

Contexto macro-institucional brasileiro para implantação da teleconsulta médica

Brazilian macro-institutional context to implement medical teleconsultation

DOI:10.34119/bjhrv5n1-003

Recebimento dos originais: 08/12/2021

Aceitação para publicação: 04/01/2022

Soraia de Camargo Catapan

ORCID: 0000-0001-6223-1697

Doutorado em Saúde Coletiva

Universidade de Queensland, Austrália - Centre for Health Services Research e Centre for Online Health - Ground Floor - Building 33, Princess Alexandra Hospital

Woolloongabba - Brisbane - QLD 4102

E-mail: scatapan@gmail.com

Maria Cristina Marino Calvo

ORCID: 0000-0001-8661-7228

Doutorado em Engenharia de Produção

Universidade Federal de Santa Catarina - Departamento de Saúde Pública

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Campus Reitor João David Ferreira Lima

Rua Delfino Conti, s/n. Bloco H

E-mail: cristina.clv@gmail.com

RESUMO

A teleconsulta médica é uma modalidade de cuidado adotada mundialmente. No Brasil, frente ao debate sobre sua regulamentação, ela foi autorizada no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Analisar o contexto normativo, político e institucional brasileiro considerando fatores favoráveis e limitantes para implantação da teleconsulta médica. Estudo exploratório de abordagem qualitativa, com análise documental e entrevistas com informantes-chave realizadas de novembro/2019 a março/2020, e atualização em março/2021. A codificação de dados qualitativos em dois ciclos foi empregada na análise de dados. Os resultados apontaram necessidade de delimitação de escopo, consistência na nomenclatura e difusão de informações científicas sobre a eficácia e segurança da teleconsulta. A difusão de opiniões equivocadas foi apontada como subterfúgio para reserva de mercado. A ampliação do acesso, principal fator favorável a implementação da teleconsulta no SUS, não deve seguir a lógica de mercado, evitando aumentar desigualdades em saúde. Diversos canais de comunicação devem ser usados e os médicos devem priorizar sincronidade e segurança, informando riscos e benefícios da teleconsulta aos pacientes. O primeiro contato por teleconsulta pode ser arriscado, mas as normativas não devem restringir e sim orientar quanto aos limites da tecnologia. A telepedagógica, utilização de dispositivos digitais e presença de profissional de saúde com o paciente são alternativas para impossibilidade do exame presencial. A teleconsulta permite ampliar o acesso à saúde e sua implementação deve adotar meios de comunicação comprovadamente benéficos e seguros, considerando as diferenças individuais e na capacidade dos municípios e regiões brasileiras. Normativas orientadoras devem basear-se em evidências e o desenvolvimento de diretrizes por sociedades de especialidades é recomendado. O estudo da adoção emergencial e em larga escala

durante a pandemia poderá subsidiar o desenvolvimento e sustentabilidade da teleconsulta no SUS.

Palavras chave: Telemedicina, Teleconsulta, Consulta Remota, Políticas de e Saúde, Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Medical teleconsultation is a modality of care adopted worldwide. In Brazil, legal restrictions to doctor-patient interaction using information and communication technology were in place until the COVID-19 pandemic. This article analyses the Brazilian normative, political, and institutional context to implement medical teleconsultation, its barriers and enablers. Exploratory study with analysis of national regulations and in-depth interviews performed from November/2019 to March/2020, with an update in March/2021. Data analyses were divided into two cycles of coding. Results indicate the need to delimitate the scope of medical teleconsultation, with consistency in its terminology and dissemination of evidence-based information about its effectiveness and safety. The diffusion of mistaken information was attributed to the lack of knowledge and an attempt of market reserve. Increasing access, the main benefit of the implementation of teleconsultation in the Brazilian Public Health System, should not follow the market logic, avoiding increasing health inequalities. Legalization of teleconsultation it is important to give access to those who need it more. Several technologies could be used, and doctors must prioritize synchronicity, clinical safety, data security, informing patients about teleconsultation risk and benefits. The first contact by teleconsultation can be risky and regulations should guide as to the limits that the technology offers. Tele-propaedeutics, gadgets, wearables, and the presence of a health professional with the patient are alternatives to the impossibility of in-person physical examination. Teleconsultation allows expanding health access, and its implementation must adopt means of communication proven to be beneficial and safe, considering the individual differences and the capacity of Brazilian municipalities and regions. Regulations should guide and not restrain its practice, based on evidence, and the development of guidelines by specialty societies is recommended. The study of emergency and large-scale adoption during a pandemic can support the development and sustainability of teleconsultation in the Brazilian Public Health System.

Keywords: Telemedicine, Teleconsultation, Remote Consultation, e Health Policies, Qualitative Research.

1 INTRODUÇÃO

A teleconsulta médica por vídeo é segura e eficaz para muitas condições clínicas¹. Diversas formas de interação virtual médico-paciente já foram incorporadas a sistemas de saúde ao redor do mundo². No Brasil, a teleconsulta já era praticada em outras áreas da saúde³, mas sua inserção e regulamentação na medicina gerou conflitos.

A pandemia de Covid-19 implicou em mudanças nos modos de vida, e o distanciamento social recomendado para conter sua transmissão impôs alterações nos modelos de cuidado, com adaptações, ampliação e crescimento acelerados das ações de telemedicina⁴.

Em países onde a teleconsulta já era utilizada, crescentes incentivos financeiros provocaram aumento exponencial na sua adoção. Na Itália e Alemanha, sua adoção inédita em larga escala evidenciou lacunas estruturais e de interoperabilidade nos sistemas de saúde⁵.

O Brasil adotou a teleconsulta como estratégia de enfrentamento da pandemia de Covid-19, em caráter excepcional e temporário⁶⁻⁸. Essa inserção no sistema público e privado envolve relações de poder e atuação interdependente de atores mobilizados por lógicas diferentes, caracterizando uma intervenção complexa⁹. Portanto, sua análise deve englobar múltiplos níveis, com diferentes tipos de dados e métodos¹⁰.

