

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

CAMILA VALÉRIA MATOS
MARIA DOS SANTOS LONGO SCHADECK

TELESSAÚDE NO SUS:
A experiência da Atenção Primária durante a Pandemia

Joinville

2025

CAMILA VALÉRIA MATOS
MARIA DOS SANTOS LONGO SCHADECK

TELESSAÚDE NO SUS:
A experiência da Atenção Primária durante a Pandemia

Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado ao
Curso Superior de
Tecnologia em Gestão
Hospitalar do Câmpus
Joinville do Instituto
Federal de Santa Catarina
para a obtenção do
diploma de Tecnólogo em
Gestão Hospitalar.

Orientadora: Dra. Andrea
Heidemann

Joinville

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca do IFSC.

MATOS, Camila Valéria

TELESSAÚDE NO SUS : A experiência da Atenção Primária durante a Pandemia / Camila Valéria MATOS, Maria dos Santos Longo SCHADECK ; orientadora, Andrea Heidemann , 2025.

92 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Instituto Federal de Santa Catarina, Campus Joinville, Graduação em Gestão hospitalar, Joinville, 2025.

Inclui referências.

1. Gestão hospitalar. 2. Telessaúde. 3. Atenção Primária. 4. SUS. 5. Pandemia. I. SCHADECK, Maria dos Santos Longo. II. Heidemann , Andrea. III. Instituto Federal de Santa Catarina. Graduação em Gestão hospitalar. IV. Título.

TELESSAÚDE NO SUS:
A experiência da Atenção Primária durante a Pandemia

CAMILA VALÉRIA MATOS
MARIA DOS SANTOS LONGO SCHADECK

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título em Tecnólogo em Gestão Hospitalar, pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, e aprovado na sua forma final pela comissão avaliadora abaixo indicada.

Joinville, 7 de julho de 2025.

Profa. Dra. Andrea Heidemann
Presidente

Prof. Dr. Jorge Cunha
Avaliador

Msc. Aroldo Leandro Schmidt Reeck
Avaliador

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha eterna gratidão e todo o meu amor aos meus pais, José Luís Matos e Iêda Valéria de Souza Matos, que sempre me ensinaram e incentivaram a gostar dos estudos. Todo sacrifício valeu a pena e eu nunca vou esquecer de tudo o que fizeram por mim.

Às minhas irmãs, Carina e Isabela, meus exemplos de organização, dedicação, coragem e determinação. Aprendi muito com vocês e sou profundamente grata por tê-las em minha vida. Amo vocês.

Aos meus sogros, Norimar e Sandra Aguiar, obrigada pelo cuidado e por garantirem que nunca faltasse nada para mim e meu esposo. Cada gesto de vocês transmite amor.

Aos meus queridos colegas e amigos que fizeram e fazem parte da minha trajetória, obrigada por sempre me animarem e me levantarem nos momentos de cansaço e desânimo. Vocês não imaginam o quanto isso foi importante e fez a diferença em diversas ocasiões.

Quero agradecer à minha colega de trabalho e amiga, Maria, que viveu intensamente essa etapa comigo com tanta lealdade. Obrigada por estar sempre ao meu lado.

Aos professores do IFSC, minha profunda gratidão por cada aprendizado. Que vocês jamais se esqueçam da importância e da potência que o trabalho de vocês tem na vida das pessoas. Vocês oferecem esperança e ajudam a construir futuros melhores.

Por fim, e mais importante, ao meu amado Yuri Albert Aguiar, você foi muito mais do que eu poderia imaginar. Só nós sabemos tudo o que passamos nos últimos anos para chegar até aqui. Obrigada por dividir o fardo comigo, por ser minha rede de apoio e minha maior força. Eu te amo, sou sua fã e serei eternamente grata.

Por Camila Valéria Matos

Agradeço primeiramente, a Deus, por ter me dado força e coragem para chegar até aqui. Sou grata ao apoio constante do meu esposo e dos meus pais, cujas palavras de incentivo e gestos de carinho fizeram toda a diferença nessa caminhada. Agradeço também a todos que, de alguma forma, contribuíram para que este momento se tornasse possível.

Por Maria dos Santos Longo Schadeck

*O passado pode doer. Mas do jeito que eu vejo,
você pode fugir dele, ou aprender com ele.*

– O Rei Leão (Thomas Disch, 1994)

RESUMO

A telessaúde consiste no uso de tecnologias digitais para viabilizar a oferta de serviços de saúde à distância. No Brasil, essa estratégia ganhou destaque como alternativa para garantir a continuidade do cuidado, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS). O presente estudo tem como objetivo relatar como a telessaúde impactou a prestação de serviços de saúde, na atenção primária do SUS, durante a pandemia de covid-19, com base nos relatos dos profissionais de saúde publicados no período de 2020 a 2024. Para tanto, realizou-se uma pesquisa de natureza básica, de abordagem qualitativa e baseada em uma revisão sistemática da literatura, que reuniu 21 artigos científicos e que apresentavam relatos de experiência e que estavam disponíveis em plataformas de busca. Essa abordagem possibilita compreender as possíveis contribuições da telessaúde na rotina da Atenção Primária, assim como os principais obstáculos enfrentados no período pandêmico. Neste sentido, os principais resultados encontrados foram: a telessaúde ajudou a diminuir o deslocamento de usuários e profissionais da saúde, ampliou a acessibilidade e a frequência das consultas e contribuiu para reduzir a sobrecarga dos serviços de saúde durante o período pandêmico. Por outro lado, as equipes que já tinham familiaridade com as tecnologias digitais conseguiram se adaptar melhor com as novas demandas, enquanto a falta de preparo e de capacitação prejudicou a adaptação de outros profissionais. Locais onde a gestão não teve participação ativa no apoio, os profissionais demonstraram insegurança, resistência e desconhecimento sobre a ferramenta.

Palavras-Chave: Telessaúde. Atenção Primária. SUS. Pandemia.

ABSTRACT

Telehealth consists of using digital technologies to enable the provision of healthcare services remotely. In Brazil, this strategy gained prominence as an alternative to ensure continuity of care, especially in Primary Health Care (PHC) within the Unified Health System (SUS). This study aims to report how telehealth impacted the delivery of health services in SUS primary care during the COVID-19 pandemic, based on accounts from healthcare professionals published between 2020 and 2024. For this purpose, a basic research of qualitative approach was conducted, based on a systematic literature review that gathered 21 scientific articles presenting experience reports and that were available on research platforms. This approach allows for an understanding of the possible contributions of telehealth to the routine of Primary Health Care, as well as the main obstacles faced during the pandemic period. In this sense, the main results found were: telehealth helped reduce the travel of users and healthcare professionals, increased accessibility and the frequency of consultations, and contributed to reducing the overload of health services during the pandemic. On the other hand, teams that were already familiar with digital technologies were able to adapt better to the new demands, while the lack of preparation and training hindered the adaptation of other professionals. In places where management did not play an active supporting role, professionals showed insecurity, resistance, and lack of knowledge about the tool.

Keywords: Telehealth. Primary Health Care. SUS. Pandemic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras:

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Atributos da Atenção Primária à Saúde. | 27 |
| Figura 2 – Fluxograma das etapas do procedimento de coleta de dados. | 37 |
| Figura 3 – Fluxograma dos procedimentos aplicados para análise de dados. | 39 |
| Figura 4 – Planilha desenvolvida para auxílio de telemonitoramento. | 41 |
| Figura 5 – Teleorientação sobre medidas de prevenção contra a covid-19. | 42 |
| Figura 6 – Fluxograma de Atendimento no Município de Fortaleza - CE. | 54 |

Quadros:

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Termos e Definições Relacionados à Telessaúde na Atenção Primária. | 21 |
| Quadro 2 – Princípios Doutrinários do SUS. | 24 |
| Quadro 3 – Organização dos Níveis de Atenção à Saúde no SUS. | 25 |
| Quadro 4 – Exemplos de fatores determinantes para propagação de doença. | 32 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Países com maior número de casos de covid-19 (março de 2020 – dezembro de 2023)..... | 31 |
| Tabela 2 – Distribuição da população, casos e óbitos notificados de covid-19 por região do Brasil (março de 2020 – dezembro de 2023)..... | 32 |
| Tabela 3 – Distribuição dos artigos encontrados, incluídos e excluídos na coleta de dados da pesquisa..... | 38 |
| Tabela 4 – Serviços ofertados pela telessaúde e respectivas publicações identificadas..... | 40 |
| Tabela 5 – Vantagens da telessaúde na Atenção Primária à Saúde..... | 44 |
| Tabela 6 – Boas práticas identificadas no uso da telessaúde na Atenção Primária à Saúde... | 53 |
| Tabela 7 – Desafios e limites no uso da telessaúde na Atenção Primária à Saúde..... | 61 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
BA - Estado Brasileiro da Bahia
CDS - Coleta de Dados Simplificados
CE - Estado Brasileiro do Ceará
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DF - Distrito Federal
DSEI/MS - Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul
ECG - Eletrocardiograma
EPI - Equipamentos de Proteção Individual
ESPPI - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
FAS - Fundação Amazônia Sustentável
Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz
FUnATI - Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade
GEAPS - Gerência de Atenção Primária à Saúde
G20 - Grupo dos 20
GO - Estado Brasileiro do Goiás
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto de Assistência Médica da Previdência Social
ISO - International Organization for Standardization
MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MG - Estado Brasileiro de Minas Gerais
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PB - Estado Brasileiro da Paraíba
PE - Estado Brasileiro de Pernambuco
PNI - Programa Nacional de Imunização
PR - Estado Brasileiro do Paraná
RCPD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

RJ - Estado Brasileiro do Rio de Janeiro
RQE - Registro de Qualificação de Especialista
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC - Estado Brasileiro de Santa Catarina
SEMUSA - Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis - MG
SMSA-BH - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SOF - Segunda Opinião Formativa
SP - Estado Brasileiro de São Paulo
SUS - Sistema Único de Saúde
Subvisa - Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses
TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação
UAPS - Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UC - Unidades de Conservação
UE - União Européia
UEA - Universidade do Estado do Amazonas
UNA-SUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UPA - Unidades de Pronto Atendimento
Vigiagua - Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1. | INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 1.1 | Contextualização..... | 15 |
| 1.2 | Justificativa..... | 16 |
| 1.3 | Problema..... | 17 |
| 1.4 | Objetivos..... | 17 |
| 1.4.1 | Objetivo Geral..... | 17 |
| 1.4.2 | Objetivos Específicos..... | 18 |
| 2. | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 19 |
| 2.1 | Telessaúde..... | 19 |
| 2.2 | Sistema Único de Saúde..... | 22 |
| 2.3 | Atenção Primária de Saúde..... | 25 |
| 2.4 | Pandemia de Covid-19..... | 29 |
| 2.5 | Pandemia de Covid-19 no Brasil..... | 31 |
| 3. | METODOLOGIA..... | 35 |
| 3.1 | Caracterização da Pesquisa..... | 35 |
| 3.1.1 | Quanto à natureza..... | 35 |
| 3.1.2 | Quanto ao objetivo..... | 35 |
| 3.1.3 | Quanto à abordagem..... | 35 |
| 3.1.4 | Quanto ao procedimento..... | 36 |
| 3.2 | Procedimentos de Coletas de Dados..... | 36 |
| 3.3 | Análise de Dados..... | 38 |
| 3.4 | Ética na Pesquisa..... | 39 |
| 4. | RESULTADOS E ANÁLISES..... | 40 |
| 4.1 | Serviços Ofertados pela Telessaúde na Atenção Primária..... | 40 |
| 4.2 | As Vantagens e Boas Práticas da Telessaúde na Atenção Primária..... | 44 |
| 4.2.1 | Vantagens do Uso da Telessaúde na Atenção Primária à Saúde..... | 44 |
| 4.2.2 | Boas Práticas Relacionadas ao Uso da Telessaúde na Atenção Primária..... | 52 |
| 4.3 | Os Desafios e Limites da Telessaúde na Atenção Primária..... | 61 |
| | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 70 |
| | REFERÊNCIAS..... | 73 |
| | APÊNDICE A - TABELA DE COLETA DE DADOS..... | 89 |
| | APÊNDICE B - ARTIGOS SELECIONADOS PARA O ESTUDO..... | 90 |

1. INTRODUÇÃO

1. 1 Contextualização

A telessaúde se destacou como estratégia principal para garantir o acesso à saúde em meio às restrições impostas pela pandemia. Com o avanço das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), a telessaúde, que no início era usada principalmente para facilitar a comunicação entre médicos e pacientes por meio de videochamadas, passou a ser uma ferramenta amplamente utilizada por profissionais de saúde para realizar diagnósticos, promover treinamentos, ministrar ensino e compartilhar informações com colegas e pacientes" (Caetano et al., 2020). No Brasil, a telessaúde foi institucionalizada em 2007 com a criação do Programa Telessaúde Brasil Redes, com o objetivo de apoiar a Atenção Primária à Saúde (APS) e qualificar a assistência prestada no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011).

Apesar de existir há algum tempo, foi durante a pandemia de covid-19 que a telessaúde se consolidou como ferramenta essencial para garantir a continuidade dos serviços de saúde, cumprindo as determinações da OMS (Giovanella *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2021).

No final de 2019, surgiram casos graves de pneumonia na província de Hubei, na China, dando início a uma crise global de saúde pública (Guitarrara, 2024). Foi identificado um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, responsável por uma doença chamada covid-19, caracterizada principalmente por sintomas respiratórios, febre, tosse e perda de olfato, mas que também poderia evoluir para complicações graves, incluindo insuficiência respiratória e falência múltipla dos órgãos (Silva *et al.*, 2021; Minas Gerais, 2020).

Inicialmente, os países mais impactados encontravam-se próximos ao epicentro da doença, estendendo-se posteriormente para diversas outras regiões ao redor do mundo (OPAS, 2024). Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e, em 11 de março de 2020, classificou a situação como uma pandemia (Guitarrara, 2024). O cenário de crise sanitária global impôs restrições ao atendimento presencial e trouxe a necessidade de reestruturação dos sistemas de saúde, fazendo com que o uso de tecnologias digitais fosse indispensável para minimizar os riscos de transmissão do vírus e ampliar o acesso à assistência (Caetano *et al.*, 2020; Giovanella *et al.*, 2022).

A APS, reconhecida como a principal porta de entrada do SUS, ganhou ainda mais notoriedade no enfrentamento da pandemia, sendo responsável pelo rastreamento de casos da doença e pelo acompanhamento de pacientes com covid-19 e de condições crônicas

(Giovanella *et al.*, 2022). Várias áreas da saúde pública e o Ministério da Saúde, passaram a reconhecer a importância da telessaúde na APS, que antes era vista apenas como um serviço de apoio (Silva *et al.*, 2021). O Ministério da Saúde, por exemplo, reconheceu a telessaúde como parte fundamental da APS, inclusive criando normas emergenciais como a Portaria nº 467/2020 para organizar e liberar o uso da telessaúde durante a pandemia (Brasil, 2020c).

Essa mudança de perspectiva mostra como o sistema de saúde se adaptou às necessidades impostas pela pandemia, integrando a telessaúde como peça-chave para assegurar a continuidade dos serviços e o cuidado dos pacientes (Giovanella *et al.*, 2022). A integração da telessaúde à APS permitiu ampliar o alcance das atividades, otimizar o uso de recursos e fortalecer a coordenação do cuidado. No entanto, essa expansão trouxe consigo desafios, como desigualdade no acesso à internet, resistência de profissionais de saúde e limitações na avaliação clínica remota (Medina *et al.*, 2020). Esse novo cenário trouxe muitos aprendizados e também vários desafios para a prática diária dos profissionais da saúde.

Apesar dos avanços, existem lacunas sobre o verdadeiro impacto da telessaúde na rotina dos profissionais de saúde, especialmente considerando as diferenças regionais e as dificuldades enfrentadas na adesão dessa ferramenta (Silva *et al.*, 2024).

Diante desse contexto, o presente trabalho tem como objetivo levantar e analisar relatos de experiências de profissionais de saúde sobre o uso da telessaúde na Atenção Primária do SUS durante a pandemia de covid-19, no período de 2020 a 2024, conforme registrado na literatura científica brasileira, a fim de compreender o impacto da telessaúde na prestação de serviços durante a covid-19.

1. 2 Justificativa

A motivação que levou à produção deste trabalho surgiu a partir da experiência pessoal das autoras, que, durante a pandemia de covid-19, recorreram aos serviços de saúde da Atenção Primária do SUS e utilizaram os recursos da telessaúde. Nesse período de distanciamento social, as unidades de saúde continuaram a prestar assistência à comunidade, enfrentando desafios e riscos significativos. Essa vivência pessoal evidenciou a importância da telessaúde como uma ferramenta para manter a continuidade do atendimento, mesmo em momentos de crise.

Este estudo se mostra relevante, pois o levantamento e análise dos relatos dos profissionais de saúde fornecem subsídios pertinentes para a tomada de decisões por parte de gestores atuantes na área de saúde. Diferente de estudos que se baseiam em dados institucionais ou avaliações técnicas, este trabalho dá voz aos profissionais, reunindo e

categorizando suas percepções, o que enriquece a compreensão dos desafios e potencialidades da telessaúde no cotidiano do SUS.

Ao examinar essas experiências, espera-se que a pesquisa possa contribuir para a identificação de boas práticas e recomendações que venham a orientar melhorias contínuas nos serviços de saúde, especialmente no enfrentamento de doenças infecciosas e outras condições. Além disso, acredita-se que o estudo possa estimular novas ideias e debates acadêmicos, ampliando o interesse por investigações na área de gestão hospitalar e telessaúde. A análise crítica baseada em experiências reais busca destacar práticas bem-sucedidas e levantar reflexões sobre medidas que evitem a repetição de falhas, colaborando, assim, para a formulação de futuras pesquisas e políticas públicas mais eficazes.

Para os discentes do curso de Gestão Hospitalar, a escolha desse tema é relevante e atual, pois evidencia as transformações que estão acontecendo na forma como os serviços de saúde são oferecidos e gerenciados. Estudar esse assunto é preparar gestores para lidar com situações de crise e fazer com que tenham a ideia de implantar novas tecnologias. A pandemia de covid-19 mostrou como é importante dominar ferramentas como a telessaúde que ajudam a manter os serviços de saúde funcionando em situações de emergência. Crises podem acontecer de maneiras inesperadas, e a habilidade de responder de forma rápida e eficaz é fundamental para garantir o acesso e a continuidade dos serviços.

Portanto, este trabalho se apresenta como um recurso importante, não apenas para a formação de futuros gestores, mas também para a capacitação da sociedade em geral, para enfrentar desafios emergentes na área da saúde.

1. 3 Problema

Como a telessaúde impactou a prestação de serviços de saúde, na atenção primária do SUS, durante a pandemia de covid-19, conforme relatado pelos profissionais de saúde no período de 2020 a 2024?

1. 4 Objetivos

1. 4. 1 Objetivo geral

Relatar como a telessaúde impactou a prestação de serviços de saúde, na atenção primária do SUS, durante a pandemia de covid-19, com base nos relatos dos profissionais de saúde publicados no período de 2020 a 2024.

1. 4. 2 Objetivos específicos

- A. Apresentar os serviços ofertados pela telessaúde na atenção primária do SUS durante a pandemia pela covid-19.
- B. Descrever as vantagens e boas práticas percebidas pelos profissionais de saúde em relação à telessaúde no contexto da atenção primária do SUS durante a pandemia.
- C. Identificar os desafios e limites aprendidos pelos profissionais de saúde com o uso da telessaúde na atenção primária do SUS durante a pandemia.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta os fundamentos teóricos importantes para a compreensão do tema da pesquisa.

2. 1 Telessaúde

De acordo com o Núcleo de Telessaúde e Telemedicina de Goiás (2024), a telessaúde é definida como o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na realização de atendimento à distância relacionados à saúde, em seus diferentes níveis de atenção, possibilitando a comunicação entre usuários fisicamente afastados.

No Brasil, foi criado o programa Telessaúde Brasil Redes, por meio da Portaria nº 35, de 4 de janeiro de 2007, com a finalidade de aprimorar a resolutividade da APS, reduzir custos e deslocamento, viabilizar atendimentos de saúde em áreas de difícil acesso e melhorar a agilidade de serviço (Silva, 2014). O projeto inicial contava com nove núcleos de telessaúde situados em estados diferentes do Brasil. Em 2011, a denominação do programa mudou para Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, expandindo o alcance e as atividades do programa para incluir novas tecnologias e integrar melhor os diferentes níveis de atenção à saúde em todo o país, estabelecendo-se como uma ferramenta estratégica no fortalecimento do SUS (Julião *et al.*, 2020; Silva, 2014).

Brasil (2017) diz que, com a publicação da Portaria nº 2.546, publicada no dia 27 de outubro de 2011, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para a telessaúde no Brasil no âmbito do SUS. Essas diretrizes visam transpor barreiras socioeconômicas, culturais e, principalmente, geográficas, garantindo que os serviços e informações de saúde alcancem toda a população, e com isso, aumentar a satisfação dos usuários. Dessa forma, em situações onde é necessário evitar a circulação de pessoas, como o caso da pandemia de covid-19 que se iniciou em 2020, essa forma de atendimento se mostra como uma alternativa para garantir a continuidade dos cuidados de saúde da população, auxiliando na triagem, no acompanhamento de quadros clínicos e na identificação de casos que demandam atendimento presencial (Souza *et al.*, 2020).

Em dezembro de 2022, a Lei nº 14.510 alterou permanentemente a Lei nº 8.080/1990 para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, revogando a legislação emergencial editada durante a pandemia (Brasil, 2022a). Esse recente marco, garante autonomia profissional, estabelece diretrizes de proteção de dados e reforça que os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS devem orientar todos os

serviços remotos.

As diretrizes também enfatizam a importância de atender aos princípios básicos de qualidade dos cuidados de saúde, garantindo que sejam seguros, oportunos, efetivos, eficientes, equitativos e centrados no paciente (Brasil, 2017). Outros objetivos incluem a redução das filas de espera, a diminuição do tempo para atendimentos ou diagnósticos especializados e a prevenção de deslocamentos desnecessários de pacientes e profissionais de saúde (Brasil, 2017).

Souza *et al.* (2020) destaca que mediante as aplicações de tecnologia à assistência em saúde, um primeiro desafio se refere à definição de conceitos e à construção de consensos quanto ao uso das TICs nas práticas de cuidados à saúde. Termos como “saúde digital”, “saúde eletrônica” (*eHealth*), e-Saúde e “Saúde Móvel” (*mHealth*) referem-se ao uso de tecnologias digitais na área da saúde, conforme explicado por Silva *et al.* (2021). A saúde digital engloba o uso de diferentes tecnologias, incluindo *eHealth* e *mHealth*, com foco na melhoria do acesso e na eficiência dos cuidados de saúde. O *eHealth*, ou saúde eletrônica, envolve o uso de TICs em vários aspectos dos cuidados de saúde, como registros eletrônicos e telemedicina (Silva *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2021). O *mHealth* (uma subcategoria do *eHealth*), concentra-se no uso de dispositivos móveis, como *smartphones*, para apoiar a prática médica e a saúde pública. “O conceito de saúde digital na APS teve 17 termos considerados sinônimos, sendo telessaúde e telemedicina os mais frequentes” (Silva *et al.*, 2024, p. 432).

Segundo Silva (2014, p. 23):

Em termos gerais, telemedicina abrange a oferta de cuidados em saúde e a troca de informações sobre serviços de saúde à distância. [...] A telemedicina é vista como o uso de tecnologia de telecomunicações para diagnóstico médico, monitoramento e propósitos terapêuticos, quando há grande distância entre os participantes. Telessaúde é considerado como um termo mais abrangente, que significa cuidados em saúde envolvendo também a comunicação entre pacientes e entre provedores de serviços de saúde.

