

PERCEPÇÃO DOS PACIENTES ATENDIDOS POR TELEMEDICINA EM SERVIÇO PRIVADO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Perception of patients assisted by telemedicine in private primary health care service in the context of the covid-19 pandemic

Raquel Athayde Braga Machado¹, Gabriella Freitas Pereira Bartolomeu¹, Camila Menezes Sabino Castro², Clarice Magalhães Rodrigues dos Reis².

RESUMO

Introdução: Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde decretou a pandemia da COVID-19. Nesse contexto, vários países adotaram medidas de prevenção ao contágio do SARS-CoV-2. No Brasil, para diminuir o deslocamento das pessoas para os serviços de saúde foi autorizada utilização da Telemedicina para assistência à saúde. **Objetivo:** Avaliar a percepção do usuário sobre a resolutividade da Telemedicina realizada por Médico de Família e Comunidade (MFC), em serviço privado, na região centro-sul de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo transversal realizado com amostra não probabilística, por conveniência. Foi aplicado um questionário estruturado via contato telefônico entre os meses novembro e dezembro de 2020, constituído de 22 perguntas de múltipla escolha. **Resultados:** Dos 105 participantes, 76,2% dos participantes relataram que o motivo da consulta tinha sido resolvido totalmente. Destes, 82,5% avaliaram a saúde como boa ($p=0,039$) e 96,2% relataram que a duração da consulta foi suficiente ($p=0,005$). Após o método Stepwise, os resultados mostraram que o relato do participante de que o motivo da consulta de Telemedicina tinha sido resolvido totalmente foi maior entre os participantes que avaliaram sua saúde como boa (OR=3,24; IC95% = 1,17-8,96). **Conclusão:** Os resultados mostraram que a resolutividade da Telemedicina, no serviço privado avaliado está relacionada à autoavaliação da saúde, independente de outros fatores relevantes. Os resultados sugerem que a Telemedicina pode ser um auxílio para usuários de serviços privados, atendidos por MFC, que possuem papel importante na promoção, prevenção e recuperação da saúde dos pacientes.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Telemedicina; Consulta Remota; COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: In March 2020, the World Health Organization decreed COVID-19 a pandemic. In this context, several countries have adopted measures to prevent the spread of SARS-CoV-2. In Brazil, the use of Telemedicine was authorized to reduce the number of people travelling to access health care services. **Objective:** To evaluate the user's perception of the resolution rate of Telemedicine performed by a Family Physicians in a private service, in the center-south region of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Method:** A cross-sectional study carried out with a non-probability sample, for convenience. A structured questionnaire was applied by telephone between November and December, 2020, consisting of 22 multiple-choice questions. **Results:** Of 105 participants, 76.2% reported that the reason for the medical appointment had been resolved completely. Of these, 82.5% rated their health as good ($p=0.039$) and 96.2% reported that the medical appointment duration was sufficient ($p=0.005$). After the Stepwise method, the results showed that the number of participants who reported that the reason for the Telemedicine consultation had been fully resolved was higher among participants who rated their health as good (OR=3.24; 95%CI = 1.17-8.96). **Conclusion:** The results showed that Telemedicine's resolution rate in the evaluated private service is related to self-assessment of health, regardless of other relevant factors. The results suggest that Telemedicine can be an aid to users of private services, assisted by Family Physicians, who play an important role in the promotion, prevention, and recovery of patients' health.

Keywords: Family Practice; Primary Health Care; Telemedicine; Remote Consultation; COVID-19.

¹ Discente da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte, MG-Brasil

² Docente da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte, MG-Brasil

Autor para correspondência: Raquel Athayde Braga Machado – Rua: Romano Stochiero, N° 69, apto 503. Bairro: Santa Efigênia – CEP: 30.130-120 – Belo Horizonte, MG- Brasil. e-mail: raquelabmachado@gmail.com

INTRODUÇÃO

Desde a emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2), na China, em dezembro de 2019, a humanidade tem enfrentado uma grave crise sanitária global. Novos e numerosos casos surgiram rapidamente em países asiáticos e seguiram para a Europa e demais continentes¹. Essa situação, levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a decretar estado de emergência em saúde pública de importância internacional, em 30 de janeiro de 2020² e declarar pandemia no dia 11 de março de 2020³. De acordo com relatório diário publicado pela World Meters, no dia 17 de julho de 2020, 213 países e territórios em todo o mundo relataram um total de 14,1 milhões de casos confirmados de COVID-19 e um número de mortes que já ultrapassaram 597 mil⁴.

