • Maior adequação na presença de relação prévia^{20,22}
F	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade para a manutenção de vínculo¹⁶ • Menor adequação na ausência de relação prévia^{12,14,15} 	

Continua...

Quadro 3. Continuação.

	Médicos	Pacientes
	ACESSIBILIDADE	
P	<ul style="list-style-type: none"> • Conveniência^{10,11,12,13,16} • Maior abrangência^{10,16} • Pressão social¹² 	<ul style="list-style-type: none"> • Conveniência^{18,20,21,22} • Maior abrangência²² • Possibilidade de contato prévio^{21,22} • Redução de iniquidades²²
F	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa competência/familiaridade digital^{10,13,16,17} • Resistência pessoal^{10,12,13} 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa competência/familiaridade digital²² • Exclusão de pacientes²²
	CONTEXTO	
P	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso a ambiente domiciliar^{10,13} • Acesso facilitado a medicações em uso^{10,16} • Melhor coleta de história¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores pessoais positivamente associados à satisfação^{18,21} • Baixa preocupação com segurança e privacidade^{19,21} • Melhor coleta de história¹⁸ • Estabelecimento de parâmetros de privacidade²² • Pessoas sem diabetes melito¹⁹
F	<ul style="list-style-type: none"> • Menor privacidade^{10,16} • Prejuízo à coleta de história¹⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores pessoais negativamente associados à satisfação^{18,21} • Menor privacidade²² • Preferência individual por consulta presencial²²
	ORIENTAÇÃO	
P	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade de aconselhamento e discussões^{10,17} 	<ul style="list-style-type: none"> • Compreensão fácil de estado de saúde e cuidados necessários¹⁸
F	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades para educação em saúde¹⁶ 	
	COORDENAÇÃO	
P	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação em contextos específicos^{10,11,13,15,16,17} • Envolvimento de familiares^{10,13} • Evitamento de demandas desnecessárias^{10,17} 	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação em contextos específicos^{18,20,22} • Uso de adaptações²²
F	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades no trabalho em equipe^{11,13,16,17} • Problemas graves, complexos e/ou que requeiram exame físico^{10,12,13,15,16} • Risco de superprescrição¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • Inadequação para queixas agudas, novas ou mais complexas²² • Uso maior de antibióticos²²
	COMUNICAÇÃO	
P	<ul style="list-style-type: none"> • Importância na escolha do meio¹² 	<ul style="list-style-type: none"> • Importância na escolha do meio^{20,22} • Importância de clareza e compreensibilidade²²
F	<ul style="list-style-type: none"> • Menor facilidade para discussão¹⁰ • Fatores do paciente^{10,13,16} • Perda de dados^{10,16} • Triangulação^{10,13,16,17} 	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores do paciente²²
	EXAME FÍSICO	
P	<ul style="list-style-type: none"> • Não necessidade associada a sensação de resolatividade e avaliação do tratamento¹¹ • Possibilidade de adequação para exame físico “virtual”^{13,16} 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade de adequação para exame físico “virtual”²¹ • Preocupação menor com ausência contexto-específica²²
F	<ul style="list-style-type: none"> • Impossibilidade de realização do exame físico^{10,11,12,13,14,15,16} 	<ul style="list-style-type: none"> • Impossibilidade de realização do exame físico²²

Continua...

Quadro 3. Continuação.

	Médicos	Pacientes
	ACOLHIMENTO	
P	<ul style="list-style-type: none"> • Maior eficiência no uso do tempo^{10,12,13,14} 	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação relatada^{18,21,22} • Importante papel do profissional de saúde²¹
F	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade para estabelecimento de vínculo^{10,16} • Impossibilidade de execução de “rituais de cuidado”¹⁰ • Maior duração^{10,13,16} • Maior nível de cansaço¹⁶ • Pausas extras¹⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> • Impacto da falta de engajamento no estabelecimento de vínculo²² • Necessidade de desenvolvimento de habilidades de acolhimento em ambiente virtual²¹
	CONFIABILIDADE	
P	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação similar ou maior^{12,13,15} • Alto nível de satisfação^{12,13,15} • Futuro para telemedicina^{10,13,16} • Mecanismos para garantir confidencialidade¹⁷ • Preferência por telemedicina¹¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento às necessidades em saúde¹⁸ • Altos níveis de satisfação^{19,21,22} • Alto nível de interesse na telemedicina no futuro^{19,21,22} • Confiança na capacidade técnica do médico assistente²¹
F	<ul style="list-style-type: none"> • Impossibilidade de substituição total de consultas presenciais^{12,13} • Não identificação de sinais de gravidade¹⁵ • Preferência por consultas presenciais^{13,14} • Treinamento insuficiente em telemedicina^{11,14,16} 	<ul style="list-style-type: none"> • Altos níveis de insatisfação¹⁸ • Impossibilidade de substituição total de consultas presenciais¹⁹ • Treinamento insuficiente em telemedicina²¹

