



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Medicina

LUCAS SEPÚLVEDA CHIANCA

**ABORDAGEM DA SATISFAÇÃO E PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA DA
TELEMEDICINA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Brasília

2022

LUCAS SEPÚLVEDA CHIANCA

**ABORDAGEM DA SATISFAÇÃO E PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA DA
TELEMEDICINA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Monografia apresentada à Faculdade de
Ciências da Educação e Saúde para a obtenção
do grau de Médico.

Orientador: Prof. Dr Marcio Garrison Dytz

Brasília

2022

LUCAS SEPÚLVEDA CHIANCA

**ABORDAGEM DA SATISFAÇÃO E PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA DA
TELEMEDICINA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Monografia apresentada à Faculdade de
Ciências da Educação e Saúde para a obtenção
do grau de Médico.

Orientador: Prof. Dr Marcio Garrison Dytz

Brasília, 09 de junho de 2022

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marcio Garrison Dytz

Orientador

Profa. Dra Flavia Tavares Silva Elias

Convidada

Prof. Dr Lucas Silveira Benevides

Convidado

RESUMO

De acordo com a OMS, a telemedicina se define como oferta de serviços ligados às áreas da medicina, nos quais a distância se torna um fator impedor para sua execução presencial, sendo que esta pode ser usada tanto no âmbito da prevenção, diagnóstico e tratamento quanto em pesquisas ou educação profissional. Assim como a ascensão de outras tecnologias, o atendimento online está longe de ser um consenso. A análise sobre o risco e a satisfação de seu uso em condutas médicas, levando em consideração toda sua complexidade, se torna uma proposta pertinente neste período de regularização dessa tecnologia. O objetivo geral deste estudo é analisar a percepção sobre a segurança e a satisfação do uso das teleconsultas na percepção de profissionais de saúde e de pacientes nos atendimentos médicos. Para tal, realizou-se uma revisão sistemática nas bases Medline, BVS, Embase, Web of Science e SciELO, incluindo somente artigos publicados a partir do início da Pandemia de COVID-19. De forma geral, verificou-se que tanto na parte da percepção de segurança quanto na parte da satisfação, os médicos e pacientes mostraram-se a favor da Telemedicina. No entanto, é imprescindível que novos estudos sejam realizados para corroborar com a ideia que as novidades devem ser encaradas como oportunidades de melhorar o trabalho nas áreas da saúde.

Palavras Chaves: Telemedicina. Percepção de Segurança. Satisfação. COVID-19.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
1. JUSTIFICATIVA	11
2. OBJETIVOS	11
a. Objetivo Geral	11
b. Objetivos específicos	11
3. METODOLOGIA	12
a. Tipos de Estudos	12
b. Artigos Analisados	12
i. Critérios de inclusão e exclusão.....	12
ii. Método de busca dos artigos.....	13
iii. Seleção dos artigos.....	13
iv. Extração dos dados.....	14
4. RESULTADOS	16
a. Qualidade do atendimento através da visão do paciente	16
b. Qualidade do atendimento através da visão dos médicos	17
c. Percepção de segurança, comparação com o presencial e limitações observadas nos estudos	18
5. DISCUSSÃO	20
CONCLUSÕES	23
REFERÊNCIAS	24

ANEXO 1 - Resolução do CFM nº 2.227/2018.....	28
--	-----------

ANEXO 2 - Termos de busca.....	34
---------------------------------------	-----------

Introdução

De acordo com o relatório do grupo de consultoria em telemedicina da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1999, a telemedicina é caracterizada como a “oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, nos casos em que a distância é um fator crítico; tais serviços são prestados por profissionais da área da saúde, usando tecnologias de informação e de comunicação para o intercâmbio de informações válidas para diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças e a contínua educação de prestadores de serviços em saúde, assim como para fins de pesquisas e avaliações”.

Outra definição a ser considerada é a da *American Telemedicine Association (ATA)*, que contempla essas mesmas características já abordadas pela OMS em 1999, além de incluir em seu conceito a ideia da educação do paciente através das tecnologias de comunicação.

A diferenciação da Telemedicina e da Telessaúde é de suma importância para a compreensão da capacidade de uso das tecnologias em saúde. Em 1978, Bennet e associados adotaram um conceito amplo para a definição desta, com a sugestão de que a Telessaúde se define como sistemas de apoio ao processo de atendimento em saúde através da oferta de meios para troca de informações mais efetiva e mais eficiente, com a abrangência de tal forma a incluir outras profissões da área da saúde (e.g. Fisioterapia, Enfermagem, Fonoaudiologia, etc.). Até então, a definição de ambas era confusa e muitas vezes eram tomadas como sinônimos.

Apesar da Telessaúde estar em um escopo mais abrangente do que a Telemedicina, ambas compartilham pelo menos duas características em comum: As duas são usadas em situações em que exista uma separação geográfica entre os atores envolvidos e utilizam-se das diversas tecnologias de comunicação para sanar esse problema.

Os primeiros relatos do uso da telemedicina no mundo remontam desde a metade do século XIX, com a invenção de tecnologias que possibilitaram a propagação, amplificação e conversão de ondas eletromagnéticas, as quais permitiram a transmissão de dados de um ECG via fios telefônicos. Em sua forma mais recente, durante a década de 60, ela se desenvolveu através de grandes investimentos militares, sendo os televisores os principais representantes dessas novidades posteriormente disponibilizadas comercialmente, os quais facilitaram a troca de conhecimento entre especialistas, principalmente no âmbito da psiquiatria, e o auxílio médico emergencial em locais de grande movimentação, como aeroportos (OMS, 2010). Desde então, em um contexto global, a Telemedicina se mantém como uma das especialidades que mais avançam na Medicina.

A jornada da Telemedicina no Brasil se iniciou na década de 90, com a instauração de serviços, tanto públicos quanto privados, nas quais instituições, como a TELECARDIO, proporcionaram a realização de eletrocardiograma à distância. Nessa mesma época o Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da USP (InCOR) se utilizava do FAX para permitir a análise de um ECG, provindo de regiões distantes, por um de seus médicos (KHOURI, 2003).