A OMS divulgou orientações relacionadas a medidas de prevenção, a fim de reduzir a transmissão do vírus e frear a rápida evolução da pandemia⁵. A adoção das medidas de prevenção no mundo ocorre de modo gradual e distinto, cada país com as suas peculiaridades, com maior ou menor intensidade, e seus resultados, provavelmente, dependem de aspectos socioeconômicos, culturais, de características dos sistemas políticos e de saúde, bem como dos procedimentos operacionais na sua implementação¹. No Brasil, algumas intervenções foram adotadas pelo Ministério da Saúde, as quais incluem: o isolamento de casos, o incentivo à higienização das mãos, à adoção de etiqueta respiratória e ao uso de máscaras faciais caseiras, e medidas progressivas de distanciamento social, como o fechamento de escolas e universidades, a proibição de eventos de massa e de aglomerações, a restrição de viagens e transportes públicos e a conscientização da população para que permaneça em casa⁶.

Nesse cenário, surgiu a necessidade de utilizar um novo tipo de serviço de assistência à saúde que atendesse aos usuários dentro de suas próprias casas, evitando assim o deslocamento em busca de atendimentos médicos eletivos. A Telemedicina é definida como o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde⁷, e a sua consolidação é uma consequência positiva da pandemia⁸. Apesar deste serviço ser recente no Brasil, em outros países como os Estados Unidos da América (EUA), já é utilizado com êxito há alguns anos. O Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA estima que mais de 60% de todas instituições de cuidado à saúde e 40-50% de todos os hospitais nos Estados Unidos usam alguma forma de telemedicina⁹.

A lei 13.989 de 15 de abril de 2020 autorizou o uso da telemedicina no Brasil enquanto durar a crise do coronavírus⁷, porém o Projeto de Lei 696/2020 previu a ampliação desse serviço após o fim da pandemia¹⁰, uma vez que a telemedicina é uma estratégia viável, que pode ampliar o acesso e levar a atenção médica a pessoas e lugares carentes e distantes¹¹.

Em 2003, uma epidemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) revelou a importância do Médico de Família e Comunidade (MFC) na redução de riscos nesses momentos de crise¹². O MFC atende os problemas relacionados com o processo saúde-doença de maneira integral, contínua e com foco no âmbito individual e familiar. Esse especialista tem uma visão mais holística que leva em consideração o contexto biológico, psicológico e social, uma vez que a enfermidade está fortemente relacionada à personalidade

e à experiência de vida da pessoa¹³.

Assume-se que a enfermidade é parte do processo vital humano, isso inclui as dimensões relacionais, ambientais e espirituais, que diferem em relação a singularidade de cada pessoa e ao contexto da sua vida¹³. Nesse sentido, essa especialidade médica lidera o nível de Atenção Primária à Saúde, haja vista que essa estratégia visa o cuidado continuado, integral e humano, levando em consideração as características sociais, políticas e culturais da região¹⁴.

O papel central do MFC se deve a sua influência nas comunidades e famílias, uma vez que possuem a confiança e o respeito dessas instituições, sendo assim, podem orientar e melhorar o conhecimento e a compreensão dos riscos pelos usuários¹². Além disso, a abordagem integral desenvolvida por esse profissional, envolvendo a saúde física e mental, é muito relevante, principalmente em épocas de crise¹².

Deste modo, o objetivo do presente trabalho é avaliar a resolutividade da Telemedicina em serviço privado de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da COVID-19.

MÉTODO

Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado com amostra não probabilística por conveniência. Participaram da pesquisa usuários de um serviço privado de Atenção Primária à Saúde (APS), atendidos por profissionais de saúde especialistas em Medicina de Família e Comunidade, localizado na região centro-sul de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Amostra

Foram entrevistados 105 usuários via contato telefônico entre os meses de novembro e dezembro de 2020. Foram convidados a participar da pesquisa todos os pacientes elegíveis durante o período de referência. Foram excluídos crianças e adolescentes (menores de 18 anos) e aqueles que realizaram consultas presenciais no período estudado.