Na prática, a telessaúde na APS pode ser aplicada através de diferentes campos de atuação, como teleconsulta, teleinterconsulta, telediagnóstico, telemonitoramento, teletriagem, teleconsultoria, teleorientação, teleducação e Segunda Opinião Formativa (SOF), de acordo com a legislação e regulamentações constantes em Brasil (2011) e do Conselho Federal de Medicina (2020, 2022). Observa-se a descrição dos exemplos citados no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – Termos e Definições Relacionados à Telessaúde na Atenção Primária

| Termo | Definição | Local de Publicação |
|-------------------------------------|---|---|
| Teleconsulta | A teleconsulta é a consulta médica não presencial, mediada por TICs, com médico e paciente localizados em diferentes espaços. | Resolução CFM nº 2.314 20 abr. 2022 |
| Teleinterconsulta | A teleinterconsulta é a troca de informações e opiniões entre médicos, com auxílio de TICs, com ou sem a presença do paciente, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, clínico ou cirúrgico. | Resolução CFM nº 2.314 20 abr. 2022 |
| Telediagnóstico | O telediagnóstico é o ato médico a distância, geográfica e/ou temporal, com a transmissão de gráficos, imagens e dados para emissão de laudo ou parecer por médico com registro de qualificação de especialista (RQE) na área relacionada ao procedimento, em atenção à solicitação do médico assistente. | Resolução CFM nº 2.314 20 abr. 2022 |
| Telemonitoramento ou televigilância | O telemonitoramento ou televigilância médica é o ato realizado sob coordenação, indicação, orientação e supervisão por médico para monitoramento ou vigilância a distância de parâmetros de saúde e/ou doença, podendo incluir coleta de dados clínicos. | Resolução CFM nº 2.314 20 abr. 2022 |
| Teletriagem | A teletriagem é o ato realizado por um médico, com avaliação dos sintomas do paciente, a distância, para regulação ambulatorial ou hospitalar, com definição e direcionamento do paciente ao tipo adequado de assistência que necessita ou a um especialista. | Resolução CFM nº 2.314 20 abr. 2022 |
| Teleconsultoria | A teleconsultoria médica é ato de consultoria mediado por TICs entre médicos, gestores e outros profissionais, com a finalidade de prestar esclarecimentos sobre procedimentos administrativos e ações de saúde. | Resolução CFM nº 2.314 20 abr. 2022 |
| Teleorientação | A teleorientação permite que profissionais da saúde realizem atendimento remoto, oferecendo informações, orientações e encaminhamentos a pacientes, familiares ou responsáveis. | Ofício CFM nº 1756 19 mar. 2020 |
| Teleducação | A teleducação oferece apoio na perspectiva da educação permanente, tendo como objetivo expandir o pensamento, o aprendizado e a habilidade resolutiva de quem as solicita. | MS Portaria nº 2.546 27 out. 2011 |
| Segunda Opinião Formativa | Segunda Opinião Formativa (SOF) é a resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS. | MS Portaria nº 2.546 27 out. 2011 |

Fonte: Adaptado de Brasil (2011); Conselho Federal de Medicina (2020, 2022).

Fora do contexto brasileiro, a telessaúde também está crescendo em muitos países, e exemplos internacionais mostram como as tecnologias digitais podem facilitar a assistência à saúde (Brasil, 2024d).

Conforme Brasil (2024d, s.n.):

A Austrália é reconhecida por suas iniciativas avançadas em saúde digital, incluindo a implantação bem sucedida de registros eletrônicos de saúde e programas de Telemedicina. O país explora tecnologias como a Inteligência Artificial e análise de dados para melhorar os cuidados de saúde e a eficiência do sistema. [...] O Canadá investe em infraestrutura robusta para apoiar a saúde digital em todo o país, como o uso de registros eletrônicos de saúde interoperáveis, que permite acessar e compartilhar dados por todo o sistema público de saúde. A estrutura melhora o monitoramento e informação de casos suspeitos e confirmados, define o melhor tratamento e o desenvolvimento de aplicativos que beneficiam a população, garantindo maior acessibilidade e eficiência nos serviços de saúde. A União Europeia promove a interoperabilidade de sistemas de saúde digitais entre os seus países membros e facilita o compartilhamento seguro de informações dos pacientes. A UE está focada na regulamentação e proteção de dados de saúde, para garantir a privacidade e segurança dos usuários Integrantes da comunidade. Convidado da presidência brasileira do G20, Portugal investe em soluções digitais como a Telemedicina e a análise de dados de saúde em larga escala. Essas iniciativas são importantes para enfrentar desafios de acesso à saúde em áreas remotas.

Trazer mais tecnologia para o cuidado em saúde não é só uma questão de modernização, mas também uma chance de melhorar a vida das pessoas. Esse tema foi discutido no G20 em 2024, na cidade de Salvador - BA, mostrando que muitos países enfrentam desafios parecidos e estão buscando formas de tornar seus sistemas de saúde mais fortes e acessíveis para todos (Brasil, 2024a, 2024d).

O futuro da telessaúde depende do fortalecimento das políticas públicas, de investimentos em infraestrutura tecnológica e da capacitação das equipes de saúde, para que o atendimento remoto seja exercido da melhor forma (Brasil, 2020b). Segundo Neto (2021, p. 184), a telessaúde “ainda é pouco utilizada, pois encontra muitas dificuldades, como a resistência de profissionais, falta de infraestrutura e desconhecimento do modo de utilização da ferramenta”. Diante desses desafios, destaca-se que a expansão da telessaúde tem potencial para modernizar a gestão dos serviços, trazendo mais eficiência e inovação para o SUS (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022b).

2. 2 Sistema Único de Saúde

Segundo Narvai (2022), no começo da década de 1980, a saúde pública estava concentrada em sua maior parte no amparo médico ambulatorial e hospitalar feito pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão pertencente ao

Ministério da Previdência e Assistência Social. Esta instituição funcionava por meio de serviços próprios e pelo setor privado contratado. Desta forma, tornava o acesso à saúde gratuita centralizado, burocrático e inviabilizando o planejamento a nível municipal.

O mesmo autor afirma que, por conta disso, grande parte da população não tinha acesso aos serviços de saúde, apenas trabalhadores com vínculo formal e contribuintes da Previdência Social eram atendidos, e a ineficiência do modelo assistencial, que era focado em ações curativas, não davam a devida atenção em prevenção e promoção da saúde (Narvai, 2022). Esse cenário impulsionou o surgimento de um movimento social de insatisfação composto por segmentos populares, estudantes e representantes da saúde, propondo o que foi chamado de Reforma Sanitária, que lutava pela reorganização dos serviços de saúde e a sua democratização, resultando anos depois na criação do Sistema Único de Saúde, o SUS (Paim, 2009).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi estabelecida a criação do SUS, o qual assegura o direito universal à saúde a todo cidadão brasileiro. Mais tarde, em 1990, a Lei Orgânica da Saúde, ou seja, a Lei 8080/90, foi aprovada para regular as diretrizes, as ações e os serviços de saúde em todo o território nacional, podendo ser de cunho individual ou coletivo e de forma permanente ou eventual (Matta, 2007; Brasil, 2025a).

Paim (2009) diz que este direito pleno à saúde não está condicionado à necessidade de provar vulnerabilidade social, nem do poder aquisitivo e também não é associado à filantropia. O autor (2009, p. 43) completa dizendo que “com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios”.

Desde sua criação, o SUS se consolidou como um marco de inovação, ao romper com a lógica do passado e estruturar um modelo de assistência à saúde baseado na descentralização, que permitiu que estados e municípios assumissem um papel mais ativo na organização dos serviços, adequando as ações às necessidades específicas de cada comunidade (Narvai, 2022). Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2022a), ele também serve de inspiração para políticas públicas dentro e fora do Brasil. Seu reconhecimento internacional, inclusive pela OMS, reforça sua relevância e eficácia como modelo gratuito, especialmente em um país com dimensões continentais e tanta diversidade socioeconômica (OPAS, 2022a).

Portanto, o SUS se tornou um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, oferecendo e garantindo de forma gratuita, universal e integral uma ampla gama de ações, dos mais simples serviços às cirurgias de alta complexidade, para todos os cidadãos brasileiros (Brasil, 2024c).

Os princípios doutrinários do SUS estão descritos no Quadro 2:

Quadro 2 – Princípios Doutrinários do SUS

| Princípio | Descrição |
|-----------------|---|
| Universalização | Saúde como um direito de todas as pessoas, sendo a responsabilidade do Estado assegurar este direito. O acesso às ações e serviços deve ser garantido independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. |
| Equidade | Com o objetivo de diminuir desigualdades, este princípio leva em conta que apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Ou seja, deve-se tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. |
| Integralidade | Princípio que considera o atendimento a todas as suas necessidades da população. Sendo importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Este princípio também pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. |

Fonte: Adaptado de Brasil (2024c).

Brasil (2005) acrescenta outro ponto importante do SUS: o incentivo à participação da sociedade no controle social. Isso acontece, por exemplo, por meio dos conselhos municipais de saúde e das conferências de saúde, onde qualquer pessoa pode participar das discussões, ajudar a decidir prioridades e fiscalizar como as políticas públicas estão sendo aplicadas. Dessa forma, o SUS busca garantir que as decisões sobre a saúde sejam tomadas de maneira mais democrática e transparente.

Schuquel (2022) destaca que além dos serviços de assistência à saúde, de urgência, emergência e atenção hospitalar, o SUS também é responsável pela vacinação da população por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI), pela fiscalização de alimentos através da Vigilância Sanitária, pela padronização de portabilidade do sistema híbrido por intermédio do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua), pela fiscalização de normas sanitárias em atendimentos veterinários por meio da Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses (Subvisa) entre outros serviços, provando assim, a importância do SUS para toda a população brasileira, seja de forma direta ou indireta (Schuquel, 2022).

Dado o grande volume de serviços oferecidos pelo SUS, fica evidente que ele constitui uma rede extensa e complexa de atendimento que cobre todo o país, e para dar conta disso, ele é dividido em três níveis de atenção, segundo suas densidades tecnológicas singulares (Brasil, 2022b). Essa divisão em níveis permite que o SUS organize os serviços de acordo com a complexidade e as necessidades da população, favorecendo o acesso, a resolutividade e a

integralidade do cuidado (Brasil, 2022b; Mendes, 2011). O Quadro 3 apresenta as principais características de cada nível de atenção do SUS.

Quadro 3 – Organização dos Níveis de Atenção à Saúde no SUS

| Nível de Atenção | O Que é | Exemplos de Serviços | Onde é Realizado |
|------------------------|--|--|---|
| Atenção Primária (APS) | Porta de entrada do SUS, cuidado contínuo, integral e próximo do usuário | Consultas, vacinação, acompanhamento de doenças crônicas, ações de prevenção | UBS, postos de saúde, equipes de Saúde da Família |
| Atenção Secundária | Serviços de média complexidade, geralmente com encaminhamento da APS | Consultas com especialistas, exames, pequenas cirurgias | Ambulatórios especializados, policlínicas, centros de especialidades |
| Atenção Terciária | Alta complexidade, casos graves ou raros | Cirurgias complexas, UTI, tratamentos oncológicos, transplantes | Hospitais gerais, hospitais de referência, centros de alta complexidade |

Fonte: Adaptado de Mendes (2011); Starfield (2002).

Segundo Mendes (2011), esses níveis funcionam de maneira integrada, e se complementam por meio de fluxos de encaminhamento que possibilitam ao usuário circular entre os diferentes serviços, conforme a complexidade de suas necessidades. Dentre esses níveis, a Atenção Primária à Saúde se destaca como porta de entrada do cuidado, sendo fundamental para a organização do SUS (Mendes, 2011).

2. 3 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atendimento em saúde do cidadão, sendo considerada a porta de entrada para o SUS e o centro de comunicação com toda a rede de atenção do SUS (Brasil, 2024b). De acordo com Brasil (2025c, s.n.):

A Atenção Primária à Saúde é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Giovanella (2018) explica que, inicialmente, no Brasil, o Movimento Sanitário (que lutou pela criação do SUS) preferiu usar “atenção básica à saúde” para se diferenciar de um

modelo antigo e limitado, chamado de “atenção primária seletiva”, que existia em outros países e só oferecia serviços mínimos, principalmente para pessoas pobres. O objetivo dessa escolha era mostrar que o Brasil queria construir um sistema público de saúde universal, mais amplo e voltado para todos, não só para resolver o básico ou o mínimo (Giovanella, 2018).

Nesse sentido, é importante ressaltar a influência internacional na formulação do conceito de Atenção Primária à Saúde (Giovanella, 2018). Na Declaração de Alma-Ata de 1978, adotada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, é acrescentado à definição de Atenção Primária o seguinte trecho (Brasil, 2002):

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. [...] os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Brasil, 2002, s.n.).

Dessa forma, a escolha do termo “atenção básica à saúde” marcou uma posição política em defesa do modelo de saúde que conhecemos hoje, diferente do conceito de atenção primária existente em muitos países. No entanto, ao longo do tempo, o termo “atenção primária à saúde” passou a ser adotado também no contexto brasileiro, especialmente após o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS e com a aproximação dos princípios internacionais (Giovanella, 2018; Starfield, 2002).

Atualmente, a Atenção Primária é compreendida como o nível de atenção responsável por organizar o acesso da população ao sistema de saúde, atuando como um filtro que direciona os usuários conforme a complexidade de suas necessidades e integrando os serviços oferecidos na rede assistencial (Brasil, 2024b, 2025c).

Mello *et al.* (2009, p.204) diz que os termos “atenção básica” e “atenção primária” “podem ser utilizados como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual”. No entanto, é importante considerar as variações específicas desses conceitos ao aprofundar as características fundamentais da APS.

Com isso, Starfield (2002) destaca quatro atributos essenciais e três atributos derivados da APS, como ilustrado na Figura 1:

Figura 1 – Atributos da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Starfield (1992, apud Memed, 2023).

Entre os atributos essenciais, o acesso é o ponto de entrada do paciente no atendimento médico, mas sua função vai além disso: para ser eficaz, o acesso precisa ser fácil e estar disponível sempre que o paciente precisar. Isso significa que o usuário pode recorrer à APS tanto em situações menos urgentes, como para buscar informações, quanto em casos mais graves (Saúde, 2021). Starfield (2002) explica que a longitudinalidade, significa que o paciente é acompanhado de forma contínua por um serviço de saúde ao longo do tempo. Para isso, é importante que tenha um lugar onde ele possa sempre buscar atendimento. A unidade de saúde precisa, então, identificar quem são as pessoas que atende e acompanhar aqueles que precisam de cuidados contínuos (Starfield, 2002).

De acordo com Saúde (2021, s.n) explica que “a coordenação do cuidado nada mais é que a gestão de saúde do paciente por meio da informação. Portanto, um paciente deve ter acesso, de modo claro, a tudo que envolve a sua saúde, como consultas e exames”. Brasil (2020a) desenvolve que a integralidade no serviço de APS, significa oferecer todos os serviços necessários para atender as necessidades de saúde dos pacientes. Isso abrange a promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, considerando tanto o aspecto físico quanto o psicológico e social, mesmo que alguns desses serviços não estejam disponíveis diretamente na unidade de APS, eles devem ser oferecidos de alguma maneira para os pacientes (Brasil, 2020a).

Para Santos *et al.* (2023), os atributos derivados colocam o indivíduo no centro do cuidado e da promoção de sua própria saúde. O paciente, ou seus familiares, participam das decisões sobre seu tratamento, o que aumenta as chances de sucesso do plano de cuidados. A orientação familiar considera o ambiente em que os pacientes vivem, incluindo o contexto familiar e os riscos à saúde. Compreender a estrutura e o dinamismo de cada família é essencial, pois diferentes composições familiares enfrentam diferentes desafios (Saúde, 2021; Starfield, 2002).

Sobre a orientação comunitária, Starfield (2002, p. 487) diz que “todas as necessidades de saúde dos pacientes estão inseridas em um contexto social, e o reconhecimento dessas necessidades frequentemente requer o conhecimento do contexto social”. A mesma autora complementa, ainda, afirmando que, muitas vezes, os pacientes não percebem a necessidade de serviços de saúde devido à falta de conhecimento sobre a importância das estratégias preventivas, ou porque não reconhecem que um problema pode ter uma solução médica ou um tratamento disponível. Nesse sentido, compreender as características de saúde da comunidade, assim como os recursos disponíveis, proporciona uma abordagem mais eficaz para avaliar as necessidades de saúde do que uma análise baseada apenas nas interações com os pacientes ou suas famílias (Starfield, 2002).

Por fim, a competência cultural é um atributo derivado na APS, que garante que os serviços prestados sejam ajustados às necessidades e particularidades culturais dos pacientes (Saúde, 2021). Segundo Saúde (2021), essa competência envolve reconhecer e respeitar as diferenças culturais, entendendo que cada pessoa ou grupo tem sua própria cultura. De acordo com Bergallo (2021), para que a APS cumpra seu papel, é importante que os profissionais de saúde consigam entender e se comunicar de forma clara com seus pacientes, levando em conta as nuances locais, gírias e expressões populares.

Assim, com os atributos essenciais e derivados, a APS oferece uma enorme variedade de serviços, que incluem: consultas, exames, orientação alimentar, planejamento familiar, campanhas de imunização, cuidados paliativos e reabilitação, prevenção e controle de doenças endêmicas, fornecimento de medicamentos básicos, vigilância de violências e acidentes, entre outros (Brasil, 2024b, 2025c). Essas atividades atendem tanto à população em geral quanto a grupos específicos, como moradores de rua, comunidades ribeirinhas e indivíduos do sistema prisional (Mesquita e Rocha, 2023).

Para garantir que esses serviços alcancem todos os perfis populacionais, a APS conta com uma rede diversificada de unidades, que abrange postos e centros de saúde, clínicas da família e unidades básicas de saúde, além das equipes de Saúde da Família e Atenção Primária, promovendo o acesso à saúde em diferentes contextos (Santa Catarina, 2018). Toda

essa estrutura é composta por profissionais como médicos (preferencialmente especializados em medicina da família), enfermeiros, agentes comunitários de saúde, agentes de saúde ambiental, agentes de combate às endemias e dentistas (Mesquita e Rocha, 2023).

De acordo com a OMS (OPAS, 2025), a Atenção Primária oferece um atendimento amplo, acessível e próximo da comunidade, sendo capaz de resolver de 80% a 90% das necessidades de saúde das pessoas ao longo da vida. Porém, o SUS é dividido em níveis diferentes: atenção primária, secundária e terciária, sendo organizado como uma estrutura hierárquica, como uma escada em que cada nível acima é visto como mais importante ou mais complexo que o anterior (Mendes, 2011). No entanto, essa forma de enxergar o sistema pode trazer problemas.

Mendes (2011) diz que muitas vezes, a Atenção Primária é vista como algo simples ou de baixa complexidade, enquanto os serviços especializados, que usam equipamentos caros e tecnologias avançadas, recebem maior valor simbólico e financeiro. Isso faz com que o trabalho realizado nas unidades básicas seja subestimado e, por consequência, possa receber menos investimento e reconhecimento (Mendes, 2011). Por outro lado, enquanto fatores externos ao sistema de saúde, como o envelhecimento da população e o surgimento de novas doenças, mudam rapidamente, as mudanças internas como gestão, cultura organizacional e recursos, acontecem de forma mais lenta. Essa diferença de ritmo dificulta a adaptação do sistema de saúde às novas demandas da população e reforça os desafios, tanto do fortalecimento quanto da efetividade da Atenção Primária no SUS (Mendes, 2011).

2. 4 Pandemia de Covid-19

A doença de covid-19 foi detectada pela primeira vez em 31 de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, quando foram identificados pacientes com uma síndrome respiratória incomum (Almeida, 2021). A investigação epidemiológica constatou que a maioria dos casos suspeitos estava relacionada à exposição em um mercado local de frutos do mar em Huanan, onde também ocorria a comercialização de animais selvagens vivos (Nóbrega, 2020).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2024) diz que uma semana após ser descoberto, as autoridades chinesas confirmaram a identificação de uma nova cepa de coronavírus, o SARS-CoV-2, responsável pela doença de covid-19. A doença é caracterizada principalmente por sintomas respiratórios, febre, tosse e perda de olfato, mas que também poderia evoluir para complicações graves, incluindo insuficiência respiratória e falência múltipla dos órgãos (Silva *et al.*, 2021; Minas Gerais, 2020).

No mesmo período, no dia 9 de janeiro, foi confirmada a primeira morte devido à nova doença. Em menos de uma semana, na data de 13 de janeiro de 2020, foi confirmado o primeiro caso de covid-19 fora do território chinês. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus representava uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o nível mais elevado de alerta conforme estipulado no Regulamento Sanitário Internacional e com uma taxa de contágio quase duas vezes maior que a do H1N1 de 2009 e uma letalidade média de 3,6%, a covid-19 se espalhou rapidamente pelo mundo (Dantas, 2020; OPAS, 2024).

Almeida (2021) destaca que, antes da pandemia de covid-19, a OMS só havia decretado ESPII em cinco situações: na pandemia de H1N1 em 2009, pela disseminação do poliovírus em 2014, durante o surto de ebola na África Ocidental em 2014, no aumento de casos de microcefalia pelo vírus zika no Brasil em 2016 e, novamente, por conta do ebola na República Democrática do Congo em 2018.

Inicialmente, os países mais impactados encontravam-se próximos ao epicentro da doença, com destaque para China, Irã e Coreia do Sul, estendendo-se posteriormente para diversas outras regiões ao redor do mundo (OPAS, 2024). Sá (2020) descreve que à medida que o vírus se disseminou para outros continentes, milhares de casos e óbitos foram registrados em países como Estados Unidos e Brasil, mas foi principalmente na Itália que a situação se agravou.

O sistema de saúde italiano entrou em colapso, evidenciando a gravidade da crise sanitária mundial e levando o norte da Itália a implementar uma rigorosa quarentena. No dia 15 de fevereiro de 2020, o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom, pediu aos governos nacionais que organizassem e fortalecessem seus sistemas de saúde, visto que era impossível prever o rumo que a epidemia tomaria (Sá, 2020).

Campos (2024) relata que governos de todo o mundo adotaram diversas estratégias sanitárias para conter a disseminação da doença. Medidas como distanciamento social, fechamento de escolas e universidades, proibições de eventos públicos, a utilização de máscaras e equipamentos de proteção individual, higienização das mãos e a implementação de testagem em massa, são exemplos de ações tomadas para enfrentar o vírus. Em 11 de março de 2020, com mais de 3 mil óbitos e 100 mil casos registrados ao redor do mundo, a OMS classificou a covid-19 com o cenário mais grave de propagação de doenças infecciosas: uma pandemia (Guitarrara, 2024).

A declaração da pandemia trouxe mudanças imediatas no cotidiano das pessoas. Muitos serviços considerados não essenciais foram suspensos ou tiveram seu funcionamento drasticamente reduzido (G1, 2020; Meira *et al.*, 2023). No entanto, os serviços fundamentais,

como supermercados, farmácias e principalmente os serviços de saúde, precisaram continuar operando, porém não da mesma forma: hospitais, clínicas e unidades básicas de saúde tiveram que reorganizar seus fluxos, limitar atendimentos presenciais e adotar protocolos mais rígidos de segurança. Essa nova realidade exigiu adaptação e o uso de soluções inovadoras para garantir que a população continuasse tendo acesso ao cuidado em meio às incertezas e restrições impostas pela crise (G1, 2020; Meira *et al.*, 2023).

Segundo dados do site Worldometer (2023), desde a descoberta da doença até dezembro de 2023, os cinco países com maior número de registros de covid-19 são (Tabela 1):

Tabela 1 – Países com maior número de casos de covid-19 (março de 2020 – dezembro de 2023)

| Colocação | País | Número de Casos de Covid-19 | População |
|-----------|----------------|-----------------------------|---------------|
| 1 | Estados Unidos | 109.639.259 | 334.805.269 |
| 2 | Índia | 45.002.321 | 1.406.631.776 |
| 3 | França | 40.138.560 | 65.584.518 |
| 4 | Alemanha | 38.666.286 | 83.883.596 |
| 5 | Brasil | 38.078.411 | 215.353.593 |

Fonte: Adaptado de Worldometer (2023).