A partir da segunda metade da década de noventa (90), novos serviços apareceram e a disciplina de Telemedicina surgiu na grade curricular do curso de Medicina da USP, que estuda o uso da tecnologia, da comunicação e da interatividade no desenvolvimento de estratégias educacionais e logísticas para aperfeiçoar o sistema de saúde, incluindo o uso sustentável da tecnologia para promoção de saúde (DOMINGUES, 2014). Concomitantemente, a UNICAMP abria seu Hospital Virtual, projeto pioneiro de seu Núcleo de Informática Bioética, que propunha uma interface entre estudantes e profissionais das mais diversas especialidades da área da saúde.

Com esse *boom* de avanços na década de noventa (90), o Conselho Federal de Medicina (CFM) se viu na obrigação de promulgar a resolução nº 1.643, de sete (07) de agosto de dois mil e dois (2002), a qual apresentou o marco legal da Telemedicina e assim regulamentou seu uso. Nesse documento, o conselho elaborou sete (07) artigos que resolveram:

Art 1º - Definir a Telemedicina como o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde.

Art 2º - Os serviços prestados através da Telemedicina deverão ter a infra-estrutura tecnológica apropriada, pertinentes e obedecer às normas técnicas do CFM pertinentes à guarda, manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e garantia do sigilo profissional.

Art 3º - Em caso de emergência, ou quando solicitado pelo médico responsável, o médico que emitir o laudo a distância poderá prestar o devido suporte diagnóstico e terapêutico.

Art 4º - A responsabilidade profissional do atendimento cabe ao médico assistente do paciente. Os demais envolvidos responderão solidariamente na proporção em que contribuírem por eventual dano ao mesmo.

Art 5º - As pessoas jurídicas que prestarem serviços de Telemedicina deverão inscrever-se no Cadastro de Pessoa Jurídica do Conselho Regional de Medicina do estado onde estão situadas, com a respectiva responsabilidade técnica de um médico regularmente inscrito no Conselho e a apresentação da relação dos médicos que componentes de seus quadros funcionais.

Parágrafo único - No caso de o prestador for pessoa física, o mesmo deverá ser médico e devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina.

Art. 6º - O Conselho Regional de Medicina deverá estabelecer constante vigilância e avaliação das técnicas de Telemedicina no que concerne à qualidade da atenção, relação médico-paciente e preservação do sigilo profissional.

Art. 7º - Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Já em dois mil e cinco (2005), o Ministério da Saúde lançou o *Projeto de Telemática e Telemedicina*, que auxiliava a atenção primária na capacitação dos profissionais da saúde. No ano seguinte, através da Comissão Permanente de Telessaúde e o Comitê Executivo de

Telessaúde, o Ministério da Saúde regulamentou o sistema de Telessaúde, o que culminou, em dois mil e sete (2007), na criação do *Projeto Nacional de Telessaúde*, o qual propunha complementar o projeto criado dois anos antes ao sugerir Teleconsultoria, Teleducação, Telediagnóstico e segunda opinião formativa. Este foi oficializado através da **PORTARIA Nº 2.546** de vinte e sete (27) do décimo mês (outubro) de dois mil e onze (2011), que além de ampliar o projeto anterior, rebatizou-o como *Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes*.

Nos anos seguintes, iniciou-se - e.g. Resolução 1890/2009, revogada e redefinida pela 2107/2014; Resolução 2264/2019; Parecer 9/2012; Parecer 17/2018; etc. - a regulamentação e definição de diversas especialidades na Telemedicina, ou seja quais seriam os limites éticos e legais do uso da tecnologia nessas áreas.

No final do ano de dois mil e dezoito (2018), uma decisão histórica do CFM foi tomada através da resolução nº 2.227/2018, a qual definiu a Telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias, o que promoveu e expandiu área de atuação médica desta no Brasil. Esse documento continha vinte e três (23) artigos, dos quais destacam-se alguns, expostos a seguir, por sua polêmica gerada:

Art. 1º Definir a telemedicina como o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde.

Art. 20. Os Conselhos Regionais de Medicina deverão estabelecer constante vigilância e avaliação das atividades de telemedicina em seus territórios, no que concerne à qualidade da atenção, relação médico-paciente e preservação do sigilo profissional.

Art. 21. Os serviços de telemedicina jamais poderão substituir o compromisso constitucional de garantir assistência integral e universal aos pacientes.

Apesar do conteúdo exposto no *Art. 21* citado acima, esta resolução gerou polêmica desde seu primeiro artigo. Debates calorosos no seio do CFM e em todas as suas vertentes regionais reabriram essa resolução que havia sido tomada sem consulta prévia.

Por um lado, médicos e profissionais da saúde a favor da medida, sustentavam a tese de que tais mudanças afirmariam o impacto significativo do uso da Telemedicina, tendo em

vista que a telemedicina já se propagava desde a década anterior, e ainda defendiam uma resolução mais liberativa.

Por outro lado, os profissionais contrários defendiam que tal medida não só seria prejudicial ao atendimento dos pacientes, mas também contribuiria à exploração dos profissionais pelos serviços privados que atentariam a tirar o máximo de lucro, apesar dos outros condicionantes presentes.

Esses debates calorosos levaram, logo em seguida, através da resolução nº2.228/2019, ao CFM revogar esta decisão sob a justificativa de que não se atingiu um consenso acerca da última resolução e que necessitavam de mais tempo para discutirem um documento que agregaria todas essas manifestações. Com isso, restabeleceu-se a vigência da Resolução nº1.643/2002, a qual define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina.

Após essa movimentação ativa para a regulamentação do uso da tecnologia na Medicina, o CFM não resolveu muito mais acerca do assunto por conta da falta de consenso no tema.

Essa situação se preservou até o terceiro mês (março) de dois mil e vinte, no qual iniciou-se uma Pandemia pela COVID-19, o que promoveu um movimento de reclusão social forçada da população mundial, que não foi diferente no Brasil.

