



ConBRepro

X CONGRESSO BRASILEIRO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO



02 a 04
de dezembro 2020

Barreiras para a Teleconsulta Pré e Durante Pandemia na Percepção dos Pacientes

Bianca de Sá Genezini

Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica – Universidade de São Paulo

Manoela Pastor dos Santos

Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica – Universidade de São Paulo

Fernando Tobal Berssaneti

Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica – Universidade de São Paulo

Resumo: No atual cenário pandêmico da COVID-19, a telemedicina integra uma das novas tecnologias para o gerenciamento da doença, com o objetivo principal de reduzir a concentração de pessoas nas instituições de saúde. Embora a telemedicina tenha a mesma origem e objetivo que a telemedicina, e seja frequentemente usada como sinônimo para ela, a “telessaúde” abrange outras ações, como a “teleconsulta”, a “tele-educação” e o “telemonitoramento”. O estudo procura identificar as principais barreiras à adoção da “telessaúde”, mais especificamente a ação “teleconsulta”, a partir da perspectiva dos pacientes, potenciais ou já usuários desta ferramenta, já que suas percepções são importantes para o sucesso da “telessaúde”. Queremos entender como as percepções das pessoas sobre a “teleconsulta” podem ter mudado após a pandemia, em comparação com o período anterior à pandemia. A fim de identificar as principais barreiras à adoção da telemedicina apontadas pela literatura, foi feita uma revisão da literatura e, respectivamente, um questionário foi elaborado e enviado aos usuários e potenciais usuários de telemedicina. Por fim, foi feita uma análise sobre a percepção dos usuários e o cruzamento com as declarações identificadas na metodologia. Em geral, os resultados mostraram que o uso da “teleconsulta” tem se expandido durante a pandemia da COVID-19 e, embora os respondentes tenham identificado muitos desafios à sua aplicação e que a maioria deles prefere a consulta presencial em vez da “teleconsulta”, mas cada vez mais pessoas afirmaram que suas percepções em relação a esta tecnologia têm melhorado.

Palavras-chave: Telessaúde, Consulta Remota, Barreiras, Pacientes.

Patient Users' Perspectives of Barriers to Remote Consultation Pre- and Peri-Pandemic

Abstract: In the current pandemic scenario of COVID-19, telemedicine integrates one of the new technologies for the management of the disease, with the main aim of reducing the concentration of people in health institutions. Although telehealth has the same origin and purpose as telemedicine, and is often used as a synonym for it, telehealth encompasses other actions, such as teleconsultation, tele-education and telemonitoring. The study seeks to identify the main barriers to the adoption of telehealth, more specifically the action 'teleconsultation', from the perspective of patients, potential or already users of this tool, since their perceptions are important for the success

of telehealth. We want to understand how people's perceptions of teleconsultation may have changed after the pandemic compared to the period before the pandemic. In order to identify the main barriers to the adoption of telemedicine pointed out by the literature, a literature review was made and, respectively, a questionnaire was created and sent to users and potential users of telemedicine. Finally, an analysis was made about the users' perception and crossing them with the statements identified in the methodology. In general, the results showed that the use of teleconsultation has been expanding during the COVID-19 pandemic and, although respondents had identified many challenges to its application and that most of them prefer in-person consultation over teleconsultation, more and more people stated that their perceptions towards this technology has improved.

Keywords: Telehealth, Remote consultation, Barriers, Patients.

1. Introdução

A consulta remota integra uma das soluções tecnológicas para gerenciar a pandemia da COVID-19 num esforço para prevenir altas concentrações de pessoas nos hospitais, promover o distanciamento social e prevenir a propagação do vírus (CAETANO *et al.*, 2020; LEITE; HODGKINSON; GRUBER, 2020). Deve-se notar que esta estratégia foi adotada em todo o mundo. Por exemplo, no auge da COVID-19 na província de Hubei (China) foi criado um serviço chamado "*Cloud Clinic*" que permite aos pacientes acessar serviços de monitoramento médico, assistência de saúde mental, medicamentos e farmácia via *chat* ou vídeo (ZHAO *et al.*, 2020).

Embora não regulamentada no Brasil, a prática da "telessaúde" foi autorizada em bases excepcionais em qualquer atividade de saúde como medida para enfrentar uma pandemia (Caetano *et al.*, 2020). Além dos benefícios da telemedicina para o gerenciamento da epidemia, a telemedicina também permite a promoção e o apoio de cuidados de saúde à distância com baixo custo e alta cobertura (LEITE; HODGKINSON; GRUBER, 2020), mais acessível e conveniente, que não exige que os pacientes viajem para o local do tratamento (USCHER-PINES *et al.*, 2020), eliminando assim barreiras logísticas (O'HARA *et al.*, 2020). Além disso, contribui para reduzir o tempo de atendimento e melhorar a qualidade do atendimento, permitindo o acesso a especialistas de áreas remotas ou rurais (OMS, 2010; CAETANO *et al.*, 2020).