Os princípios de ética foram respeitados e estão de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A identificação dos pacientes foi preservada em sigilo pelos pesquisadores e os dados obtidos durante a realização do questionário foram utilizados única e exclusivamente para fins de pesquisa. Os seguintes procedimentos foram realizados para garantir a confidencialidade dos dados dos participantes do estudo: 1) Apenas os pesquisadores tiveram acesso eletrônico aos documentos dos participantes, através dos e-mails pessoais; 2) Não foi criado link de compartilhamento virtual dos documentos; 3) Cada participante recebeu um código, para que não houvesse qualquer identificação. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Ciências Médicas de Minas Gerais (CEPCM-MG) e todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido virtual (TCLE virtual).

Instrumentos

O instrumento usado para a realização da pesquisa foi um questionário, produzido pelos autores, constituído de 22 perguntas fechadas. O questionário foi dividido em três blocos, os quais possuem informações referentes ao perfil do participante, acesso à internet e satisfação do usuário.

A variável dependente deste estudo foi a percepção de resolutividade do problema pela teleconsulta. A informação foi obtida através da seguinte pergunta: “Considerando o motivo da sua consulta, o(a) Sr(a) considera que seu problema foi resolvido?”, com duas possibilidades de respostas: resolvido parcialmente e resolvido totalmente.

As variáveis independentes foram divididas em três blocos, sendo elas: características do participante, acesso à internet e satisfação em relação ao serviço da teleconsulta.

Em relação às características dos participantes foram consideradas: (1) nível de escolaridade, categorizada em “Até ensino superior incompleto” (nunca estudou, 4ª série do 1º grau, 8ª série do 1º grau, 2ª série do 2º grau, 3ª série do 2º grau, supletivo e superior incompleto) ou “Superior ou pós-graduação” (superior completo, especialização, residência médica ou mestrado); (2) raça/cor, categorizada em branca ou negra (pretos e os pardos). Na amostra não foram incluídos amarelos e indígenas; (3) autoavaliação da saúde, obtida pela pergunta: “Em geral, como o(a) Sr(a) avalia a sua saúde?”, categorizada em boa (boa ou muito boa) ou ruim (regular, ruim ou muito ruim); e (4) plano de saúde, definido pela pergunta: “Qual o plano de saúde que o(a) Sr(a) possui?, com as seguintes possibilidades de resposta: Amil, Unimed-Rio ou Fundação Itaú.

No bloco acesso à internet foram definidas as seguintes variáveis: (1) frequência de acesso à internet, obtida pela pergunta: “Quantos dias na semana o(a) Sr(a) acessa à internet?”, categorizada em nunca, 1-2 dias, 3-5 dias ou 6-7 dias; (2) qualidade da conexão da internet, definida pela resposta à pergunta: “Como o(a) Sr(a) avalia a qualidade da sua internet no momento da teleconsulta?”, categorizada em boa (boa ou muito boa) ou ruim (moderada, ruim ou muito ruim); (3) meio utilizado para o acesso à internet, obtido pela pergunta: “Qual foi o meio utilizado para acesso à internet?”, categorizado em computador e notebook ou smartphone; (4) ferramenta tecnológica utilizada, definida pela pergunta “Qual foi a ferramenta tecnológica utilizada para a teleconsulta?”, categorizada em vídeo de WhatsApp, vídeo de prontuário e telefone ou outros; e (5) classificação do acesso ao sistema da teleconsulta, obtido pela pergunta: “Como o(a) Sr(a) classifica o acesso ao sistema da teleconsulta?” categorizado em fácil (fácil ou muito fácil) ou difícil (moderado, difícil ou muito difícil).

No bloco satisfação em relação ao serviço foram consideradas: (1) principal motivo da teleconsulta, definida pela resposta à pergunta: “Qual foi o principal motivo que fez o(a) Sr(a) marcar a consulta?”, com as possibilidades de respostas check-up, doenças agudas ou crônicas ou suspeita de Covid-19; (2) frequência com que o médico explica sobre sua condição de saúde, medida pela pergunta: “Quando o(a) Sr(a) procura o profissional de saúde por telemedicina, com qual frequência o médico explica coisas a respeito da sua saúde ou tratamento, de forma que o(a) Sr(a) possa entender?” categorizadas em sempre, na maioria das vezes, raramente, nunca ou não sabe/não respondeu; (3) frequência de