Ademais, com a legislação vigente, promulgada em uma época que não contava com todas as tecnologias atuais, algumas áreas da Medicina, principalmente as de acompanhamento ambulatorial, se mostraram inaptas para auxiliar a população diante desta crise.

Conseqüentemente, a intervenção estatal era inevitável e ocorreu através da Lei nº 13.989, sancionada no décimo quinto dia (15) de abril de 2020, que autoriza o uso da Telemedicina, sob as mesmas obrigações ético-legais dos atendimentos presenciais, em caráter emergencial durante a crise do COVID-19. Ela obteve dois vetos presidenciais, um relacionado à regulamentação da Telemedicina - que não seria realizado pelo CFM mas pelo Congresso Nacional após o fim da pandemia- e outro relacionado à não autorização da

assinatura digital. Ambos os vetos foram derrubados tanto na Câmara dos Deputados quanto no Senado logo em seguida, o que resultou na promulgação da lei de forma intacta.

Apesar de muita resistência de muitas especialidades, profissionais e entidades médicas, com a revogação de algumas regulamentações, o uso das tecnologias de comunicação no atendimento é uma certeza na comunidade médica no Brasil e caminha congruentemente aos modelos de atendimento utilizados em grande parte de países desenvolvidos.

I. Justificativa

Muito ainda se tem para avançar na regulamentação e no uso das Tecnologias médicas. Assim como a ascensão de outras tecnologias, o atendimento online está longe de ser um consenso. No entanto, é de suma importância que a comunidade médica e os pacientes estejam prontos para a, aparente inevitável, introdução da Telemedicina no cotidiano da prática de consultórios. De tal maneira, a análise sobre a percepção dos profissionais e pacientes sobre o risco e a satisfação de seu uso em condutas médicas, levando em consideração toda sua complexidade, se torna uma proposta pertinente neste período de regularização dessa tecnologia.

II. Objetivos

A. Objetivo Geral

Analisar a percepção de segurança e a satisfação do uso da Telemedicina nos atendimentos médicos.

B. Objetivos Específicos

1. Destacar a complexidade na análise percepção de segurança e a satisfação do uso dessa ferramenta.
2. Focar esta análise para o período pandêmico da covid-19.

III. Metodologia

A. Tipo de estudo

Realizou-se uma revisão sistemática nas bases Medline, Cochrane Library, BVS, Embase, Web of Science e SciELO, incluindo somente artigos publicados a partir do início da Pandemia de COVID-19.

B. Artigos analisados

Critérios de inclusão e exclusão

Os aspectos de percepção de segurança, confiabilidade, qualidade, aceitação, tanto da perspectiva médica quanto do paciente, foram abordados por este estudo.

Considerou-se a percepção de qualidade definida como percepção global de todos os aspectos da teleconsulta, quantificada através de uma escala de linkert que poderia variar entre 4 e 5 pontos para o valor máximo (BATE, 2020). Além de percepção de segurança definida como, segurança de informação pessoal (Leis Geral de Proteção de dados - LGPD), sistema que compreende a proteção das informações, sistemas, recursos e demais ativos contra desastres, erros (intencionais ou não) e manipulação não autorizada, com o objetivo de reduzir a probabilidade e o impacto de incidentes de segurança. Ademais, a satisfação de médicos e de pacientes foi definida através de um questionário contendo uma escala de linkert que poderia variar entre 1 e 10, em que a nota obtida após a aplicação deste poderia estar entre 8-10, considerado um alto nível de satisfação, 4-7 intermediário e 1-3 baixo nível de satisfação (BARKAI, 2020).

Ademais, considerou-se para a abordagem: o tipo de estudo, ao qual se limitou a estudos primários; o ano de foco da pesquisa, em que os anos de pandemia (Dez 2019-2021) estavam contemplados; o impacto da COVID-19 na telemedicina, telemedicina em sentido amplo envolvendo qualquer profissional de saúde.

Foram excluídos da análise os artigos que contemplassem estudos não primários; estudos sobre apenas doenças crônicas específicas; estudos de uso da tecnologia em situações de emergência; a falta de citação acerca da telemedicina ou impacto do COVID nesta; estudos totalmente feitos fora do período da Pandemia (antes de Dezembro 2019); estudos exclusivamente sobre outras áreas da saúde; artigos que não questionem qualidade, eficiência e segurança dos atendimentos; dificuldade em se obter a versão completa do artigo.

Método de busca dos artigos

A busca estruturada da literatura realizou-se em maio de 2021 nas bases de dados MEDLINE via Pubmed, Embase, Web of Science, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Library Electronic Online (SciELO) e Colaboração Cochrane, e norteadas pela pergunta de pesquisa “Como se avaliou a percepção de segurança e satisfação da telemedicina, por profissionais da saúde e pacientes, durante a pandemia da COVID-19?”. Os descritores utilizados foram: “Telemedicine”, “covid 19”, “institutional liability”, “legal liability”, “efficiency”, “safety”, “quality”, “medical liability” e os seus sinônimos remissivos. As estratégias de busca adaptaram-se para cada base de dados, conforme descrito no Anexo 2.

De acordo com o relatório do grupo de consultoria em telemedicina da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1999, a telemedicina é caracterizada como a “oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, nos casos em que a distância é um fator crítico; tais serviços são prestados por profissionais da área da saúde, usando tecnologias de informação e de comunicação para o intercâmbio de informações válidas para diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças e a contínua educação de prestadores de serviços em saúde, assim como para fins de pesquisas e avaliações”.

Outra definição a ser considerada é a da *American Telemedicine Association* (ATA), que contempla essas mesmas características já abordadas pela OMS em 1999, além de incluir em seu conceito a ideia da educação do paciente através das tecnologias de comunicação.