Por outro lado, existem obstáculos que precisam ser resolvidos para o avanço da "telemedicina", como os desafios relacionados à complexidade humana e aos fatores culturais, e às considerações legais; e os desafios tecnológicos (OMS, 2010). Além disso, é enfatizado que a telemedicina nem sempre é a melhor estratégia para avaliar a condição de um paciente, como nos casos em que um exame físico é necessário para confirmar o diagnóstico (DANIEL; SULMASY, 2015).

Apesar dos benefícios listados, o sucesso da telemedicina depende da preferência dos pacientes, mesmo nos casos em que o uso da telemedicina atende adequadamente às suas necessidades. O sucesso da "telessaúde" está sujeito à aceitação dos pacientes, o que ainda não é muito claro (FLODGREN *et al.*, 2015; SCHMITZ *et al.*, 2017). Portanto, este estudo visa identificar as principais barreiras à adoção da "telessaúde", mais especificamente da "teleconsulta", a partir da perspectiva dos pacientes, potenciais ou usuários desta ferramenta, uma vez que, suas percepções são importantes para o sucesso da "telessaúde".

O estudo procura entender como as percepções das pessoas sobre a teleconsulta podem ter mudado durante a pandemia da COVID-19, em comparação com o período anterior à pandemia. Além disso, o estudo visa identificar as relações entre as características das pessoas (ou seja, idade, sexo e nível de educação) e as diferentes percepções sobre as barreiras ao uso da ferramenta. Este estudo visa responder à

pergunta de pesquisa: “Quais são as principais barreiras identificadas pelos pacientes para a adoção da “teleconsulta” antes e depois da pandemia de COVID-19?”

2. Fundamentação teórica

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo "telemedicina", que surgiu nos anos 70, significa literalmente "cura à distância" (OMS, 2010). A “telemedicina” foi inicialmente proposta como um recurso bidirecional de vídeo e áudio para a comunicação médico-paciente ou paciente-paciente (CAETANO *et al.*, 2020). Atualmente, entretanto, a telemedicina serve a outros propósitos múltiplos, tais como diagnosticar doenças, transferir dados médicos, monitorar os processos de reabilitação ou tratamento, até mesmo para conduzir operações cirúrgicas (POON *et al.*, 2006).

A “telemedicina” é uma alternativa eficaz para o atendimento em caso de doenças infecciosas. De acordo com Krausz *et al.* (2020), é visível que a “telemedicina” contribui positivamente para os períodos de crise, fornecendo assistência de emergência por “telemedicina”, seja rastreando as pessoas através de aplicações móveis ou por meio de consulta via videoconferência.

A expansão da telemedicina para outras áreas da saúde além da medicina caracteriza a “telessaúde” (WADE *et al.*, 2010; CAETANO *et al.*, 2020; CATAPAN; CAVO, 2020). A “telemedicina” é considerada um subconjunto da “e-saúde”; esta última inclui todos os diversos usos das tecnologias de informação e comunicação (TIC) na área da saúde - por exemplo, registros médicos eletrônicos e sistemas de apoio à decisão (DSS) (WADE *et al.*, 2010).

Embora a “telessaúde” tenha a mesma origem e finalidade e seja frequentemente usada como sinônimo de “telemedicina”, a “telessaúde” compreende outras ações como consulta remota, “teleducação” e “telemonitoramento” (SCHMITZ *et al.*, 2017; CATAPAN; CAVO, 2020). Outras ações e definições de “telessaúde” e “telemedicina” foram apresentadas na Tabela 1.

No Brasil, a “telessaúde” ganhou destaque com o “Programa Nacional de Telessaúde”, instituído pelo Ministério da Saúde em 2007 (MALDONADO *et al.*, 2016; CATAPAN; CAVO, 2020). O programa incluiu ações de “teleducação” e “telediagnóstico” para apoiar a atenção primária. No entanto, o programa ainda não previa ações de consulta remota, pois não estava regulamentado no Brasil - exceto pelas condições especiais para fonoaudiólogos previstas na Resolução CFFa nº 366/2009; para psicólogos, previstas na Resolução CFP nº 011/2012; e enfermagem, previstas na Resolução COFEN nº 0487/2015 (SCHMITZ *et al.*, 2017; CATAPAN; CAVO, 2020).