P: potenciais observados; F: Fragilidades observadas; linha diagonal: ausência de achados.

Doze dos trabalhos encontravam-se em inglês e um em espanhol. Não foram encontrados artigos em português. Com relação aos períodos avaliados, os estudos concentravam-se, em sua maioria (61,5%), no primeiro semestre de 2020; enquanto dois avaliavam os últimos meses de 2020 e primeiros meses de 2021 e dois não especificavam o período.

Do mesmo modo, estão representadas, considerando-se a divisão do planeta em regiões proposta pela OMS:²³ Américas (cinco estudos), Oriente Médio (quatro estudos), Europa (dois estudos) e Pacífico Ocidental (dois estudos). Quanto às características do país de origem,²⁴ os artigos podem ainda ser classificados em: nove de economias desenvolvidas (72,7%) e quatro de economias em desenvolvimento (27,3%); e, com relação ao produto interno bruto *per capita*, 12 de países de alta renda e um de país de média-baixa renda. Não houve qualquer representação de países da África ou do Sudoeste Asiático, de economia em transição ou de média-alta ou baixa renda.

Entre os estudos do Grupo 1, foi observada a média de 182 participantes, variando entre 11 e 855. Não foram utilizados, no cálculo, os dados de participantes que não tiveram suas percepções sobre TM analisadas. Entre estudos do grupo 2, obteve-se a média de 420 participantes, variando entre 72 e 1010. Dados demográficos, por sua ausência ou descrição parcial nos textos originais, não puderam ser conjuntamente avaliados. Cabe citar, de qualquer modo, considerando-se as características propostas pela Cochrane para a estratificação de amostras populacionais em saúde (PROGRESS-Plus),²⁵ que foram mencionadas análises com relação a: gênero/sexo (76,9%); características pessoais associadas à discriminação (idade, 69,2%; deficiência, 7,7%); escolaridade (61,5%); raça/etnia/cultura/linguagem (30,8%); ocupação (23,1%); *status* socioeconômico (15,4%); e local de residência (7,7%). Religião, capital social, aspectos relacionais e relações tempo-dependentes não foram avaliadas.

Quanto à modalidade de TM, de acordo com a classificação proposta pela OMS,²⁶ a maioria (90,9%) relatou seu uso visando a possibilitar a TM síncrona; sendo também citados: TM assíncrona em 18,2%; acompanhamento remoto da saúde em 9,1%; e consultas interprofissionais em 9,1%. Para esse contato, telefone (69,2%) e vídeo (53,8%) foram os mais relatados, com dois artigos não explicitando os meios utilizados.

Os temas emergentes, por sua vez, em função da vastidão e variedade observadas, foram sumarizados no Quadro 3.

DISCUSSÃO

A Declaração de Alma Ata, em 1978, já orientava que os cuidados primários fossem alicerçados sobre métodos e tecnologias cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, acessíveis a todo um país e sua população.²⁷ Estudo produzido antes da pandemia de COVID-19 ressaltava também a importância da telessaúde em situações de desastre e emergência em saúde pública.²⁸ Nesse sentido, analisar as percepções de profissionais e pacientes diretamente envolvidos na disseminação de iniciativas em TM recentemente observadas^{28,29} proporciona uma importante janela de avaliação da própria telessaúde³⁰ enquanto modalidade de cuidado, bem como de sua adequação no contexto da APS.