resolutividade da queixa principal, definida pela pergunta: “Quando o(a) Sr(a) procura o profissional de saúde por telemedicina, com qual frequência o médico foi capaz de resolver o principal motivo da sua consulta?”, categorizada em sempre ou na maioria das vezes ou não sabe/não respondeu; (4) frequência com que o médico pergunta sobre história familiar de saúde e história social, obtida pela questão: “Quando o(a) Sr(a) procura o profissional de saúde por telemedicina, com qual frequência o médico perguntou sobre a saúde dos outros membros da sua família ou sobre suas condições de vida e as da sua família (exemplo: saneamento básico, água encanada, esgoto, alimentação, emprego)?”, categorizada em sempre ou na maioria das vezes, nunca ou quase nunca e não sabe/não respondeu; (5) duração do atendimento é suficiente, aferida pela pergunta: “O(A) Sr(a) considera que o seu atendimento médico dura o tempo necessário?”, categorizada em sempre ou na maioria das vezes, nunca ou quase nunca ou não sabe/não respondeu; (6) grau de satisfação com a teleconsulta, obtida pela pergunta: “Qual é o seu grau de satisfação com teleconsulta neste momento de pandemia?”, a qual o participante tinha que escolher uma nota de zero a dez; (7) faria uma teleconsulta novamente foi aferida pela questão: “O(A) Sr(a) faria uma teleconsulta novamente?”, categorizada em sim ou não e (10) recomendaria esse serviço foi questionado por: “O(A) Sr(a) recomendaria este tipo de serviço de saúde a outra pessoa?”, categorizado em sim ou não.

Procedimentos

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética (CAAE 35378920.4.0000.5134) e foi realizada via contato telefônico com os usuários do serviço de saúde que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa.

Foram desenvolvidos sistemas para formatação eletrônica dos questionários (*google forms* vinculadas a planilhas em excel) os quais propiciaram que os pesquisadores transmitissem em tempo real as informações obtidas na entrevista telefônica. Antes de iniciar as ligações, os pesquisadores foram treinados. As informações obtidas nas entrevistas foram arquivadas por identificação numérica, com o objetivo de preservar a identidade dos participantes. Para obter o contato dos usuários, o serviço de atenção primária à saúde compartilhou nome e contato telefônico dos usuários que estavam sendo atendidos por meio da telemedicina em cada dia do período da coleta de dados. Os pesquisadores revezavam diariamente para efetuar as ligações dentro de 24 horas após a consulta. Deste modo, os pesquisadores entravam em contato com o usuário e explicavam a respeito da pesquisa, esclareciam eventuais dúvidas que surgissem e perguntavam se o usuário tinha interesse em participar da pesquisa. Assim, após a assinatura do TCLE virtual o questionário era aplicado.

Análise Estatística

Foi realizado o cálculo amostral para avaliar a resolutividade da telemedicina através da fórmula de Bolfarine e Bussab¹⁵, considerando 5% de significância, 10% de erro e uma abordagem conservadora para a proporção estimada (que a considera como 50%), o tamanho amostral foi de 97 participantes.

As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências absolutas e relativas e as variáveis numéricas, como média \pm desvio-padrão e mediana (1º quartil – 3º quartil). Para as análises univariadas foram utilizados os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. A análise multivariada foi baseada em odds ratio (OR) e

respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) estimados por meio da regressão logística. Para a seleção das variáveis na análise multivariada foi utilizado o método Stepwise e foram consideradas as variáveis com $p \leq 0,20$. As análises foram realizadas no software R versão 4.0.3. Foi calculado o VIF (VarianceInflationFactor – Fator de Inflação da Variância) para avaliar a multicolinearidade e todas as variáveis apresentaram valores menores que 1,5.

RESULTADOS

A amostra consistiu em 105 participantes, dos quais 80 (76,2%) tiveram a percepção de resolatividade completa da teleconsulta. Do total de participantes, 63 são do sexo feminino (60%). A maior parte dos participantes possui até 45 anos de idade (51,5%), apresentou ensino superior completo (58,1%), declararam-se brancos (53,3%), classificou a saúde como boa (77,1%) e alegou ter sido a primeira vez em que realizou teleconsulta médica (77,1%).

Em relação às queixas relatadas durante o atendimento a maioria indicou, doenças agudas ou crônicas (42,9%), seguido por check-up (30,5%) e suspeita de Covid-19 (26,7%).

A tabela 01 apresenta o questionário e demonstra os resultados encontrados separados em três blocos: perfil dos participantes, acesso à internet e satisfação do usuário.