Esse artigo é parte de um estudo de caso com diferentes níveis de análise que representam a complexidade de influências que interagem sobre a teleconsulta médica. A análise a partir de informantes-chave pode auxiliar na identificação de estratégias apropriadas para implementação e sustentabilidade de ações¹¹. Esse artigo aborda o nível macro-institucional¹ e objetiva analisar o contexto normativo, organizacional e político brasileiro para a implantação da teleconsulta médica, considerando fatores favoráveis e limitantes.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, com análise documental e entrevistas individuais com informantes-chave incluindo: 1) profissionais especialistas em telemedicina; 2) coordenadores e ex-coordenadores de programas de telessaúde; 3) representantes dos conselhos regionais e federal de medicina; 4) gestores de empresas, operadoras de saúde e hospitais privados que ofertavam ou pretendiam ofertar teleconsulta. A amostra intencional selecionou pelo menos um participante de cada categoria e documentos conforme seu potencial de contribuição para a pesquisa¹².

O roteiro de entrevistas adaptado¹ abrange histórico profissional, interação organizacional necessária para viabilizar a teleconsulta e fatores que facilitam ou dificultam esse processo, incluindo expectativas dos benefícios e desafios.

As entrevistas foram realizadas pela primeira autora do artigo por vídeo-chamada, com áudio gravado e posterior transcrição. As falas dos entrevistados foram anonimizadas e os trechos aqui apresentados foram numeradas na ordem de realização das entrevistas (#1, #2, #3...). Cada participante recebeu a transcrição de sua entrevista para aprovação, com uma nova pergunta sobre mudanças e dificuldades evidenciadas com a autorização da teleconsulta durante a pandemia.

Para análise, foi empregada a codificação de dados qualitativos¹³. No primeiro ciclo, foram identificados e relacionados trechos das entrevistas aos tópicos do roteiro, utilizando uma combinação de codificação descritiva e estrutural. Os códigos foram revisados, ajustados e agrupados, proporcionando o surgimento de categorias. No segundo ciclo, foi adotada codificação padrão, agrupando os categorias e códigos remanescentes nos temas pré-estabelecidos no objetivo do estudo. A lista de critérios para estudos qualitativos (COREQ) orientou descrição do método e apresentação dos resultados¹⁴. A análise dos dados foi realizada pelas autoras do artigo, com auxílio do software NVivo para Mac, versão 12.6.

Essa pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Santa Catarina sob número 3.763.071. Foi obtido consentimento prévio e por escrito dos participantes.

3 RESULTADOS

A análise documental contemplou pareceres, resoluções, códigos de ética profissional, portarias, ofícios e leis emitidas pelo Governo Federal, Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina (CFM). Dos 21 convites enviados eletronicamente, obteve-se 14 retornos e 9 entrevistas foram realizadas de novembro/2019 a março/2020. A amostra contemplou um ou mais representantes de cada categoria pretendida, exceto para os conselhos regionais e federal de medicina, que não tiveram interesse em participar.

Foram entrevistados 7 médicos, 1 cientista social e 1 sanitarista; 5 do setor público e 4 do privado, com cargos técnicos ou de gestão em serviços de telemedicina e telessaúde. As entrevistas duraram em média 1 hora e quinze minutos. A última pergunta enviada com a transcrição foi respondida por 3 participantes.

Os resultados, obtidos nas entrevistas e na análise documental, reportados em 3 temas principais, incluem: 1) contexto normativo, organizacional e político; 2) fatores favoráveis e; 3) fatores limitantes para a implantação da teleconsulta médica.

3.1 CONTEXTO NORMATIVO, ORGANIZACIONAL E POLÍTICO DA TELECONSULTA MÉDICA

O quadro 1 apresenta as normativas analisadas, incluindo data de publicação, órgão emissor, e considerações quanto à regulamentação da teleconsulta médica.

Quadro 1. Cronologia de normativas relevantes a regulamentação da teleconsulta médica no Brasil

Data de publicação, normativa e órgão emissor	Considerações
1965 – 4ª versão do Código de Ética Médica (art. 32, alínea c) Conselho Federal de Medicina	Primeira restrição à teleconsulta médica no Brasil. Proíbe ao médico “prescrever tratamento sem exame direto do paciente, exceto em caso de urgência ou de impossibilidade comprovada de realizar esse exame”.
1988 – 5ª versão do Código de Ética Médica (art. 62) Conselho Federal de Medicina	Repete o texto da 4ª versão do Código de Ética Médica que proíbe prescrever tratamento sem exame físico do paciente e adiciona que o médico deve realizar o exame assim que cessar o impedimento.
2002 – Resolução nº 1.643 Conselho Federal de Medicina	Define pela primeira vez a telemedicina em território nacional, mas não define suas modalidades.
2009 – 6ª versão do Código de Ética Médica (art. 36) Conselho Federal de Medicina	Repete o texto da 5ª versão do Código de Ética Médica.
2011 – Resolução nº 1.974 Conselho Federal de Medicina	Proíbe ao médico prestar consultoria a pacientes e familiares em substituição à consulta presencial, mas ele “pode orientar por telefone pacientes que já conheça (...) para esclarecer dúvidas em relação a um medicamento prescrito, por exemplo”.
2017 – Parecer nº 14 Conselho Federal de Medicina	Permite o uso do WhatsApp e plataformas semelhantes para envio de dados ou consultas entre médicos e seus pacientes, desde que mantido o caráter privativo e confidencial.
2018 – Resolução nº 2.217 dezembro. Atual versão do Código de Ética Médica (art. 37) Conselho Federal de Medicina	Repete o texto da 5ª versão do Código de Ética Médica, acrescenta que é proibido consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa e que o atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina será regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina.
2018 – Resolução nº 2.227 Conselho Federal de Medicina (REVOGADA)	Regulamenta o atendimento médico a distância, define a teleconsulta dentre outras modalidades e autoriza a teleassistência médica em território nacional ¹⁵ . A polêmica gerada culminou na sua revogação antes de entrar em vigor, sujeita a ajustes e novas pactuações. Alguns pontos críticos: a) não cita os meios de comunicação ou situações nas quais a teleconsulta é adequada, embora considere indiscutível a sua capacidade de melhorar qualidade, equidade e acessibilidade; b) expressa a necessidade de infraestrutura para o registro digital apropriado, seguro e unificado, mas não orienta como isso pode ser atingido, e atribui a responsabilidade da segurança dos dados ao médico responsável pelo atendimento; c) estabelece obrigatoriedade de atendimento presencial prévio, exceto para áreas geograficamente remotas, sem definir essas áreas ² .
19 de março de 2020 Ofício nº 1756 Conselho Federal de Medicina	Subsequente a declaração da pandemia do COVID-19, o CFM reconhece a eticidade e possibilidade do uso da telemedicina excepcionalmente durante a pandemia, incluindo ações de teleorientação, telemonitoramento e teleinterconsulta.
20 de março de 2020 Portaria do nº 467 Ministério da Saúde	Regulamenta as ações de telemedicina em caráter excepcional e temporário, contemplando consultas a distância no âmbito do SUS, da saúde suplementar e privada.
15 de abril de 2020 Lei nº 13.989 Presidência da República	Autoriza o uso da telemedicina durante a crise causada pelo SARS-CoV-2, em caráter emergencial, com o veto do Poder Executivo ao artigo 6º que transferia para o CFM a regulamentação da telemedicina ao término da pandemia derrubado pelo Congresso Nacional.