Com relação às restrições ao uso de “teleconsulta”, destaca-se a Resolução 1.931/2009 do Código de Ética Médica, que proíbe aos médicos "prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, exceto em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, caso em que deve fazê-lo imediatamente após a cessação do impedimento". Anos mais tarde, a Resolução 1.974/2011 do Conselho Federal de Medicina permitiu a orientação médica por telefone ao paciente, familiar e previamente tratada pessoalmente pelo profissional de saúde.

Em 2017, a declaração do Conselho nº 14/2017 permitiu o uso do aplicativo WhatsApp © e plataformas similares desde que os requisitos especificados fossem observados, para fins de comunicação confidencial entre médico e paciente, ou entre médicos para envio de dados e esclarecimento de dúvidas (SCHMITZ *et al.*, 2017).

Tabela 1 - Diferenças entre definições e ações de “telessaúde” e “telemedicina”

Campos	Definição	Ações
Telessaúde	Entrega de serviços de saúde à distância, utilizando tecnologias de informação e comunicação (WADE <i>et al.</i> , 2010), incluindo telefones, smartphones e dispositivos móveis sem fio, com ou sem conexão de vídeo (DORSEY; TOPOL, 2016).	Serviços e atividades de treinamento e de informação em saúde para provedores multidisciplinares e para pacientes (CAETANO <i>et al.</i> , 2020), tais como: teleconsulta, teleconsultoria, telediagnóstico, telediagnóstico, telecirurgia, telemonitoramento, teleeducação, telerregulação e segunda opinião formativa (SCHMITZ <i>et al.</i> , 2017; CAETANO <i>et al.</i> , 2020).
Telemedicina	Entrega de serviços de cuidados de saúde, onde a distância é um fator crítico, por todos os profissionais da saúde utilizando tecnologias de informação e comunicação em troca de informação válida por diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças ou danos, pesquisa e avaliação, e pela educação contínua dos provedores de saúde, com o interesse no avanço da saúde de indivíduos e comunidades (WHO, 2010, p.9).	Apoio clínico, destinado a superar barreiras geográficas, conectando usuários que não se encontram no mesmo local físico. Envolve o uso de vários tipos de TIC. Seu objetivo é melhorar os resultados em saúde (OMS, 2010, p.11).

Fonte: Preparado pelos autores (2020)

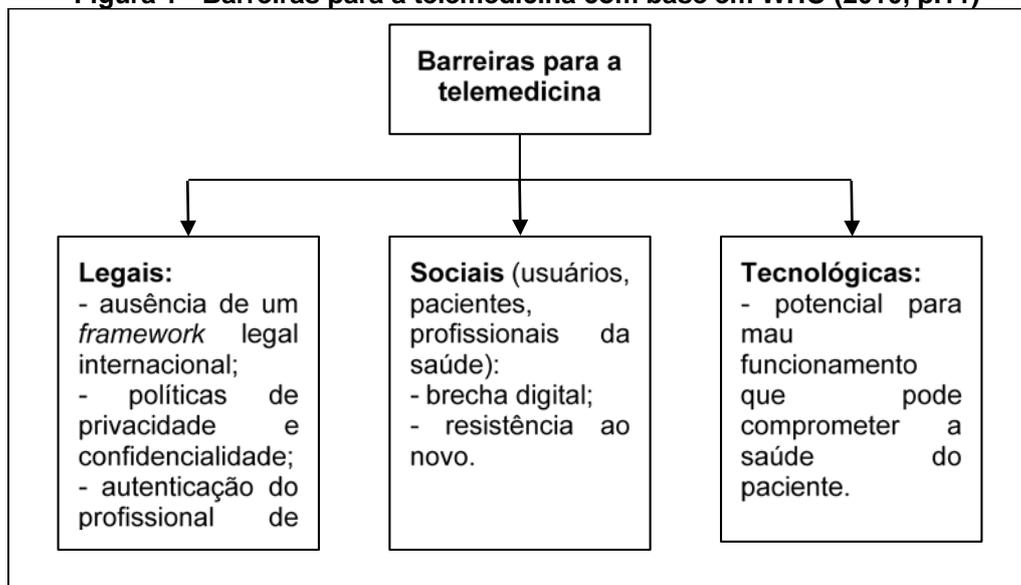
Entretanto, com o advento da pandemia da COVID-19, o Projeto de Lei nº 696/2020 foi aprovado, autorizando o uso da telemedicina em qualquer atividade de saúde no Brasil, incluindo consulta remota, enquanto durar a crise da COVID-19. No mês seguinte, em 6 de abril, foram publicadas as "Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19" do Ministério da Saúde, as quais, entre outras iniciativas, faziam referência ao uso do TeleSUS. TeleSUS consiste em duas ferramentas para orientação populacional e monitoramento de casos: o aplicativo Coronavírus SUS e o bate-papo *online* (CAETANO *et al.*, 2020).