Considerando o panorama global apresentado, onde diferentes sistemas de saúde tiveram de reagir à pandemia de maneira rápida e articulada, é fundamental aprofundar a investigação no contexto brasileiro. A estrutura do SUS, com suas particularidades e as desigualdades regionais, tiveram desfechos próprios na disseminação do vírus e nas estratégias de contenção (Brasil, 2020d).

2. 5 Pandemia de Covid-19 no Brasil

De acordo com Campos (2024), o Ministério da Saúde confirmou o primeiro caso de covid-19 no Brasil, no dia 26 de fevereiro de 2020. Um homem de 61 anos, deu entrada em um hospital particular na cidade de São Paulo após retornar de uma viagem para a Itália. Guitarrara (2024, s.n.) afirma que “a covid-19 se espalhou rapidamente pelo Brasil, e, já no mês de abril de 2020, o país registrava 50 mil casos da doença e cerca de 3 mil mortes”.

A tabela 2 a seguir apresenta a distribuição da população, dos casos e dos óbitos notificados por covid-19 nas cinco regiões do Brasil, bem como o total nacional (Brasil, 2025b).

Tabela 2 - Distribuição da população, casos e óbitos notificados de covid-19 por região do Brasil (março de 2020 – dezembro de 2023)

| Região | População | Casos notificados | Óbitos notificados |
|---------------|--------------------|--------------------------|---------------------------|
| Norte | 18.430.980 | 2.927.135 | 51.825 |
| Centro-Oeste | 16.297.074 | 4.422.046 | 66.720 |
| Nordeste | 57.071.654 | 7.482.295 | 136.427 |
| Sul | 29.975.984 | 8.125.900 | 112.397 |
| Sudeste | 88.371.433 | 15.253.488 | 341.269 |
| Total | 210.147.125 | 38.210.864 | 708.638 |

Fonte: Adaptado de Brasil (2025b).

As informações permitem observar a magnitude da pandemia no país, evidenciando as diferenças entre as regiões em relação ao número de casos e mortes e também a proporção desses indicadores frente à população local. Esses dados são fundamentais para compreender o impacto da doença considerando as especificidades demográficas e epidemiológicas do território brasileiro (Brasil, 2025b). A OPAS (2010) afirma que as características do indivíduo e seu entorno social e ambiental são fatores determinantes para a propagação, ou não, de enfermidades. Moura e Rocha (2012) classificam alguns desses fatores conforme o Quadro 4.

Quadro 4 - Exemplos de fatores determinantes para propagação de doença

| Fatores | Exemplos |
|----------------|--|
| Econômicos | Miséria, privações resultando em habitações precárias, falta de saneamento básico e de água tratada e ocupação do território de forma desordenada. |
| Culturais | Hábito de defecar próximo de mananciais, hábitos alimentares de risco como ingestão de peixe cru ou ostras. |
| Ecológicos | Poluição atmosférica, condições climáticas e ambientais favoráveis à proliferação de vetores. |
| Psicossociais | Estresse, uso de drogas, ausência de atividades e locais para lazer. |
| Biológicos | Indivíduos suscetíveis, mutação do agente infeccioso, transmissibilidade do agente. |

Fonte: Moura e Rocha (2012).

Siqueira *et al.* (2022) diz que a rápida disseminação do vírus no país, foi influenciada por diversos fatores críticos, incluindo a fragilidade da estrutura hospitalar, a propagação de informações falsas, a demora na aquisição de insumos e vacinas, a falta de políticas públicas para a prevenção do vírus, bem como a falta de uniformidade nas orientações e estratégias de enfrentamento, resultando em incertezas e divisões na população quanto à adesão de medidas restritivas.

O Brasil destacou-se como um dos países mais impactados pela pandemia de covid-19. Os efeitos dessa crise refletiram em transformações significativas nos cenários políticos, econômicos e sanitários do país. As mudanças desencadeadas por esse período tiveram impacto relevante em áreas básicas como trabalho, educação e saúde (Campos, 2024).

De acordo com *World Bank Group* (2021), em 2020, na área do trabalho, o país registrou a maior retração do PIB de sua história recente (-4,1%) e, embora a economia esteja em processo de recuperação, esse avanço ocorre de forma desigual, com diversos indicadores do mercado de trabalho permanecendo abaixo dos níveis anteriores à pandemia. Na área da educação, a proporção de crianças participando de atividades escolares caiu de 99% para 89%, e apenas cerca de 40% contam com aulas presenciais.

Na área da saúde, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) (2022), aponta que entre o período anterior à pandemia e o início de 2022, registrou-se um aumento de 91,8% no número de brasileiros que avaliam seu estado de saúde de forma negativa, classificando-o como ruim ou muito ruim. Paralelamente, o consumo de legumes e verduras apresentou queda de 12,5% na população em geral. A prática de atividade física também sofreu redução, com 21,4% menos pessoas atingindo as metas recomendadas pela OMS. Na área da saúde mental, destaca-se o crescimento do diagnóstico de depressão entre adultos. Além disso, indicadores que vinham melhorando nos últimos anos, como o tabagismo, tiveram sua tendência de queda interrompida e permaneceram estáveis.

De maneira geral, os mais prejudicados foram aqueles que já se encontravam em situação de vulnerabilidade (*World Bank Group*, 2021). A pandemia ampliou desigualdades já existentes, afetando mais intensamente trabalhadores de ocupações não especializadas, pessoas com menor acesso à tecnologia e grupos que historicamente assumem a maior parte das tarefas domésticas (*World Bank Group*, 2021).

Embora a OMS tenha declarado no dia 5 de maio de 2023, o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à covid-19, os efeitos da pandemia ainda repercutem. Ampliou-se a desigualdade social, houve queda nos indicadores econômicos e impacto nos padrões demográficos do país. Além disso, é observado um

aumento dos hábitos gerais de higiene da população e a promoção de novas formas de trabalho como resultados da reverberação da pandemia no Brasil (OPAS, 2023).

3. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento eficaz do projeto, foi necessário delinear o tipo de pesquisa realizada. A seguir, apresentam-se os elementos da metodologia que caracterizam a natureza, o objetivo, a abordagem e os procedimentos técnicos da pesquisa.

3. 1 Caracterização da Pesquisa

3. 1. 1 Quanto à natureza

No que diz respeito à natureza do projeto, ele se enquadra na categoria de pesquisa básica, visto que foi uma revisão das teorias já existentes sem a pretensão de aplicação. Appolinário (2011 apud Gil, 2022, p. 131) afirma que a pesquisa de natureza básica tem como objetivo principal “[...] o avanço do conhecimento científico, sem nenhuma preocupação com a aplicabilidade imediata dos resultados a serem colhidos”.

3. 1. 2 Quanto ao objetivo

Quanto ao objetivo caracteriza-se como pesquisa descritiva, já que o intuito do trabalho foi relatar como a telessaúde impactou a prestação de serviços de saúde, na atenção primária do SUS, durante a pandemia de covid-19, com base nos relatos dos profissionais de saúde publicados no período de 2020 a 2024, de acordo com as publicações científicas. Conforme Lozada e Nunes (2019, p. 139) “o objetivo básico desse tipo de pesquisa é a descrição das características do assunto estudado”. Ressalta-se que a pesquisa descritiva não busca explicar as causas dos fatos, mas sim fornecer uma visão detalhada e sistemática sobre o que está acontecendo em um determinado contexto (Lozada e Nunes, 2019).

3. 1. 3 Quanto à abordagem

No que se refere à abordagem, classifica-se a pesquisa como qualitativa, pois foi caracterizada por métodos que não utilizam procedimentos estatísticos ou quantificações, como afirma Strauss e Corbin (2008 apud Gil, 2021, p. 15). Creswell (2014, p. 52) reforça que “conduzimos uma pesquisa qualitativa porque queremos compreender os contextos ou ambientes em que os participantes de um estudo abordam um problema ou questão”.

3. 1. 4 Quanto ao procedimento

Em relação ao procedimento, caracteriza-se como pesquisa bibliográfica do tipo sistemática, pois teve como objetivo reunir, analisar e sintetizar os resultados de diversos estudos primários (Faculdade de Ciências Agrônomicas, 2015). Para Sampaio e Mancini (2007), isso faz com que as conclusões não fiquem limitadas a poucos artigos, mas sim considerem um conjunto mais amplo de resultados importantes. A revisão sistemática só é feita depois que já existem vários estudos publicados sobre o tema, ou seja, elas analisam informações já existentes. Por isso, a qualidade da revisão depende muito da qualidade dos estudos que forem analisados (Sampaio e Mancini, 2007). “É considerada a evidência científica de maior grandeza e são indicadas na tomada de decisão na prática clínica ou na gestão pública” (Faculdade de Ciências Agrônomicas, 2015, s.n.).

3. 2 Procedimentos de Coleta de Dados

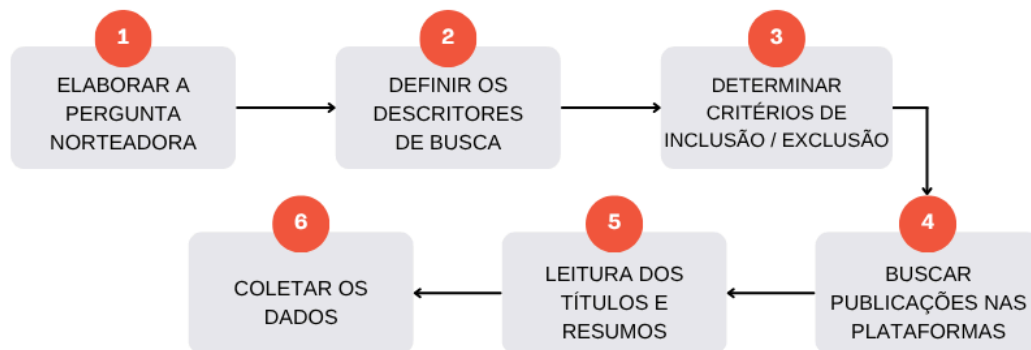
Ainda delineando o processo da pesquisa, adicionou-se ao projeto a base das técnicas selecionadas para a coleta dos dados.

- A. **Elaboração da pergunta norteadora:** Como a Telessaúde, na Atenção Primária do SUS, impactou a prestação de serviços de saúde durante a pandemia de covid-19, conforme relatado pelos profissionais de saúde no período de 2020 a 2024?
- B. **Definição dos descritores de busca na plataforma de dados:** “atenção primária”, “telessaúde”, “teleatendimento”, “vantagens da telessaúde”, “pandemia de covid-19”, “desafios da covid-19”.
- C. **Crítérios de Inclusão:** Artigos científicos e revisões de literatura que contenham relatos de experiência de profissionais da área da saúde, atuantes na APS, realizados no Brasil no âmbito do SUS, e que tenham sido publicados entre 2020 e 2024. Foram também considerados estudos que descrevem os desafios e as lições aprendidas no uso da telessaúde na APS no SUS. Todos os estudos selecionados estão publicados em língua portuguesa.
- D. **Crítérios de Exclusão:** Artigos, revisões ou relatos de experiências publicados antes de 2020 ou após 2024. Documentos que não sejam artigos científicos ou revisões de literatura, como relatórios técnicos, livros, teses e dissertações. Materiais que não tratavam especificamente do uso da telessaúde na APS no Brasil, no âmbito do SUS. Relatos que abordavam os níveis secundários e terciários de atenção da saúde. Estudo que estão em idiomas diferentes da língua portuguesa.

- E. **Plataformas pesquisadas:** PubMed, SciELO, BVS, LILACS, Google Acadêmico e Periódicos CAPES.
- F. **Coleta de Dados:** A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2024 e abril de 2025. Na seleção das publicações, foi realizada pelas autoras a avaliação dos títulos e dos resumos, de forma independente, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão definidos no procedimento da pesquisa. Nos casos em que o título e o resumo não apresentavam informações suficientes para determinar a pertinência do estudo, procedeu-se à leitura integral do artigo, a fim de evitar a exclusão de publicações potencialmente relevantes. Os dados extraídos dos artigos selecionados foram registrados em planilha eletrônica do *Google*, conforme tabela demonstrada no Apêndice A. A tabela foi estruturada para reunir as informações segundo as variáveis de interesse do estudo: título, autores, ano, local, plataforma de busca, metodologia, vantagens, desafios, boas práticas, atividades de telessaúde utilizada, profissionais envolvidos, conclusão e sugestões dos profissionais.

Assim, o procedimento de coleta de dados foi caracterizado conforme ilustrado na Figura 2:

Figura 2 – Fluxograma das etapas do procedimento de coleta de dados



Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em Crivellaro e Vitoriano (2021).

Inicialmente, foram identificadas 28 publicações após a aplicação dos filtros estabelecidos. No entanto, durante a leitura de triagem, constatou-se que alguns desses trabalhos não atendiam integralmente aos critérios deste estudo, por não abordarem o tema da telessaúde, não estarem inseridos no contexto da atenção primária, não serem referentes ao SUS ou não se enquadrarem no período da pandemia. Ao final do processo de seleção, 21 publicações foram incluídas e utilizadas como base para responder ao objetivo proposto. A distribuição dos artigos encontrados, incluídos e excluídos na coleta de dados está apresentada

na Tabela 3 a seguir:

Tabela 3 – Distribuição dos artigos encontrados, incluídos e excluídos na coleta de dados da pesquisa

| Plataforma | Total de Artigos Encontrados | Artigos Incluídos | Artigos Excluídos |
|-------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Google Acadêmico | 11 | 10 | 1 |
| Periódicos CAPES | 9 | 6 | 3 |
| BVS | 4 | 3 | 1 |
| LILACS | 2 | 1 | 1 |
| SciELO | 2 | 1 | 1 |
| PubMed | - | - | - |
| Total | 28 | 21 | 7 |

Fonte: Elaboração própria (2025).

3. 3 Análise dos Dados

Após a definição dos materiais e a realização da coleta de dados, os registros foram organizados com o intuito de facilitar a análise e a interpretação das informações obtidas. A ordem dos registros ocorreu de forma decrescente, conforme orientações metodológicas de Gibbs e Flick (2009).

Iniciou-se a análise de dados com uma leitura minuciosa dos registros, revisando todas as informações coletadas. Em seguida, foi feita a formação de códigos iniciais, que consiste na identificação de temas e conceitos-chave presentes no estudo (Gibbs e Flick, 2009). Os códigos iniciais não são uma lista pré definida de termos ou conceitos, pois variam conforme o conteúdo e o contexto dos dados que serão coletados. Eles são desenvolvidos pelos pesquisadores durante a leitura das informações para ajudar na identificação de pontos em comum e particularidades que surgem da coleta dos dados, facilitar a localização de informações e a comparação dos relatos (Gibbs e Flick, 2009).

Na etapa seguinte, foi realizada a identificação dos temas e relatos para o objetivo do estudo. Por fim, realizou-se a discussão e interpretação dos dados como identificação de padrões (desafios comuns, áreas de oportunidade ou práticas eficazes), problemas regionais, soluções, avaliação do impacto da telessaúde na qualidade da Atenção Primária no SUS. Esse processo possibilitou uma compreensão mais aprofundada das narrativas presentes nos relatos

analisados. Segundo Gomes e Caminha (2014), uma revisão sistemática bem conduzida não se limita apenas ao levantamento das informações existentes, mas também ajuda a entender como o conhecimento sobre o tema foi evoluindo, identifica lacunas existentes e aponta possíveis caminhos para pesquisas futuras.

Para proporcionar uma compreensão mais clara do roteiro da análise de dados deste trabalho, formulou-se a Figura 3:

Figura 3 – Fluxograma dos procedimentos aplicados para análise de dados



Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em Crivellaro e Vitoriano (2021).

3. 4 Ética na Pesquisa

A Resolução nº 510, emitida em 7 de abril de 2016, tem como objetivo definir diretrizes éticas para a condução de pesquisas, especialmente nas áreas das Ciências Sociais e Humanas. Sua função é estipular orientações e práticas relacionadas à ética para pesquisas que envolvem dados de participantes e informações que podem identificá-los. No parágrafo único deste artigo, o sistema CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) esclarece que, de acordo com o inciso VI, a pesquisa cujo propósito se limite à revisão bibliográfica em textos científicos está dispensada de registro na Plataforma Brasil (Brasil, 2016).

4. RESULTADOS E ANÁLISES

Este capítulo está destinado a apresentar os resultados e análises do estudo. As publicações selecionadas para a coleta de dados estão sendo apresentadas no Apêndice B. Para melhor responder aos objetivos deste estudo, dividiu-se em três subtítulos: Serviços Ofertados pela Telessaúde na Atenção Primária; As Vantagens e Boas Práticas da Telessaúde na Atenção Primária; Os Desafios e Limites da Telessaúde na Atenção Primária.

Por fim, estão apresentadas as considerações finais.

4. 1 Serviços Ofertados pela Telessaúde na Atenção Primária

Para responder ao primeiro objetivo deste estudo, verificou-se os serviços da Atenção Primária de Saúde ofertados pela telessaúde em tempos pandêmicos e apontados pelas publicações selecionadas. A descrição de cada um dos seguintes serviços, encontra-se devidamente apresentada no referencial teórico deste trabalho. Sendo assim, a Tabela 4 apresenta os serviços localizados na literatura.

Tabela 4 – Serviços ofertados pela telessaúde e respectivas publicações identificadas

| Serviços | Publicações |
|-------------------------------------|--|
| Telemonitoramento ou televigilância | A1, A4, A5, A6, A10, A11, A12, A13, A17, A18 e A19 |
| Teleorientação | A1, A3, A5, A6, A8, A11, A12, A13, A15, A16 e A17 |
| Teleconsulta | A2, A4, A5, A10, A12, A17, A18 e A20 |
| Teleinterconsulta | A21 |
| Teleducação | A9, A14, A19 e A21 |
| Teleconsultoria | A2, A5, A7, A9, A14 e A21 |

Fonte: Elaboração própria (2025).

Durante a pandemia de covid-19, o telemonitoramento ou televigilância foi uma das modalidades mais utilizadas na APS, como consta nas publicações A1, A4, A5, A6, A10,

A11, A12, A13, A17, A18 e A19. O telemonitoramento permitiu a coleta de informações clínicas e a condução dos casos a distância, evitando deslocamentos desnecessários dos pacientes até as unidades de saúde (A1; A6). O uso de plataformas virtuais e da telemedicina possibilitou o monitoramento remoto de indivíduos com diferentes necessidades de cuidados e colaborou na prevenção do agravamento de condições de saúde, desde pacientes com sintomas leves de covid-19, até portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (A4; A5; A10; A11; A12; A17; A18; A19).

Os profissionais de saúde desenvolveram técnicas próprias para auxiliar o telemonitoramento, como a criação de planilhas para registro de dados coletados em ligações telefônicas (Figura 4), facilitando o acompanhamento dos usuários (A11). A busca ativa também fortaleceu o vínculo entre pacientes e profissionais de saúde, ocasionando em maior aceitação e efetividade do acompanhamento remoto (A13).

Figura 4 – Planilha desenvolvida para auxílio de telemonitoramento

| | | | |
|---|---------------------|---|--|
| Dados Pessoais | | Profissional responsável pela ligação: | |
| Nome: | | Idade: | |
| CPF/ SUS: | | | |
| Endereço: | | | |
| Telefone: | | | |
| Atendimento | | | |
| Data Primeiro Atendimento: | | | |
| Data Primeiro Sintoma: | | | |
| Classificação de risco: | | | |
| Desfecho: | | | |
| Unidade de Atendimento: | | | |
| Condições Crônicas (Gestante, Idoso, HAS DM, Asma, Obesidade, CA, Outros) | | | |
| Evolução do Quadro | | | |
| Data ligação: | 5° dia- | | |
| | Orientações: | | |
| Data ligação: | 7° dia- | | |
| | Orientações: | | |
| Data ligação: | 9° dia- | | |
| | Orientações: | | |
| Data ligação: | 11° dia- | | |
| | Orientações: | | |
| Data ligação: | 14° dia- | | |
| | Orientações: | | |
| Foi Hospitalizado? | | | |
| Observações: | | | |
| Pessoas do domicílio Sintomáticos: | | | |
| Outras: | | | |

Fonte: A11 (2022, p. 145).

Outra modalidade bastante utilizada foi a teleorientação, assumindo funções que ultrapassam a habitual transmissão de informações, conforme evidenciado nos textos A1, A3, A5, A6, A8, A11, A12, A13, A5, A16 e A17.

A teleorientação foi utilizada para apoio clínico, orientando sobre isolamento social, identificação de sinais de alerta e agravamento da covid-19 (A1; A6; A8; A16), fornecimento de instruções sobre cuidados domiciliares, como precauções de contato, descarte de resíduos, alimentação e uso de medicamentos (A6; A15). Ela também contribuiu para reduzir a ansiedade dos usuários, oferecendo acolhimento e amparo psicossocial (A1; A3; A5; A6; A11; A13).

Nesse sentido, o artigo A15, conforme demonstra a Figura 5, o serviço de teleorientação escrita foi utilizado para informar sobre medidas de prevenção contra a covid-19.

Figura 5 – Teleorientação sobre medidas de prevenção contra a covid-19

| | | |
|---|---|--|
| <p>1</p> <p>Você sabia que o coronavírus se espalha muito rápido, mas geralmente causa poucos problemas em menores de 60 anos? Não há motivo para pânico! 😊</p> <p>Mas precisamos tomar medidas para proteger os idosos e pessoas com saúde frágil e para não sobrecarregar os serviços de saúde, garantindo atendimento para quem mais precisa! 🏠👴👵🏥</p> <p>Que medidas são essas?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Não sair de casa 🏠. Isso evita que você e sua família se contaminem em outros ambientes. ✓ Lave sempre as mãos 🧼. Não se preocupe se não tiver o álcool. Água e sabão são suficientes para se proteger do vírus 🦠 ✓ Não compartilhe objetos de uso pessoal 🍵🍴 | <p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cubra o nariz ou a boca com lenço descartável quando for espirrar ou tossir 🤧 ✓ Se você precisar ir ao Posto de Saúde e estiver com tosse, dor de garganta, dificuldade para respirar ou febre informe isso imediatamente na recepção para receber uma máscara e ser atendido logo logo 🤧 ✓ Se você tem dificuldade para vir até o Posto de saúde ou é grupo de risco (mais de 60 anos ou doença grave) informe seu agente comunitário 😊 <p>IMPORTANTE ! !</p> <p>🤔 Está em dúvida se pode ter sido contaminado(a) com o vírus ? ?</p> | <p>3</p> <p>🤔 Será que devo procurar atendimento médico ou será que vou acabar aumentando o risco de infecção 🤧 se for pro posto de saúde ? ?</p> <p>Pra te ajudar com essa dúvida foi criada uma auto-avaliação a distância pelo site https:// coronavirus.caren.app/pt-BR /attendance</p> <p>É só clicar e responder às perguntas sem precisar sair de casa! 😊</p> <p>E o mais importante: Lembre-se que a solidariedade é que faz a força! Se cuidarmos uns dos outros essa crise logo vai passar 💕</p> <p>Se continuar com dúvida mande pra gente sua pergunta 😊</p> <p>Lembre de enviar o nome completo, data de nascimento e o cartão do SUS .</p> <p style="text-align: right;">17:33 ✓</p> |
|---|---|--|

Fonte: A15 (2020, p. 7).

Além de oferecer suporte clínico e emocional, a teleorientação promoveu a comunicação sobre resultados de exames, campanhas de vacinação, funcionamento das unidades de saúde e organização dos fluxos de atendimento, utilizando mensagens padronizadas e conteúdos multimídia para atender à demanda e facilitar a compreensão das informações (A8; A12; A13; A15; A16).

Os relatos dos profissionais de saúde evidenciam a importância de preparo e capacitação das equipes para lidar com os recursos de telessaúde, a diversidade de demandas e a garantia de orientações de qualidade (A17).