Seleção dos artigos

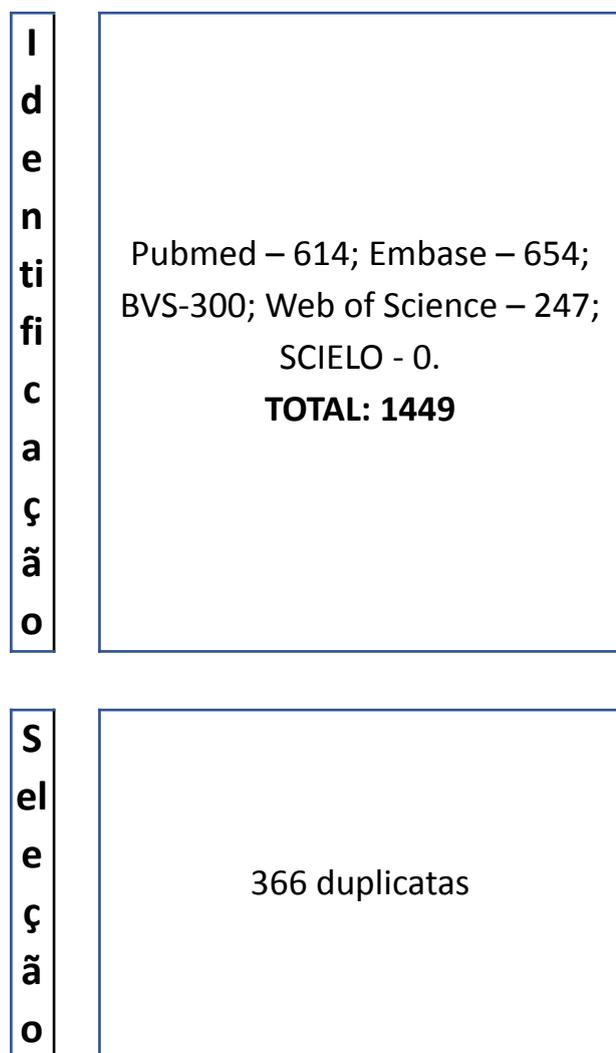
Através da plataforma *Rayyan* (<https://www.rayyan.ai/>), selecionaram-se, de acordo com os critérios de análise e de exclusão, os artigos por leitura de título e resumo. Em seguida, os artigos triados submeteram-se a nova revisão, que contemplou o trabalho por extenso, e também serviram como base para buscas manuais através de suas referências. As duas etapas do estudo realizaram-se, de forma independente, por 02 (dois) revisores (L.S.C e M.G.D).

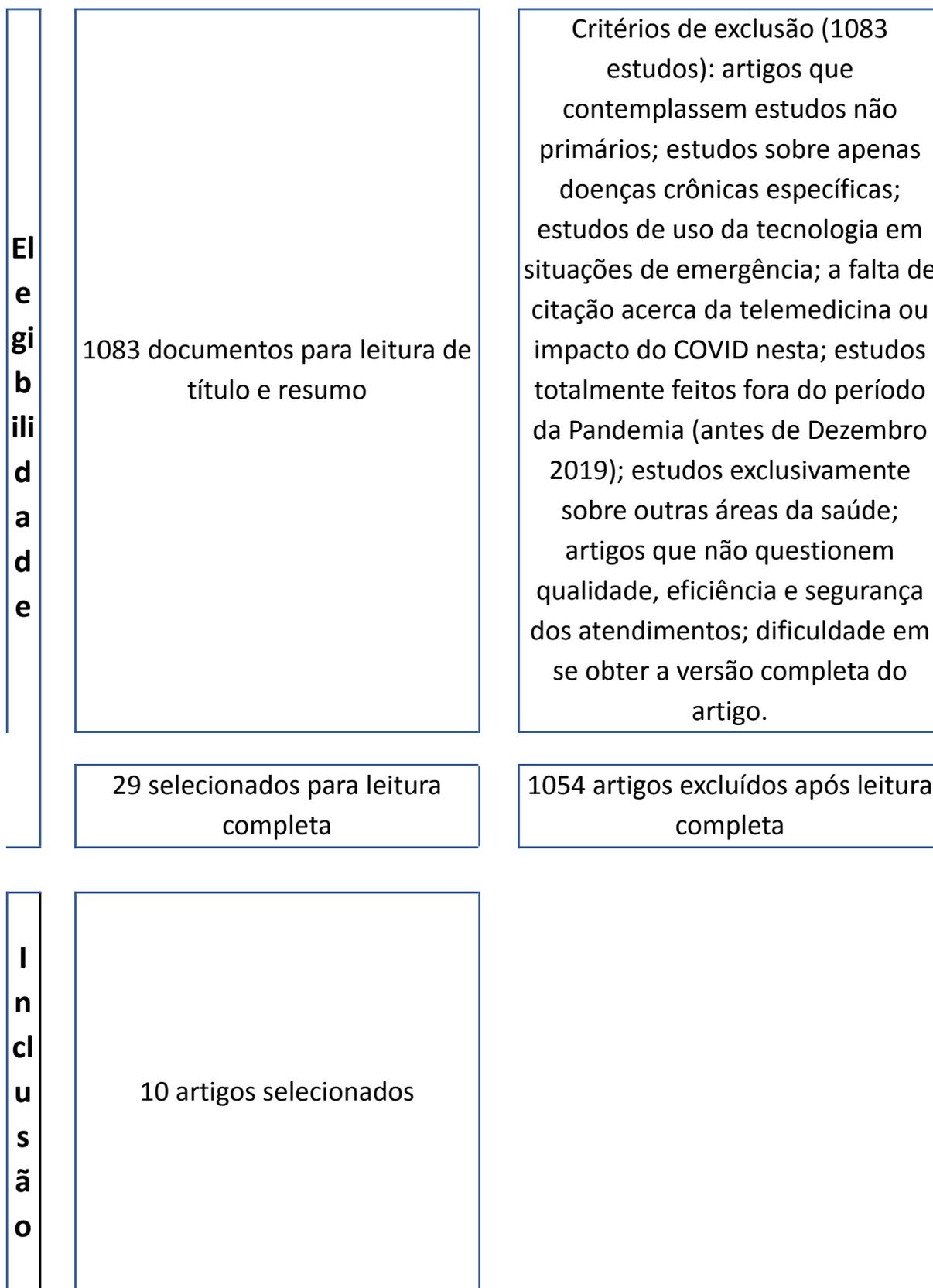
Extração de dados

Coletou-se os dados por dois revisores (L.S.C e M.G.D) através de uma tabela que contemplava as seguintes variáveis para categorização dos estudos: Autor/ano de publicação; Tipo de estudo; uso prévio da Telemedicina pelos médicos e/ou pacientes; visão dos médicos com relação a satisfação com o atendimento; Aceitação dos médicos; Aceitação dos pacientes; comparação com a presencial; Plataforma utilizada e facilidade no uso; percepção de segurança; limitações do uso da tecnologia.