Além das barreiras legais, há necessidade de tecnologias que suportem a transmissão adequada de dados, imagens e sons; treinamento para o uso apropriado de novas tecnologias e software conectado à Internet (LEITE; HODGKINSON; GRUBER, 2020), desenvolvimento de novas habilidades clínicas (por exemplo habilidades específicas de comunicação, novas abordagens para adquirir informações e nas relações entre pacientes e profissionais de saúde), proteção e privacidade dos dados dos pacientes (LEITE; HODGKINSON; GRUBER, 2020), mudanças nas políticas de “telemedicina” e aspectos regulatórios para atender a esta situação de emergência - ou seja, pandemia (O'HARA *et al.*, 2020).

Um viés da telemedicina que é possível observar empiricamente que tem se popularizado devido à necessidade de distanciamento social causadas pelo COVID-19 é o “autodiagnóstico” ou “autotriagem” que são, por exemplo, o uso de aplicativos lançados pelas iniciativas públicas e privadas para uma triagem inicial de sintomas e possíveis causas, auxiliando o atendimento virtual, uma vez que, possibilita o mapeamento pelo próprio paciente dos desconfortos sentidos pelo mesmo para uma melhor análise do especialista. Com modelo virtual de triagem e monitoramento diário via questionário com alertas automáticos, é possível gerenciar a maioria dos pacientes em suas próprias casas, abordando saúde do paciente, bem como há um controle maior, além disso, o risco para a saúde dos trabalhadores da área saúde, em caso de doenças infecciosas é menor

(KRAUSZ *et al.*, 2020) . Com base na OMS (2010), foi criada a Figura 1, que identifica as categorias de barreiras para a telemedicina e lista algumas barreiras sob cada categoria.

Figura 1 - Barreiras para a telemedicina com base em WHO (2010, p.11)



Fonte: Com base na OMS (2010, p.11).

Quanto aos desafios relacionados a fatores humanos e culturais, é enfatizado que alguns pacientes são resistentes à adoção da telemedicina simplesmente porque ela consiste em uma abordagem diferente da tradicional à qual estão acostumados (OMS, 2010). Alguns pacientes são mais tradicionalistas e resistem a compartilhar seus dados pessoais (BAUER; BROWN, 2001) numa tentativa de preservar sua privacidade, ou porque não confiam na infraestrutura de segurança e confidencialidade dos dados (BAUER, 2002). Outros não têm a capacidade de utilizar eficazmente as tecnologias de informação e comunicação utilizadas nas abordagens de “telemedicina” (OMS, 2010).

Neste sentido, Dorsey e Topol (2016) concordam com a OMS (2010) que, talvez, a maior barreira à telemedicina seja social. A limitação de natureza social consiste em diferenças no acesso às tecnologias de telecomunicações (por exemplo, acesso à Internet), que variam com base em fatores geográficos e sociais. A falta de acesso é especialmente crítica para a população idosa.

Finalmente, deve-se observar que a “teleconsulta” nem sempre é mais apropriada do que uma consulta presencial. Sobre isso, Daniel e Sulmasy (2015) argumentam que há casos em que o exame físico ou outro tipo de consulta presencial é essencial para confirmar um diagnóstico - por exemplo, para detectar sensibilidade ou inchaço -, ou mesmo para preservar a privacidade ou manter a continuidade do atendimento entre paciente e médico. Além disso, enfatizam a importância do tato como elemento terapêutico (DANIEL; SULMASY, 2015).

3. Método de Pesquisa

A fim de identificar as principais barreiras à adoção da telemedicina apontadas na literatura, foi realizada uma pesquisa no banco de dados científico “*ISI Web of Science*” em julho de 2020, adotando a sequência de pesquisa “telemedicina”, e “barreira*” ou “desafio*”, abrangendo título, palavras-chave e resumo de artigos ou resenhas publicadas em inglês ou português. A busca retornou 2.294 resultados.

Todos os metadados relacionados foram exportados como um arquivo *.txt* e importados para o software *VOSviewer* (versão 1.6.13), através do qual, com base em informações bibliográficas, foi criada uma rede de co-ocorrência cuja unidade de análise foi "palavras-chave do autor".