De acordo com os artigos A2, A4, A5, A10, A12, A17, A18 e A20, a teleconsulta foi uma modalidade essencial para a continuidade da oferta dos serviços de saúde, cuja implantação exigiu regulamentação por meio de normas específicas.

Decretos municipais e portarias nacionais, como o Decreto Municipal nº 34/2020 (A2) e a Portaria nº 467/2020 (A4), permitiram a substituição temporária dos atendimentos presenciais por teleconsultas via ligações telefônicas, videochamadas e mensagens de texto por celulares, mantendo o registro obrigatório no prontuário eletrônico (A5; A20).

Inicialmente, a teleconsulta estava autorizada para o atendimento emergencial de pacientes com condições graves de saúde (A20), mas logo expandiu-se para o atendimento de usuários com doenças crônicas (A12; A18). Equipes médicas e de enfermagem realizavam contatos telefônicos para monitoramento, podendo agendar teleconsultas a partir dos resultados da teletriagem ou alterações identificadas em exames enviados pelos pacientes e, quando necessário, procediam ao telediagnóstico (A12; A10; A17). Profissionais do nível secundário de atenção à saúde também foram envolvidos para compensar a redução de consultas presenciais da rede, auxiliando no atendimento das demandas da atenção primária (A10).

Segundo o artigo A21, por meio da oferta de teleconsulta, foi possível realizar a teleinterconsulta para pacientes e médicos da atenção primária, em colaboração com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), a fim de discutir o tratamento de pessoas com limitações funcionais em consequência da covid-19.

Nas publicações A9, A14, A19 e A21, a atividade de teleducação funcionou para a atualização de profissionais de saúde e para a promoção da educação em saúde, respondendo à necessidade de atualização de protocolos e à busca por alternativas seguras de formação.

A produção de videoaulas, webpalestras e conteúdos digitais promoveu a aproximação entre instituições de ensino, serviços de saúde e a população, fortalecendo a educação permanente, inclusive no atendimento a populações indígenas (A9; A14). As equipes de saúde engajaram as comunidades em ações educativas de prevenção e intensificaram essas atividades por meio de diferentes canais de comunicação, como rádios, redes sociais e contatos telefônicos (A19).

Nesse sentido, a teleducação se sobressaiu por sua transversalidade, sendo utilizada por diversos setores das secretarias de saúde municipais e estaduais, universidades, hospitais universitários, centros especializados e outras instituições (A21).

O último serviço, identificado nos artigos A2, A5, A7, A9, A14 e A21, foi a teleconsultoria, utilizada como ferramenta de apoio à tomada de decisões, revisão de planos de cuidado, esclarecimento de dúvidas, instrução de procedimentos e discussão de quadros clínicos (A7; A9; A14). Também promoveu a integração entre os níveis de atenção (A2; A5; A21) e contribuiu para acelerar o processo diagnóstico e melhorar a resolutividade da APS, otimizando o uso dos recursos disponíveis da APS frente à pandemia (A9).

4. 2 As Vantagens e Boas Práticas da Telessaúde na Atenção Primária

As categorias de análises elencadas neste estudo apontam para a existência de diversas vantagens e, também, boas práticas realizadas por municípios brasileiros e que podem ser replicadas pelos que têm interesse em implementar esta prática, como se pode ver na sequência.

4. 2. 1 Vantagens do Uso da Telessaúde na Atenção Primária à Saúde

Com relação ao segundo objetivo deste estudo, foram levantados quais as vantagens do uso da Telessaúde na Atenção Primária durante a pandemia do covid-19. Para tanto, os resultados estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Vantagens da telessaúde na Atenção Primária à Saúde

| Vantagens | Publicações |
|--|-------------------------------------|
| Favoreceu a integração entre os níveis de atenção à saúde, aproximando a APS dos serviços especializados e da qualificação do cuidado no SUS. | A2, A5, A7, A9 e A14 |
| Ajudou a desafogar o sistema de saúde ao aproximar a Atenção Primária dos serviços especializados, contribuindo na redução da sobrecarga dos serviços de saúde. | A4, A5, A7 e A9 |
| Cooperou para o aumento da satisfação dos pacientes, favorecendo a adesão aos tratamentos propostos, quando necessário. | A5, A7, A9, A12, A15 e A16 |
| Contribuiu para a redução de deslocamentos dos usuários, diminuindo a circulação de pessoas nos serviços de saúde. | A1, A4, A6, A8, A10, A12, A15 e A19 |
| Acelerou o tempo de resposta dos atendimentos e ampliou o acesso dos pacientes e usuários aos serviços de saúde, possibilitando maior frequência de consultas e a oferta de horários mais flexíveis. | A1, A2, A3, A8, A9, A19, A20 e A21 |

(continuação)

| Vantagens | Publicações |
|--|---------------------------|
| Viabilizou a integração de instituições de ensino e pesquisa à APS, reforçando sua atuação no SUS por meio da produção de conhecimento, da qualificação profissional e na redução de custos. | A8, A9 e A18 |
| Possibilitou a racionalização dos gastos na Atenção Primária à Saúde, otimizando o uso dos recursos disponíveis. | A10, A12, A15 e A19 |
| Permitiu o acesso dos usuários à APS de forma mais livre e acessível, favorecendo a adesão pelas mídias utilizadas e reconhecendo esse espaço como um lócus de cuidado e escuta qualificada. | A1, A3, A5, A6, A11 e A13 |

Fonte: Elaboração própria (2025).

A telessaúde foi vista como uma vantagem nas publicações A2, A5, A7, A9 e A14, por favorecer a integração entre os níveis de atenção à saúde, aproximando a APS dos serviços especializados e da qualificação do cuidado no SUS.

Nesse contexto, o artigo A2 destaca que, em Retirolândia - BA, a telessaúde facilitou a colaboração entre as esferas de saúde, proporcionando uma rede de cuidado mais integrada e resolutiva. O artigo A5 ressalta que o apoio formado entre os níveis de atenção do Rio de Janeiro - RJ, facilitou a revisão dos planos de cuidado e a antecipação de complicações, tornando possível prevenir o agravamento das condições médicas.

Já na publicação A7, a telessaúde é vista como uma ferramenta que auxiliou no enfrentamento da morosidade vivenciada pelo sistema de saúde da região de Anápolis- GO e na diminuição de encaminhamentos desnecessários, proporcionando, assim, uma celeridade, em razão da troca de conhecimentos entre profissionais de saúde e da possibilidade de dedicar mais tempo ao quadro clínico dos pacientes. De modo semelhante apontado por A2, a telessaúde apresenta-se em A9 como um serviço de assistência remota que colaborou para a melhoria do cuidado ofertado e para a otimização do funcionamento do SUS no estado do Amazonas. No artigo A14, a mesma técnica foi adotada para qualificar as práticas dos profissionais do primeiro nível de atenção à saúde. Neste caso, entende-se que, durante a pandemia de covid-19, a telessaúde foi empregada não somente como instrumento de suporte clínico, mas também como recurso de desenvolvimento profissional.

O artigo A14, que estudou a situação do estado do Mato Grosso do Sul em 2021, mostra que a telessaúde foi utilizada para capacitar as equipes de saúde no aprendizado de línguas indígenas, como Guarani, Kaiowá e Terena, expandindo sua competência

comunicacional e, assim, podendo atender toda a população regional respeitando suas culturas e viabilizando uma comunicação mais efetiva. Ao integrar a formação linguística ao apoio técnico-assistencial, a telessaúde reforçou seu papel como estratégia de educação continuada em contextos multilíngues, qualificando o trabalho das equipes e fortalecendo a articulação entre os níveis assistenciais de saúde e saberes locais.

Na maioria das situações, cabe à atenção primária acolher os usuários e encaminhar para os serviços especializados de média complexidade. Integrar a APS na rede assistencial significa aumentar a eficiência e efetividade do sistema, o que resulta em desfechos em saúde mais favoráveis (Frasão e Ribeiro, 2022; Sarti e Almeida, 2022).

Para as publicações A4, A5, A7 e A9, a telessaúde auxiliou na redução da sobrecarga dos serviços de saúde. Com a investigação já iniciada na APS, houve uma redução no tempo do diagnóstico definitivo e uma facilitação no trabalho do profissional no nível especializado.

O estudo A4 afirma que, na capital Recife - PE, a telessaúde ofereceu assistência remota, possibilitando a realização de avaliação, diagnóstico e tratamento mesmo para aqueles em isolamento, como é o caso dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Ao ser utilizada no exercício das atividades, essa ferramenta se destaca como meio para garantir a continuação dos atendimentos essenciais, diminuindo o acúmulo dos atendimentos nos serviços de saúde.

Segundo o artigo A5, quando se usa a telessaúde no atendimento inicial e no apoio ao diagnóstico de forma produtiva, ocorre a redução na sobrecarga dos serviços, contribuindo para melhores desfechos na saúde da população.

No período pandêmico, o serviço remoto foi fundamental para manter o diálogo entre os profissionais de saúde e, assim, colaborar para a continuidade do cuidado, a troca de conhecimentos e a rápida tomada de decisões clínicas, mesmo diante das restrições impostas pelo distanciamento social. O artigo A7 relata que quando havia dúvidas a respeito de resultados de exame como eletrocardiograma (ECG) e Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), a telessaúde foi de grande auxílio, possibilitando o suporte clínico, e que todo tratamento feito era anotado em prontuário eletrônico com o número de protocolo do teleatendimento para possível rediscussão do caso.

No artigo A9, há o relato de que a telessaúde teve um impacto positivo nos serviços de APS, ao contribuir para a maior resolutividade dos casos de covid-19. Muitos casos foram resolvidos no próprio nível primário, sem a necessidade de encaminhar para outras esferas de atenção à saúde. A utilização da telessaúde possibilitou que quadros leves e moderados fossem atendidos à distância, resultando na redução da sobrecarga dos serviços especializados.

A Universidade Federal de Santa Catarina (2016, s.n.) reitera:

Quando usado como etapa prévia ao encaminhamento de pacientes para especialidades ou outros níveis de atenção, o serviço apresenta alto potencial de organizar as filas de espera e aumentar a resolubilidade na APS. A partir disso, também promovemos uma redução de custos para o sistema e maior satisfação entre usuários do SUS e profissionais envolvidos no processo.

Paralelamente a isso, as publicações A5, A7, A9, A12, A15 e A16 constataram o aumento na satisfação dos pacientes em relação aos profissionais de saúde em razão de buscarem a resolução de seus problemas. O artigo A5 diz que, o teleatendimento permitiu o acompanhamento e continuidade de tratamentos, aumentando o sentimento de segurança e satisfação de pacientes e familiares que residem na cidade do Rio de Janeiro - RJ, contribuindo para qualidade de vida e conforto em casa. O artigo A7, produzido em Anápolis-GO, observou que, além da satisfação dos pacientes para com o esforço da equipe, houve um aumento na adesão aos tratamentos propostos, resultando, conseqüentemente, na resolução dos casos.

A pesquisa realizada por A9 descreve que o estado do Amazonas possui características geográficas que impõem desafios na garantia de acesso aos serviços de saúde para a população que vive em áreas remotas. Assim, a telessaúde contribuiu na agilidade dos atendimentos e na melhoria da qualidade assistencial, resultando na satisfação dos usuários. Em relação à adesão dos pacientes às teleconsultas, os relatos foram positivos e a demanda aumentou conforme o projeto avançou.

A publicação A12 destaca que, os pacientes atendidos por meio da telessaúde no município de Ribeirão Preto - SP, tiveram contentamento expressivo com o serviço, passando a considerá-lo como a primeira opção de contato antes de se dirigirem à unidade de saúde.

Em Amarantina - MG, o artigo escrito por A15 relatou que, antes da pandemia, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) eram responsáveis por receber as demandas de saúde da comunidade e, em seguida, encaminhar os casos para a equipe médica. Com a introdução da telessaúde na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante a pandemia, os casos passaram a ser direcionados diretamente aos médicos responsáveis pelo telediagnóstico, enquanto os ACS faziam contato com aqueles sem acesso ou familiaridade com as TICs. Conforme relatos dos ACS, houve uma percepção positiva quanto à satisfação dos pacientes atendidos dessa forma. Pelo aplicativo *WhatsApp*, os profissionais de saúde receberam mensagens de agradecimento e elogios dos usuários pela rapidez na resolução dos problemas. Embora tenha sido registrada uma reclamação do serviço pelo tempo de espera de 20 minutos para o

atendimento.

Por sua vez, o artigo A16 descreveu que a composição multiprofissional da equipe de profissionais de saúde contribuiu para a integração de diferentes saberes e perspectivas, permitindo a criação de novas abordagens para ações educativas por meio do teleatendimento. Essa dinâmica valorizou o conhecimento do usuário e incentivou a troca de experiências entre profissionais e pacientes da cidade de Divinópolis - MG, resultando em práticas mais humanizadas e conseqüentemente, elevando a satisfação dos pacientes.

Ao engajar os pacientes em seus tratamentos, os profissionais de saúde podem aumentar os níveis de satisfação dos usuários, um importante indicador de qualidade na avaliação dos serviços de saúde, fundamental para repensar práticas profissionais e reorganizar os modelos de atendimento (HiDoctor News - Novidades e Dicas de Utilização, 2024). Segundo Gomide *et al.* (2018), a satisfação do usuário está correlacionada à resolutividade dos problemas de saúde, uma vez que, quando suas necessidades não são adequadamente atendidas, a avaliação do serviço tende a ser negativa.

De acordo com os textos A1, A4, A6, A8, A10, A12, A15 e A19, o teleatendimento demonstrou ser uma ferramenta eficiente ao diminuir a circulação de pessoas na APS. O texto A1 aponta que na capital Fortaleza - CE, o teleatendimento teve maior efetividade na triagem e monitoramento dos casos de covid-19, evitando aglomeração nos serviços de saúde, na propagação do vírus, e logo, na sobrecarga dos serviços de saúde.

Os artigos A4, A6 e A8 concordam que por meio do teleatendimento foi possível reduzir a ida de usuários às UBSs e permitiu a avaliação de pacientes sem correr o risco de contaminação pelo covid-19, evitando a possibilidade de novos contágios nas cidades de Recife - PE, Brasília - DF e João Pessoa - PB, respectivamente. O trabalho A10, produzido em Belo Horizonte - MG, acrescenta que, além de reduzir a circulação de pessoas, o teleatendimento potencializa a resolubilidade da APS.

Os artigos A12, A15 e A19, correspondente às cidades de Ribeirão Preto - SP, Amarantina - MG e Monte Azul - MG, dizem que, o atendimento à distância se mostrou uma alternativa sustentável diante do procedimento de distanciamento social, pois devido a restrição de circulação de pessoas, possibilitou a economia de insumos. Em cenários como o da pandemia de covid-19, teve impacto econômico importante para a gestão dos serviços de saúde.

Reis (2021) diz que das estratégias adotadas para enfrentar a pandemia, o teleatendimento se destacou por sua capacidade de diminuir a necessidade de deslocamento, contribuindo para a redução da circulação de pessoas e, conseqüentemente, do risco de exposição e propagação da doença.

As publicações realizadas por A2, A3, A8, A9, A19, A20 e A21 ressaltam a importância da telessaúde na agilidade do tempo de resposta dos atendimentos e na ampliação do acesso dos pacientes e usuários aos serviços de saúde, sem distinção de território. O artigo A2 (2024, p. 8) destaca que, a telessaúde “abre uma porta para democratização do acesso ao conhecimento médico”.

No relato do artigo A3, a telessaúde contribuiu com a redução das listas de espera dos atendimentos na cidade de Foz do Iguaçu - PR, inicialmente por psicólogos da rede, além da exclusão de casos em que o contato não foi efetivo ou que não precisavam mais de assistência, resultando em maior organização e agilidade nos serviços de saúde oferecidos. No artigo A8, desenvolvido em João Pessoa - PB, o uso da telessaúde demonstrou-se potente na ampliação da cobertura dos atendimentos nos serviços de urgência, principalmente para pacientes com quadros clínicos moderados e graves de saúde. Já no artigo A9, a expansão dos serviços de telessaúde no estado do Amazonas, não só melhoraram a capacitação dos profissionais e a qualidade do cuidado oferecido aos usuários, como também acelerou o tempo de resposta nos atendimentos.

O estudo apresentado por A19 evidencia que a aplicação da telessaúde auxiliou na educação em saúde no município de Monte Azul - MG, ao possibilitar um maior alcance na divulgação de informações, campanhas e ações educativas, como a apresentação de dados epidemiológicos, medidas de prevenção e novas descobertas sobre a doença.

O artigo A20 destaca que no estado do Rio Grande do Sul, a telessaúde permitiu um maior número de consultas ao minimizar barreiras estruturais e logísticas do atendimento presencial. Dessa forma, foi possível realizar teleatendimentos sem necessidade de deslocamento, reduzindo a exposição de pacientes e profissionais ao vírus. Ademais, pessoas que moram em áreas distantes ou que têm dificuldades de locomoção não precisam comparecer à UBS, economizando tempo e recursos. O mesmo artigo complementa que, a oferta de horários mais flexíveis e adaptados favoreceu o fortalecimento da relação médico-paciente, sobretudo nos casos de usuários com demandas psicossociais, facilitando a colaboração do paciente em aderir ao tratamento indicado. O artigo A1 acrescenta que além de oferecer o atendimento à distância, a telessaúde também oportuniza a continuidade de tratamentos.

Assim como o artigo A20, a publicação A21 mostrou que a flexibilidade de horário e o atendimento digital da telessaúde diminuíram a distância entre o cuidado e a atenção e resignificaram o próprio conceito de território, que antes era apenas um espaço físico delimitado (ruas, bairros, prédios) e passou a abranger o ambiente virtual, alcançando usuários em qualquer lugar do estado baiano. Em resumo, Celes *et al.* (2018) dizem que a telessaúde

visa à ampliação da atenção e da cobertura dos serviços de saúde, prezando sempre pela qualidade do atendimento prestado. “O acesso dos pacientes aos cuidados em saúde é, sem dúvida, o ganho mais evidente que a Telessaúde proporciona” (Brasil, 2019, p. 37).

Outra vantagem da telessaúde percebida pelos textos A8, A9 e A18 foi a integração entre as instituições de ensino e pesquisa com a APS. Essa vantagem fortaleceu a atuação da telessaúde no SUS por meio da produção de conhecimento, da qualificação profissional e na redução de custos.

Na pesquisa realizada por A8, destaca-se a parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa - PB e os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade ligados às instituições de ensino, que possibilitou a criação da Central de Teletendimento, mostrando a importância da união entre ensino e serviço para implementar inovações nas redes de saúde e melhorar a formação profissional.

A publicação A18 relata que, na capital Salvador - BA, essa integração em uma unidade docente-assistencial tem ampliado o campo do cuidado, do conhecimento e do aprendizado para profissionais e alunos. Em meio a pandemia, a telessaúde surgiu como um catalisador para repensar e transformar as práticas de cuidado na APS, tanto durante quanto após a pandemia.

Ainda na relação entre ensino e serviço, no artigo A9, o Projeto de Telessaúde na Floresta mostrou que foi positiva a colaboração entre ensino e serviço no atendimento primário e especializado às comunidades ribeirinhas do Amazonas, contribuindo para a prevenção da covid-19 nesses locais. Por meio da tecnologia, foram oferecidas consultas médicas e de enfermagem à distância, reduzindo barreiras geográficas e diminuindo os custos municipais com deslocamentos para centros de referência.

Nesta direção, a ferramenta de telessaúde proporcionou a aproximação entre a academia e os profissionais de saúde, envolvendo todos como corresponsáveis de experiências inovadoras no processo de ensino-aprendizagem e na formação de novos profissionais (Albuquerque *et al.*, 2008).

Diante dos desafios financeiros da APS na pandemia, foi fundamental adotar medidas que assegurassem a continuidade dos serviços. Nesse contexto, a telessaúde tornou-se uma estratégia para racionalizar despesas e otimizar o uso dos recursos disponíveis, conforme relatado nos artigos A10, A12, A15 e A19.

De acordo com o artigo A10, a introdução da telessaúde na capital Belo Horizonte - MG, permitiu o racionamento de fundos no setor de saúde, mesmo com recursos limitados. E salienta que a compra de aparelhos tecnológicos (câmera, microfone, computador, etc.) deve ser encarada como investimento, em razão de otimizar a resolubilidade da APS. Nesta mesma

lógica, os artigos A12, A15 e A19, reforçam que a economia veio dos equipamentos de proteção individual (EPI), pois ao realizar consultas virtuais e evitar a ida de pacientes presencialmente, conseguiu-se ter maior aproveitamento dos materiais disponíveis, o que em situações de baixa disponibilidade, tem impacto econômico para a gestão e também na produção de lixo a ser descartado, como observado, respectivamente, nas cidades de Ribeirão Preto - SP, Amarantina - MG e Monte Azul - MG.

Segundo Servo *et al.* (2020), considerando o aumento da demanda e as restrições na oferta de EPIs durante a pandemia, a OMS recomenda seu uso racional por meio de três estratégias principais: (1) uso apropriado dos EPIs; (2) minimizar a necessidade de EPIs; e (3) coordenação da cadeia de oferta de EPIs. No que diz respeito à segunda estratégia, a OMS propõe o emprego da telessaúde para manter o cuidado e a atenção da saúde de forma remota, diminuindo a exposição de usuários e de profissionais de saúde e, conseqüentemente, a demanda por esses insumos. Em tempos de risco à saúde, o EPI é a segunda linha de defesa, a primeira é a telessaúde (Koonin *et al.*, 2020).

Somando às outras contribuições, os textos produzidos por A1, A3, A5, A6, A11 e A13 mostram que a telessaúde permitiu o acesso dos usuários à APS de forma mais livre e acessível, favorecendo a adesão pelas mídias utilizadas e reconhecendo esse espaço como um *locus* de cuidado e escuta qualificada. No artigo A1 verificou-se, ainda, que a telessaúde é um forte recurso no monitoramento dos casos, principalmente no contexto da pandemia, quando foi preciso oferecer escuta ativa, acolhimento, orientações e apoio ao autocuidado, além do rastreamento de contatos sintomáticos domiciliares da região de Fortaleza - CE. Já o artigo A3, desenvolvido em Foz do Iguaçu - PR, diz que o atendimento pelo contato telefônico revelou-se como suporte emocional, possibilitando a conexão entre as pessoas e fortaleceu a confiança e a segurança no profissional, trazendo conforto em tempos de incertezas.

O trabalho conduzido por A5, na capital do Rio de Janeiro, diz que a implantação da telessaúde permitiu ao profissional de saúde monitorar os pacientes, proporcionando sentimento de proteção para ambos. Da mesma forma, ofereceu escuta ativa para avaliar e controlar sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais do paciente e de sua família. Quando foram identificados sinais e sintomas de terminalidade, o serviço remoto possibilitou a oferta de medidas de conforto, e, em situações de óbito, oferecia apoio emocional, ajudando a tornar o processo de luto menos doloroso aos familiares.

Em Brasília - DF, no artigo escrito A6, foi perceptível o alívio dos usuários ao receberem uma ligação dos profissionais de saúde. Frases como “as ligações de vocês me deixam tranquila”; “prefiro esperar a ligação de vocês do que sair de casa”; “estou seguindo as orientações e me sinto melhor” e “era apenas uma gripe, mas obrigada pela preocupação”,

foram registradas durante o telemonitoramento. O mesmo artigo ressalta a potencialidade da APS durante a pandemia, com o uso da telessaúde, com destaque na perspectiva familiar e social, garantindo apoio, conforto e tranquilidade aos grupos em situações de maior fragilidade.

O texto A11, produzido em Recife - PE, relatou a preocupação da UBS estudada, em entregar um cuidado integral aos usuários, considerando não apenas os aspectos físicos, mas também emocionais e sociais que influenciam a saúde. Os teleatendimentos incluíam acolhimento e escuta qualificada das queixas, dúvidas, medos e inquietações. Já no trabalho A13, elaborado na mesma cidade, os dispositivos de telessaúde utilizados, foram atendimentos telefônicos e o uso de aplicativos disponibilizados pela rede pública de saúde. Ambos se mostraram relevantes na comunicação com os pacientes, tendo como objetivo principal de monitorar a saúde daqueles que realizaram o contato inicial, o que acabou favorecendo o estreitamento da relação entre paciente e profissional.