Fonte: As autoras (2021).

Segundo os entrevistados, a resistência individual, coletiva e institucional à Resolução CFM nº 2.227¹⁵ resultou do desconhecimento dos benefícios comprovados da teleconsulta.

Evidenciou-se “extrema polarização” (#1): de um lado “pessoas que acham que a telemedicina resolve 100% dos problemas” (#4) e do outro, médicos achando que iriam perder seu emprego.

Nessa resolução não ficaram claras as atribuições das instituições envolvidas no financiamento, oferta e fiscalização dos serviços de telemedicina. A nomenclatura adotada também foi considerada extensa e problemática, o termo teleinterconsulta foi atribuído ao conceito de teleconsultoria adotado pelo Ministério da Saúde e Núcleos de Telessaúde.

Não há uniformidade na nomenclatura adotada pelos participantes dessa pesquisa, que chamaram a teleconsulta de telemedicina ou teleconsultoria. Entretanto, há concordância da conotação pejorativa atribuída ao prefixo ‘tele’ (#1) e alguns entrevistados têm evitado utilizá-lo.

Os entrevistados questionaram pontos polêmicos da Resolução nº 2.227¹⁵: critérios para caracterização de áreas geograficamente remotas, regulamentação do atendimento interestadual e internacional por telemedicina. Ainda, ressaltaram a importância do registro do consentimento para realização da teleconsulta.

Dentre as estratégias para viabilizar o exame físico a distância, foi citada a necessidade de treinamento dos profissionais médicos na telepedagógica e aquisição de aparatos digitais de aferição objetiva (gadgets), incluindo estetoscópio, termômetro, oxímetro, espirômetro, entre outros. Um carrinho de serviços (ou cart) com dispositivos capazes de realizar exames foi sugerido e já é realidade em locais sem provimento médico.

“O divisor de águas é: eu preciso examinar esse doente para fazer o diagnóstico e passar o tratamento? A partir do momento que essa resposta é sim, a consulta tem que ser presencial. Lembrando que hoje, cada vez mais se tem dispositivos que eu posso examinar o paciente a distância.” (#2)

“Existem diferentes graus de telemedicina, então quanto maior o número de gadgets em um cart, maior a resolução (...). Com isso a gente conseguiu diminuir o número de transferências aéreas de resgate. E aí você economiza.” (#7)

O acompanhamento do paciente por um profissional de saúde também surge como alternativa, sem consenso quanto a sua formação. Para alguns entrevistados, o primeiro contato por vídeo pode ser ariscado, mas existem casos nos quais a primeira consulta presencial é dispensável, como na teletriagem ou na teleconsulta especializada encaminhada pela atenção primária com compartilhamento do prontuário do paciente.

Os entrevistados não consideram necessário gravar a teleconsulta, assim como não são gravadas consultas presenciais. Os dados devem ser registrados em prontuário médico.

Até o início da pandemia, com a revogação da Resolução nº 2.227, a câmara técnica do CFM estava suspensa. Nesse período, houve troca de diretoria dos CRM e eleição para direção do CFM, e a bandeira “vote em mim, eu sou contra a telemedicina e vou proteger o seu emprego” foi lançada com apoio significativo (#7).

A estratégia adotada por algumas instituições para resguardo jurídico foi o entendimento de que a matéria regulamentada pelo CFM era infra legal e este não poderia atuar sobre instituições que ofereciam teleconsultas. Por estar desatualizada, a resolução de 2002 não permitia a prática da teleconsulta de maneira transparente, representando um cenário de incertezas e fragilidade para o médico que realizasse a teleconsulta, que estaria sendo antiético.

“E se o CFM não fizer a regulamentação como deve ser feita, para que esse crescimento seja estruturado de forma segura para todo mundo, infelizmente a teleconsulta vai continuar sendo feita de forma insegura, aleatória e sem critérios.” (#4)

A resolução foi avaliada como obra intelectual interessante, que não deveria ter sido revogada, pois adequações regionais e por especialidades viriam com o tempo. A justificativa do CFM para revogá-la partiu de um discurso raso, reducionista, sem preocupação com o acesso. Esse processo gerou repercussão na mídia e debates na sociedade civil, demonstrando a importância de envolver os *stakeholders* na reformulação da resolução e basear-se em evidências científicas.

Nas entrevistas realizadas em março/2020 (#7, #8, #9), a teleconsulta foi citada como estratégica na prevenção da Covid-19 e a pandemia caracterizava o melhor cenário para sua regulamentação. Havia urgência em uma regulamentação atualizada, com direcionamentos genéricos e não limitantes, visto o potencial aumento do acesso. Essas afirmações foram confirmadas por alguns participantes em março/2021, quando uma Frente Parlamentar Mista discutia propostas para regulamentar a teleconsulta e outras modalidades de serviços após a pandemia.