Tabela 01. Características sociodemográficas, acesso à internet e satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde dos participantes do estudo (N=105)

Perfil dos participantes	n ^a (%)
Sexo	
Feminino	63 (60,0)
Masculino	42 (40,0)
Idade	
<30 anos	24 (22,9)
30 a 45 anos	30 (28,6)
46 a 65 anos	32 (30,4)
>65 anos	19 (18,1)
Escolaridade	
Até ensino superior incompleto	44 (41,9)
Ensino superior completo ou pós-graduação	61 (58,1)
Raça/cor	
Branca	56 (53,3)
Negra	49 (46,7)
Autoavaliação da saúde	
Boa	81 (77,1)
Ruim	24 (22,9)

Continua

Continuação

Plano de Saúde	
Amil	59 (56,2)
Unimed-Rio	35 (33,3)
Fundação Itaú	11 (10,5)
A teleconsulta realizada foi	
Primeira consulta	81 (77,1)
Retorno	24 (22,9)
Acesso à internet	
Frequência semanal de acesso à internet	
Nunca	5 (4,8)
1-2 dias	4 (3,8)
3-5 dias	5 (4,8)
6-7 dias	91 (86,6)
Qualidade da conexão da internet	
Boa	89 (84,7)
Ruim	9 (8,6)
Não sabe/não respondeu	7 (6,7)
Meio utilizado para o acesso	
Computador ou notebook	5 (4,8)
Smartphone	100 (95,2)
Ferramenta tecnológica utilizada	
Vídeo de WhatsApp	50 (47,6)
Vídeo de prontuário	40 (38,1)
Telefone ou outros	15 (14,3)
Classificação do acesso ao sistema da teleconsulta	
Fácil	87 (82,8)
Difícil	13 (12,4)
Não sabe/não respondeu	5 (4,8)
Satisfação do usuário	
Principal motivo da teleconsulta	
Check-up	32 (30,5)
Doenças agudas ou crônicas	45 (42,8)
Suspeita de COVID-19	28 (26,7)
Frequência com que o médico explica sobre sua condição de saúde	
Sempre	98 (93,3)

Continua

Continuação

Na maioria das vezes	4 (3,8)
Raramente	0 (0,0)
Nunca	2 (1,9)
Não sabe/não respondeu	1 (1,0)
Frequência de resolução da queixa principal	
Sempre ou na maioria das vezes	96 (91,4)
Não sabe/não respondeu	9 (8,6)
Frequência com que o médico pergunta sobre história familiar de saúde e história social	
Sempre ou na maioria das vezes	51 (48,5)
Nunca ou quase nunca	47 (44,8)
Não sabe/não respondeu	7 (6,7)
Duração do atendimento é suficiente	
Sempre ou na maioria das vezes	97 (92,3)
Nunca ou quase nunca	5 (4,8)
Não sabe/não respondeu	3 (2,9)
Problema foi resolvido?	
Sim, resolvido parcialmente	25 (23,8)
Sim, totalmente resolvido	80 (76,2)
Grau de satisfação	
	10,0 (9,0 – 10,0) ^b (9,5 ± 0,9) ^c
Faria uma teleconsulta novamente?	
Sim	105 (100,0)
Não	0 (0,0)
Recomendaria esse serviço?	
Sim	105 (100,0)
Não	0 (0,0)

^a Quantidade, em valores absolutos, dos participantes.

^b Mediana (1º quartil – 3º quartil) das respostas obtidas.

^c Média com desvio-padrão das respostas obtidas.

A tabela 02 apresenta os resultados da análise univariada relacionada ao desfecho percepção de resolatividade do problema pela teleconsulta. A autoavaliação de saúde e a duração do atendimento foram as variáveis significativas no estudo. Dos participantes que responderam que seu problema foi totalmente resolvido, 82,5% avaliaram a sua saúde como boa e 96,2% classificaram que a duração do atendimento foi suficiente sempre ou na maioria das vezes.