No mesmo sentido, o artigo A13 afirma que, através da busca ativa, o *feedback* revelou-se essencial para orientar, avaliar, acompanhar e tranquilizar os usuários da APS. Essa prática foi crucial para reduzir o impacto emocional dos pacientes, principalmente relacionados ao vírus e seus sintomas, transmitindo sensação de segurança e cuidado, contribuindo para o manejo clínico. O contato telefônico, em particular, possibilitou uma comunicação mais direta e humanizada, ajudando o profissional a captar nuances no tom de voz do paciente e perceber o nível de gravidade do estado de saúde do mesmo, entregando um cuidado mais integralizado.

Nesse encaminhamento, de acordo com Brasil (2004), o acolhimento em saúde não deve ser compreendido como um espaço físico ou uma etapa específica do atendimento, mas como uma postura ética contínua, que pode e deve ser praticada a qualquer momento e por qualquer profissional, em todos os meios de oferta dos serviços de saúde.

4. 2. 2 Boas Práticas Relacionadas ao Uso da Telessaúde na Atenção Primária

Outro fator investigado nos artigos, foram as boas práticas do uso da Telessaúde na Atenção Primária no decorrer da pandemia. Neste caso, entende-se por boas práticas aquelas que alcançaram bons resultados e que podem, facilmente, serem multiplicadas em outros serviços ou localidades. Sendo assim, a Tabela 6 apresenta os relatos de boas práticas encontradas na literatura.

Tabela 6 – Boas práticas identificadas no uso da telessaúde na Atenção Primária à Saúde

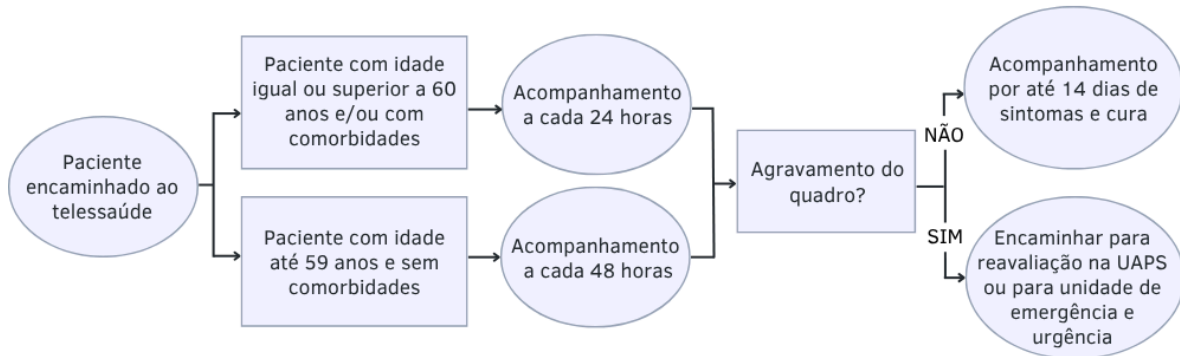
| Boas Práticas | Publicações |
|---|-------------|
| Implantação de um protocolo de Telessaúde para monitoramento remoto de pacientes na APS. | A1 |
| Central de Teleatendimento implantada através da parceria da Secretaria Municipal de Saúde com instituições de ensino superior localizadas no município. | A8 |
| Instalação de pontos de telessaúde com atuação de agentes comunitários e agentes de telessaúde capacitados. | A9 |
| Desenvolvimento de canais e atividades de teleeducação e teleorientação voltadas à equipe de saúde local. | A9 |
| Aquisição e distribuição de “kits multimídia” (com câmera e microfone) para as Unidades de Saúde. | A10 |
| Criação do "Manual para teleatendimento: novos tempos, novos desafios" na cidade de Belo Horizonte - MG. | A10 |
| A utilização do <i>software</i> “Binah.ai” pela APS no SUS no município de Belo Horizonte, com o objetivo de potencializar o monitoramento dos pacientes. | A10 |
| Realização de webaulas como ferramenta de educação permanente em larga escala para capacitação rápida e de maneira equânime. | A14 |
| A criação da central “Alô Corona”, com o objetivo de fornecer informações relacionadas à covid-19 para população, por meio do teleatendimento. | A16 |
| Lançamento do serviço de teleatendimento pré-clínico denominado “Alô Saúde Floripa”. | A17 |
| Integração de tecnologias digitais para efetividade do teleatendimento na APS. | A17 |
| Plataformas digitais utilizadas para divulgar evidências científicas de forma acessível, com linguagem adaptada à prática dos profissionais de saúde. | A21 |

Fonte: Elaboração própria (2025).

A boa prática identificada na publicação realizada por A1, foi a implantação de um protocolo de telessaúde para monitoramento remoto de pacientes na APS no município de Fortaleza - CE. Segundo Morsch (2024), protocolos de telessaúde são regulamentos que padronizam e orientam o atendimento em saúde de maneira remota. Essa padronização assegura processos organizados e estruturados, que resulta em tempo de resposta reduzido e maior qualidade no serviço ofertado. O protocolo do artigo A1 se inicia com um fluxograma

de atendimento definido (Figura 6): a cada 24 horas para idosos ou pessoas com comorbidades e a cada 48 horas para indivíduos sem fatores de risco, pelo período de até 14 dias ou até apresentarem melhora.

Figura 6 – Fluxograma de Atendimento no Município de Fortaleza - CE



Fonte: A1 (2024, p. 3).

O protocolo também estabelece critérios de escalonamento para avaliação presencial ou encaminhamento a serviços de urgência em casos de sinais de agravamento. Para garantir a continuidade do cuidado, a equipe de saúde realiza até três tentativas de ligação diárias. Em caso de não conseguir contato, os ACS são acionados para busca ativa em domicílio, evitando que pacientes isolados ou com problemas de comunicação fiquem sem acompanhamento.

Todas as informações clínicas coletadas são registradas simultaneamente em uma planilha *online* do *Google* chamada *Sheets*, a qual é compartilhada, assegurando a integração entre a equipe de telessaúde e os profissionais da UBS. Posteriormente, as informações são lançadas no sistema oficial de Coleta de Dados Simplificados (CDS) do e-SUS, o que confere rastreabilidade e qualidade ao processo de informação. “A planilha para registro da evolução foi criada e monitorada pela médica responsável pela telessaúde em conjunto com a gestora da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS)” (A1, 2024, p. 4).

Esse registro colaborativo evita retrabalhos e garante consistência na comunicação, pois qualquer alteração fica imediatamente disponível para todos os envolvidos.

A boa prática relatada pelo artigo A8 descreve a implantação de uma Central de Teletendimento à covid-19 no município de João Pessoa - PB, organizada por protocolos e práticas que incluem assistência, educação em saúde e vigilância epidemiológica. O serviço foi estruturado em parceria com programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família, sob a coordenação da

Gerência da APS da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Inicialmente, o teleatendimento funcionou em regime de plantões de 24 horas, escalonados entre residentes e preceptores; posteriormente, passou a operar de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h. Todas as consultas eram registradas em formulário eletrônico, atualizado conforme novas evidências e alterações nos diagnósticos.

Com base no protocolo criado, a Central de Teleatendimento identificava e agrupava os usuários de acordo com seu nível de risco em: (1) chamadas de teletriagem para avaliação de sintomas, seguindo fluxogramas de classificação de síndrome gripal e (2) chamadas de esclarecimento de dúvidas, como: orientações de prevenção, uso de máscara e distanciamento social. Usuários com sinais de gravidade eram orientados a procurar Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou acionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), enquanto os demais recebiam informações baseadas em pesquisas científicas.

O estudo A8 diz que a Central de Teleatendimento demonstrou ser uma ferramenta vantajosa de regulação assistencial, ao unir ações de teleorientações, teleeducação e vigilância epidemiológica, servindo de protótipo para a adoção de mecanismos semelhantes em outras situações de agravo ou em rotinas de atenção primária pós-pandemia.

No artigo produzido por A9, uma das boas práticas reconhecidas no texto foi o Projeto Telessaúde na Floresta, desenvolvido pelo governo federal e executado pela Fundação Amazônia Sustentável (FAS), em parceria com órgãos públicos e instituições privadas, que durante a pandemia, inaugurou pontos físicos de telessaúde em comunidades ribeirinhas do estado do Amazonas. No total, foram instalados 63 pontos de conectividade com financiamentos nacionais e internacionais. Cada local foi equipado com o mínimo necessário para os atendimentos, como ambiente reservado, antena, computador e câmera.

As salas eram operadas com o apoio das associações de moradores das Unidades de Conservação (UC), por ACS vinculados às secretarias municipais de saúde e agentes de telessaúde contratados pelo próprio projeto. Esses profissionais eram coordenados por um enfermeiro regulador que gerenciava as teleconsultas e foram treinados para realizar o preenchimento de dados clínicos, manusear os equipamentos de transmissão e garantir a qualidade e a privacidade dos atendimentos.

Essa estrutura permitiu que os moradores das comunidades tivessem acesso ao atendimento médico, sem a necessidade de deslocamento até a capital, Manaus, o que anteriormente exigia tempo, alto custo financeiro e uma dificuldade significativa de acesso.

A experiência descrita pelo artigo A9, mostra como a implantação de pontos físicos de telessaúde pode ser uma estratégia eficaz para levar serviços de saúde para regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos (como áreas rurais, comunidades ribeirinhas, aldeias

indígenas ou cidades do interior) e assegurar o acesso à saúde em territórios historicamente desfavorecidos.

Outra boa prática identificada pelo mesmo artigo, foi o desenvolvimento de uma estratégia participativa de educação continuada, utilizando a telessaúde para oferecer teleconsultorias e webpalestras personalizadas aos ACS e aos agentes de telessaúde das comunidades ribeirinhas do Amazonas. A principal característica dessa prática foi a escuta ativa dos profissionais locais, realizada por meio de um formulário eletrônico enviado via *WhatsApp*, que coletou as principais dúvidas, lacunas de saberes e sugestões de temas que os profissionais julgavam importantes para seu aprimoramento.

Com base nas respostas recebidas, professores e acadêmicos dos cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Universidade Nilton Lins e da Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI) em parceria com a Fundação Amazônia Sustentável (FAS), produziram videoaulas através de webpalestras, abordando conteúdos adaptados à realidade local, como: classificação e escolha do tratamento de feridas, hanseníase na APS, promoção da saúde da criança, uso de horta caseira e remédios naturais, dúvidas frequentes da população sobre vacinação e suspeita de casos de covid-19. Essas ferramentas foram acessadas diretamente dos pontos de telessaúde, com entrega de certificados *online*, o que incentivou ainda mais a participação dos agentes, contribuindo para o fortalecimento da APS e para a qualificação do cuidado prestado às populações tradicionais.

Na pesquisa conduzida por A10, uma das boas práticas reconhecidas foi a aquisição e distribuição de “kits multimídia” para cada um dos 152 centros de saúde do município de Belo Horizonte-MG. Inicialmente, os kits (compostos por câmera e microfone) haviam sido adquiridos para outras finalidades, mas foram prontamente redirecionados à proposta de implantação da telessaúde, aproveitando uma janela de oportunidade para sua utilização nessa nova estratégia.

A disponibilização dos equipamentos foi essencial para garantir que as unidades de saúde tivessem condições mínimas para realizar o teleatendimento, em conformidade com as normas legais. Tal medida viabilizou a implantação da telessaúde e evidenciou o compromisso da gestão em responder de forma hábil às demandas dos serviços de saúde em um cenário emergencial.

Seguindo a leitura da pesquisa A10, identifica-se outra boa prática implementada pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH): a elaboração de um manual direcionado aos profissionais da rede, intitulado “Manual para teleatendimento: novos tempos, novos desafios”. Desenvolvido pela equipe técnica da Gerência de Atenção Primária à Saúde (GEAPS), entre os meses de maio e julho de 2020, o documento foi embasado em

referências bibliográficas e documentos previamente disponíveis sobre telessaúde, sendo publicado em agosto do mesmo ano, por meio do portal da Prefeitura de Belo Horizonte.

O conteúdo inclui conceitos básicos e aplicações da telessaúde, classificação dos tipos de teleatendimento, detalhamento das etapas para a realização das teleconsultas, orientações voltadas ao acolhimento dos usuários durante as chamadas de vídeo e diretrizes sobre a etiqueta digital adequada para conduzir o atendimento (como sigilo e privacidade de informações).

A criação e divulgação do manual auxiliou na orientação técnica das equipes da APS, certificando que os profissionais realizassem o teleatendimento seguindo as normas éticas, legais e operacionais.

Completando as boas práticas da publicação A10, destaca-se também a parceria entre a Prefeitura de Belo Horizonte e as empresas Unimed - BH, Vale S/A e a Binah.ai para a implementação de soluções tecnológicas voltadas ao monitoramento remoto de sinais vitais dos usuários. Como resultado dessa colaboração, foi disponibilizado, em algumas unidades da rede municipal, um aplicativo desenvolvido pela própria Binah.ai, empresa responsável pela tecnologia e que também dá nome a ferramenta.

O uso do *software* Binah.ai pela APS no SUS em Belo Horizonte, teve início no final de outubro de 2020, possibilitando a realização de avaliações clínicas à distância, fornecendo subsídios para diagnósticos mais precisos e otimizando o acompanhamento de casos suspeitos ou confirmados de covid-19. A ferramenta é capaz de aferir e registrar parâmetros clínicos como: saturação de oxigênio, frequência cardíaca, frequência respiratória e níveis de estresse, com uma precisão média de 95 a 97%. Seu diferencial está no uso da pletismografia facial (método que analisa segmentos do rosto em condições pré-determinadas) por meio da câmera frontal do telefone celular.

Apesar do potencial da tecnologia, apenas 6 dos 152 Centros de Saúde do município fizeram uso do aplicativo Binah.ai. Isso aconteceu, em parte, porque as licenças do uso do *software*, que eram pagas, foram doadas ao município por tempo limitado, não havendo renovação dessas licenças a partir de janeiro de 2021. Segundo os autores do artigo A10, a experiência com o Binah.ai reforça o potencial das tecnologias baseadas em inteligência artificial e análise de imagem no fortalecimento da APS, em ações de vigilância e acompanhamento remoto em situações emergenciais.

No artigo publicado por A14, a boa prática encontrada foi a realização de webaulas por meio de teleconsultorias, para capacitação rápida, produzidas pelo Núcleo Técnico-Científico do Programa Telessaúde Brasil Redes do estado do Mato Grosso do Sul. Entre fevereiro e julho de 2020 foram ministradas 92 aulas *online*, divididas em 58 sessões

diretivas (manejo clínico, *contact tracing*, uso de EPIs, etc.) e 34 correlacionadas (rede psicossocial, vigilância epidemiológica, “e-Agentes”, entre outros). Com transmissões ao vivo para esclarecer dúvidas, as sessões capacitaram 4.635 profissionais de saúde em todo o estado, garantindo atualização rápida e padronizada frente à crise sanitária.

Reconhecendo as particularidades da atenção indígena, a publicação A14 informa também que foram desenvolvidas ações específicas para os profissionais de saúde vinculados ao Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI/MS). Entre essas ações, está a realização de webaulas exclusivas e a capacitação dos 116 profissionais das áreas indígenas no aprendizado de línguas como Guarani, Kaiowá e Terena e na tradução de materiais técnicos, como vídeos educativos sobre higienização das mãos e uso de máscaras, considerando as especificidades culturais e linguísticas dos povos.

Conforme relatado no estudo A14, as webaulas foram usadas como ferramenta de educação permanente para profissionais dos 79 municípios do estado do Mato Grosso do Sul, muitos deles distantes da capital. Durante o período analisado, 64% das teleconsultorias partiram do interior, sinalizando forte adesão do serviço fora dos grandes centros.

O mesmo estudo ressalta que o território sul-mato-grossense impõe barreiras de acesso geográfico e que as ações de telessaúde passaram a superar esses limites. Para ampliar o alcance, o núcleo agiu com gestores municipais e com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), promovendo maior envolvimento dos profissionais de saúde para que utilizem cada vez mais as ações oferecidas, mesmo após a pandemia. Assim, de acordo com o artigo A14, a telessaúde vem se consolidando no estado do Mato Grosso do Sul, como ferramenta indispensável no reforço da capacitação técnica e na oferta de conhecimento de forma equânime, inclusive em áreas de difícil acesso.

No artigo A16, a boa prática desenvolvida foi a criação da central “Alô Corona”, em março de 2020 pela Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis - MG (SEMUSA) com o objetivo de oferecer informações telefônicas sobre diversos aspectos da covid-19. Nesse caso, o teleatendimento era realizado por uma equipe multiprofissional de residentes, composta por enfermeiros, dentistas, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais, fornecendo atendimento integral às demandas dos usuários. Instalado na própria sede da SEMUSA, o serviço funcionava de segunda a sexta-feira, das 7h às 18h, exceto em feriados e finais de semana.

Desde o início, os residentes passaram por capacitações que incluíam reuniões de planejamento para o alinhamento de recursos materiais, físicos e humanos, além do acesso a materiais baseados em protocolos do Ministério da Saúde, orientações da OMS e cursos da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em colaboração com a Universidade Aberta do Sistema

Único de Saúde (UNA-SUS), endossando confiabilidade nas informações repassadas. A divulgação do serviço ocorreu em diferentes canais de comunicação, como redes sociais e televisão, o que aumentou consideravelmente o número de ligações e o reconhecimento do Alô Corona como espaço de orientação qualificada.

O Alô Corona foi estruturado para fazer o registro das ligações, o que permitiu detectar as principais dúvidas e ajustar as estratégias de teleatendimento, conforme as necessidades identificadas. O serviço fornecia informações sobre decretos municipais e estaduais, medidas preventivas, sinais e sintomas da covid-19 e orientações sobre fluxos assistenciais, ao mesmo tempo que oferecia um canal seguro e confiável para esclarecer dúvidas em meio ao excesso de informações contraditórias. Com o passar do tempo, a central expandiu sua atuação, passando a produzir materiais educativos voltados à população em geral.

Os profissionais de saúde participaram diretamente na execução dos teleatendimentos e na elaboração dos materiais educativos, enquanto os gestores municipais assumiram a responsabilidade na garantia dos recursos, infraestrutura e organização do serviço. Ao utilizar o canal Alô Corona, a comunidade também exerceu um papel influente na promoção do autocuidado e na disseminação de informações corretas. Desse modo, a central se manteve dinâmica e alinhada às necessidades da população, fortaleceu a APS e evidenciou a importância da corresponsabilidade no enfrentamento de crises sanitárias, a exemplo da pandemia de covid-19, conforme relatado no artigo A16.

Semelhante ao estudo anterior, na pesquisa A17, identifica-se como boa prática o lançamento do canal de teleatendimento “Alô Saúde Floripa” na cidade de Florianópolis - SC, no dia 16 de março de 2020. Mesmo antes do início da pandemia no Brasil, a capital catarinense já vinha organizando a estruturação de um serviço de teleatendimento pré-clínico direcionado à APS. Para isso, foram entregues às equipes de Saúde da Família *smartphones*, *chips* pós-pagos e acesso à plataforma *WhatsApp Business* para facilitar a comunicação com a população. Com a chegada da pandemia, o serviço foi consolidado e os números de contato das equipes foram amplamente divulgados.

Ao ligar para o Alô Saúde Floripa, a pessoa era direcionada para a equipe na qual estava cadastrada, sendo fornecido também o contato de celular do *WhatsApp* da equipe. Para pessoas sem cadastro prévio, foi implementado um sistema de cadastro *online*. Em maio de 2020, estavam em operação 49 canais de *WhatsApp* (um para cada unidade) para demandas administrativas e 150 números para as equipes (um para cada equipe), permitindo contato direto com os usuários. Também foi disponibilizado o telefone 0800 do Alô Saúde Floripa para ampliar o acesso ao teleatendimento.

Os autores da pesquisa A17 afirmam que, nos últimos anos, o município de Florianópolis tem se sobressaído no investimento da APS e desenvolvimento de ações de telessaúde. A consequência desse esforço foi a rápida organização da rede de saúde em resposta à pandemia da covid-19.

Seguindo a análise da mesma pesquisa, identifica-se outra boa prática: a integração de tecnologias digitais para efetividade do teleatendimento na APS. Para aumentar a resolutividade das teleconsultas, Florianópolis combinou seu prontuário eletrônico, já implantado antes da pandemia, com um conjunto de novas soluções tecnológicas. Dentre elas, a criação de uma normativa municipal que permitiu à rede de farmácias aceitar receitas de medicamentos comuns e antibióticos, emitidas por meio de videochamada. Isso possibilitou aos profissionais da APS prescrever as receitas remotamente, sem que eles mesmos ou os pacientes se expusessem ao vírus. Houve ainda a implantação de código de barras bidimensional escaneável (*QR code* ou similar) para fornecimento de atestados médicos, oferecendo maior segurança e autenticidade aos documentos emitidos eletronicamente e facilitando a validação e o arquivamento.

Juntamente com a emissão de receitas virtuais, a gestão também estabeleceu acordos com laboratórios para aceitarem pedidos de exames feitos em formato eletrônico. Dessa forma, o paciente pode realizar o exame sem precisar de um pedido impresso. De acordo com o artigo A17, todas essas medidas complementam o prontuário eletrônico, formando um "ecossistema digital" que reduz a burocracia, reforça a segurança da informação e melhora o atendimento prestado à população.

O trabalho conduzido por A21, no estado da Bahia, diz que muitas vezes, pesquisas científicas apresentam terminologias técnicas complexas, que podem dificultar a compreensão dos profissionais que atuam na linha de frente dos serviços de saúde. Dessa forma, as plataformas digitais desempenharam papel inclusivo na divulgação de informações baseadas em evidências científicas, sendo responsáveis por tornar o conhecimento técnico mais acessível aos profissionais de saúde. Esse processo requer que sejam consideradas as particularidades do público-alvo, como formação acadêmica, área de atuação e necessidades específicas.

Ao traduzir o conhecimento científico para uma linguagem mais acessível, objetiva e aplicável à realidade das equipes, facilita-se a assimilação de informações necessárias para a prática clínica, gestão e ações coletivas em saúde. Essa estratégia inclui o uso de conteúdos em diferentes formatos como entrevistas, ilustrações, fluxogramas, perguntas frequentes, podcasts, vídeos explicativos e materiais de apoio que possibilitam a operacionalização do conteúdo.

Adaptar a linguagem reduziu obstáculos no acesso ao conhecimento, favoreceu a aceitação e adoção de novas recomendações, protocolos e tecnologias, e tornou o processo educativo mais inclusivo. Como resultado, estimulou-se a atualização técnica e fortaleceu-se a autonomia e a capacidade crítica dos profissionais diante de desafios emergentes nos serviços de saúde, ao mesmo tempo que dificulta a propagação de informações não confiáveis no âmbito da saúde pública.

Nesse sentido, conforme A21, em períodos de crise sanitária, há grande circulação de informações desencontradas, rumores e *fake news*, inclusive no ambiente profissional. Somando aos benefícios citados acima, a divulgação da linguagem científica adaptada em diversas plataformas digitais teve uma atribuição decisiva no enfrentamento à desinformação, durante a pandemia de covid-19. O acesso facilitado a evidências científicas, em formatos compreensíveis e aplicáveis, contribuiu para que profissionais de saúde estivessem melhor preparados para distinguir informações confiáveis de conteúdos duvidosos ou notícias falsas, diminuindo a chance de interpretações equivocadas e aumentando a confiança na adoção de recomendações fundamentadas.

4. 3 Os Desafios e Limites da Telessaúde na Atenção Primária

Além das vantagens e boas práticas vivenciadas durante a pandemia pelo uso da Telessaúde na Atenção Primária da Saúde, também foi possível identificar alguns desafios a serem enfrentados pelas equipes de saúde, como se pode ver na Tabela 7.