No contexto organizacional e político, observa-se a necessidade de consenso quanto ao escopo da teleconsulta médica, distinguindo-a da teleorientação, teletriagem ou telemonitoramento. De acordo com um dos entrevistados, a teleconsulta não representa mais do que 5% dos serviços de telemedicina.

A nomenclatura errônea, chamando de teleconsulta a troca de mensagens ou o uso de

recursos digitais para um sistema de apoio complementar, “é a origem de toda a discórdia” (#1).

Em uma teleconsulta, deve

“...haver um planejamento propedêutico, a construção de um raciocínio, de uma linha do tempo de cuidados, o registro correto em um sistema que permite auditoria, acordo de compromisso de cuidado das duas partes e responsabilidade. (...) O resto é apenas algo digital.” (#1)

A forma de prestação de serviços mudou, sendo necessário garantir segurança nesse provimento na área da saúde. A teleconsulta deve ser uma opção em um rol de serviços. A tecnologia deve ser o meio e não a finalidade; o foco deve ser o cuidado, utilizando as ferramentas necessárias e disponíveis em benefício do paciente.

“Nem todos os médicos, nem todos os pacientes precisam fazer telemedicina. Ela é um complemento à atividade presencial e deve ser feita de forma responsável”. (#2)

A principal barreira para a implantação das teleconsultas hoje “são os médicos, principalmente as entidades médicas e o CFM” (#8).

“Mas aí eu acho que quando isso entra na discussão no CFM, que daí a questão das evidências científicas se perde e fica uma discussão eminentemente política, eu acho que fica bem mais difícil de andar”. (#8)

“O problema é que o CFM deixou de ser uma autarquia (...) para proteger o paciente e virou um sindicato (...) para proteger o interesse do médico”. (#7)

Um dos entrevistados acredita que a Associação Brasileira de Telemedicina e Telessaúde (ABTms) falha em não se posicionar politicamente, fazendo lobby, da mesma forma que a American Telemedicine Association fez quando influenciou senadores na autorização da teleconsulta interestadual nos Estados Unidos. Outros informantes relatam que deveria haver um posicionamento do Ministério da Saúde para que os conselhos profissionais, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) tenham material para intervir.

A resistência da classe médica resulta de uma tentativa de reserva de mercado. Para velar essa preocupação, opiniões errôneas e infundadas têm sido propagadas citadas pelos entrevistados: “a telemedicina veio para corromper a carreira médica” (#1); “a telemedicina é um instrumento de retirada de médicos do mercado de trabalho” (#4, #5); “os médicos estão sendo explorados pelas grandes operadoras de saúde e hospitais” (#2); “a medicina vai virar um call

centre e os médicos serão operadores de telemarketing” (#6); “a teleconsulta é insustentável do ponto de vista deontológico” (#3).

Um entrevistado relata que os médicos irão perder seus pacientes, caso não se adaptem as novas tecnologias e novas formas de prover cuidado, sendo esse um caminho sem volta. Outras preocupações englobaram a remuneração da teleconsulta, o risco de banalização e comercialização desenfreada com crescente quantidade de médicos formados em novas escolas de medicina.

3.2 FATORES FAVORÁVEIS PARA A IMPLANTAÇÃO DA TELECONSULTA MÉDICA

Os fatores favoráveis para a implementação da teleconsulta médica mencionados pelos entrevistados foram resumidos no quadro 2, incluindo categorias e considerações importantes no planejamento desse projeto.

Quadro 2. Fatores favoráveis (FF), categorias e considerações para o planejamento da implantação das teleconsultas médicas

FF	CATEGORIAS	CONSIDERAÇÕES PARA O PLAJEJAMENTO
1 - Principal benefício: ampliação do acesso		
	<ul style="list-style-type: none"> No SUS a teleconsulta pode garantir a universalidade: a ampla dimensão territorial e dificuldade de provimento médico faz com que a teleconsulta, em última análise, seja melhor do que a ausência do atendimento médico. No SUS a teleconsulta pode promover o aumento da equidade, buscando linguagens que produzam acesso qualificado para todos. CONTRAPONTO: Alguns serviços privados de teleconsulta tiveram pilotos em populações de maior poder aquisitivo, supondo ser “mais esclarecida” (#4) e de maior “feição com as tecnologias digitais” (#5). 	É importante que a implantação da teleconsulta no SUS não entre na lógica do mercado, caso contrário irá na contramão do seu principal benefício.
2 - Retirar a teleconsulta da informalidade		
	<ul style="list-style-type: none"> Essencial para proporcionar um serviço estruturado e com qualidade. 	Protocolos devem ser elaborados pelas sociedades de especialidades para apoiar o médico na tomada de decisão, especialmente no início da implementação.
3 - Evitar deslocamentos desnecessários		
	<ul style="list-style-type: none"> Diminuição de custos atrelados, no caso do sistema público. Superar distâncias. Possibilidade de diminuir mortes no trânsito com redução dos deslocamentos para atendimento ambulatorial. Opção pela teleconsulta em grandes centros por questões de segurança. 	A partir do momento que se disponibiliza uma teleconsulta, é necessário um sistema de amparo no caso de falhas, como canais alternativos de comunicação e mapeamento de locais para atendimento presencial, em casos de urgência e emergência.
4 - Demanda da sociedade e de outros setores que estão se digitalizando		
	<ul style="list-style-type: none"> Digitalização da saúde tem sido um processo moroso, apesar de irreversível. 	
5 - Receptividade e boa aceitação dos pacientes		
6 - Possibilidade de organização da demanda e fluxos de atendimento médico		

	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização da teletriagem em emergências hospitalares permite redução de atendimentos de alto-custo. • Possibilidade de qualificar os encaminhamentos e priorizar casos em especialidades médicas. • Favorece integração e coordenação entre atenção básica e especializada. 	“Regulação de consultas especializadas tem que andar em paralelo com as teleconsultas” (#8) para não gerar aumento expressivo de encaminhamentos e fragmentação do cuidado.
7 – Possibilidade de atingir o Triple aim		
	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da eficiência. • Redução de desperdício. • Ampliação de acesso. 	Telemedicina espoliativa visa redução de custos e telemedicina responsável visa o triple aim.
8 - Possibilidade de atingir o Quadruple aim		
	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora a eficiência do sistema. • Melhora a saúde da população (evita exposição à contaminação em sala de espera de pronto atendimento, por exemplo). • Melhora a experiência do paciente (comodidade por não ter que se locomover). • Melhora a experiência de quem cuida (comodidade e acesso à informação). 	A diminuição de custos estaria ligada a diminuição nos deslocamentos, mas existem custos para implementação e manutenção de um serviço de teleconsulta, que devem ser considerados.