A tabela supracitada se encontra no seguinte link de acesso: <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1sLhhGyOADfpRTgVGIaiNZav3aHq3XzVgYKIUHOC35ro/edit?usp=sharing>.

Quadro 1: Fluxograma de apresentação dos resultados das pesquisas realizadas





Fluxograma adaptado do PRISMA flow diagram for the systematic review

IV. Resultados

Encontrou-se 1449 artigos nas buscas em diversas bases da literatura. Destes, após retirada de 366 duplicatas e 1054, após leitura de títulos e resumos, permaneceram 29 artigos para análise completa, dos quais selecionou-se dez (10) estudos.

Destes dez estudos, todos (10/10) se caracterizam como questionários que abordam o tema da qualidade do atendimento através do uso da nova tecnologia, dos quais quatro questionam exclusivamente médicos/profissionais da saúde, três mesclam médicos/pacientes e outros três exclusivamente pacientes. Ademais, dois discorrem acerca da percepção de segurança e outros sete sobre as limitações do uso da tecnologia.

A grande maioria dos artigos analisados (60%) é dos Estados Unidos, sendo acompanhada por artigos provenientes da Índia, Israel, Austrália e Rússia, correspondentes a 10%, cada, dos estudos avaliados.

Todos os dez estudos se desenham em torno de questionários (em múltiplas formas) aplicados em centros especializados ou online. Dos dez estudos, a metade realizou-se em um único centro (50%), três realizaram-se online com divulgação através de mídias sociais (30%) e dois aplicaram-se em múltiplos centros de atenção à saúde (20%).

Qualidade do atendimento por meio da visão do paciente

Dos seis artigos que abordam a visão do paciente, todos apresentam uma avaliação positiva das consultas de telemedicina, com índice de respostas acima de 75% do total dos pacientes entrevistados em cada pesquisa.

Ao realizar uma análise fragmentada dos pacientes, ou seja, separando-os em categorias, três artigos (50%) apresentam a diferença entre a satisfação de pacientes que já

usavam a tecnologia antes da pandemia e novos pacientes atendidos on-line. Dois deles não apresentaram diferença entre a satisfação dos novos usuários e os antigos (BATE, 2020) (RAMASWAMI, 2020). O outro inferiu que a satisfação dos pacientes mais antigos é significativamente maior que a dos novos pacientes (HOLTZ, 2021).

Além disso, um artigo discrimina a avaliação dos estudados pela gravidade dos sintomas apresentados, de forma que a avaliação dos pacientes com condição clínica menos grave foi cerca de 83% em comparação aos 62% dos mais graves (POLUNINA, 2020).

Enfim, um artigo confronta a satisfação de um grupo em uma situação sem problemas técnicos durante a consulta e outro grupo com problemas. Este foi definido como mais de trinta segundos de delay na videochamada. Nesta ocasião, o estudo mostra uma queda da satisfação de aproximadamente 96% no grupo com delay menor de trinta segundos, comparando-se a 57% no outro grupo (BARKAI, 2020).

Qualidade do atendimento por meio da visão dos médicos

Sete artigos abordaram a visão dos médicos e profissionais de saúde com relação ao atendimento à distância, dentre os quais há uma certa disparidade entre a satisfação dos entrevistados nos estudos.

De todos analisados, apenas um (14%) apresentou uma taxa de satisfação com menos da metade da população estudada (BARKAI, 2020). Este ainda discrimina os estudados de acordo com a especialidade do profissional, sendo os oncologistas os que menos se empolgam com a nova tecnologia, em contraste com os psiquiatras que são muito entusiastas desta.

Uma das publicações ainda comenta que o fator idade do profissional influencia drasticamente na vontade de usar a tecnologia num futuro pós-pandemia, sendo que aqueles com menos de 50 anos estão mais propensos a usá-la (ARUMUGAM, 2020).

Dessa mesma forma, outros quatro estudos abordam a disponibilidade e vontade dos médicos em usar a telemedicina futuramente. Destes, um (25%) mostra insignificante, estatisticamente, essa disponibilidade pelos profissionais (BATE, 2020). Os outros três (75%) apresentam uma aceitação muito maior por parte dos entrevistados, com mais de 87% dos entrevistados dispostos a usar a tecnologia no futuro (GOLD, 2020) (MINER, 2021) (SAIYED, 2020).

Percepção de segurança, comparação com o presencial e limitações observadas nos estudos

Abordou-se a comparação entre consultas presenciais e à distância em seis artigos (60%), sendo que dois apenas médicos respondem o questionário, em um apenas pacientes e nos outros três ambos são representados. Destes apenas um artigo infere que há uma preferência pela consulta presencial (SAIYED, 2020).

Já nos outros cinco estudos, nenhum chega a uma preferência estatisticamente relevante para nenhuma das duas modalidades. Ainda assim, três artigos trazem à tona a preocupação, tanto pela parte dos médicos quanto dos pacientes, na qualidade do diagnóstico realizado nas consultas online (BATE, 2020) (BARKAI, 2020) (ARUMUGAM, 2021).