Tabela 02. Análise univariada da associação entre percepção de resolatividade do problema pela teleconsulta, fatores sociodemográficos, acesso à internet e satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde

	Problema foi resolvido?		Valor-p
	Totalmente (n=80)	Parcialmente (n=25)	
Sexo			0,815 ^Q
Feminino	49 (61,3)	14 (56,0)	
Masculino	31 (38,8)	11 (44,0)	
Idade			0,261 ^F
<30 anos	21 (26,2)	3 (12,0)	
30 a 45 anos	24 (30,0)	6 (24,0)	
46 a 65 anos	23 (28,7)	9 (36,0)	
>65 anos	12 (15,0)	7 (28,0)	
Escolaridade			0,635 ^Q
Até ensino médio completo	32 (40,0)	12 (48,0)	
Superior completo ou mais	48 (60,0)	13 (52,0)	
Raça/cor			0,146 ^Q
Branca	39 (48,8)	17 (68,0)	
Outras	41 (51,2)	8 (32,0)	
Autoavaliação da saúde			0,039 ^Q
Boa	66 (82,5)	15 (60,0)	
Ruim	14 (17,5)	10 (40,0)	
Qualidade da conexão da internet			0,283 ^F
Boa	70 (87,5)	19 (76,0)	
Ruim	6 (7,5)	3 (12,0)	
Não sabe/não respondeu	4 (5,0)	3 (12,0)	
Meio utilizado para o acesso			>0,999 ^F
Computador ou notebook	4 (5,0)	1 (4,0)	
Smartphone	76 (95,0)	24 (96,0)	
Ferramenta tecnológica utilizada			0,241 ^F
Vídeo de WhatsApp	35 (43,8)	15 (60,0)	
Vídeo de prontuário	34 (42,5)	6 (24,0)	
Telefone ou outros	11 (13,8)	4 (16,0)	
Classificação do acesso ao sistema da teleconsulta			0,574 ^F
Fácil	66 (82,5)	21 (84,0)	
Difícil	11 (13,8)	2 (8,0)	
Não sabe/não respondeu	3 (3,8)	2 (8,0)	
Principal motivo da teleconsulta			0,165 ^Q
Suspeita de COVID-19	21 (26,2)	7 (28,0)	
Outras doenças crônicas ou agudas	31 (38,8)	14 (56,0)	

Continua

	Continuação		
Check-up	28 (35,0)	4 (16,0)	
Frequência com que o médico pergunta sobre história familiar de saúde e história social			0,301 ^F
Sempre ou na maioria das vezes	42 (52,5)	9 (36,0)	
Raramente ou nunca	33 (41,2)	14 (56,0)	
Não sabe/não respondeu	5 (6,2)	2 (8,0)	
Duração do atendimento é suficiente			0,005 ^F
Sempre ou na maioria das vezes	77 (96,2)	20 (80,0)	
Raramente ou nunca	3 (3,8)	2 (8,0)	
Não sabe/não respondeu	0 (0,0)	3 (12,0)	

^Q Teste Qui-quadrado; ^F Teste Exato de Fisher

Os resultados da análise multivariada da associação entre o desfecho percepção de resolutividade do problema pela teleconsulta e as variáveis raça/cor e autoavaliação da saúde, estão representados na tabela 03. Nessa análise, o participante avaliar a sua saúde como boa está associado a considerar que o seu problema foi resolvido totalmente na teleconsulta. Deste modo, a auto avaliação da saúde está relacionada a resolutividade da telemedicina.

Tabela 03. Análise multivariada da associação entre percepção de resolutividade do problema pela teleconsulta, fatores sociodemográficos, acesso à internet e satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde

Variável	OR [IC 95%]	Valor-p
Raça/cor		
Outras	2,313 [0,895 ; 6,427]	0,092
Autoavaliação da saúde		
Boa	3,239 [1,174 ; 8,964]	0,022

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo mostraram que a resolutividade da Telemedicina no serviço privado avaliado está relacionada a autoavaliação da saúde e a duração do atendimento da teleconsulta.

A autoavaliação da saúde é considerada um indicador válido e relevante do estado de saúde de indivíduos e de populações. Ela está associada a medidas objetivas de morbidade e de uso de serviços, constituindo um preditor poderoso da mortalidade, independentemente de fatores médicos, comportamentais e psicossociais, e equivalente a indicadores obtidos por meio de instrumentos mais complexos e extensos¹⁶.

A autoavaliação da saúde pode ser obtida por meio de uma única

questão e têm sido amplamente utilizada em inquéritos de saúde¹⁶. Uma das questões mais utilizadas é: “De maneira geral, o senhor(a) diria que a sua saúde está”, e são dadas entre quatro a cinco opções de resposta variando entre muito boa e muito ruim¹⁷. Este indicador produz uma autoclassificação global do indivíduo, que considera sinais e sintomas de doenças (diagnosticadas ou não por profissional de saúde), além do impacto dessas condições sobre seu bem-estar físico, mental e social. Estudos têm apontado que o componente físico influencia mais a autoavaliação que o componente mental¹⁶.