A análise de co-ocorrência permite a visualização dos termos mais importantes que pertencem a um agrupamento em um determinado contexto de interesse e as relações de co-ocorrência entre esses termos. A relação é determinada com base na frequência com que dois termos ocorrem nas publicações: quanto maior o número de publicações que mencionam os dois termos, mais forte é a relação entre os termos (VAN ECK; WALTMAN, 2017). Portanto, a análise foi utilizada para ajudar a identificar as principais barreiras à telemedicina identificadas na literatura.

Para identificar as principais barreiras ao uso da telemedicina do ponto de vista dos pacientes, usuários ou usuários potenciais desta tecnologia, foi realizada uma pesquisa, e o questionário estava disponível em '*GoogleForms*'. As pesquisas de satisfação dos pacientes são fontes essenciais de informação para identificar lacunas e desenvolver planos de ação eficazes para melhorar a qualidade dos serviços de saúde (AL-ABRI; A-BALUSHI, 2014).

A pesquisa, por sua vez, é uma ferramenta que permite alcançar muitas pessoas com relativa facilidade; no entanto, requer um planejamento extenso. Uma boa prática para a preparação de uma pesquisa é estabelecer antecipadamente um objetivo muito claro, a partir do qual os métodos e instrumentos de coleta serão definidos, assim como o tipo de perguntas que serão elaboradas, que devem ser claras, concisas e livres de preconceitos.

Além disso, a pesquisa deve considerar os aspectos estéticos e a ordem das perguntas, o que é especialmente importante para pesquisas auto administradas como esta; ela precisa ser testada (piloto) para avaliar possíveis erros ortográficos, perguntas ambíguas e qualquer outro problema que possa prejudicar a conclusão do questionário (JONES; BAXTER; KHANDUJA, 2013).

O público-alvo da pesquisa (questionário) consistiu tanto em pessoas que já fizeram uma "teleconsulta" quanto de pessoas que nunca consultaram via "teleconsulta". Isto inclui pessoas que, por alguma razão, não têm acesso ou que simplesmente optaram por não adotar a "teleconsulta" (por exemplo, porque não têm acesso à Internet ou porque preferem a consulta presencial).

4. Resultados

A análise das relações entre as palavras-chave (Figura 2) sugere que, com base nas palavras-chave pertencentes ao mesmo agrupamento (palavras destacadas em azul), as barreiras na telemedicina estão fortemente relacionadas à "adoção", "reembolso", "telecomunicação", "implementação", e "áreas remotas".

Estes termos foram incluídos na seção de introdução desta pesquisa. Outros termos que emergiram da análise não parecem, a priori, ser desafios, mas soluções, tais como "inteligência artificial"; ou áreas ou aplicações da telemedicina, tais como "telerradiologia", "derrame", "demência" e "trombólise".

	Prefere teleconsulta		Prefere consulta presencial		Indiferente	
Masculino (41,9%)	13	15,4%	38	27,9%	6	4,4%
Idade						
0–19 (0,7%)	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%
20–24 (4,4%)	0	0,0%	4	2,9%	2	1,5%
25–29 (21,3%)	7	5,1%	16	11,8%	6	4,4%
30–39 (43,4%)	16	11,8%	36	26,5%	7	5,1%
40–49 (11,1%)	6	4,4%	6	4,4%	3	2,2%
50–59 (11,8%)	4	2,9%	10	7,4%	2	1,5%
≥ 60 (7,4%)	1	0,7%	8	5,9%	1	0,7%
Educação						
Escola elementar incompleta (0,7%)	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%
Ensino fundamental completo (0,7%)	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%
Ensino médio incompleto (2,9%)	0	0,0%	4	2,9%	0	0,0%
Ensino médio completo (7,4%)	5	3,7%	3	2,2%	2	1,5%
Bacharelado incompleto (7,4%)	1	0,7%	6	4,4%	3	2,2%
Bacharelado completo (34,6%)	10	7,4%	30	22,1%	7	5,1%
Pós-graduação incompleta (11,0%)	5	3,7%	7	5,1%	3	2,2%
Pós-graduação completa (35,3%)	13	9,6%	29	21,3%	6	4,4%
Fez “teleconsulta”						
Antes da pandemia (7,4%)	4	2,9%	4	2,9%	2	1,5%
Após uma pandemia (33,8%)	15	11,0%	23	16,9%	8	5,9%
NÃO fez “teleconsulta”						
Antes da pandemia (92,6%)	30	22,1%	77	56,6%	19	1,5%
Após uma pandemia (66,2%)	19	11,0%	58	42,6%	13	5,9%
Opinião sobre a “teleconsulta” após a pandemia da COVID-19						
Melhor (42,6%)	20	14,7%	30	22,1%	8	5,9%
O mesmo (57,4%)	14	10,3%	51	37,5%	13	9,6%
Pior (0,0%)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Fonte: Elaborado pelos autores (2020)