Da mesma forma, dois artigos compararam a qualidade em 2019 e 2021 dos atendimentos nas duas modalidades. Em ambos, não há variação significativa entre a

avaliação positiva pré e durante a pandemia para a consulta ao vivo. Enquanto que na teleconsulta ou consulta remota, um dos estudos mostra a satisfação que chega a 85% nas consultas pré-pandemia contra os 70% atingidos durante (BATE, 2020). O outro artigo não demonstra essa diferença (RAMASWAMI, 2020).

Ainda há uma comparação entre a satisfação e a propensão de usar a tecnologia no futuro de pacientes antes e depois da pandemia, sendo que os que já usavam a tecnologia antes além de mais satisfeitos também são mais propensos a usá-la novamente (HOLTZ, 2021).

A percepção de segurança está descrita em duas ocasiões, sendo que em uma questionou-se acerca da segurança de exposição para a COVID nas consultas remotas, chegando a 92% dos pacientes se sentindo mais seguros em ver seus médicos através da tecnologia (BATE, 2020). Já no outro artigo, se abordou a questão da percepção de segurança dos dados pessoais, a maioria dos entrevistados não sentiu sua privacidade invadida nem preocupação com relação à divulgação dos dados fornecidos (HOLTZ, 2021).

Sete artigos abordam o tema das limitações encontradas na realização de consultas de telemedicina. Os principais problemas que mais se encontram são problemas técnicos, dificuldade no diagnóstico e falta de treinamento médico, os quais aparecem, respectivamente, em seis, quatro e três artigos. Outros problemas também abordados foram a falta de aconselhamento legal, custo elevado e barreira na comunicação pela parte do paciente (e.g. Câncer de cabeça e pescoço, etc.), que aparecem em apenas um estudo cada.

V. Discussão

Dos aspectos analisados, vale destacar as avaliações positivas com relação à qualidade, sendo que ao comparar com a avaliação feita pelos pacientes, os médicos não

foram tão empolgados; a sensação segurança, que na nova tecnologia se mostra mais presente nos entrevistados tendo em vista a pandemia; a comparação com o presencial e ao período pré-pandemia, que além de não demonstrar preferência estatisticamente relevante pela consulta presencial ainda sinaliza uma melhora nos atendimentos no período mais atual; as limitações que se relacionam principalmente a dificuldades técnicas, falta de treinamento médico e dificuldade no diagnóstico.

Na revisão realizada por Clément (2020), a sensação de segurança dos dados sinalizada pelos pacientes entrevistados é justificada pelo fato de que os programas que compõem o quadro de múltiplas consultas online usam algumas artimanhas para garantir essa privacidade (e.g. encriptação de dados pessoais, senhas triplas, limitação de informações retidas, etc.). Esta precaução está respaldada por legislações específicas em cada país.

Seguindo essa linha, o trabalho realizado por Hardcastle (2021) tenta situar como está a telemedicina na Medicina Canadense. Ao abordar o tema da qualidade dos atendimentos, é notório o aumento do acesso à saúde que a tecnologia proporciona, principalmente em pacientes geograficamente isolados ou com alguma doença infectocontagiosa. No entanto, o mesmo artigo reforça que em uma das formas como a tecnologia é usada no país - similar à um pronto atendimento online- há um forte comprometimento da relação médico-paciente, tendo em vista que não há um seguimento constante do paciente pelo mesmo profissional.

Esse mesmo artigo, ao abordar a segurança e privacidade dos pacientes, reforça que, no país em questão, há estrita regulamentação que, pode diferir entre cada unidade federativa mas, colocam medidas de proteção de dados para os pacientes e médicos (HARDCASTLE, 2021).

Já Latifi (2020) em seu artigo dá uma outra perspectiva ao afirmar categoricamente que a Telemedicina ocupa um papel essencial na Medicina em situações de desastres naturais ou com origem humana (e.g. Terremotos, guerras, COVID-19, etc.) desde o final da década de 80. Esse papel se resume a alcançar as pessoas isoladas em situações de risco sem expor os profissionais, consequentemente ajuda a reduzir o número de afetados. Isso respalda a percepção de segurança referida pelos entrevistados por Bate (2020).

Além disso, em uma revisão Mills (2020) compara as consultas online com as presenciais e chama atenção ao destacar as principais vantagens e desvantagens do uso da tecnologia antes da COVID-19, que são visíveis na **Tabela 1a**. Dentre as vantagens se enfatizam a comodidade tanto para o médico quanto para o paciente, o custo reduzido e a assiduidade. Enquanto que dentre as desvantagens é possível perceber principalmente as falhas tecnológicas, a desconfiança na segurança dos dados e a má prática médica.

Tabela 1a: Vantagens e desvantagens da Telemedicina antes da COVID-19

Table 1. TELEMEDICINE ADVANTAGES AND DISADVANTAGES PRIOR TO COVID-19	
Advantages	Disadvantages/Limitations
Decreased healthcare costs ^{7,19,24-26}	Inconsistent clarity and quality of transmitted images ^{7,9,10}
Avoidance of patient travel ^{7,19,26}	Technological difficulties ^{7,8}
Timesaving for patients ^{12,27}	Data protection and Health Insurance Portability and Accountability Act compliance concerns ¹¹
Timesaving for providers ^{17,18,27}	Malpractice and liability concerns remain unclear ^{7,2}
Comparable patient and caregiver satisfaction ^{R19,22,26,28,29}	Clinicians must be licensed in the state where the patient is physically located at the time of the visit ^{12,13}
High healthcare provider satisfaction ^{R,12,29}	Inconsistent and state-dependent Medicaid and private payer reimbursements ^{12,13}
Potential for technological advancement ^{30,31}	Medicare coverage only for patients living in designated rural areas ¹⁴

Recuperado na revisão realizada por Mills et al. (2020)

Ainda na mesma revisão, os autores trazem à tona as vantagens e desvantagens do uso dessa tecnologia no atendimento para a COVID-19, visíveis a seguir na **Tabela 1b**. O texto destaca como pontos positivos a proteção dos profissionais da saúde, enquanto que como pontos negativos a falta de preparo dos hospitais e centros de saúde para realizar a atividade remota (MILLS, 2020).