Fonte: As autoras (2021)

Quanto a ampliação do acesso e necessidade de que a implementação da teleconsulta no SUS não siga a lógica de mercado, um dos entrevistados declarou:

“Se eu acredito fortemente que essas plataformas de telessaúde podem trazer mais justiça para o sistema de saúde, mais equidade, privar as pessoas de utilizar isso, isso sim é tornar o sistema desigual, tornar o sistema segregativo. Porque, por exemplo, aqui no Brasil, se a gente não se cuidar, se não correr em difundir isso, as pessoas vão continuar tendo acesso. Só que infelizmente as pessoas que vão continuar tendo acesso são só aquelas abastadas. Porque se hoje eu quiser fazer uma teleconsulta com John Hopkins, se eu quiser fazer uma teleconsulta com as plataformas de excelente qualidade que tem em Portugal, eu vou fazer. Basta eu ter dinheiro para pagar.” (#5)

Os médicos devem informar os pacientes sobre os benefícios e limitações da teleconsulta, discernindo quando é possível realizá-la de forma ética e com qualidade, dependendo da condição do paciente, complexidade do caso e existência ou não de relação médico-paciente pré-existente. O quadro 3 apresenta as situações mencionadas pelos entrevistados nas quais a teleconsulta poderia ou não ser alternativa ao atendimento presencial.

Quadro 3. Situações nas quais a teleconsulta poderia ser uma alternativa ao atendimento presencial, de acordo com os entrevistados

Situações nas quais a teleconsulta poderia ser uma alternativa ao atendimento presencial	Situações nas quais a teleconsulta não funcionaria
<ul style="list-style-type: none"> • Retorno médico • Orientações de condições clínicas simples • Dúvidas sobre medicamentos • Situações de emergência onde não há provimento médico • Teletriagem pediátrica • Telemonitoramento de pessoas com doenças crônicas • Telemonitoramento de pessoas com doenças agudas altamente contagiosas, como a Covid-19 • Atendimento especializado em áreas com suporte diagnóstico e acompanhamento da atenção primária ou de médico de referência tais como: Dermatologia, Endocrinologia, Neurologia, Obstetrícia, UTI, Cardiologia, Pneumologia e Atenção Primária. 	<ul style="list-style-type: none"> • Casos que envolvem risco de vida* • Situações que demandavam exame físico, como por exemplo, dor abdominal aguda* • Quanto maior a necessidade de contato e vínculo, menor a possibilidade de realizar uma teleconsulta <p>*Mesmo nesses casos, a teleconsulta seria apropriada para orientar o paciente.</p>

Fonte: As autoras (2021)

3.3 FATORES LIMITANTES PARA IMPLANTAÇÃO DA TELECONSULTA MÉDICA

Os quadros 4 e 5 apresentam desafios gerenciais e técnico-estruturais para implantação da teleconsulta médica, assim como sugestões, oportunidades ou possibilidades para superar esses desafios, mencionados pelos entrevistados.

Quadro 4. Desafios gerenciais (DG) e oportunidades ou possibilidades para superá-los

DG	OPORTUNIDADES / POSSIBILIDADES
1 – Falta de diretrizes nacionais	
	Necessidade de posicionamento do Ministério da Saúde, admitindo as vantagens que a teleconsulta pode trazer para o SUS, iniciando pilotos, trilhando caminhos para a expansão da telemedicina, além de reforçar e ampliar o que já é permitido e comprovadamente benéfico. Qualificação da gestão do Programa Telessaúde Brasil Redes, tornando-o mais eficiente, otimizado e sustentável.
2 – Aporte financeiro	
	Essencial para o desenvolvimento e a implementação de um projeto de teleconsulta. Deve ser constante, com decisões estratégicas para assegurar os serviços disponibilizados, independente das trocas de governo.
3 – Falta de informação e desconhecimento da comunidade médica sobre o escopo da teleconsulta, seus benefícios e limitações	
	A telemedicina deve ser uma das disciplinas da formação médica, o que facilitaria o discernimento dos limites da teleconsulta para as próximas gerações. Alguns temas que deveriam ser abordados em treinamentos: acolhimento e confiança por vídeo, linguagem corporal e cuidados com o ambiente.
4 – Disponibilidade de recursos humanos capacitados tecnológica e clinicamente	

	<p>Necessário ter experiência clínica presencial, já que a utilização de meios audiovisuais pode dificultar interação.</p> <p>Opção de treinamento: acompanhamento por pares.</p> <p>“O que nós precisamos é formar bons cursos, internalizar na graduação, tornar obrigatório na residência e tornar obrigatória a discussão em todas as sociedades de especialidades, porque a única forma de gerar consenso é a educação correta” (#1).</p>
5 – Governança da informação	
	<p>Compartilhada entre o poder público e privado.</p> <p>Cabe ao paciente, cedendo uso total ou parcial para terceiros, caso queira.</p>
6 – Privacidade e sigilo	
	<p>Contratar uma empresa terceirizada que tenha um software ou plataforma que seja HIPAA-compliant² para proteger os dados, o que ficaria mais barato.</p>
7 – Falta de acesso à banda de internet em algumas regiões brasileiras, com menor densidade de internet nas regiões Centro-Oeste, Norte e interior do Nordeste.	
	<p>A cobertura de internet atual já é suficiente para começar.</p> <p>Da mesma forma como o acesso físico não é fácil em todos os lugares, deve-se fazer telemedicina onde é possível, adotando canais alternativos.</p>