Em geral, corroborando os achados de estudos preexistentes e contemporâneos,^{28,31,32} os participantes dos artigos selecionados nesta revisão (com exceção de um)¹⁸ relataram nível satisfatório e/ou adequação para as consultas realizadas via TM em ao menos metade dos casos.^{12,13,15,18,19,21,22} Expressaram também interesse em um novo contato similar ou a possibilidade de inclusão da respectiva modalidade utilizada em suas práticas profissionais diárias, num futuro pós-pandêmico.^{10,11,13,15-18,20,22} Esse resultado, no entanto, não foi observado de maneira uniforme, sendo influenciado por inúmeros fatores individuais, estruturais e da natureza do próprio cuidado.

Observou-se, assim, que a TM foi considerada aceitável para uma miríade de contextos, tais como: avaliação de problemas de saúde de menor complexidade ou crônicos, consultas de rotina, distúrbios mentais, introdução ou ajuste de medicações, educação em saúde, fornecimento de documentos médicos e discussão de exames complementares, entre outros.^{10,11,13,15-18,20,22} Especialmente no manejo de doenças crônicas, como hipertensão arterial ou diabetes melito, revisão sistemática já havia revelado o benefício potencial da TM assíncrona;³³ ressalvas existem, no entanto, quanto ao contexto ideal de sua aplicação, considerando-se a possibilidade de ocorrência de múltiplas comorbidades ou de agudizações do quadro clínico.^{28,33}

Da mesma forma, a TM parece ser particularmente inadequada para primeiras consultas ou avaliação de problema grave, complexo ou que demande a realização de exame físico;^{10,12,13,15,16,22} havendo risco de superprescrição de medicamentos (sobretudo antibióticos) e negligência de sinais de gravidade.^{10,15,22} Apesar de dados conflitantes sobre a ocorrência da prescrição inapropriada de medicações,³³ estudos prévios já convergiam em considerar que a TM não seria compatível com a avaliação de toda e qualquer queixa e que cabia ao profissional de saúde, ou à própria plataforma utilizada, com base em palavras-chave de alerta, determinar quando uma consulta presencial poderia ser necessária.^{28,33}

Fator preponderante nesse contexto, citado pela maioria das publicações envolvendo médicos como o principal desafio, é a impossibilidade de realização do exame físico.^{10-16,22} Associado ainda ao prejuízo a outros níveis de avaliação, tais como os da comunicação não verbal e paraverbal do paciente,^{10,16} tal aspecto compromete também a execução dos chamados “rituais de cuidado” (descritos por médicos e pacientes como o significado simbólico e relacional atribuído ao toque físico, essencial ao exame clínico),¹⁰ o que aumenta o nível de insegurança com relação à qualidade dos cuidados ofertados e ao nível de adesão dos pacientes.

ATM, ainda, pode ser especialmente inacessível (ou pouco acessível) a grupos com alguma dificuldade para a comunicação e/ou menor competência/familiaridade digital.^{10,13,16,17,22} Assim, pacientes idosos, com limitações cognitivas ou deficiência auditiva, falantes de outras línguas e de menor nível de renda podem ser diretamente prejudicados.^{10,13,16,17,22} A ocorrência de triangulação, nesse contexto, pode ser ainda mais prejudicial ao cuidado, sendo descritas distrações, sobreposição de vozes, dificuldades para a compreensão da queixa e manutenção da

privacidade do paciente.^{10,13,16,17} Propõe-se, assim, que pacientes idosos possam se beneficiar mais de consultas presenciais;³⁴ enquanto os padrões etários talvez reflitam diferenças mais profundas entre regiões urbanas e rurais, exemplificadas por aquelas concentrarem populações mais jovens e alfabetizadas tecnologicamente e estas, populações cujo senso comunitário impulsiona a preferência por consultas presenciais.³⁴

Em contrapartida, a conveniência da TM, associada à ausência de necessidade de deslocamento físico ou faltas ao trabalho e redução do estresse e da perda de tempo útil, bem como à maior disponibilidade de acesso ao médico/paciente,^{10-13,16,18,20-22} pode ser um importante fator na abordagem de pacientes faltosos, com alguma resistência pessoal a buscar fisicamente os serviços de saúde ou com mobilidade reduzida.^{10,12,13,16,22} Além de reconhecer os supracitados, a literatura vigente acrescenta aos grupos de potenciais beneficiados moradores de zonas rurais e pacientes adscritos a serviços de saúde com escala de horários reduzida/limitada.^{28,33,34}