Tabela 7 – Desafios e limites no uso da telessaúde na Atenção Primária à Saúde

| Desafios / Limites | Publicações |
|--|--------------------------------------|
| Desafios relacionados aos recursos humanos: resistência, baixa adesão e dificuldade de adaptação, por parte dos profissionais de saúde, com o uso da ferramenta de telessaúde. | A3, A4, A7, A10, A11, A12, A15 e A21 |
| Falta de acesso dos profissionais de saúde às tecnologias e escassez de equipamentos e infraestrutura. | A1, A3, A4, A6, A9, A12, A15 e A21 |
| Impossibilidade da realização do exame físico e da verificação dos sinais vitais dos pacientes pelo profissional. | A1, A3, A4, A5, A6, A8 e A18 |
| Limitações na garantia de assistência à saúde na APS por parte dos usuários, de acordo com os profissionais de saúde. | A1, A3, A6, A11, A15, A17, A18 e A20 |
| Ausência de estratégias bem definidas para incorporar os serviços de telessaúde nos processos de cuidado. | A7, A8, A9 e A21 |

(continuação)

| Desafios / Limites | Publicações |
|---|-------------------|
| Falta de apoio da gestão. | A7, A9, A11 e A21 |
| Desconhecimento da população sobre a disponibilidade da ferramenta de telessaúde. | A3 e A16 |

Fonte: Elaboração própria (2025).

Dos desafios e limitações observados na leitura dos artigos, um dos mais citados foi a dificuldade de adaptação, resistência ou baixa adesão dos profissionais de saúde à ferramenta de telessaúde, encontrado nos textos A3, A4, A7, A10, A11, A12, A15 e A21.

No artigo A3, em uma investigação feita em Foz do Iguaçu - PR, um profissional de saúde entrevistado relatou que houve dificuldade de adaptação de alguns colegas de trabalho, principalmente em pessoas mais velhas, em aderir as ferramentas de telessaúde, por não se sentirem confortáveis utilizando telefone. No artigo A4 (2023, p. 544), o relato de outro profissional da saúde em Recife - PE, complementa dizendo que apesar de terem sido estabelecidas normas e regulamentos para o uso da telessaúde, não foi oferecido nenhum tipo de assistência: "Não tem como só colocar para ser feito aquilo, sem ter um preparo da equipe, sem ter treinamento e sem ter suporte".

Nos trabalhos A7, A10 e A11, realizados em Anápolis - GO, Belo Horizonte - MG e Recife - PE, respectivamente, percebeu-se que, os profissionais de saúde que mais apresentaram resistência em utilizar as TICs foram os médicos. De acordo com o artigo A7, essa resistência foi, em parte, devido a falta de informação e divulgação dos canais de telessaúde, além da falta de treinamento para o uso do serviço. No trabalho A10, a baixa adesão dos médicos à assistência remota de saúde, é explicada pela falta ou quantidade insuficiente de equipamentos tecnológicos necessários para executar o serviço, somado a inserção dessa nova modalidade nos processos de trabalho, causando sentimento de insegurança sobre sua efetividade.

Ainda na pesquisa A10, outro motivo que pode ter dificultado a adesão das TICs, envolve razões culturais dos profissionais de saúde, que priorizam o atendimento presencial em qualquer situação e relutam em aderir novas práticas de trabalho. No artigo A11, os médicos que mostraram resistência em utilizar a telessaúde interpretaram que causaria uma sobrecarga no trabalho, visto que, a UBS estava com um número reduzido de profissionais.

Nos textos A12 e A15, que investigaram a realidade dos municípios de Ribeirão Preto - SP e Amarantina - MG, apontaram, nessa ordem, que a dificuldade dos profissionais em

incorporar a telessaúde nos processos de trabalho vem da "inabilidade de alguns profissionais com as TICs" (2021, p. 37) e da "falta de familiaridade com interação virtual" (2020, p. 12). E o texto A21, revela que no estado da Bahia, a implantação da telessaúde ocorreu de forma mais lenta do que o esperado, sendo caracterizada como de uso inicial em relação ao restante do país e indicaram limitações no letramento digital das equipes de saúde. O texto ainda afirma que, mesmo com a ampliação e qualificação dos serviços em 2020, por conta da pandemia, não houve aumento proporcional na incorporação da telessaúde às rotinas profissionais.

A adaptação é a capacidade de se ajustar a novas circunstâncias, cenários e desafios. No âmbito da saúde, essa habilidade tem maior importância, pois as mudanças acontecem de maneira acelerada, impulsionadas por avanços tecnológicos, novas regulamentações e expectativas dos usuários (Medportal, 2025). A incorporação da telessaúde ilustra bem esse contexto: requer que as equipes dominem modos de trabalho e interação até então pouco explorados ou desconhecidos, exigindo aprendizado intensivo em curto prazo. Em razão disso, existem receios entre os profissionais de saúde, quanto a possíveis falhas técnicas e à percepção de que a assistência oferecida possa se tornar menos qualificada e humanizada (Medportal, 2025; Sachett, 2020).

Outro desafio bastante mencionado foi a falta de acesso dos profissionais de saúde aos equipamentos de telessaúde e a escassez de recursos e infraestrutura de qualidade, conforme relatado nos artigos A1, A3, A4, A6, A9, A12, A15 e A21.

No artigo A1, os autores destacam as limitações tecnológicas do município de Fortaleza - CE, para o mau funcionamento dos aparelhos eletrônicos disponíveis e a falta de recursos do município para realizar o teleatendimento. No artigo A3, a dificuldade em Foz do Iguaçu - PR, foi a má qualidade no sinal de internet, insuficiência de aparelhos celulares e de computadores e falta de estrutura física adequada para assegurar privacidade nos atendimentos, principalmente para psicólogos.

A pesquisa produzida pelo A4, na capital Recife - PE, relata que os principais problemas enfrentados pelos profissionais de saúde estavam relacionados à falta de internet e aparelhos adequados para a realização das atividades de telessaúde. O estudo também diz que não foram disponibilizadas verbas suficientes para a aquisição de equipamentos em todas as UBSs.

No texto A6, é relatado que o e-SUS ficou fora do ar inúmeras vezes na cidade de Brasília - DF, impedindo o lançamento das informações em tempo real e que alguns telefones fixos das UBSs não funcionavam ou estavam em manutenção, o que prejudicou a execução do serviço de assistência remota. Devido ao não funcionamento ou ausência dos equipamentos de

telessaúde, os artigos A4 e A6 dizem que os profissionais de saúde tiveram que utilizar de seus próprios aparelhos telefônicos para realizar os teleatendimentos, mas, no artigo A6, os autores salientam que nem todos os profissionais de saúde se sentiram confortáveis com essa atitude. Em Amarantina - MG, no artigo A15 (2020, p. 4), “o aparelho celular e o SIM card/chip foram adquiridos pela equipe médica”.

No estado do Amazonas, os autores do texto A9, destacam que a efetivação do atendimento à distância depende da conexão com a internet. Contudo, mesmo em municípios onde já existe disponibilidade de acesso, verifica-se que a ferramenta de telessaúde não é devidamente aproveitada. Isso decorre tanto da insuficiência de equipamentos, quanto da dificuldade dos profissionais em manusear as tecnologias ofertadas.

Na publicação A12, identificou-se problemas socioeconômicos que dificultam o acesso à internet e telefonia na cidade de Ribeirão Preto - SP, juntamente a problemas estruturais e de rede, e por fim, o artigo A21 aponta a inexistência de computadores com acesso à internet em muitas UBSs no estado da Bahia, e que isso é uma realidade vigente dos municípios baianos, sobretudo daqueles mais distantes e de difícil acesso.

Segundo a *International Organization for Standardization* (ISO) (2025), no atendimento presencial, os profissionais de saúde contam com todos os recursos necessários para a realização das consultas. Entretanto, no atendimento virtual, muitas vezes não se dispõe dos equipamentos adequados, uma vez que essa modalidade requer o uso de dispositivos de telessaúde, limitando a efetuação de avaliações clínicas remotas.

Para Damasceno e Caldeira (2019), os ganhos proporcionados pela telessaúde só são percebidos quando o serviço é amplamente utilizado, de modo que seu impacto no sistema de saúde depende da integração dessa ferramenta na rotina de trabalho dos profissionais de saúde.

A impossibilidade de realização do exame físico presencial constitui outro desafio identificado nos relatos analisados, estando presente nos artigos A1, A3, A4, A5, A6, A8 e A18. No artigo A1, elaborado em Fortaleza - CE, afirma-se que, apesar das vantagens proporcionadas pelo teleatendimento, a impossibilidade de realizar exame físico e de aferir sinais vitais ainda é um desafio. O texto enfatiza a necessidade de pesquisas mais aprofundadas sobre o impacto dessa limitação na qualidade do telecuidado.

De forma semelhante, o artigo A3 evidencia que o teleatendimento limita a realização da avaliação física, fazendo com que o profissional dependa de informações fornecidas pelo paciente ou de medições feitas com equipamentos domésticos, na cidade de Foz do Iguaçu - PR, o que nem sempre é possível ou confiável. Já no artigo A4, os profissionais de saúde afirmam que, na capital Recife - PE, a impossibilidade de exame físico é um dos principais

obstáculos para o diagnóstico, monitoramento e avaliação clínica.

A pesquisa feita por A5, no Rio de Janeiro - RJ, reforça que o contato direto e o toque são inviáveis no atendimento remoto. Os textos A6 e A8, desenvolvidos em Brasília - DF e João Pessoa - PB, também relatam que a impossibilidade de exame físico e verificação dos sinais vitais dificultam a resolução do atendimento, sendo necessário, em alguns casos, de avaliação presencial. No texto A18, a ausência de exame físico é citado como uma das principais limitações técnicas do teleatendimento em Salvador - BA, ao lado de dificuldades tecnológicas e de privacidade.

Luz (2019) e Ramos (2024) apontam que a ausência do exame físico no atendimento remoto pode comprometer a avaliação clínica, uma vez que limita a capacidade do profissional em identificar sinais relevantes para o diagnóstico, podendo resultar em interpretações equivocadas e maior risco de erro. Por conta disso, determinadas condições clínicas exigem avaliação presencial para uma análise mais precisa do quadro do paciente.

As publicações A1, A3, A6, A11, A15, A17, A18 e A20, dizem que a implantação da telessaúde durante a pandemia, evidenciou algumas limitações na garantia da assistência prestada por parte dos usuários, de acordo com os profissionais de saúde. A publicação produzida por A1 descreve algumas dessas limitações como: números de telefone inexistentes, linhas fora de área de serviço, contatos registrados de terceiros e problemas de qualidade na comunicação, como ruídos durante as ligações e a baixa qualidade de áudio e vídeo.

O artigo A6 destaca que o registro de cadastros e prontuários desatualizados foi um dos principais desafios enfrentados no telemonitoramento na cidade de Brasília - DF, visto que dificultou o contato telefônico e o encaminhamento dos casos que necessitavam de atendimento presencial. O texto A11 acrescenta que, em Recife - PE, além da ocorrência de números de telefone incorretos ou inexistentes, alguns usuários não atendiam o telefone, sendo necessário enviar um ACS à residência da pessoa para realizar o atendimento presencial.

Os artigo A15 e A17, correspondente aos municípios de Amarantina - MG e Florianópolis - SC, salientam que, mesmo com a implementação de telessaúde na APS, parte dos usuários permanece inacessível aos serviços de saúde, seja pela dificuldade ou recusa no uso de tecnologias (especialmente entre idosos), seja por não possuir acesso à internet ou um aparelho telefônico (pessoas em situação de vulnerabilidade social). Tais situações contribuem para o risco de desassistência, justamente entre os grupos que mais demandam cuidado. Por esse motivo, o artigo A17 reforça a necessidade de estratégias complementares e inclusivas, a fim de evitar o agravamento das desigualdades no acesso ao cuidado em saúde.

A publicação A20 descreve o relato de dois pacientes idosos, no estado do Rio Grande do Sul, que inicialmente demonstraram aversão ao teleatendimento e optaram por suspender a assistência do serviço. Esses pacientes foram atendidos em primeiro momento por estagiárias, as quais ainda se encontravam em processo de adaptação à ferramenta de telessaúde. Tal situação pode ter influenciado os pacientes na rejeição ao novo formato de atendimento. Apesar disso, uma profissional de saúde com maior experiência realizou um segundo contato, orientando uma simulação de assistência remota para familiarizar os pacientes com os procedimentos e, desse modo, ambos concordaram em prosseguir os atendimentos, contanto que tivessem auxílio de um parente para manusear os aparelhos telefônicos.

As publicações A3 e A18 incluem a essas dificuldades, a ausência de um local privativo para a realização das teleconsultas. Na publicação desenvolvida por A3, no município de Foz do Iguaçu - PR, um profissional da saúde relata: “[...] a pessoa tem que estar em um lugar para ficar sozinha [...], às vezes [...] queriam falar alguma coisa, mas não podia porque tinha mais gente perto dela” (2023, p. 329). Já a publicação A18, produzida em Salvador - BA, ressalta que situações comuns em domicílios, como número reduzido de cômodos, acústica inadequada ou grande número de moradores, devem ser consideradas, a fim de evitar prejuízos na qualidade do atendimento, na credibilidade das informações fornecidas e na preservação do sigilo profissional.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou, em 2022, um levantamento que reforça esse desafio. Os dados mostraram que, enquanto 92% dos adultos entre 25 e 39 anos vivem em casas com internet, apenas 72,4% das pessoas com 70 anos ou mais têm esse recurso, o que significa que cerca de um em cada quatro idosos moram em residências sem acesso a rede (Siqueira e Britto, 2024). A desigualdade digital também se expressa entre os grupos raciais, sendo o índice maior entre as populações historicamente vulnerabilizadas: 12,9% da população preta, 12,7% da parda, 7,5% da branca, 5,6% da amarela e 44,5% da população indígena vivem sem conexão domiciliar à internet (Siqueira e Britto, 2024).

Em 2023, outra pesquisa também conduzida pelo IBGE, identificou que haviam 5,9 milhões de domicílios no Brasil sem acesso à internet (Nery, 2024). Os principais motivos relatados para a falta de acesso foram: nenhum morador sabia usar a internet (33,2%), o serviço era caro (30,0%) ou não havia necessidade de acesso (23,4%). Outros fatores incluem a indisponibilidade do serviço (4,7%), o alto custo dos equipamentos eletrônicos (3,7%), falta de tempo (1,4%) e preocupações com a segurança *online* (0,6%) (Nery, 2024).

Somando-se às dificuldades citadas acima, no Brasil, um número elevado de pessoas vivem em uma mesma casa (Lisboa *et al.*, 2023). Dados do IBGE (Siqueira e Britto, 2024)

mostram que uma parcela significativa da população vive em lares com alta densidade domiciliar, especialmente entre os grupos pardo (22,3%), preto (20,6%) e indígena (53,6%). Nesse cenário, a privacidade fica comprometida, tornando difícil encontrar um local adequado para realizar o teleatendimento. Desse modo, é comum que os pacientes se distraiam com outras atividades da casa ou com a presença de familiares, dificultando que o paciente fale abertamente sobre seus problemas de saúde e até desestimular a continuidade do serviço (Cabral, 2021; Lisboa *et al.*, 2023).

Os trabalhos conduzidos por A7, A8, A9 e A21 evidenciam que, a ausência de estratégias bem definidas para incorporar os serviços de telessaúde, representa um obstáculo para o uso dessa ferramenta na APS. O artigo A7, elaborado em Anápolis - GO, destaca que, parte da resistência dos profissionais de saúde em adicionar a telessaúde nas práticas de trabalho, vem da falta de estratégias que promovam a mudança na cultura organizacional.

No mesmo sentido, o artigo A9 aponta que, mesmo com a disponibilidade de recursos tecnológicos, a falta de estratégias integradas compromete a consolidação da telessaúde no cotidiano das equipes de saúde do estado do Amazonas. O texto A21 reforça essa perspectiva ao evidenciar que, no estado da Bahia, a ampliação da oferta de serviços de telessaúde durante a pandemia, não resultou em um aumento proporcional de sua adoção pelas equipes, atribuindo esse resultado à ausência de processos de reorganização dos fluxos de trabalho e à necessidade de protocolos atualizados.

No trabalho A8, a falta de padronização nos atendimentos e de sistematização no registro das informações, ocasionou falhas na coleta de dados ao longo do período analisado, na localidade de João Pessoa - PB . Além de impactar a adesão da tecnologia e o uso pelos profissionais, a ausência de estratégias adequadas também prejudica a organização, a continuidade e o monitoramento dos processos de cuidado ofertados por meio da telessaúde.

Segundo Nilson *et al.* (2017), em locais onde a telessaúde foi implementada de maneira isolada, sem a definição de ações sistematizadas e capacitação dos profissionais, sua utilização ocorreu de forma esporádica e com alcance reduzido. Fachinni *et al.* (2018) complementa afirmando que, mesmo já existindo protocolos, ainda faltam processos bem definidos para inserir a telessaúde no dia a dia das equipes. Em outras palavras, não basta ter regras, é preciso organizar como a telessaúde será usada na prática, criar rotinas, definir etapas e responsabilidades e garantir que essas ações sejam acompanhadas regularmente.

A análise dos artigos A7, A9, A11 e A21 mostra como é perceptível o transtorno de implantar a telessaúde quando não se tem o apoio da gestão. No artigo A9, realizado no estado do Amazonas, a ausência de suporte governamental se associa à falta de estratégias para integração das tecnologias na rotina de trabalho e à alta rotatividade de profissionais, o

que dificulta a criação de uma rotina de uso e impede que a equipe desenvolva confiança no manuseio das TICs, resultando na baixa adesão pela telessaúde.

Paralelamente, na cidade de Anápolis - GO, o artigo A7 adiciona que a relutância dos profissionais em modificar as práticas tradicionais de atendimento são agravadas pela carência de incentivo dos gestores. O artigo A11 diz que, na capital Recife - PE, a dificuldade de adesão dos profissionais à assistência remota, se intensificou com a ausência de envolvimento da gestão municipal para reorganizar as equipes e redistribuir as demandas, dificultando a implementação e a continuidade do serviço. O artigo A21 inclui, que em muitos municípios do estado baiano, a falta de investimento e de apoio da gestão local compromete a estrutura mínima necessária para o funcionamento das ferramentas de telessaúde.

De acordo com Lisboa *et al.* (2023) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (2021), a implantação da telessaúde no Brasil enfrenta desafios devido a falta de articulação e cooperação entre os diferentes níveis de gestão. Além da escassez de investimentos, incentivos e da participação das lideranças, a divisão das responsabilidades dificulta a criação de estratégias claras e integradas. Muitas vezes, uma ação só pode ser realizada se os outros níveis também fizerem sua parte. Se um deles não agir (por exemplo, o estado não repassar verba ou o município não contratar pessoal), pode haver atrasos ou até bloqueios na implantação das atividades (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, 2021). Por isso, sem o comprometimento dos gestores, persistem desigualdades no acesso e dificuldades na operação dos serviços (Lisboa *et al.*, 2023; Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, 2021).

Por último, e não menos importante, os artigos A3 e A16 indicam que a divulgação inadequada ou inexistente da oferta do serviço de telessaúde, compromete o aproveitamento das ações e o reconhecimento desse recurso como resolutivo. No artigo A3, os profissionais entrevistados concordam que o pouco uso dos usuários com a telessaúde está diretamente associado ao desconhecimento da oferta do serviço. O texto aponta que a divulgação insuficiente no município de Foz do Iguaçu - PR, limitou o acesso da população no alcance e nos benefícios do teleatendimento. O artigo A16 expõe que, em Divinópolis - MG, a divulgação pontual e pouco sistematizada das ações de telessaúde, resultou em um distanciamento progressivo da comunidade em relação ao serviço, e que, após o momento inicial de ampla divulgação em decorrência da covid-19, houve uma diminuição na propagação de informações para com a população, tornando o serviço menos conhecido e menos utilizado ao longo do tempo.

Conforme Brasil (2020b), para que a telessaúde seja utilizada por um número maior de pessoas, é fundamental criar estratégias específicas que incentivem esse uso. O engajamento

da população envolve diversas etapas, desde chamar a atenção das pessoas até fazer com que elas realmente adotem o serviço e mudem seus hábitos. No entanto, ainda existe pouca discussão sobre como garantir que a população realmente se envolva ou até mesmo “viralize” essas ferramentas. Considerando o contexto brasileiro, é indispensável desenvolver abordagens que sejam adaptadas às diferentes realidades culturais, econômicas e educacionais do país, promovendo assim o acesso e o uso efetivo da telessaúde (Brasil, 2020b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo considera-se que foram alcançados os objetivos, pois realizou-se um levantamento das experiências relatadas por profissionais de saúde sobre a utilização da telessaúde na Atenção Primária do SUS durante a pandemia de covid-19 entre 2020 e 2024. A partir das revisões de literatura, localizou-se um número considerável de publicações e com bom conteúdo para a realização da pesquisa.

Inicialmente, existia o receio de não haver publicações suficientes para embasar a coleta de dados, mas no decorrer da busca de publicações nas plataformas, observou-se que, logo no primeiro ano de pandemia, já se encontravam diversos artigos relevantes sobre o assunto, demonstrando um interesse pela prática da telessaúde tanto no meio acadêmico quanto no profissional.

Em relação a metodologia, foi necessário fazer algumas alterações ao longo do estudo. No início, o trabalho foi considerado de abordagem aplicada, pois entendeu-se que a pesquisa era secundária, visto que os dados seriam coletados de publicações primárias. Apesar da vontade de identificar alguma solução, esse não era o objetivo do trabalho. Então reconheceu-se que o objetivo real era entender o contexto no qual os profissionais de saúde se encontravam, tanto no aspecto clínico quanto administrativo, e assim gerar conhecimento para futuras pesquisas. Por conta disso, redefiniu-se a abordagem da pesquisa para a básica.

Da mesma forma, também houve dificuldade em definir o procedimento da pesquisa, que anteriormente era narrativa e durante a produção do trabalho, mostrou-se como sistemática. Como o intuito era levantar os relatos de profissionais de saúde, houve uma confusão na parte de “descrever” esses relatos e por isso considerou-se como narrativa. Conforme o trabalho foi sendo produzido, percebeu-se que era executado de forma padronizada, utilizando critérios estabelecidos na formulação do projeto, de forma não subjetiva, isso fez com que fosse alterado o procedimento do trabalho para sistemático.

Quanto à abordagem qualitativa e a natureza descritiva da pesquisa, estes foram adequados para a produção deste trabalho.

O desenvolvimento do trabalho esbarrou em algumas limitações metodológicas, como a concentração regional dos relatos analisados, principalmente na cidade de Recife - PE e cidades do estado de Minas Gerais, o que impossibilitou uma visão abrangente sobre os aspectos da telessaúde no Brasil. Outra circunstância que limitou nossa pesquisa, é o fato do Brasil ser um país muito extenso, e cada local pesquisado apresenta uma particularidade, como barreiras territoriais, desigualdades socioeconômicas da população, municípios com

quantidade de população variada e diferenças estruturais das unidades de saúde, fazendo com que a adesão da telessaúde não comece do mesmo ponto de partida para todos.

A pandemia de covid-19 exigiu alterações rápidas na prestação de serviços, especialmente na área da saúde. Essa necessidade de mudanças bruscas podem ter influenciado a utilização das práticas de telessaúde de maneira equivocada e desigual. Destaca-se que as situações de sobrecarga e de improvisação vivenciadas durante o período pandêmico não devem refletir no funcionamento do sistema em condições normais. Observou-se, ainda, que equipes previamente familiarizadas com práticas de telessaúde tiveram maior facilidade de adaptação frente às demandas urgentes impostas pela pandemia.