A Tabela 2 também mostra que 43,9% das pessoas que responderam ao questionário tinham entre 30 e 39 anos de idade. Além disso, a maioria dos entrevistados (80,9%) declarou ter, pelo menos, um diploma de bacharelado. Esta porcentagem não traduz a realidade da educação no Brasil, onde apenas cerca de 17,4% tem um bacharelado (IBGE, 2019). Isto implica que os resultados da pesquisa podem não refletir as opiniões das pessoas com baixos níveis de escolaridade e que aqueles que responderam a esta pesquisa podem ter acesso mais fácil à Internet e a dispositivos eletrônicos, devido à um maior aquisitivo.

Outro resultado que deve ser enfatizado é que apenas 7,4% dos entrevistados realizaram “teleconsulta” antes da pandemia. Este resultado está de acordo com o fato de que a “telemedicina” só foi autorizada para algumas condições muito especiais (apresentadas na Seção 2) antes da pandemia da COVID-19. Além disso, 40% daqueles que fizeram “teleconsulta” antes da pandemia indicaram que preferem “teleconsulta”, outros 40% preferem consulta presencial, e 20% não têm preferência entre eles.

Também é notável que houve um aumento no uso da “teleconsulta” após o início da pandemia COVID-19 de 7,4% para 33,8% da amostra. Este resultado pode estar

relacionado ao fato de que esta doença infecciosa requer distanciamento social, e a “teleconsulta” surgiu como uma alternativa para o cuidado médico sem colocar os pacientes e profissionais de saúde em risco (KRAUSZ et al., 2020). Após se submeterem a uma “teleconsulta”, metade desses usuários declarou preferir a “teleconsulta” em vez da consulta presencial. Em geral, 42,6% dos 136 respondentes indicaram que sua percepção em relação à “teleconsulta” mudou após o advento da pandemia de forma positiva. Além disso, 41,4% daqueles que têm uma percepção melhor da “teleconsulta” do que tinham antes da pandemia, também tinham experimentado “teleconsultas” durante a pandemia. Quando perguntados por sua preferência final, 59,6% declararam que a consulta presencial ainda é preferível à “teleconsulta”, e 15,4% não têm preferência entre eles. A consulta presencial é preferida apenas em relação à “teleconsulta” entre os entrevistados com o ensino médio completo. Um achado interessante é que 64,4% das pessoas que afirmaram preferir a “teleconsulta” não fizeram nenhuma “teleconsulta” durante a pandemia. Talvez a disseminação de informações sobre “teleconsulta” através da mídia (por exemplo, mídia social, televisão) e/ou já usuários desta tecnologia após o início da pandemia possa ter impactado positivamente as percepções dos não usuários.

4.1.2 Barreiras à “teleconsulta”

Quanto às opiniões dos entrevistados antes do advento da pandemia da COVID-19, a maioria deles (51,1%) acreditava que os médicos poderiam examinar melhor seus pacientes através de consultas presenciais. Após o início da pandemia, este percentual diminuiu ligeiramente para 47,8%, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 - Barreiras para “teleconsulta” identificadas por usuários ou usuários potenciais

Barreiras à teleconsulta	Antes de uma pandemia		Durante uma pandemia	
	Conteúdo	Porcentagem	Conteúdo	Porcentagem
Acredito que os médicos podem examinar melhor pessoalmente	70	51,5%	65	47,8%
Minha preferência pessoal é conversar pessoalmente com o médico	71	52,2%	53	39,0%
Tenho medo de compartilhar minhas informações pessoais através da Internet	6	4,4%	6	4,4%
Tenho dificuldades para usar o computador e/ou para fazer uma chamada de vídeo	0	0,0%	2	1,5%
A qualidade da minha conexão de internet é ruim (imagem, som)	4	2,9%	3	2,2%
Eu não tenho acesso fácil à Internet	2	1,5%	1	0,7%
Eu não tenho problemas ou dificuldades para realizar uma teleconsulta	37	27,2%	52	38,2%

Fonte: Elaborado pelos autores (2020)

Além disso, os resultados mostram que antes da pandemia, 52,2% dos entrevistados indicaram que sua preferência pessoal era falar pessoalmente com o médico; e após o início da pandemia, este percentual caiu para 39%. Essa preferência é prevalente entre homens, pessoas de até 24 anos e entre 30 e 39 anos de idade, de todos os níveis educacionais, exceto para os respondentes com ensino médio concluído.