Fonte: As autoras (2021)

Quadro 5. Desafios técnico-estruturais (DTE) e oportunidades ou possibilidades para superá-los

DTE	OPORTUNIDADES / POSSIBILIDADES
1 – Confirmação de identidade no momento da teleconsulta	
	<p>Poderia ser feito com CPF, reconhecimento facial ou digital, utilizando tecnologia dos smartphones, por exemplo.</p>
2 – Garantia de estabilidade e disponibilidade do serviço em tempo integral	
	<p>Incentiva o país a avançar no aspecto tecnológico.</p> <p>Manter os médicos em uma central física, com diferentes conexões, redundância e suporte tecnológico em tempo integral pode minimizar riscos.</p>
3 – Necessidade de equipamentos de aferição digital para realização do exame físico e custo da tecnologia adotada	
	<p>No SUS, a tecnologia deve ser disruptiva, mas também barata e acessível.</p> <p>O custo para aquisição de hardwares e softwares tem diminuído, existindo a possibilidade de alugar.</p> <p>Deve-se considerar diferenças regionais na disponibilidade de recursos financeiros municipais para implantação da teleconsulta no sistema público, assim como receptividade para essa modalidade de serviço.</p>
4 – Necessidade de acesso ou interoperabilidade entre sistemas que permita acesso às informações do paciente	
	<p>Especialmente casos de primeira consulta especializada encaminhado da atenção primária.</p> <p>Em sistemas atuais sem interação entre o sistema de teleconsulta e o prontuário médico, o médico precisa fazer anotações no prontuário, geralmente trabalhando com duas telas, apesar da possibilidade de integração já existir.</p> <p>Pode ajudar a qualificar o cuidado, obrigando o médico a registrar no prontuário qualquer interação não presencial, o que nem sempre acontece (ex: comunicação por WhatsApp).</p>
5 – Necessidade de diversificar canais de comunicação para facilitar o acesso e abranger diversos grupos, inclusive pessoas sem acesso a energia elétrica, internet ou com outras dificuldades, como analfabetos por exemplo.	
	<p>Meios de comunicação citados: mensagem de texto pelo celular (SMS, WhatsApp), chamada telefônica e videoconferência.</p> <p>A utilização do telefone para teleconsulta especializada parece não ser adequado.</p> <p>Grande parte da comunicação acontece de forma não verbal, portanto deve-se apostar na videoconferência.</p>

	<p>Importante ter um espaço equipado para videoconferências nas unidades de saúde.</p> <p>Não há consenso se o uso do WhatsApp caracteriza ou não uma teleconsulta. O CFM aprovou uma tecnologia não adequada e arriscada para a comunicação entre médico e paciente, pois não fornece privacidade e segurança necessários para informação de saúde e não facilita seu registro estruturado e resgatável. O WhatsApp é útil para suporte complementar e foi importante na transição da interação médico-paciente para meios digitais.</p> <p>Importante utilizar interfaces amigáveis e semelhantes a outros programas, facilitando o aprendizado do usuário.</p>
6 – Resistência ou aceitação dos profissionais de saúde e pacientes	
	<p>A resistência a telemedicina no Brasil é muito grande.</p> <p>A afirmativa de que a teleconsulta pode quebrar o lado humano e prejudicar a relação médico-paciente pode ser pano de fundo para justificar preocupações com a remuneração.</p> <p>A consulta presencial pode ser mais ‘distante’ que a teleconsulta, e depende mais da forma de comunicação do que do meio em si.</p> <p>Na prática, os pacientes tendem a gostar e sentirem-se acolhidos porque o médico está indo até eles.</p> <p>Desafios: quebrar o medo, aumentar a literacia digital e o hábito de utilizar meios audiovisuais, evitando ir até o pronto socorro.</p>

Fonte: As autoras (2021)

As experiências de teleconsulta durante a pandemia poderão informar sobre a aceitação da população, que deve ser considerado no planejamento de implantação em larga escala. Os dados coletados em março/2021 evidenciaram dificuldades advindas das experiências de teleconsulta realizadas durante o primeiro ano de pandemia no Brasil. A falta de apoio do governo federal com diretriz única e articulada, resultou em iniciativas locais, por vezes utilizando plataformas não adequadas quanto a segurança e sigilo dos dados, sem favorecer o resgate e registro em prontuário. Foram apontadas preocupações com a qualidade dos atendimentos, pela inexperiência dos médicos e ausência de treinamento para atender por teleconsulta. Também evidenciou-se lacuna entre serviços públicos e privados, pois grandes hospitais e operadoras privadas já ofereciam teletriagem e teleorientação, adequando minimamente para inclusão da teleconsulta em seus serviços.

4 DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram necessidade de delimitar o escopo da teleconsulta e de haver consistência na nomenclatura das modalidades de telemedicina, panorama similar ao internacional². A tecnologia transformou setores, reconfigurando serviços conforme as necessidades dos consumidores e a prestação de cuidados em saúde não acompanhou essa velocidade. Esse achado corrobora com a literatura¹⁶.

No percurso de regulamentação da teleconsulta médica, a dificuldade em realizar exame físico foi enfatizada como impeditivo. Os resultados apontam alternativas como a

telepedagógica, a utilização de dispositivos digitais para exames a distância ou a presença de um profissional de saúde com o paciente.

Os entrevistados concordaram que o primeiro contato por vídeo pode ser arriscado e estudos apontam a importância da relação médico-paciente preexistente para realização da teleconsulta^{1,17,18}. Recomendar consulta presencial prévia pode ser apropriado, desde que não limite casos que a teleconsulta oferece benefícios com menor risco. Exemplos incluem condições diagnosticadas encaminhadas da atenção primária, consultas pediátricas especializadas de acompanhamento ou retorno, teletriagem ou quando o primeiro atendimento virtual é a única opção. A teleconsulta foi adotada mundialmente para avaliação de suspeitas e acompanhamento de casos de Covid-19, com cuidados necessários quanto aos seus limites e dos meios de comunicação^{19,20}.