Entre os principais resultados obtidos, destaca-se o papel da telessaúde em reduzir a sobrecarga dos serviços de saúde durante o período pandêmico, facilitando a integração entre Atenção Primária e serviços especializados. A telessaúde também ajudou a diminuir o deslocamento de usuários, contribuindo para a contenção do vírus e oferecendo maior segurança aos profissionais e à população. Além disso, ampliou a acessibilidade e a frequência das consultas, flexibilizando horários e agilizando o atendimento.

Contudo, vale ressaltar que, dos 21 trabalhos analisados, apenas três mencionaram de forma específica a participação em ações vinculadas ao programa Telessaúde Brasil Redes, indicando que, apesar da existência dessa iniciativa, sua implementação ainda não é suficientemente difundida na literatura consultada.

Apesar dos benefícios, o estudo também revelou alguns obstáculos na implementação da telessaúde, como resistência entre alguns profissionais, principalmente médicos, e a falta de preparo adequado, especialmente entre os profissionais mais velhos. Muitos tiveram dificuldades, não pela idade, mas pela ausência de capacitação e suporte técnico adequado por parte das gestões locais.

Além disso, a falta de infraestrutura adequada para usuários como acesso precário à internet e a equipamentos eletrônicos, comprometeram a efetividade da telessaúde. Quando se pensa na adesão da telessaúde, querendo modernizar a atenção primária, é preciso lembrar que muitos usuários não têm acesso à internet ou a aparelhos telefônicos e que muitos moram com outras pessoas na mesma casa, ocasionando na falta de privacidade ou de um lugar seguro para realizar as teleconsultas. Ou seja, não adianta modernizar a atenção primária se o outro lado da linha estará incapacitado de ser atendido.

A ausência do envolvimento da gestão faz com que a telessaúde seja implementada de maneira improvisada, sem protocolos ou fluxos definidos, dificultando a organização das equipes e a incorporação do serviço à rotina das unidades. Cabe à gestão garantir os recursos mínimos e promover o incentivo e a capacitação necessários para o uso da telessaúde. Quando

esse apoio não ocorre, os profissionais podem demonstrar insegurança, resistência ou até mesmo desconhecimento sobre a ferramenta. A falta de acompanhamento e investimento por parte dos gestores também compromete a continuidade das ações, abrindo margem para o abandono do serviço. Sem o comprometimento da gestão, também não há monitoramento dos resultados, o que dificulta a evolução e a adaptação da telessaúde às necessidades locais.

Este estudo aponta para novas possibilidades de investigação, avaliar a continuidade dos projetos implantados de telessaúde após a pandemia e identificar os fatores que influenciam sua permanência ou interrupção, investigar a importância da educação continuada na capacitação digital dos profissionais, analisar o impacto econômico da telessaúde comparado ao atendimento presencial e questões relacionadas ao acesso igualitário e à eficácia da telessaúde em áreas rurais ou periféricas também se destacam como temas oportunos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Verônica Santos; GOMES, Andréia Patrícia; REZENDE, Carlos Henrique Alves de; SAMPAIO, Marcelo Xavier; DIAS, Orlene Veloso e LUGARINHO Regina Maria. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Brasília, v. 32, n. 5, p. 356–362, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/YSfdZCkkTd9KSvd8Vjmhsqn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 mai. 2025.

ALMEIDA, Verônica Scriptore Freire E. **Direito da Saúde na era pós Covid-19**. São Paulo: Grupo Almedina, 2021. E-book. ISBN 9786556271620. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786556271620/>. Acesso em: 19 set. 2024.

BERGALLO, Renato. **Atributos da Atenção Primária: você sabe o que é competência cultural?** Medicina de Família. [S.l.], 2021. Disponível em: <https://portal.afya.com.br/medicina-de-familia/atributos-da-atencao-primaria-voce-sabe-o-que-e-competencia-cultural>. Acesso em: 09 ago. 2024.

BRASIL. Informe Controle Social. **Participação Social, uma evolução da democracia em benefício de todos!** Saiba como ocorre a participação da sociedade brasileira no acompanhamento das políticas públicas Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, n.13, 2005. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/informe_controle_social/Informe%2013.pdf. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 28 dez. 2022a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/114510.htm. Acesso em: 6 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus/>. Acesso em: 24 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 17 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Brasil. **Grupo de Trabalho da Saúde analisa uso da inteligência artificial na assistência médica**. EBC, [S.l.], 4 jun. 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/grupo-de-trabalho-da-saude-analisa-uso-da-inteligencia-artificial-na-assistencia-medica>. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde**. Brasília. 2020a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf. Acesso em: 20 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19 NO BRASIL**. 2025b. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html#. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alma_ata.pdf. Acesso em: 19 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. Acesso em: 13 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Metodológico para Programas e Serviços em Telessaúde**. Brasília, p. 76, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/centrais-de-conteudo/ms-telessaude-manual-2019-pdf?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 17 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. Acesso em: 6 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 467, de 20 de março de 2020**. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de telemedicina no âmbito do SUS durante a emergência de saúde pública decorrente da COVID-19. Diário Oficial da União, Seção 1 – Extra, Brasília, DF, 23 mar. 2020c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>. Acesso em: 23 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saiba mais sobre a APS**. [S.l.], 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps>. Acesso em: 19 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Departamento de Regulação Assistencial e Controle. **Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: Redes de Atenção à Saúde**. 1. ed. revisada, Brasília: Ministério da Saúde, p. 1-38, 2022b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf.

Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Composição da SAPS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025c. Disponível em:

gov.br/saude/pt-br/composicao/saps. Acesso em: 24 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Os caminhos da vigilância e suas perspectivas 2020**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020d. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos_vigilancia_suas_perspectivas_2020.pdf?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde – SUS**. [S.l.], 2024c. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 23 set. 2024.

BRASIL. Rede Nacional de Ensino e Pesquisa. **Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes: uma década de inovação**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/programa_nacional_telessaude_brasil_redes.pdf.

Acesso em: 19 set. 2024.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que envolvam seres humanos. Parágrafo único, inciso VI. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 maio de 2016. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em:

19 set. 2024.

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. **Acesso às tecnologias de saúde digital em debate no G20**. Secretaria de Comunicação Social, [S.l.], 3 jun. 2024d. Disponível em:

<https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2024/06/acesso-as-tecnologias-de-saude-digital-em-debate-no-g20>. Acesso em: 23 jun. 2025.

CABRAL, Felipe Cezar. **Telemedicina na prática: principais barreiras e facilitadores**. Atrion Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, 26 mar. 2021. Disponível em:

https://www.hospitalmoinhos.org.br/atrion/pt_BR/noticias/telemedicina-na-pratica-principais-barreiras-e-facilitadores. Acesso em: 12 jun. 2025.

CAETANO, Rosângela; SILVA, Angélica Baptista; GUEDES, Ana Cristina Carneiro Menezes; PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno de; RIBEIRO, Gizele da Rocha; SANTOS, Daniela Lacerda; SILVA, Rondineli Mendes da. Desafios e oportunidades para telessaúde em

tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-16, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>. Acesso em: 20 set. 2024.

CALADO, Líbine Rafael da Silva; GUEDES, Maria Eduarda Rocha; BARBOSA, Cleyciana Mayara; CRUZ, Luann Helleno dos Santos Marinho; FERREIRA, Renata Caroline; ADVÍNCULA, Gabriela Florêncio da Silva; LIMA, Tarciana Maria Pereira de; ZIMMERMANN, Rogério Dubosselard; ZIMMERMANN, Ivoneide Maria de Melo. Percepções e experiências dos trabalhadores de saúde no uso da telessaúde na atenção primária durante a pandemia da COVID-19. **Studies in Health Sciences**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 533-547, 2023. DOI: 10.54022/shsv4n2-021. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/shs/article/view/1094/976>. Acesso em: 26 jun. 2025.

CAMPOS, Mateus. **Pandemia de covid-19**. Mundo Educação. [S.l.], 2024. Disponível em: <https://mundoeducacao.uol.com.br/geografia/pandemia-de-covid-19.htm>. Acesso em: 6 dez. 2023.

CASTRO, Fábio Araujo Gomes de; SANTOS, Álisson Oliveira dos; REIS, Gustavo Valadares Labanca; VIVEIROS, Luara Brandão; TORRES, Mariel Hespagnol; OLIVEIRA JUNIOR, Pedro Paulo de. Telemedicina rural e COVID-19: ampliando o acesso onde a distância já era regra. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, jan./dez. 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2484](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2484). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2484/1551>. Acesso em: 26 jun. 2025.

CELES, Rafaela Santana; ROSSI, Thaís Regis Aranha; BARROS, Sandra Garrido de; SANTOS, Carla Maria Lima; CARDOSO, Carla. A telessaúde como estratégia de resposta do Estado: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, v. 42, p. e84, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.84. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49154>. Acesso em: 15 mai. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Ofício n.º 1756/2020**. Coordenação Jurídica. Brasília, 19 mar. 2020. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf. Acesso em: 6 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n.º 2.314, de 20 de abril de 2022**. Revoga a Resolução n.º 1.643/2002 e define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, p. 227, 05 mai. 2022. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CFM-2314-2021-04-20.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Pesquisa inédita mostra os impactos negativos da pandemia na saúde da população brasileira**. 2022. Disponível em:

<https://www.conass.org.br/pesquisa-inedita-mostra-os-impactos-negativos-da-pandemia-na-saude-da-populacao-brasileira/>. Acesso em: 22 jul. 2025.

CORRÊA, Thais de Albuquerque; LIMA, Elisama da Paz Oliveira; SILVA, Renata Paula Pereira da; SOUZA, Aryanne Katiuska da Silva; CARNEIRO, Thais Thé Alves; RAMOS, Juliana de Alencar; PEREIRA, Gabriela Maria Florêncio; ROCHA, Adna Karine Oliveira da; ROCHA, Rayanne Victória Araújo Lins; FERREIRA, Tatiana Cristina Montenegro. Importância da utilização do teleatendimento da rede pública durante a pandemia do coronavírus: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 11, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e9218.2021>. Acesso em: 26 jun. 2025.

CRESWELL, John W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa**. Porto Alegre: Grupo A, 2014. E-book. ISBN 9788565848893. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788565848893/>. Acesso em: 23 set. 2024.

CRIVELLARO, Fernanda Furio; VITORIANO, Marcia Cristina de Carvalho Pazin. Mapeamento de Processos como ferramenta para Gestão de Documentos. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 90-127, 7 dez. 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19132/1808-5245281.90-127>. Acesso em: 23 set. 2024.

CUNHA, Inara Pereira da; RODRIGUES, Vânia Paula Stolte; ALMEIDA, Wellington Rodrigues de; MONREAL, Valéria Regina Feracini Duenhas; TOMASI, Márcia Bogena Cereser; NUNES, Euder Alexandre; ASSIS, André Vinicius Batista de. Telessaúde Brasil Redes no enfrentamento ao novo coronavírus em Mato Grosso do Sul: um relato de experiência. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 4, p. 15730-15741, jul./ago. 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n4-106. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/33480/pdf>. Acesso em: 26 jun. 2025.

DAMASCENO, Renata Fiúza; CALDEIRA, Antônio Prates. Fatores associados à não utilização da teleconsultoria por médicos da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 3089-3098, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MRRvhCdyhF3FpTcg4gkP3ns/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2025.

DANTAS, Carolina. **Taxa de letalidade do SARS-CoV-2 é maior que a da gripe, mas é a menor da família coronavírus; veja comparativos**. G1 Bem Estar, [S.l.], 14 mar. 2020. Disponível em: g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/14/taxa-de-letalidade-do-sars-cov-2-e-maior-que-a-da-gripe-mas-e-a-menor-da-familia-coronavirus-veja-comparativos.ghtml. Acesso em: 25 jun. 2025.

DIAS, Ernandes Gonçalves; RIBEIRO, Débora Rejane Santos Veloso. Manejo do cuidado e a educação em saúde na atenção básica na pandemia do Coronavírus. **Journal of Nursing and Health**, [S.l.], v. 10, 2020. Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/19092/11688>. Acesso em: 26 jun. 2025.

DIMER, Nathalia Avila; CANTO-SOARES, Natália do; SANTOS-TEIXEIRA, Larissa dos; GOULART, Bárbara Niegia Garcia de. Pandemia do COVID-19 e implementação de telefonaudiologia para pacientes em domicílio: relato de experiência. **CoDAS**, [S.l.], v. 32, n. 3, 2020. DOI: 10.1590/2317-1782/20192020144. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/XSDnSgSsgb8hz4JHfct8Xpj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2025.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 208–222, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2025.

FACULDADE DE CIÊNCIAS AGRONÔMICAS. **Tipos de revisão de literatura**. Botucatu, 2015. p. 1-9. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2025.

FRASÃO, Gustavo; RIBEIRO, Karol. **Atenção Primária e Atenção Especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 28 mar. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 9 jun. 2025.

G1. **Itália anuncia mais medidas para conter novo coronavírus**. G1 Mundo, [S.l.], 11 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2020/03/11/italia-anuncia-mais-medidas-para-conter-novo-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 26 jun. 2025.

GIBBS, Graham; FLICK, Uwe. **Análise de Dados Qualitativos**. (Métodos de pesquisa). Porto Alegre: Grupo A, 2009. E-book. ISBN 9788536321332. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536321332/>. Acesso em: 23 set. 2024.

GIL, Antonio C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9786559771653. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559771653/>. Acesso em: 23 set. 2024.

GIL, Antonio C. **Como Fazer Pesquisa Qualitativa**. Rio de Janeiro: Atlas, 2021. E-book. ISBN 9786559770496. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559770496/>. Acesso em: 14 mar. 2025.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00029818, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2025.

GIOVANELLA, Ligia; BOUSQUAT, Aylene; MEDINA, Maria Guadalupe; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; FACCHINI, Luiz Augusto; TASCA, Renato; NEDEL, Fúlvio Borges; LIMA, Juliana Gagno; MOTA, Paulo Henrique dos Santos; AQUINO, Rosana. Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., e LIMA, S. M. L., eds. **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, p. 201-216, 2022. Informação para ação na Covid19 séries. ISBN: 978-65-5708-123-5. Disponível em: <https://fiocruz.br/livro/covid-19-desafios-para-organizacao-e-repercussoes-nos-sistemas-e-servicos-de-saude>. Acesso em: 23 set. 2024.

GOMES, Isabelle Sena; CAMINHA, Iraquitã de Oliveira. Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 395-411, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbce/a/pri2602.+Rev20012014p395-411>. Acesso em: 17 jun. 2025.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza; PINTO, Ione Carvalho; BULGARELLI, Alexandre Fávero; SANTOS, Alba Lúcia Pinheiro dos e GALLARDO Maria del Pilar Serrano. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Revista Interface**. Botucatu, v.22, n. 65, p. 387-398, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XyT8fzQD4hHzxCRBSKTVCWP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 mai. 2025.

GUITARRARA, Paloma. **Pandemia de Covid-19**. Brasil Escola, [S.l.], 2024. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/pandemia-de-covid-19.htm>. Acesso em: 23 set. 2024.

HIDOCTOR NEWS - Novidades e Dicas de Utilização. **Como aumentar a satisfação do paciente no contexto da telemedicina**. HiDoctor News, [S.l.], 2024. Disponível em: <https://news.hidoctor.com.br/p/relacao-medico-paciente/1469327/como-aumentar-a-satisfacao-do-paciente-no-contexto-da-telemedicina.htm#:~:text=Promova%20a%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20interativa.com%20os%20servi%C3%A7os%20de%20telemedicina>. Acesso em: 19 mai 2025.

HIRANO, Aline Renata; MELO, Daiane Nunes de; ALVES, Eduarda; LIMA, Janaina Palma de; BAGGIO, Maria Aparecida. Telessaúde em tempo de pandemia de covid-19: perspectiva de usuários e profissionais de saúde em uma região de fronteira. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 11, n. 26, p. 319-337, jan./abr. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33361/RPQ.2023.v.11.n.26.564>. Acesso em: 26 jun. 2025.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **Os fundamentos dos equipamentos de telessaúde**. Genebra, 2025. Disponível em: <https://www.iso.org/healthcare/telemedicine-equipment>. Acesso em: 11 jun. 2025.

JULIÃO, Gésica G.; SOUZA, Ana C.A.; SALA, Andréa N.; et al. **Tecnologias em Saúde**. Porto Alegre: Grupo A, 2020. E-book. ISBN 9786581739027. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786581739027/>. Acesso em: 23 set. 2024.

KOONIN, Lisa M.; HOOTS, Broke, TSANG, Clarisse A.; LEROY, Zanie; FARRIS, Kevin; JOLLY, Tilman; ANTALL, Peter; MCCABE, Bridget; ZELIS, Cynthia; TONG, Ian e HARRIS, Aaron. **Tendências no Uso da Telemedicina Durante o Surgimento da Pandemia de COVID-19**. Estados Unidos, v. 69, n. 43, p. 1595-1599, jan/mar. 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6943a3.htm?utm_source=chatgpt.com#contri bAff. Acesso em: 17 mai. 2025.

LISBOA, Kálita Oliveira; HAJJAR, Ana Clara; SARMENTO, Isabela Perin; SARMENTO, Rebecca Perin; GONÇALVES, Sérgio Henrique Resende. A história da telemedicina no Brasil: desafios e vantagens. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 1-14, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2023.v32n1/e210170pt/pt>. Acesso em: 12 jun. 2025.

LOZADA, Gisele; NUNES, Karina S. **Metodologia Científica**. Porto Alegre: Grupo A, 2019. E-book. ISBN 9788595029576. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595029576/>. Acesso em: 23 set. 2024.

LUZ, Protásio Lemos da. Telemedicina e a Relação Médico–Paciente. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 113, n. 1, p. 100–102, jul. 2019. DOI: 10.5935/abc.20190117. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/K8yfwMkMnTXrGXY6GvfSMSv/>. Acesso em: 11 jun. 2025.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. 25 Anos EAD, [S.l.], Fundação Oswaldo Cruz, p. 61-80, 2007. Disponível em: https://materiais.ead.fiocruz.br/especializacao/gestao-de-risco-de-emergencias-e-desastres-em-saude-publica/percurso/documents/Principios_diretrizes_sus.pdf. Acesso em: 24 jun. 2025.

MEDINA, Maria Guadalupe; GIOVANELLA, Lígia; BOUSQUAT, Aylene; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; AQUINO, Rosana. Atenção Primária à Saúde em Tempos de COVID-19: O Que Fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 8, p. 1-5, mai., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>. Acesso em: 24 set. 2024.

MEDPORTAL. **Como a adaptabilidade dos profissionais de saúde garantirá o futuro das inovações tecnológicas**. Conteúdo de educação em saúde, Inovação, Tendências em Educação Corporativa para Saúde. [S.l.], 2025. Disponível em:

<https://medportal.com.br/blog/tendencias-em-educacao-corporativa-para-saude/como-a-adaptabilidade-dos-profissionais-de-saude-garantira-o-futuro-das-inovacoes-tecnologicas/>. Acesso em: 10 jun. 2025.

MEIRA, Ana Lígia Passos; GODOI, Lídia Pereira da Silva; IBAÑEZ, Nelson; VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LOUVISON, Marília Cristina Prado. Gestão regional no enfrentamento à pandemia da Covid-19: estudo de casos em São Paulo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 138, p. 418-430, jul./set. 2023. DOI: 10.1590/0103-1104202313804. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/B3PcKZ4bSLhdwVXw3QDwbzQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2025.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – Origens e Diferenças Conceituais. **Revista de APS**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247/7708>. Acesso em: 24 set. 2024.

MEMED. Atenção Primária à Saúde. Memed. [S.l.], 2023. Disponível em: <https://blog.memed.com.br/atencao-primaria-saude/>. Acesso em: 8 ago. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 1-549, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 24 jun. 2025.

MENEGHINI, Amanda Maria Batista; MALAQUIAS, Ana Carolina; BARCELOS, Andressa Castanheira; SANTOS, Cíntia Aparecida; BRUM, Daniella Almeida Silva; PEREIRA, Dirlene Rozária; SILVA, Geisilane Nogueira da; SILVA JÚNIOR, Luiz Carlos da; MENEZES, Mariana Silva Guimarães de; SILVA, Marlon Willian da; FERREIRA, Nadinara Costa; ZANCHETTA, Sabrina Brombim; PINTO, Thaylla Haydée Silva; FRANCO, Elaine Cristina Dias; SILVA, Joseane da. Teletendimento no enfrentamento da COVID-19 em um município de Minas Gerais: relato de experiência de profissionais residentes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.l.], v. 12, n. 11, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4955/3132>. Acesso em: 26 jun. 2025.

MENEZES, Erica Lima Costa de; ALVES, Daiana Cristina Machado; ELIAS, Juliana Lamounier; ESTRELA, Vanessa Santos; HAYVANON, Anny Everson B.; OLIVEIRA, Gladys Reis de; PRADO, Níli Maria de Brito Lima. A Telessaúde como estratégia para o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no enfrentamento da COVID-19 no Estado da Bahia. **Revista Saúde em Redes**, [S.l.], v. 6, supl. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2Suplem.3343g568>. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/3343/568>. Acesso em: 26 jun. 2025.

MESQUITA, Larissa; ROCHA, Lourice. **Atenção Primária (APS): o que é, objetivo e importância**. Eu Médico Residente. Recife, 2023. Disponível em:

<https://www.eumedicoresidente.com.br/post/atencao-primaria>. Acesso em: 23 set. 2024.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Veja o que fazer se tiver sintomas de coronavírus!** Belo Horizonte, 2020. Disponível em:

<https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/51-o-que-fazer-sintomas-coronavirus>. Acesso em: 19 set. 2024.

MORSCH, José Aldair. **Protocolos de telessaúde: o que são e como garantir a conformidade.** Morsch Telemedicina. Porto Alegre, 2024. Disponível em:

<https://telemedicinamorsch.com.br/blog/protocolos-telessaude#:~:text=Benef%C3%ADcios%20de%20estar%20em%20conformidade,o%20diagn%C3%B3stico%20dado%20ao%20paciente>. Acesso em: 20 mai. 2025.

NARVAI, Paulo C. **SUS: Uma Reforma Revolucionária.** Para Defender a Vida. (Coleção ensaios) . São Paulo: Grupo Autêntica, 2022. E-book. ISBN 9786559281442. Disponível em:

<https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559281442/>. Acesso em: 24 set. 2024.

NASCIMENTO, Sarah Marília Pereira Jordão do; MELO, Márcia Maria Dantas Cabral de. Implantação do telemonitoramento à Covid-19: relato de experiência de uma residente em Saúde da Família. **APS em Revista**, v. 4, n. 2, p. 140-148, maio/ago. 2022. DOI:

10.14295/aps.v4i2.224. Disponível em: <https://aps.emrevista.org/article/view/224>. Acesso em: 26 jun. 2025.

NETO, Benedito Rodrigues da Silva. **Medicina: Ciências da Saúde e Pesquisa Interdisciplinar 2.** Ponta Grossa: Editora Atena, 2021. E-book. ISBN: 9786559834679. DOI:

<https://doi.org/10.22533/at.ed.679210209>. Acesso em: 24 set. 2024.

NERY, Carmen. **Internet foi acessada em 72,5 milhões de domicílios do país em 2023.**

Agência de Notícias IBGE. [S.l.], 16 ago. 2024. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41024-internet-foi-acessada-em-72-5-milhoes-de-domicilios-do-pais-em-2023>. Acesso em: 12 jun. 2025.

NILSON, Luana Gabriele; NATAL, Sonia; MAEYAMA, Marcos Aurélio; DOLNY, Luise Lüdke; CALVO, Maria Cristina Marino. Estudo comparativo da oferta de teleconsultorias por teleconsultores de diferentes níveis de atenção à saúde. **Revista APS**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 360–372, jul./set. 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/article/view/16143/8332>. Acesso em: 12 jun. 2025.