A preferência pessoal por conversar pessoalmente com o médico foi destacada entre as mulheres e as pessoas de 25 a 29 anos ou mais de 60 anos de idade. O medo de compartilhar informações pessoais pela Internet foi predominante entre as pessoas pertencentes à faixa etária entre 50 e 59 anos. Além disso, é notável que as pessoas entre 40 e 49 anos de idade e as pessoas com diploma do ensino médio foram as que mais relataram não ter nenhum problema para fazer uma “teleconsulta” durante a pandemia da

COVID-19. Além disso, o número de pessoas que declararam não ter dificuldade ou não identificar nenhum problema com o uso da “teleconsulta” aumentou de 27,2% para 38,2% dos entrevistados, à medida que mais pessoas começaram a usar a “teleconsulta” após a pandemia. Outros resultados relevantes obtidos através da pesquisa foram os comentários deixados pelos usuários no final da pesquisa. Entre os diferentes pontos de vista dos respondentes, destacam-se os seguintes:

a) Existem desafios ou barreiras à “teleconsulta”, tais como: preocupações sobre quando a “teleconsulta” pode não ser apropriada para gerar um diagnóstico “coerente” ou que pode não ser a melhor maneira de garantir a privacidade do paciente; e o fato de que a maioria da população não tem acesso à conexão de qualidade à Internet, tornando essa possibilidade restrita a certas classes sociais;

b) Alguns usuários também mencionaram que, embora prefiram consultas presenciais, eles acreditam que a “teleconsulta” é uma realidade que permanecerá e evoluirá mais e mais com o tempo. Também enfatizam a vantagem da “teleconsulta” para o tratamento de doenças infecciosas, evitando sua propagação; ou o tratamento à distância de doenças simples, sem a necessidade de deslocamento do usuário, reduzindo o risco para o médico no caso de doenças contagiosas como os vírus;

c) Um ponto interessante apresentado pelos entrevistados, que está relacionado a uma das novas realidades da telemedicina apresentada na revisão da literatura, é a “autotriagem”. Alguns dos respondentes sugeriram que a “autotriagem” através da “teleconsulta” poderia ser usada como um procedimento padrão a fim de acelerar o atendimento. A “autotriagem” poderia ajudar os pacientes indicando o especialista apropriado para que eles se consultem, e para avaliar empiricamente a urgência dos cuidados, permitindo assim uma programação com tempo de espera mais justo, especialmente para aqueles que precisam de cuidados prioritários;

d) Outras preocupações trazidas pelos entrevistados foram o uso de “teleconsulta” pelos idosos que podem não ser capazes de usar este tipo de novas tecnologias, perda de qualidade nos cuidados e menos cuidados pessoais. Além disso, há casos em que as consultas presenciais são indispensáveis para determinar a condição do paciente.

5. Conclusão

As respostas dos entrevistados indicam que, com o advento da pandemia da COVID-19, a forma das consultas mudou. Durante a crise pandêmica houve um aumento no uso da “teleconsulta”, o que pode ter impactado positivamente as percepções das pessoas que dependem dos serviços de saúde. As respostas também enfatizam que ainda existem preocupações, principalmente devido a fatores sociais e tecnológicos, que podem limitar o acesso e o uso da telemedicina em geral.

No início da pesquisa, com base na revisão da literatura, alguns resultados eram esperados, tais como que os idosos poderiam não ter as habilidades para utilizar corretamente a ferramenta, o que foi confirmado com esta pesquisa. Além disso, o desafio do acesso à “teleconsulta” devido ao fraco acesso às tecnologias de telecomunicações também foi apontado por alguns respondentes. Neste sentido, Dorsey e Topol (2016) sugerem a expansão do acesso à banda larga, o fornecimento de smartphones ou tecnologias relacionadas a pessoas não assistidas para permitir maior acesso aos cuidados de saúde, realizando consultas em casa e fornecendo suporte técnico a pessoas com acesso limitado ou familiaridade com novas tecnologias.

As limitações da presente pesquisa consistem no fato de que a maioria dos entrevistados vive nas regiões sul e sudeste do Brasil, ambas regiões que têm uma

porcentagem de população com acesso à Internet maior do que a média de todo o país (IBGE, 2018). Além disso, para ter acesso à pesquisa, o respondente tinha que ter acesso à Internet também. Para trabalhos futuros, sugere-se investigar as barreiras legais e tecnológicas relacionadas à aplicação da telemedicina, a partir da perspectiva dos usuários (por exemplo, médicos e outros profissionais de saúde), uma vez que a pesquisa atual está restrita à compreensão da perspectiva dos pacientes.