Normativas devem ser orientadoras, não limitantes. Podem existir casos, situações e contextos não elencados nos quais a teleconsulta seja viável e segura. Cabe ao médico equalizar risco-benefício e informar ao paciente, para que ambos decidam. Mesmo em situações não indicadas a teleconsulta seria apropriada para orientar o paciente na ausência ou até a chegada ao/do atendimento presencial.

Quanto a indefinição de área remota, a Austrália classifica essas áreas conforme a distância de localidades habitadas até centros de serviços²¹. No Brasil, a classificação de isolamento dos municípios²², a distribuição desigual de médicos no território nacional²³, somado às desigualdades regionais quanto estrutura e processos de trabalho para a implantação da teleconsulta médica no SUS²⁴ devem ser consideradas no planejamento de sua implementação em larga escala.

Referente a conotação pejorativa atribuída ao termo 'tele', a aceitação é ponto-chave para adoção, expansão e sustentabilidade dos serviços de telessaúde²⁵. A conscientização dos médicos sobre os benefícios da teleconsulta é primordial²⁶, algo destacado como insuficiente e impeditivo, especialmente no nível institucional. Opiniões improcedentes sobre a teleconsulta foram apontados como subterfúgio para tentativas de reserva de mercado. O foco na remuneração é comum em países onde a lógica de mercado predomina no sistema de saúde².

Canais alternativos de comunicação tem a vantagem de expandir o acesso, unindo novas e velhas tecnologias²⁶. Isso pode reduzir desigualdades, possibilitando ações personalizadas. Portanto, é necessário que normativas não limitem, abrangendo tecnologias que contemplem

diferentes necessidades, segundo esse estudo. Todavia, sincronicidade, segurança clínica, registro em prontuário e sigilo dos dados devem ser priorizados²⁷.

Fatores que influenciam a interação médico-paciente mediada pela tecnologia devem ser considerados, preferindo meios com resultados semelhantes a consulta presencial. O vídeo é superior ao telefone, pois permite observar o paciente, construir vínculo e comunicar-se melhor¹⁷. Na Austrália, incentiva-se financeiramente a teleconsulta por vídeo, mais benéfica quanto a acurácia diagnóstica e tomada de decisão²⁸. WhatsApp e aplicativos similares não são apropriados pois não fornecerem segurança e integridade dos dados, checagem de autenticidade, entre outros fatores essenciais²⁷.

Médicos e suas entidades configuram principal barreira para implantação da teleconsulta. Instituições politicamente ativas, como grupos médicos, são cruciais na construção ou modificação de políticas de saúde, assim como na sabotagem de programas governamentais, para defender seus interesses de mercado²⁹. Enquanto entidade representante, o CFM tem demonstrado sua influência. Os entrevistados ressaltaram a importância de outras instituições contraporem-se, baseando-se em evidências científicas, equalizando interesses públicos e privados.

O fator favorável mais citado para implantação da teleconsulta foi ampliação do acesso, desde que na contramão da lógica de mercado, pois esta modalidade poderia atender melhor aqueles que menos necessitam, acirrando desigualdades em saúde³⁰. Diversificar canais, priorizando aqueles que tem dificuldade; promover adesão para todos; tentar abranger aqueles com menos recursos ou nível educacional são boas alternativas. Parece lógico beneficiar grupos menos favorecidos alocando estrategicamente recursos visando reduzir desigualdades no acesso, adoção e eficácia das intervenções em saúde digital visto que estes grupos geralmente apresentam maior carga de doenças³⁰.

Sugere-se revisão de protocolos existentes para apoiar médicos na tomada de decisão e incluindo orientações sobre usos e aplicações da teleconsulta²⁸.

A oferta da teleconsulta pelo SUS pode ser vista como metasserviço, sendo o meio pelo qual o cuidado usual é prestado de maneira aditiva ou parcialmente substitutiva²⁶, não alternativa. Além do seu papel inovador, a teleconsulta especializada encaminhada da atenção primária²⁴ valendo-se da sua cobertura e abrangência, pode virtualizar a distância e conectar pontos de atenção, fortalecendo redes de atenção a saúde²⁶. Semelhante aos achados desse estudo, a

tecnologia deve ser o meio, não finalidade. A teleconsulta deve estar alinhada como uma central de regulação, para não aumentar o número de encaminhamentos, mas qualificá-los.

A pandemia de Covid-19 ao mesmo tempo que marca expansão em larga escala e desenvolvimento de modelos de teleconsulta, evidencia também a oportunidade perdida de melhor estruturação do serviço com a revogação da Resolução nº 2.227²⁷. Os resultados apontam que essa expansão poderá informar sobre a aceitação da população, algo a ser considerado para direcionar recursos frente a possibilidade de continuidade desse serviço. A literatura aponta que a implementação em larga escala de programas de telessaúde necessita:

- 1) demonstrar soluções para a alta demanda de serviços, pressão orçamentária e de comunicação institucionalizada entre diferentes níveis de atenção; 2) demonstrar que o serviço de telessaúde oferecido está alinhado com políticas governamentais e; 3) aumentar a aceitação de médicos e profissionais de saúde com evidências dos benefícios e desenvolvimento de novos modelos de cuidado²⁵ (tradução nossa).