Outro resultado importante encontrado foi a relação entre a duração do atendimento e a percepção de resolutividade dos usuários. A duração da consulta presencial com o médico e suas relações com a satisfação do usuário é confirmada em outras pesquisas¹⁸. O tempo da consulta também já foi descrito como indicador de resolubilidade do atendimento e conseqüente satisfação por estar associado a uma abordagem de mais qualidade com maior tempo para anamnese e conseqüente interação médico-paciente^{19,20}. Essa pesquisa confirma esses achados também na abordagem da teleconsulta.

O contexto de pandemia forçou uma mudança no modelo tradicional de atendimento médico. As organizações de saúde tiveram de renunciar o rotineiro cuidado presencial e começar a investir em soluções tecnológicas para realizar o acompanhamento clínico em formato remoto dos pacientes²¹. No estudo, em relação às principais queixas relatadas durante o atendimento, a maioria indicou doenças agudas ou crônicas (42,9%), seguido de check-up (30,5%) e suspeita de Covid-19 (26,7%). Deste modo, vê-se que apesar de a pesquisa ter sido realizada em um momento de pandemia, a maior parte das consultas não está relacionada ao COVID-19 e sim as doenças agudas ou crônicas. Nesse sentido, verifica-se a importância da telemedicina no âmbito da assistência geral a saúde, mesmo fora do contexto de pandemia.

Caetano et al. aborda sobre alguns desafios para o uso da telemedicina no cenário brasileiro, como a resistência de entidades médicas, integração dos serviços as diretrizes nacionais, padronização de questionários automáticos de triagem, regulamentos de financiamentos e estabelecimento de mecanismos de compartilhamento de dados para integrar os dados dos provedores de telemedicina com a vigilância epidemiológica²². Apesar dos desafios apontados, a telemedicina passou a ser uma ponte para a integração do atendimento, e seus benefícios e vantagens podem ser resumidos no chamado 5 C’s: cuidado acessível, mais conveniente, maior conforto, melhor confidencialidade e menor risco de contágio²³.

Este estudo apresentou limitações. Devido a dificuldade com o uso de tecnologias e o distanciamento social imposto durante a pesquisa, muitos participantes idosos não conseguiram assinar o TCLE em formato digital, o que levou a perda de participantes dessa faixa etária e o predomínio de jovens na amostra. Essa limitação pode ter ocasionado um viés de seleção com tendência a resposta de jovens e adultos. Além disso, a clínica em que foi realizada a pesquisa é uma clínica privada, que atende pacientes que possuem planos de saúde, deste modo não havia na amostra participante que depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, este estudo é importante uma vez a telemedicina é essencial no período de pandemia à medida que evita que as pessoas frequentem clínicas, unidades de pronto-atendimentos e hospitais

desnecessariamente, diminuindo assim as aglomerações e apoiando as medidas de prevenção da transmissão do vírus. Adicionalmente, a telemedicina ajuda na triagem dos pacientes que serão destinados a serviços especializados ou presenciais e de forma complementar ampara os pacientes que necessitam de acompanhamento médico de doenças crônicas e estão realizando isolamento social.

Além disso, a telemedicina também pode auxiliar a assistência a saúde em períodos não pandêmicos, sendo importante para que a população tenha um acesso a saúde mais rápido e fácil, para abranger essa assistência em áreas remotas e de difícil acesso, para orientar e educar pacientes dentro de suas próprias casas, para acompanhar o tratamento de pacientes que muitas vezes não iriam na consulta de retorno caso fosse presencial, entre outros.

CONCLUSÃO

A telemedicina pode ser um auxílio para usuários de serviços privados, atendidos por MFC, que possuem papel importante na promoção, prevenção e recuperação da saúde dos pacientes.

Além disso, diante do contexto da pandemia do COVID-19, os recursos da telemedicina têm se mostrado uma ferramenta útil para auxiliar a população a manter medidas impostas para a prevenção da transmissão da doença, como evitar aglomerações e manter o isolamento social. Devemos levar em consideração também que essa ferramenta é capaz de levar assistência à saúde para as populações de regiões mais remotas. Para isso, além da necessidade de capacitação das equipes de saúde a fim de agregar qualidade aos serviços de saúde, é necessário também que recursos sejam destinados para que as regiões mais afastadas tenham a infraestrutura necessária para utilização desse serviço.