ATM parece ser mais benéfica, ainda, em situações em que já há alguma relação médico-paciente estabelecida, sendo favorecida pelo conhecimento prévio da queixa e/ou do paciente, bem como de algum grau de confiança já existente.^{12,15,20,22} Além de potencial para o cuidado longitudinal dos pacientes, até mesmo com a possibilidade de alternância entre consultas presenciais e não presenciais,^{10,13,16} a realização de teleconsulta foi associada, no presente estudo, ao acesso facilitado a medicações em uso e ambientes domiciliares dos pacientes; possibilitando, ainda, a identificação de fatores de proteção e de risco e o envolvimento de familiares no cuidado, se oportuno.^{10,13,16}

Infelizmente, no entanto, para alguns, o ambiente domiciliar pode ser um importante fator de inibição para o compartilhamento de informações pessoais ou a abordagem de temas sensíveis (entre elas situações de violência),^{10,16,22} dada a proximidade física das pessoas envolvidas (e potenciais represálias) ou o receio da exposição da própria intimidade. Em vista disso, alguns profissionais desenvolveram mecanismos na tentativa de estabelecer parâmetros mínimos de privacidade,²² tais como questionar, durante o contato, as condições de companhia e ambiente em que o paciente se encontrava. Não obstante, muitos pacientes apresentaram baixo nível de preocupação quanto ao compartilhamento de informações pessoais,^{19,21} especialmente se havia uma relação de confiança já estabelecida, estando suas questões mais associadas ao ambiente domiciliar do que à segurança e à privacidade dos serviços de dados em si.

A experiência subjetiva com a TM esteve vinculada a sentimentos ambivalentes. Enquanto, para alguns, o uso do ambiente digital associou-se a maior eficiência no uso do tempo;^{10,12-14} para outros houve a percepção de maior duração das consultas, com necessidade de pausas extras (em função de problemas técnicos), maior nível de cansaço e preferência por consultas presenciais.^{10,13,14,16} Contrariamente, revisão sistemática avaliou consultas remotas como potencialmente mais efetivas em termos de custos e duração (em comparação a presenciais), sendo até mesmo consideradas solução para o aumento da carga de trabalho e a carência de generalistas.³⁴

Além disso, o menor tempo para contato foi associado a dificuldades para o estabelecimento do vínculo.^{10,16,22} Ainda assim, muitos pacientes avaliaram como adequados a atenção, o tempo e o cuidado ofertados;^{18,21,22} sendo o engajamento ativo do profissional visto como essencial na construção da conexão pessoal nesse ambiente.^{21,22}

Quanto ao aspecto multiprofissional, foram relatadas dificuldades em termos de colaboração, comunicação e divisão de funções na equipe; com potenciais perdas de dados sobre os atendimentos realizados, sobrecarga de trabalho e *burnout*.^{11,13,16,17} Tais elementos acarretam significativa insegurança para a prática profissional, uma vez que a documentação abrangente é considerada fator-chave na execução legal e financeiramente amparada dos cuidados via TM.²⁸ Curiosamente, entretanto, a discussão acerca de aspectos legais não foi observada em qualquer dos estudos selecionados, o que pode ser justificado pela flexibilização jurídica observada durante a pandemia.

Pode-se citar, ainda, o pertinente relato da inexistência de protocolos (ou inconsistência na implementação deles) e o treinamento insuficiente dos profissionais envolvidos nas ações realizadas;^{11,14,16,17,21} ressaltando, assim, a necessidade de desenvolvimento de *guidelines* claros e bem delineados e de capacitação técnica

dos profissionais de saúde em ambientes digitais. Propostas foram feitas quanto à inclusão de conteúdos específicos no processo de formação profissional, visando ao desenvolvimento de habilidades, como acolhimento e exame físico “adaptado” (com a validação já existente de métodos como avaliação de acuidade auditiva via telefone e de marcha e mobilidade via vídeo).¹³ Documento da OMS sobre os 40 anos da APS reforça, ainda, a possibilidade de realização de treinamentos no próprio ambiente virtual com essa finalidade.³⁶