Referências

AL-ABRI, R.; AL-BALUSHI, A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. **Oman medical journal**, v.29, n.1, p.3–7, 2014.

BAUER, J. C. Rural America and the Digital Transformation of Health Care: New Perspectives on the Future. **J LEGAL MED**, v.23, p.73-83, 2002.

BAUER, J.C., BROWN, W.T. The digital transformation of oral health care. Teledentistry and electronic commerce. **J Am Dent Assoc**, v.132, p. 204–209, 2001.

CAETANO, R.; SILVA, A.B.; GUEDES, A.C.C.M.; PAIVA, C.C.N.; RIBEIRO, G.R.; SANTOS, D.L.; SILVA, R.M. Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 pandemic: ideas on spaces and initiatives in the Brazilian context. **Cad. Saúde Pública**, v.36, n.5, e00088920, 2020.

CATAPAN, S.C.; CALVO, M.C.M. Teleconsulta: uma Revisão Integrativa da Interação Médico-Paciente Mediada pela Tecnologia. **Rev. bras. educ. med.**, v. 44, n. 1, e002, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. 6ª versão. Diário Oficial da União, 2010.

Disponível em:

<https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122>. Acesso em 23 jul. 2020.

CURRELL, R.; URQUHART, C.; WAINWRIGHT, P.; LEWIS, R. Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database Syst Rev.**, v.2, n.CD002098, 2000.

DANIEL, H.; SULMASY, L.S. Policy Recommendations to Guide the Use of Telemedicine in Primary Care Settings: An American College of Physicians Position Paper. **Annals of Internal Medicine**, v.163, n.10, p.787-789, 2015.

DORSEY, E.R.; TOPOL, E.J. State of Telehealth. **N Engl J Med**, v.375, p.154-161, 2016.

FLODGREN, G.; RACHAS, A.; FARMER, A.J.; INZITARI, M.; SHEPPERD, S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database Syst Rev.**, v.2015, n.9, CD002098, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2018. IBGE, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101705_informativo.pdf>. Acesso em: 1 out. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Educação 2019. IBGE, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf>. Acesso em: 1 out. 2020.

KRAUSZ, M.; WESTENBERG, J.N.; VIGO, D.; SPENCE, R.T.; RAMSEY, D. Emergency Response to COVID-19 in Canada: Platform Development and Implementation for eHealth in Crisis Management. **JMIR Public Health Surveill**, 2020.

JONES, T. L.; BAXTER, M. A.; KHANDUJA, V. A quick guide to survey research. **Annals of the Royal College of Surgeons of England**, v.95, n.1, p.5–7, 2013.

LEITE, H.; HODGKINSON, I.R.; GRUBER, T. New development: 'Healing at a distance' — telemedicine and COVID-19. **Public Money & Management**, v.40, n.6, p.483-485, 2020.

MALDONADO, J.M.; MARQUES, A.B.; CRUZ, A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.32, n.2, e00155615, 2016.

O'HARA, V.M.; JOHNSTON, S.V.; BROWNE, N.T. The paediatric weight management office visit via telemedicine: pre- to post-COVID-19 pandemic. **Pediatric Obesity**, v.15, n.e12694, 2020.

POON, C.C.Y.; ZHANG, Y.T.; BAO, S.D. A novel biometrics method to secure wireless body area sensor networks for telemedicine and m-health. **IEEE Communications Magazine**, v. 44, n. 4, p. 73-81, 2006.

SCHMITZ, C. A. A. et al. Teleconsulta: nova fronteira da interação entre médicos e pacientes. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-7, 2017.

USCHER-PINES, L.; RAJA, P.; MEHROTRA, A.; HUSKAMP, H.A. Health center implementation of telemedicine for opioid use disorders: A qualitative assessment of adopters and nonadopters. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.115, 2020.

VAN ECK, N. J.; WALTMAN, L. Citation-based clustering of publications using CitNetExplorer and VOSviewer. In: GLASER, J.; SCHARNHORST, A.; GLANZEL, W.I (Eds.), Same data—different results? Towards a comparative approach to the identification of thematic structures in science, **Special Issue of Scientometrics**, 2017.

WADE, V.A.; KARNON, J.; ELSHAUG, A.G.; HILLER, J.R. A systematic review of economic analyses of telehealth services using real time video communication. **BMC Health Serv Res**, v.10, n.233, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: < https://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2020.

ZHAO, Y.; WEI, L.; LIU, B.; DU, D. Management of transplant patients outside hospital during COVID-19 epidemic: **A Chinese experience. Transpl Infect Dis.**, 00:e13327, 2020.