Tabela 1b: Vantagens e Desvantagens da Telemedicina durante a COVID-19

Advantages	Disadvantages/Limitations
Personal protective equipment resource preservation	Many healthcare centers and hospitals do not have well-established telemedicine systems in place
Protect patients from viral exposure in high-risk healthcare settings	Because of risk of contamination, fewer assessment tools are available in inpatient setting (eg, transdermal thermography)
Protect limited specialist healthcare workers from potential exposure	Coronavirus-related skin changes can distort clinical picture
Loosened regulatory restrictions allow use of all "non-public facing" remote communication platforms ³⁸	Direct care nurses often check pressure points, but do not assess other areas of body for wounds
Telemedicine has emergently and temporarily been expanded under the 1135 waiver authority and Coronavirus Preparedness and Response Supplemental Appropriations Act ¹⁴	

Recuperado na revisão realizada por Mills et al. (2020)

Em seu relato de opinião, Schachar (2020), além de contextualizar o que os estados norte-americanos realizaram para receberem e facilitarem o uso da tecnologia durante a

COVID-19, propõe formas da Telemedicina continuar progredindo mesmo após o fim dos isolamentos. Sendo a primeira a ideia de que os governantes, e entidades responsáveis, garantam a qualidade do atendimento, através de treinamento dos profissionais responsáveis pelos atendimentos.

Seguindo a ideia de segurança dos dados, ele também afirma que será necessária uma nova forma de organizar os dados sem depender tanto dessas bases privadas criadas no país, sugere o desenvolvimento de uma base governamental na qual os históricos estariam registrados e disponíveis aos profissionais interessados. Além disso, o autor destaca a importância dos médicos seguirem usando a Telemedicina mesmo após a COVID-19. Por último, ele sugere uma reorganização na lógica de pagamento e reembolso pelos serviços prestados através da tecnologia e defende que, por se tratar de uma consulta com menos acesso a exames ou outros recursos, deveria ser mais barata, com menor reembolso (SCHACHAR, 2020).

Enfim, Reeves et al (2021) dão um passo na mesma direção pouco explorada por Schachar. Os pesquisadores propõem uma diretriz para garantir a segurança e qualidade do atendimento pela Telemedicina na era do COVID-19, apresentada na **Tabela 2**. Nestas se destacam a importância de já ser um paciente previamente consultado presencialmente, que tenha conhecimentos básicos acerca da tecnologia (ou com uma rede de apoio próxima), que não seja uma situação clínica de risco iminente à vida do paciente, etc.

Tabela 2: Recomendações para uma consulta remota de qualidade

Characteristic	Appropriate for telehealth	Potentially inappropriate for telehealth
Visit type	Follow-up visit for known/diagnosed disease state or patient condition	New patient (establishment of primary care or new consultation)
	Follow-up postprocedure visit with no patient complaints	Annual physical examination or well-child check
	Recurring medication or chronic medical condition review	Acute visit prompted by an acute change in patient condition
	Initial or follow-up visit for mental health conditions	Initial psychiatry visits or annual follow-up for controlled substances
Patient characteristics	Existing, trusting, personal connection with the provider	Distrusting of health care professionals
	High health literacy	Low health literacy
	Robust social support system	Low social support system
	Anxious in health care settings	Poor vision or hearing
	Lives remotely or has inadequate transportation	Prefers in-person
	Prefers telehealth	
Chief complaint or disease state characteristics	Physical examination unlikely to be diagnostic	Physical examination may aid in diagnosis or prognosis
	N/A ^a	Examination findings may influence initial workup and/or management
	Focused physical examination can be performed virtually (ie, visual examination)	Focused examination cannot be performed virtually (ie, palpation of mass)
	Chief complaint with standardized initial workup and management	Chief complaints that often result in referral to acute care settings
Other considerations	English as a second language (interpreter required)	Patient has a poor internet connection
	Patient or close family member technologically savvy	Patient lacks technological capabilities to join video visit/telehealth encounter
	Patient with multiple family members at home who can join telehealth visit	N/A

^aN/A: not applicable.

Recuperado na revisão realizada por Reeves et al. (2021)

Conclusões

O papel da tecnologia na Medicina está mais do que comprovado ao redor do mundo, ainda que muito debatido, e rechaçado, em terras brasileiras. Os temas revisados neste trabalho comportam temas importantíssimos para este debate: a qualidade de atendimento, a segurança do paciente e a comparação com o atendimento presencial. A importância deste trabalho é a de destacar a telemedicina como tecnologia presente e com perspectivas positivas para o futuro da medicina no Brasil, ao situar sua situação nestes temas.

É imprescindível que novos estudos sejam realizados para corroborar com a ideia que as novidades devem ser encaradas como oportunidades de melhorar o trabalho nas áreas da

saúde. Nestes será necessário abordar outros temas como a falta de preparo dos profissionais com a tecnologia e a incorporação da tecnologia no SUS.