Apesar dos desafios e dos limites que uma consulta remota pode possuir, vemos que os benefícios desse serviço para os pacientes que precisam de um atendimento de menor complexidade pode ser bastante resolutivos. Sugere-se que essa pesquisa seja realizada em âmbito público a fim de avaliar possíveis benefícios deste serviço para os pacientes da rede pública.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradecemos às nossas orientadoras por todo apoio e orientação. Aos funcionários do Departamento de Pesquisa e Extensão da nossa instituição de ensino por todo conhecimento e ensinamento compartilhados. Aos nossos familiares por todo incentivo e rede de apoio.

REFERÊNCIAS

1. Aquino, Estela M. L.; Silveira, Ismael Henrique; Pescarini, Julia Moreira;

- Aquino, Rosana; Souza-filho, Jaime Almeida de; Rocha, Aline dos Santos; Ferreira, Andrea; Victor, Audêncio; Teixeira, Camila; Machado, Daiane Borges. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 2423-2446.
2. Who – World Health Organization. WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV). Geneva: WHO, 2020.
3. Who - World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020. Geneva: WHO, 2020.
4. Worldometer. Countries where COVID-19 has spread. 2020 [cited 2020, Jul 17].
5. Who - World Health Organization. WHO Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: protect yourself and others from the spread covid-19. Protect yourself and others from the spread COVID-19. Geneva: WHO, 2020.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: especial: doença pelo coronavírus. Especial: doença pelo coronavírus. Brasília, DF, 2020.
7. Brasil. Lei n. 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília: Poder Legislativo, 2020.
8. FenaSaúde (Rio de Janeiro). Consolidação da telemedicina é consequência positiva da pandemia: formar profissionais para lidar bem com o novo instrumento é desafio. Formar profissionais para lidar bem com o novo instrumento é desafio. 2020. Disponível em: <http://fenasaude.org.br/noticias/consolidacao-da-telemedicina-e-consequencia-positiva-da-pandemia.html>. Acesso em: 18 jul. 2020.
9. Tuckson, Reed V.; Edmunds, Margo; Hodgkins, Michael L.. Telehealth. *The New England Journal of Medicine*. Massachusetts Medical Society, p. 1585-1592.
10. Brasil. Projeto de Lei nº 696, de 26 de março de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Plenário do Senado Federal, 2020.
11. Senado, Agência. Senado aprova uso da telemedicina durante pandemia de covid-19. 2020.
12. Li DKT. Challenges and responsibilities of family doctors in the new global coronavirus outbreak. *Fam Med Com Health* 2020;8:e000333. doi:10.1136/fmch-2020-000333.
13. Arias-Castillo, Liliana; Toro, Cesar Brandt; Freifer, Sandra; Machad, Miguel Ángel Fernández Tradução: Rogério. Perfil do médico de família e comunidade definição iberoamericana. 2010.
14. Mendonça, Maria Helena Magalhães de; Vasconcellos, Miguel Murat; Viana, Ana Luíza D'Ávila. Atenção primária à saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 24, n. 1, p. 4-5, 2008.
15. Bolfarine, H; Bussab, W. de O. Elementos de Amostragem. 1. Ed. São Paulo: Edgard Blucher, 2005.
16. Barros, Marilisa Berti de Azevedo, et al. «Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006». *Revista de Saúde Pública*, 2009; vol. 43, n. suppl 2, pp. 27-37.
17. Rodrigues, Daiana Elias. Autoavaliação da saúde e percepção da vizinhança no estudo saúde em Beagá. 2015. 52 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Epidemiologia, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2015.
18. Anderson RT, Camacho FT, Malkrishnan R. Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 31
19. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc Saúde Colet* 2004; 9(1): 139-46. 23.
20. Muller EV, Greca M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. *CiêncSaúde Colet* 2010; 15(3): 925-30.
21. Celuppi, Ianka Cristina, et al. «Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo». *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 37, n. 3, 2021, p. e00243220.
22. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN, Ribeiro GD, Santos DL, et al. Desafios e oportunidades para a telemedicina em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00088920
23. Dorsey E, Okun MS, Bloem BR. Care, convenience, comfort, confidentiality, and contagion: the 5 c's that will shape the future of telemedicine. *J Parkinsons Dis* 2020; 10:893-7.