NÓBREGA, Gláucio. **Covid-19: O Que Todo Médico Precisa Saber.** Rio de Janeiro: Thieme Brasil, 2020. E-book. ISBN 9786555720242. Disponível em:

<https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555720242/>. Acesso em: 24 set. 2024.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE E TELEMEDICINA DE GOIÁS. **A Telessaúde**. Telessaúde Goiás. Goiânia, 2024. Disponível em: <https://tele.medicina.ufg.br/Paginas>. Acesso em: 24 set. 2024.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de; NASCIMENTO, Breno Matheus Rego do; OLIVEIRA, George Estrela de; RAMOS, Carlos Antônio Mariz; BERNARDES, Bianca de Oliveira; FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de. Teleatendimento para COVID-19 em um sistema municipal de saúde. **Revista Saúde em Redes**, v. 8, n. 3, p. 465-477, 2022. DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n3p465-477. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/3739/1259>. Acesso em: 26 jun. 2025.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; SOUZA, Kleize Araújo de Oliveira; ALMEIDA, Silvani Silva de; LEAL, Juliana Alves Leite. O acesso à atenção primária à saúde durante a pandemia de covid-19 em um município da Bahia. **Revista Macambira**, Serrinha - BA, v. 8, n. 1, jan./dez. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.975>. Acesso em: 27 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção primária à saúde**. [S.l.], 2025. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 24 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Histórico da Pandemia de COVID-19**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 24 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Módulo de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades (MOPECE)**: módulo 2: saúde e doença na população. 2010. Elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde - Representação Brasil. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principios_epidemiologia_2.pdf. Acesso em: 10 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente#:~:text=Bras%C3%ADlia%2C%205%20de%20maio%20de,%20referente%20%C3%A0%20COVID%2D19.>. Acesso em: 24 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Reconhecimento às instituições de saúde do Brasil – 120 anos da OPAS/OMS**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2 dez. 2022a. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/reconhecimento-instituicoes-saude-do-brasil-120-anos-da-opas>. Acesso em: 24 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas 2022**. Panorama da Região das Américas no contexto da pandemia de COVID-19. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2022b. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56473/OPASEIHA220024_por.pdf. Acesso em: 23 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. OECD Publishing, Paris, 2021. Disponível em: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/pt/publications/reports/2021/12/primary-health-care-in-brazil_8ba611b2/9bf007f4-pt.pdf. Acesso em: 13 jun. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. 3º ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

RAMOS, Julyana Guimarães. **Responsabilidade Civil dos Médicos na Era da Telemedicina**. JusBrasil, [S.l.], 2024. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/responsabilidade-civil-dos-medicos-na-era-da-telemedicina/2594415644>. Acesso em: 11 jun. 2025.

REIS, Luiz Fernando. **Devemos Investir na Telessaúde?** [S.l.], 2021. Disponível em: <https://www.tecmundo.com.br/ciencia/217771-devemos-investir-telessaude.htm>. Acesso em: 12 mai. 2025.

RODRIGUES, Isabelle Penha; MACEDO, Kilvia Paula Soares; CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa; BARAKAT, Roberta Duarte Maia. Telessaúde: estratégia de enfrentamento à pandemia da covid-19 na atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 15, 2024. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-2024144>. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-2024144>. Acesso em: 27 jun. 2025.

ROSA, Ana Priscila Eleodoro; ARANTES, Jéssica da Cruz; DE SANCTIS, Fernando Contin; PEREIRA, Carolina Colucci; FERREIRA, Fernanda Medrado de Souza; COSTA, Juliane do Prado de Sousa; VENDRUSCOLO, Thaís Ramos Pereira; ANDRIOTTI, Fernanda de Almeida; FERNANDES, Marina Bagnara; CESTARI, Lucas Francisco; MARQUES, João Mazzoncini de Azevedo; DAL FABBRO, Amaury Lelis. A pandemia da COVID-19 e o uso das tecnologias de informação e comunicação na Atenção Primária à Saúde: um relato de experiência. **Revista Qualidade HC**, v. 2, n. 2, p. 30-39, 2021. Disponível em: <https://hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/423/423.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2025.

SÁ, Dominichi Miranda de. **Especial Covid-19: Os Historiadores e a Pandemia**. Casa de Oswaldo Cruz, [S.l.], 2020. Disponível em: <https://coc.fiocruz.br/todas-as-noticias/especial-covid-19-os-historiadores-e-a-pandemia/#:~:>

[ext=Apenas%20na%20d%C3%A9cada%20de%201930,entanto%2C%20ainda%20desafiam%20os%20pesquisadores](#). Acesso em: 24 set. 2024.

SACHETT, Jacqueline de Almeida Gonçalves. Adaptação para o atendimento profissional de saúde em tempos de COVID19: contribuições da telessaúde para o “novo normal”. **Journal Health NPEPS**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 11-15, jul-dez, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4877/3764>. Acesso em: 10 jun. 2025.

SACHETT, Jacqueline de Almeida Gonçalves; GONÇALVES, Isabela Cristina de Miranda; SANTOS, Waldeyde Oderilda Magalhães dos. Relato de experiência das contribuições da telessaúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas na pandemia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, supl. 2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0820>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fNxbbSFZQ5qR5szHkdgs8gP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2025.

SAMPAIO, Rosana Fátima; MANCINI, Maria Carolina. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 77–82, jan./fev. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/79nG9Vvk3syHhnSgY7VsB6jG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2025.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina. **Atenção Primária à Saúde**. Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/servicos/servicos-para-o-cidadao/10175-atencao-basica-atencao-primaria-a-saude#:~:text=Nela%2C%20voc%C3%AA%20enc ontrar%C3%A1%20todos%20os,os%20servi%C3%A7os%20ligados%20%C3%A0%20APS>. Acesso em: 19 set. 2024.

SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos; FRANÇA, Marcus Vinicius Sacramento; SANTOS, Juliane Lopes Ferreira dos. Atendimento remoto na APS no contexto da COVID-19: a experiência do Ambulatório da Comunidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. **APS em Revista**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 169-176, jun. 2020. DOI: 10.14295/aps.v2i2.120. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/120/66>. Acesso em: 26 jun. 2025.

SANTOS, Leticia Stake dos; SILVA, Clarissa Bohrer da; TRINDADE, Leticia de Lima; GALLI, Kiciosan da Silva Bernardi; BERGAMIN, Ediane; HEINZ, Marina Klein. **Atributos Derivados da Atenção Primária à Saúde**: avaliação por usuários. Seven Editora, [S. l.], p. 734–744, 2023. Disponível em: <https://sevenpublicacoes.com.br/editora/article/view/1369>. Acesso em: 09 ago. 2024.

SARTI, Thiago Dias; ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho. Incorporação de telessaúde na atenção primária à saúde no Brasil e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 38, n. 4, p. 2-15, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/tVcMcH4ZvL95vYLw6HD4S5M/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 9 jun. 2025.

SAÚDE, Sami. **Quais são os atributos da atenção primária?** Blog da Sami. São Paulo, 2021. Disponível em:

<https://blog.samisaude.com.br/atributos-da-atencao-primaria/#:~:text=S%C3%A3o%20quatro%20atributos%20essenciais%3A%20acesso.cultural%2C%20orienta%C3%A7%C3%A3o%20familiar%20e%20comunit%C3%A1ria>. Acesso em: 08 ago. 2024.

SCHUQUEL, Thayná. **Todo Mundo Usa o SUS: Confira Serviços Gratuitos e Pouco Conhecidos.** Brasil de Fato. Cataguases, MG, 7 abr. 2022. Disponível em:

<https://www.brasildefato.com.br/2022/04/07/todo-mundo-usa-o-sus-confira-servicos-gratuitos-e-pouco-conhecidos>. Acesso em: 24 set. 2024.

SERVO, Luciana Mendes Santos; RAMOS, Mariana de Carvalho Barbosa; PETERS, José Roberto; FIUZA, Eduardo Pedral Sampaio; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Equipamentos De Proteção Individual, Higienizantes e Material De Higiene Pessoal: Preços, Regulação E Gestão Da Informação Em Tempos De Coronavírus. **Nota Técnica**. Brasília, n.63, abril, 2020. Disponível em:

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9984/1/NT_63_Disoc_Equipamentos%20de%20Protecao%20Individual.pdf?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 17 mai. 2025.

SILVA, Angélica Baptista. **Telessaúde no Brasil: Conceitos e aplicações.** Edição do Kindle. Rio de Janeiro: Editora DOC. 1. ed., 2014. Acesso em: 21 ago. 2024.

SILVA, Cícera Renata Diniz Vieira; LOPES, Rayssa Horácio; MARTINIANO, Cláudia Santos; SILVA, Ísis de Siqueira; UCHÔA, Severina Alice da Costa. Conceito de Saúde Digital na Atenção Primária à Saúde (2020-2022): Um Estudo Baseado no Método Evolucionário de Rodgers. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, ano VI, v. 17, n. 49, 2024. Disponível em:

<https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/3156/1011>. Acesso em: 11 ago. 2024.

SILVA, Guilherme Ferreira Santos; SILVA, Lara Thaís Prates e; GASPARINO, Flávia Figueiredo; ALKIMIM, Esley Ruas; SOUZA, Árlen Almeida Duarte de. Distribuição geográfica da telemedicina no Brasil a partir da produção ambulatorial. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, p. 1-8, 2022. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i15.35982>. Acesso em: 22 set. 2024.

SILVA, Jessica Maboni da; GOMES, Natália Souza; REZENDE, Valter Luiz Moreira de; CREPALDI, Gustavo Lourenço de Sousa; ALCANTARA, Fernanda Kelly Alves; XAVIER, Isabel Macedo; OLIVEIRA, Pabline Melo de; ALVES JÚNIOR, Antônio Barbosa. Utilização do telessaúde para consultas médicas na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 4, p. 30876-30889, abr. 2022. DOI:

10.34117/bjdv8n4-529. Disponível em:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/47082/pdf>. Acesso em:
 26 jun. 2025.

SILVA, Letícia Alves da; LOPES, Cleide de Andrade; SILVA, Thais Barros Zanette da; OLIVEIRA, Sara Laodicéia Queiroz da Silva de; SANTIAGO, Patrícia Liberato Silva. Atendimento e telemonitoramento no contexto da covid-19: relato de experiência na Atenção Primária à Saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 33, n. 1, p. 19-28, 2022. DOI: <https://doi.org/10.51723/ccs.v33i01.1047>. Acesso em: 26 jun. 2025.

SILVA, Rodolfo Souza da; SCHMTIZ, Carlos André Aita; HARZHEIM, Erno; MOLINA-BASTOS, Cynthia Goulart; OLIVEIRA, Elise Botteselle de; ROMAN, Rudi; UMPIERRE, Roberto Nunes; GONÇALVES, Marcelo Rodrigues. O Papel da Telessaúde na Pandemia Covid-19: uma experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 26, n. 6, p. 2149-2157, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39662020>. Acesso em: 12 ago. 2024.

SILVA, Vanessa Gomes da; TELLES, Audrei Castro; GUIMARÃES, Nathália de Paula Albuquerque; SOUZA, Flávia Navi de; CAMPO, Livia Lírio; BITTENCOURT, Nair Caroline Cavalcanti de Mendonça; NIGRI, Regina Bokehi; SOUZA, Maria das Graças Gazel de. A propulsão do teleatendimento no cuidado paliativo oncológico domiciliar durante a pandemia de COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28300>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28300>. Acesso em: 26 jun. 2025.

SILVEIRA, João Paulo Mello da; ZONTA, Ronaldo. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. **APS em Revista**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 91-96, jun. 2020. DOI: 10.14295/aps.v2i2.122. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/122/57>. Acesso em: 26 jun. 2025.

SIQUEIRA, Camila Alves dos Santos; FREITAS, Yan Nogueira Leite de; CANCELA, Marianna de Camargo; CARVALHO, Monica; SILVA, Leorik Pereira da; DANTAS, Nielsen Castelo Damasceno; SOUZA, Dyego Leandro Bezerra de. COVID-19 no Brasil: tendências, desafios e perspectivas após 18 Meses de pandemia. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.l.], v. 46, p. 1-9, 20 jul. 2022. Pan American Health Organization. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2022.74>. Acesso em: 24 set. 2024.

SIQUEIRA, Breno; BRITTO, Vinícius. **Censo 2022**: um em cada cinco brasileiros mora em domicílio alugado. Agência de Notícias IBGE. [S.l.], 12 dez. 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/42197-censo-2022-um-em-cada-cinco-brasileiros-mora-em-domicilio-alugado>. Acesso em: 12 jun. 2025.

SOARES, Caroline Schilling; IRRTHUM, Carolina Serravite; ARAÚJO, Edmundo Gustavo Cipriano de; SIMÕES, Warley Aguiar. O teleatendimento como estratégia de fortalecimento

da atenção primária à saúde e a pandemia pela covid-19: um relato de experiência do município de Belo Horizonte. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 19, ed. esp., p. 49-62, abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.21450/rahis.v19i1.742>. Acesso em: 26 jun. 2025.

SOUZA, Kleize Araújo de Oliveira; PINTO JUNIOR, Elzo Pereira; BARROS, Rafael Damasceno de; LIMA, Acácia Mayra Pereira de; SILVA, Nathália de Oliveira; BELTRÁN, Lizeth Yubalena Orozco; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. O uso da telessaúde em tempos de pandemia. **Construção de Conhecimento no Curso da Pandemia de Covid-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais**, Salvador, v. 2, n. 8, p. 2-45, out. 2020. EDUFBA. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9771/9786556300757.019>. Acesso em: 24 set. 2024.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. Ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Teleconsultoria**. Santa Catarina, 2016. Disponível em: <https://telessaude.ufsc.br/teleconsultoria/>. Acesso em: 08 mai. 2025.

WORLD BANK GROUP. **Impactos da COVID-19 no Brasil: Evidências sobre pessoas com deficiência durante a pandemia**. 2021. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/brief/impactos-da-covid19-no-brasil-evidencias-sobre-pessoas-com-deficiencia-durante-a-pandemia>. Acesso em: 22 jul. 2025.

WORLDOMETER. **Reported Cases and Deaths by Country or Territory**. [S.l.], 2023. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/#page-top>. Acesso em: 6 dez. 2023.

APÊNDICE A - TABELA DE COLETA DE DADOS

Tabela de Coleta dos Artigos Selecionados

| Título do artigo | Autores | Ano de Publicação | Local | Plataforma de Busca | Metodologia | Vantagens |
|-------------------------|----------------|--------------------------|--------------|----------------------------|--------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

(cont.) – Tabela de Coleta dos Artigos Selecionados

| Desafios / Limitações | Boas Práticas | Atividades de telessaúde utilizada | Profissionais envolvidos | Conclusão | Sugestão dos profissionais |
|------------------------------|----------------------|---|---------------------------------|------------------|-----------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Fonte: Elaboração própria (2024).

APÊNDICE B - ARTIGOS SELECIONADOS PARA O ESTUDO

Identificação das Publicações Seleccionadas para Coleta e Análise dos Dados

| Identificação | Plataforma | Título | Ano de Publicação | Autores | Local |
|---------------|---------------------|--|-------------------|---|--------------------|
| A1 | BVS | Telessaúde: estratégia de enfrentamento à pandemia da COVID-19 na atenção primária à saúde | 2024 | Isabelle Penha Rodrigues, Kilvia Paula Soares Macedo, Virna Ribeiro Feitosa Cestari, Roberta Duarte Maia Barakat | Fortaleza - CE |
| A2 | Periódicos Capes | O acesso à atenção primária à saúde durante a pandemia de covid-19 em um município da Bahia | 2024 | Luciane Cristina Feltrin de Oliveira, Kleize Araújo de Oliveira Souza, Silvani Silva de Almeida, Juliana Alves Leite Leal | Retirolândia - BA |
| A3 | Google acadêmico | Telessaúde em Tempo de Pandemia de COVID-19: Perspectiva de Usuários e Profissionais de Saúde em uma Região de Fronteira | 2023 | Aline Renata Hirano, Daiane Nunes de Melo, Eduarda Alves, Janaina Palma de Lima, Maria Aparecida Baggio | Foz do Iguaçu - PR |
| A4 | Periódico Capes | Percepções e experiências dos trabalhadores de saúde no uso da telessaúde na atenção primária durante a pandemia da COVID-19 | 2023 | Líbine Rafael da Silva Calado, Maria Eduarda Rocha Guedes, Cleyciana Mayara Barbosa, Luann Hellen dos Santos Marinho Cruz, Renata Caroline Ferreira, Gabriela Florêncio da Silva Advíncula, Tarciana Maria Pereira de Lima, Rogério Dubosselard Zimmermann, Ivoneide Maria de Melo Zimmermann | Recife - PE |

(continuação)

| Identificação | Plataforma | Título | Ano de Publicação | Autores | Local |
|----------------------|-------------------|--|--------------------------|--|---------------------|
| A5 | Google acadêmico | A propulsão do teleatendimento no cuidado paliativo oncológico domiciliar durante a pandemia de COVID-19 | 2022 | Vanessa Gomes da Silva, Audrei Castro Telles, Nathália de Paula Albuquerque Guimarães, Flávia Navi de Souza, Lívia Lírio Campo, Nair Caroline Cavalcanti de Mendonça Bittencourt, Regina Bokehi Nigri, Maria das Graças Gazel de Souza | Rio de Janeiro - RJ |
| A6 | Google Acadêmico | Atendimento e telemonitoramento no contexto da covid-19: relato de experiência na Atenção Primária à Saúde | 2022 | Letícia Alves da Silva, Cleide de Andrade Lopes, Thais Barros Zanette da Silva, Sara Laodicéia Queiroz da Silva de Oliveira, Patricia Liberato Silva Santiago | Brasília - DF |
| A7 | Google acadêmico | Utilização do telessaúde para consultas médicas na atenção primária à saúde: um relato de experiência | 2022 | Jessica Maboni da Silva, Natália Souza Gomes, Valter Luiz Moreira de Rezende, Gustavo Lourenço de Sousa Crepaldi, Fernanda Kelly Alves Alcantara, Isabel Macedo Xavier, Pabline Melo de Oliveira, Antônio Barbosa Alves Júnior | Anápolis - GO |
| A8 | LILACS | Teleatendimento para COVID-19 em um Sistema Municipal de Saúde | 2022 | Felipe Proença de Oliveira, Breno Matheus Rego do Nascimento, George Estrela de Oliveira, Carlos Antônio Mariz Ramos, Bianca de Oliveira Bernardes, Alexandre Medeiros de Figueiredo | João Pessoa - PB |

(continuação)

| Identificação | Plataforma | Título | Ano de Publicação | Autores | Local |
|----------------------|-------------------|---|--------------------------|--|---------------------|
| A9 | Scielo | Relato de experiência das contribuições da telessaúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas na pandemia | 2022 | Jacqueline de Almeida Gonçalves Sachett, Isabela Cristina de Miranda Gonçalves, Waldeyde Oderilda Magalhaes dos Santos | Estado Amazonas |
| A10 | Google acadêmico | O Teleatendimento como Estratégia de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e à Pandemia pela COVID-19: Um Relato de Experiência do Município de Belo Horizonte | 2022 | Caroline Schilling Soares , Carolina Serravite Irrthum, Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo, Warley Aguiar Simões | Belo Horizonte - MG |
| A11 | Periódico Capes | Implantação do telemonitoramento à Covid-19: relato de experiência de uma residente em Saúde da Família | 2022 | Sarah Marília Pereira Jordão do Nascimento, Márcia Maria Dantas Cabral de Melo | Recife - PE |
| A12 | Google Acadêmico | A Pandemia da COVID-19 e o Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação na Atenção Primária à Saúde: Um relato de experiência. | 2021 | Ana Priscila Eleodoro Rosa, Jéssica da Cruz Arantes, Fernando Contin De Sanctis, Carolina Colucci Pereira, Fernanda Medrado de Souza Ferreira, Juliane do Prado de Sousa Costa, Thaís Ramos Pereira Vendruscolo, Fernanda de Almeida Andriotti, Marina Bagnara Fernandes, Lucas Francisco Cestari, João Mazzoncini de Azevedo Marques, Amaury Lelis Dal Fabbro | Ribeirão Preto - SP |

(continuação)

| Identificação | Plataforma | Título | Ano de Publicação | Autores | Local |
|---------------|--------------------|---|-------------------|---|---------------------------|
| A13 | Periódico Capes | Importância da utilização do teleatendimento da rede pública durante a pandemia do coronavírus: relato de experiência | 2021 | Thais de Albuquerque Corrêa 1, Elisama da Paz Oliveira Lima, Renata Paula Pereira da Silva, Aryanne Katuska da Silva Souza, Thais Thé Alves Carneiro, Juliana de Alencar Ramos, Gabriela Maria Florêncio Pereira, Adna Karine Oliveira da Rocha, Rayanne Victória Araújo Lins Rocha, Tatiana Cristina Montenegro Ferreira | Recife - PE |
| A14 | Google acadêmico | Telessaúde Brasil Redes no enfrentamento ao novo coronavírus em Mato Grosso do Sul: Um relato de experiência | 2021 | Inara Pereira da Cunha, Vânia Paula Stolte Rodrigues, Wellington Rodrigues de Almeida, Valéria Regina Feracini Duenhas Monreal, Márcia Bogena Cereser Tomasi, Euder Alexandre Nunes, André Vinicius Batista de Assis | Estado Mato Grosso do Sul |
| A15 | BVS | Telemedicina rural e COVID-19: ampliando o acesso onde a distância já era regra | 2020 | Fábio Araujo Gomes de Castro, Álisson Oliveira dos Santos, Gustavo Valadares Labanca Reis, Luara Brandão Viveiros, Mariel Hespagnol Torres, Pedro Paulo de Oliveira Junior | Amarantina - MG |
| A16 | Google acadêmico | Teleatendimento no enfrentamento da COVID-19 em um município de Minas Gerais: relato de experiência de profissionais residentes | 2020 | Amanda Maria Batista Meneghini, Ana Carolina Malaquias, Andressa Castanheira Barcelos, Cíntia Aparecida Santos, Daniella Almeida Silva Brum, | Divinópolis - MG |

(continuação)

| Identificação | Plataforma | Título | Ano de Publicação | Autores | Local |
|---------------|------------------|--|-------------------|---|--------------------------|
| | | | | Dirlene Rozária Pereira, Geisilane Nogueira da Silva, Luiz Carlos da Silva Júnior, Mariana Silva Guimarães de Menezes, Marlon Willian da Silva, Nadinara Costa Ferreira, Sabrina Brombim Zanchetta, Thaylla Haydée Silva Pinto, Elaine Cristina Dias Franco, Joseane da Silva | |
| A17 | Google acadêmico | Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis | 2020 | João Paulo Mello da Silveira, Ronaldo Zonta | Florianópolis - SC |
| A18 | Periódico Capes | Atendimento remoto na APS no contexto da COVID-19: a experiência do Ambulatório da Comunidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia | 2020 | Andreia Beatriz Silva dos Santos, Marcus Vinicius Sacramento França, Juliane Lopes Ferreira dos Santos | Salvador - BA |
| A19 | BVS | Manejo do cuidado e a educação em saúde na atenção básica na pandemia do Coronavírus | 2020 | Ernandes Gonçalves Dias, Débora Rejane Santos Veloso Ribeiro | Monte Azul - MG |
| A20 | Periódico Capes | Pandemia do COVID-19 e implementação de telefonaudiologia para pacientes em domicílio: relato de experiência | 2020 | Nathalia Avila Dimer, Natália do Canto-Soares, Larissa dos Santos-Teixeira, Bárbara Niegia Garcia de Goulart | Estado Rio Grande do Sul |

(continuação)

| Identificação | Plataforma | Título | Ano de Publicação | Autores | Local |
|----------------------|-------------------|--|--------------------------|---|--------------|
| A21 | Google acadêmico | A Telessaúde como estratégia para o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no enfrentamento da COVID-19 no Estado da Bahia | 2020 | Erica Lima Costa de Menezes, Daiana Cristina Machado Alves, Juliana Lamounier Elias, Vanessa Santos Estrela, Anny Everson B. Hayvanon, Gladys Reis de Oliveira, Nilia Maria de Brito Lima Prado | Estado Bahia |

Fonte: Elaboração própria (2025).