É preciso investir em pesquisa e disseminação do conhecimento sobre a teleconsulta. A incorporação maciça da telessaúde pode representar um salto em prol da manutenção dos serviços universais de saúde²⁶ ou uma das etapas do redesenho dos modelos de cuidado utilizando ferramentas de Saúde Digital. No SUS, é necessário planejar e promover aporte financeiro contínuo, profissionais capacitados, interoperabilidade dos sistemas entre outros desafios gerenciais e técnico-estruturais apresentados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse artigo analisou o contexto macro-institucional brasileiro, incluindo fatores favoráveis e limitantes para implantação da teleconsulta médica, incluindo questões importantes para o planejamento, implementação e sustentabilidade no SUS. Destaca-se a vantagem da ampliação do acesso, diversificando canais de comunicação, favorecendo os mais benéficos e seguros. Essa ampliação não deve reforçar ou produzir desigualdades em saúde. Logo, diferenças na capacidade dos municípios e regiões brasileiras para implementação da teleconsulta e individualidades no acesso as tecnologias, devem ser consideradas. Normativas devem orientar sua adoção de maneira substitutiva ou aditiva, e alternativamente quando for a única possibilidade. Recomenda-se o desenvolvimento de diretrizes baseado em evidências por sociedades de especialidades. O estudo da adoção da teleconsulta na pandemia poderá subsidiar uma estratégia de implementação da teleconsulta no SUS.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos informates-chave pela disponibilidade e contribuições para essa pesquisa.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Greenhalgh T, Shaw S, Wherton J, Vijayaraghavan S, Morris J, Bhattacharya S, et al. Real-world implementation of video outpatient consultations at macro, meso, and micro levels: Mixed-method study. *J Med Internet Res*. 2018;20(4). <http://doi.org/10.2196/jmir.9897>
2. Catapan S de C, Calvo MCM. Teleconsulta: uma Revisão Integrativa da Interação Médico-Paciente Mediada pela Tecnologia. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44(1). <http://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190224>
3. Schmitz CAA, Gonçalves MR, Umpierre RN, Siqueira AC da S, Ávila OP, Bastos CGM, et al. Teleconsulta: nova fronteira da interação entre médicos e pacientes. *Rev bras med fam comunidade* [Internet]. 2017;12(39):1–7. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1540/875%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/zma9v>
4. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J, et al. Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Telemed Telecare*. 2020;26(5):309–13. <http://doi.org/10.1177/1357633X20916567>
5. Webster P. Virtual health care in the era of COVID-19. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10231):1180–1. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30818-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30818-7)
6. Conselho Federal de Medicina. Ofício CMF nº 1.756, de 19 de março de 2020 - COJUR. Brasil; 2020.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2020. Available from: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/03/2020&jornal=601&pagina=1&totalArquivos=1>.
8. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. [Internet]. Brasil: Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2020 p. 73 (1) 1. Available from: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>
9. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 61–74.
10. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice*. 4 ed. SAGE Publications Ltd; 2015. 832p.
11. Brugha R, Varvasovszky Z. Stakeholder analysis : a review. *Health Policy Plan*. 2000;15(3):239–46. <https://doi.org/10.1093/heapol/15.3.239>
12. Creswell JW. *Qualitative enquiry & research design: choosing among five approaches*. Vol. 4 ed, Book. SAGE Publications Ltd.; 2018. 225p.

13. Saldaña J. *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. 3 ed. Jai Seaman, editor. London: SAGE Publications Ltd.; 2016. 339p.
14. Booth A, Hannes K, Harden A, Noyes J, Harris J, Tong A. COREQ (Consolidate Criteria for Reporting Qualitative Studies). In: Moher D, Altman DG, Schulz KF, Simera I, Wager E, editors. *Guidelines for reporting health research : a users manual*. John Wiley & Sons Ltd.; 2014. p. 214–26. <https://doi.org/10.1007/s12630-015-0439-3>
15. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.227/2018. 2018.
16. Bhattacharyya O, Mossman K, Gustafsson L, Schneider EC. Using human-centered design to build a digital health advisor for patients with complex needs: Persona and prototype development. *J Med Internet Res*. 2019;21(5):1–9. <https://doi.org/10.2196/10318>
17. Donaghy E, Atherton H, Hammersley V, McNeilly H, Bikker A, Robbins L, et al. Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: A qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract*. 2019;69(686):E586–94. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704141>
18. McGrail KM, Ahuja MA, Leaver CA. Virtual Visits and Patient-Centered Care: Results of a Patient Survey and Observational Study. *J Med Internet Res*. 2017;19(5):e177. <https://doi.org/10.2196/jmir.7374>
19. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: A remote assessment in primary care. *BMJ*. 2020;368:1–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1182>
20. Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. *BMJ [Internet]*. 2020;368(March):1–2. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.m998>
21. Australian Institute of Family Studies. Map of Australia showing areas of varying geographic remoteness [Internet]. *Accessibility Remoteness Index Australia 2006*. 2021. Available from: <https://aifs.gov.au/publications/families-regional-rural-and-remote-australia/figure1>
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil; uma primeira aproximação*. [Internet]. Rio de Janeiro; 2017. Available from: https://www.ibge.gov.br/apps/rural_urbano/
23. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Miotto BA, Mainardi GM. *Demografia médica no Brasil 2018* [Internet]. 2018. 286 p. Available from: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278#page/1>
24. Catapan S de C, Willemann MCA, Calvo MCM. *Estrutura e processo de trabalho para implantação da teleconsultamédica no Sistema Único de Saúde do Brasil, um estudo transversal com dados de 2017-2018*. *Epidemiol Serv Saúde [preprint] [Internet]*. 2020;21p. Available from: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1514/2398>
24. Wade VA, Elliott JA, Hiller JE. Clinician acceptance is the key factor for sustainable telehealth services. *Qual Health Res*. 2014;24(5):682–94. <https://doi.org/10.1177/1049732314528809>
25. Harzheim E, Chueiri PS, Umpierre RN, Gonçalves MR, Siqueira AC da S, D'Avila OP, et al.

- Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2019;14(41):1881. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1881](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1881)
26. Wen CL. *Telemedicina Do Presente Para O Ecossistema De Saúde Conectada 5.0*. Inst Estud Saúde Supl [Internet]. 2020; Available from: <https://iess.org.br/?p=blog&id=1171>
 27. Thomas EE, Haydon HM, Mehrotra A, Caffery LJ, Snoswell CL, Banbury A, et al. Building on the momentum: Sustaining telehealth beyond COVID-19. *J Telemed Telecare*. 2020. <https://doi.org/10.1177/1357633X20960638>
 28. Immergut EM. *Health Politics, Interests and Institutions in Western Europe*. Vol. 16, *Journal of Public Health Policy*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992. 336p.
 29. Veinot TC, Mitchell H, Ancker JS. Good intentions are not enough: How informatics interventions can worsen inequality. *J Am Med Informatics Assoc*. 2018;25(8):1080–8. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocy052>.