Outro componente limitante relatado foi a inadequação da infraestrutura para a realização de cuidados via TM, o que engloba: problemas de conectividade, falta de espaço físico e equipamentos, plataformas inadequadas, baixa qualidade de imagem e/ou som, suporte técnico insuficiente, entre outros.^{11-13,16,17} O potencial deletério é ainda maior quando se considera a preferência pelo vídeo como meio de comunicação,^{21,22} dada a quantidade de dados de que necessita em trânsito e a falta de evidências sobre como escalonar com sucesso seu uso em diferentes contextos.³⁵ Entre os estudos selecionados, telefone e *e-mail* foram citados como meio mais conveniente e meio mais aceito, respectivamente.^{19,22}

O prejuízo ao cuidado agrava-se sobremaneira quando se considera o potencial de exclusão de pessoas social e economicamente desfavorecidas.²² Alguns estudos propõem a avaliação rotineira da preferência de pacientes por serviços em telessaúde; bem como contato prévio à teleconsulta, visando a identificar a viabilidade de sua realização e a fornecer o suporte técnico adequado para que ela ocorra com a maior qualidade possível.¹²

De qualquer modo, apesar de serem problemas essencialmente estruturais e, sabidamente, requererem a intervenção conjunta, coordenada, integrada e simultânea de vários atores sociais,³⁰ profissionais relataram investimento insuficiente para a manutenção dos serviços de TM. E, ainda que parcela deles veja, nessa modalidade de oferta de cuidados, a possibilidade de remuneração extra,^{10,12} dificuldades associadas ao pagamento também foram citadas, tais como: modelos de cobertura indefinidos, baixa familiaridade (ou confiança) com formas de pagamento *online* e conflitos com relação aos valores atribuídos (em comparação a consultas presenciais).^{11,12,13,17,22} Há evidências da importância da remuneração adequada como facilitadora da difusão de serviços de TM.³³

Por fim, reside aí um dos aspectos mais citados e controversos na literatura vigente: a insuficiência de dados sobre custo-efetividade da TM.¹³⁻¹⁹ Apesar de a OMS considerar a base de evidências consistente,³⁰ os trabalhos incluídos nesta análise, bem como revisão sistemática consultada,³³ sustentam, em sua maioria, a necessidade de novas investigações que garantam a profissionais e pacientes a segurança do cuidado de maior qualidade possível. Cabe ressaltar que a atenção à saúde, via TM, não pode ser encarada como simples transposição de serviços presenciais para o espaço virtual, dadas as peculiaridades e a necessidade de adaptações próprias a cada um desses ambientes.

Este estudo tem algumas limitações. Primeiro, o alto nível de heterogeneidade observado entre as amostras dos trabalhos selecionados. Segundo, o potencial viés, ocasionado pela própria pandemia, de maior nível de aceitabilidade da TM pela possibilidade de acesso a serviços de saúde escassos nesse contexto.^{29,32} Terceiro, com a progressão da pandemia, a comparação entre períodos diferentes pode ser um fator de confusão. Quarto, a representatividade inexistente de algumas regiões e do cenário de cuidado de doenças específicas ou da atuação de especialistas na APS. Quinto, o alto uso de amostragem intencional/de conveniência, com comprometimento para a generalização dos dados à população geral. E sexto, a quantidade ínfima de dados comparativos ou de custo-efetividade da TM.

A OMS avalia que 3 bilhões a mais de pessoas possam ser diretamente impactadas pelo uso de intervenções em saúde digital.³⁷ O presente estudo colabora com essa discussão ao compilar e analisar as percepções de médicos e pacientes da APS envolvidos pela TM, em um momento em que esta ultrapassa os espaços habitualmente conhecidos em função da necessidade, sendo adotada em uma infinidade de cenários inéditos para todos os agentes envolvidos. Conseqüentemente, permite levantar questões imprescindíveis, ainda que não definitivas, para a avaliação de potenciais e fragilidades na adoção dessas tecnologias no contexto dos cuidados primários em saúde.

Após a presente investigação, e corroborando alguns achados generalizados de outros contextos em saúde,³¹ pode-se afirmar que a TM apresenta inúmeros potenciais de aplicação no nível da APS; especialmente no que concerne aos seus atributos essenciais de longitudinalidade e coordenação do cuidado. Não se pode ignorar, no entanto, que inúmeros desafios dos sistemas de saúde podem ser agravados por sua utilização;²⁶ ao mesmo tempo que ela não tem a capacidade de substituir, por completo, serviços presenciais.³¹ Sendo assim, deve ser considerada como opção válida de atenção à saúde de modo contexto e indivíduo-específico.

AGRADECIMENTOS

À minha família e amigos, o apoio sempre; ao programa Mais Médicos, por me permitir estar aqui; e a todos aqueles que lutam pela ciência, pela saúde e pela equidade.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Pereira, F. H. M.: conceituação, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, escrita – primeira redação. Santos, C. A. N.: conceituação, metodologia, supervisão, escrita – revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Histórico da pandemia de COVID-19 [Internet]. Brasília (BR): OPAS; 2020 [acessado em 31 out. 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
2. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Manutenção de serviços essenciais de saúde: orientação operacional para o contexto da COVID-19: orientação provisória, 1º de junho de 2020 [Internet]. Brasília (BR): OPAS; 2020 [acessado em 31 out. 2021]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52363/OPASWBRACOV19-1920083_por.pdf?sequence=2&isAllowed=y
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde [Internet]. v. 9. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acessado em 31 out. 2021]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [acessado em 31 out. 2021]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Covid-19_guia_orientador_4ed.pdf
5. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Reorganização e Expansão Progressiva dos Serviços de Saúde para Resposta à Pandemia de COVID-19 [Internet]. v. 1.0. Brasília: OPAS; 2020 [acessado em 31 out. 2021]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52068/OPASBRACOV19-1920030_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y
6. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2016 [acessado em 31 out. 2021]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28413/9789275319031_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y
7. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Teleconsulta durante uma pandemia [Internet]. Brasília: OPAS; 2020 [acessado em 31 out. 2021]. Disponível em: <https://www3.paho.org/ish/images/docs/covid-19-teleconsultas-pt.pdf?ua=1>
8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo) 2010;8(1):102-6. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
9. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DH, Lieberman N, et al. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. Med Care. 1998;36(5):728-39. <https://doi.org/10.1097/00005650-199805000-00012>
10. Gomez T, Anaya YB, Shih J, Tarn DM. A qualitative study of primary care physicians' experiences with telemedicine during COVID-19. J Am Board Fam Med 2021;34(Suppl):S61-S70. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.S1.200517>
11. Silver SL, Lewis MN, Ledford CJW. A stepwise transition to telemedicine in response to COVID-19. J Am Board Fam Med 2021;34(Suppl):S152-S161. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.S1.200358>
12. Guzman KR, Snoswell CL, Giles CM, Smith AC, Haydon HH. GP perceptions of telehealth services in Australia: a qualitative study. BJGP Open 2022;6(1):1-11. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0182>

13. Aliberti GM, Bhatia R, Desrochers LB, Gilliam EA, Schonberg MA. Perspectives of primary care clinicians in Massachusetts on use of telemedicine with adults aged 65 and older during the COVID-19 pandemic. *Prev Med Rep* 2022;26(2022):1-7. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101729>
14. Altulaihi BA, Alharbi KG, Alhassan AM, Altamimi AM, Akeel MAA. Physician's perception toward using telemedicine during COVID-19 pandemic in King Abdulaziz Medical City, Riyadh, Saudi Arabia. *Cureus* 2021;13(7):e16107. <https://doi.org/10.7759/cureus.16107>
15. 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>
16. Wilhite JA, Altshuler L, Fisher H, Gillespie C, Hanley K, Goldberg E, et al. The telemedicine takeover: lessons learned during an emerging pandemic. *Telemed J E Health* 2022;28(3):353-361. <https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0035>
17. Hasani SA, Ghafri TA, Lawati HA, Mohammed J, Mukhainai AA, Ajmi FA, et al. The Use of telephone consultation in primary health care during COVID-19 pandemic, Oman: perceptions from physicians. *J Prim Care Community Health* 2020;11:2150132720976480. <https://doi.org/10.1177/2150132720976480>
18. Jannati N, Nakhaee N, Yazdi-Feyzabadi V, Tjondronegoro D. A cross-sectional online survey on patients' satisfaction using store-and-forward voice and text messaging teleconsultation service during the COVID-19 pandemic. *Int J Med Inform* 2021;151:104474. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104474>
19. Gomes-de-Almeida S, Marabujo T, Carmo-Gonçalves. Grado de satisfacción de los pacientes de la Unidad de Salud Familiar Vitrius con la teleconsulta durante la pandemia del COVID-19. *Semergen* 2021;47(4):248-255. <https://doi.org/10.1016/j.semern.2021.01.005>
20. Mozes I, Mossinson D, Schilder H, Dvir D, Baron-Epel O, Heymann A. Patients' preferences for telemedicine versus in-clinic consultation in primary care during the COVID-19 pandemic. *BMC Prim Care* 2022;23:33. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01640-y>
21. Orrange S, Patel A, Mack WJ, Cassetta J. Patient Satisfaction and Trust in Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Observational Study. *JMIR Hum Factors* 2021;8(2):e28589. <https://doi.org/10.2196/28589>
22. Imlach F, McKinlay E, Middleton L, Kennedy J, Pledger M, Russell L, et al. Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences and preferences. *BMC Fam Pract* 2020;21(1):269. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01336-1>
23. Organização Mundial de Saúde (OMS). Países [Internet]. Geneva: OMS; 2022 [acessado em 15 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/countries/>.
24. Organização das Nações Unidas (ONU). Department of Economic and Social Affairs, Economic Analysis. World Economic Situation and Prospects [Internet]. ONU; 2022 [acessado em 01 abr. 2022]. Disponível em: https://desapublications.un.org/file/728/download?_ga=2.242963074.1293351310.1696377279-589732465.1696377279
25. Cochrane Methods Equity. PROGRESS-Plus [Internet]. London: Cochrane Collaboration [acessado em 01 abr. 2022]. Disponível em: <https://methods.cochrane.org/equity/projects/evidence-equity/progress-plus>
26. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de intervenções em saúde digital v1.0: uma linguagem compartilhada para descrever usos da tecnologia digital para saúde [Internet]. Geneva: OMS; 2018 [acessado em 01 abr. 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260480/WHO-RHR-18.06-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acessado em 01 abr. 2022]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
28. Colbert GB, Venegas-Vera AV, Lerma EV. Utility of telemedicine in the COVID-19 era. *Rev Cardiovasc Med* 2020;21(4):583-7. <https://doi.org/10.31083/j.rcm.2020.04.188>
29. Hincapié MA, Gallego JC, Gempeler A, Piñeros JA, Nasner D, Escobar MF. Implementation and usefulness of telemedicine during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *J Prim Care Community Health* 2020;11:2150132720980612. <https://doi.org/10.1177/2150132720980612>
30. World Health Organization (WHO). Global Observatory for eHealth. Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [acessado em 01 abr. 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. World Health Organization (WHO). WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening [Internet]. Geneva: OMS; 2019 [acessado em 01 abr. 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1238054/retrieve>
32. Andrews E, Berghofer K, Long J, Prescott A, Caboral-Stevens M. Satisfaction with the use of telehealth during COVID-19: an integrative review. *Int J Nurs Stud Adv* 2020;2:100008. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100008>
33. Nguyen OT, Tabriz AA, Huo J, Hanna K, Shea CM, Turner K. Impact of asynchronous electronic communication-based visits on clinical outcomes and health care delivery: systematic review. *J Med Internet Res* 2021;23(5):e27531. <https://doi.org/10.2196/27531>
34. Parker RF, Figures EL, Paddison CA, Matheson JI, Blane DN, Ford JA. Inequalities in general practice remote consultations: a systematic review. *BJGP Open* 2021;5(3):BJGPO.2021.0040. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0040>
35. James HM, Papoutsis C, Wherton J, Greenhalgh T, Shaw SE. Spread, scale-up, and sustainability of video consulting in health care: systematic review and synthesis guided by the NASSS Framework. *J Med Internet Res* 2021;23(1):e23775. <https://doi.org/10.2196/23775>
36. World Health Organization (WHO). Escritório de Avaliação. Review of 40 years of primary health care implementation at country level [Internet]. Geneva: OMS; 2019 [acessado em 01 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/about-us/evaluation/phc-final-report.pdf>
37. World Health Organization (WHO). Global strategy on digital health 2020-2025 [Internet]. Geneva: OMS; 2021 [acessado em 01 abr. 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344249/9789240020924-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>