Referências

1. CASTRO, T.M.S et al. Vista do Análise quantitativa do atendimento remoto durante a pandemia do COVID-19 relacionado aos marcos históricos da doença no Brasil. Mpmcomunicacao.com.br.Disponível em:<<http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/577/572>>.
2. CORRÊA, Julia Cariello Brotas; ZAGANELLI, Margareth Vetis; DA SILVA GONÇALVES, Bárbara Donnária. TELEMEDICINA NO BRASIL: DESAFIOS ÉTICO-JURÍDICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19. HUMANIDADES E TECNOLOGIA (FINOM), v. 25, n. 1, p. 200-218, 2020.
3. DEBNATH, D. Activity analysis of telemedicine in the UK. Postgraduate Medical Journal, v. 80, n. 944, p. 335–338, 2004. Disponível em: <<https://pmj.bmj.com/content/80/944/335>>.
4. DOMINGUES, Daniela A M; MARTINEZ, Israel B; RICARDO BERTOGLIO CARDOSO; et al. História da evolução da telemedicina no mundo, no Brasil e no Rio Grande do Sul. ResearchGate. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/303913363_Historia_da_evolucao_da_telemedicina_no_mundo_no_Brasil_e_no_Rio_Grande_do_Sul>.
5. GARG, Vaibhav; BREWER, Jeffrey. Telemedicine Security: A Systematic Review. Journal of Diabetes Science and Technology, v. 5, n. 3, p. 768–777, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3192643/>>. Acesso em: 16 Dec. 2020.
6. GLAUSER, Wendy, Telemedicine on the rise across Canada, Healthydebate.ca, disponível em: <<https://healthydebate.ca/2015/06/topic/telemedicine-across-canada>>.
7. HARDCASTLE, Lorian; OGBOGU, Ubaka. Virtual care: enhancing access or harming care?. In: Healthcare Management Forum. Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications, 2020. p. 288-292.
8. HOLTZ, Bree E. Patients perceptions of telemedicine visits before and after the coronavirus disease 2019 pandemic. Telemedicine and e-Health, v. 27, n. 1, p. 107-112, 2021.
9. Hospital Virtual Brasileiro, Hospvirt.org.br, disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/>>.
10. HRON, Jonathan D. et al. Rapid implementation of an inpatient telehealth program during the COVID-19 pandemic. Applied Clinical Informatics, v. 11, n. 03, p. 452-459, 2020.
11. IMPRENSA NACIONAL, PORTARIA No 467, DE 20 DE MARÇO DE 2020 - PORTARIA No 467, DE 20 DE MARÇO DE 2020 - DOU - Imprensa Nacional, In.gov.br, disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>>.
12. INCUCA. Telemedicina no Brasil: portarias e normas. Telemedicina. Disponível em: <<https://portaltelemedicina.com.br/blog/portarias-e-normas-que-regem-a-telemedicina-no-brasil>>.

13. KAPLAN, Bonnie. Revisiting health information technology ethical, legal, and social issues and evaluation: telehealth/telemedicine and COVID-19. *International journal of medical informatics*, v. 143, p. 104239, 2020.
14. KHOURI, S. G. Telemedicina: análise da sua evolução no Brasil. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências, área de Fisiopatologia Experimental) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
15. KIM, Dong-won; CHOI, Jin-young; HAN, Keun-hee. Risk management-based security evaluation model for telemedicine systems. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, v. 20, n. 1, p. 1-14, 2020.
16. La télémédecine. Sante.fr. Disponível em: <<https://www.ars.sante.fr/la-telemedecine>>.
17. LATIFI, Rifat; DOARN, Charles R. Perspective on COVID-19: finally, telemedicine at center stage. *Telemedicine and e-Health*, v. 26, n. 9, p. 1106-1109, 2020.
18. MAESE, John R. et al. <? covid19?> Perspective: What a Difference a Disaster Makes: The Telehealth Revolution in the Age of COVID-19 Pandemic. *American Journal of Medical Quality*, v. 35, n. 5, p. 429-431, 2020.
19. MALIK, Rubena Ali; SADLER, Philip. Remote consultations: what you need to know. *World Family Medicine*, v. 18, n. 10, p. 103-106, 2020.
20. MILLS, Emily C. et al. Telemedicine and the COVID-19 pandemic: are we ready to go live?. *Advances in skin & wound care*, 2020.
21. MINER, Harrison et al. Clinician telemedicine perceptions during the COVID-19 pandemic. *Telemedicine and e-Health*, v. 27, n. 5, p. 508-512, 2021.
22. MOAZZAMI, Bobak et al. COVID-19 and telemedicine: Immediate action required for maintaining healthcare providers well-being. *Journal of Clinical Virology*, v. 126, p. 104345, 2020.
23. PARIMBELLI, E.; BOTTALICO, B.; LOSIOUK, E.; et al. Trusting telemedicine: A discussion on risks, safety, legal implications and liability of involved stakeholders. *International Journal of Medical Informatics*, v. 112, p. 90–98, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386505618300182>>. Acesso em: 16 Dec. 2020.
24. POLUNINA, N. V. et al. COVID-19 PATIENTS'SATISFACTION WITH QUALITY OF MEDICAL CARE PROVIDED IN THE FORM OF TELEMEDICINE CONSULTATIONS. *Bulletin of Russian State Medical University*, n. 6, p. 135-140, 2020.
25. RAMASWAMY, Ashwin et al. Patient satisfaction with telemedicine during the COVID-19 pandemic: retrospective cohort study. *Journal of medical Internet research*, v. 22, n. 9, p. e20786, 2020.
26. RAMOS, Pilar Mazón; LAMELA, Alejandro Virgós; GONZÁLEZ-JUANATEY, José Ramón. Reorganización de la actividad asistencial ambulatoria en la era de la COVID-19. La hora de la e-consulta. *Revista Española de Cardiología Suplementos*, v. 20, p. 21-26, 2020.
27. REEVES, J. Jeffery; AYERS, John W.; LONGHURST, Christopher A. Telehealth in the COVID-19 era: a balancing act to avoid harm. *Journal of Medical Internet Research*, v. 23, n. 2, p. e24785, 2021.

28. R.S.H. ISTEPANIAN, Telemedicine in the United Kingdom: Current status and future prospects, ResearchGate, disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/3415480_Telemedicine_in_the_United_Kingdom_Current_status_and_future_prospects>.
29. RESOLUÇÃO CFM no 2.227/2018. [s.l.: s.n., s.d.]. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao222718.pdf>>.
30. ROMANICK-SCHMIEDL, Sue; RAGHU, Ganesh. Telemedicine—Maintaining quality during times of transition. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 6, n. 1, p. 1-2, 2020.
31. ROOF, Kevin S. et al. Virtual On-Treatment Visits: Implementation, Patient Perspectives, Barriers, Limitations, Benefits, and Opportunities. *Advances in Radiation Oncology*, v. 6, n. 1, p. 100579, 2021.
32. R.S.H. ISTEPANIAN, Telemedicine in the United Kingdom: Current status and future prospects, ResearchGate, disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/3415480_Telemedicine_in_the_United_Kingdom_Current_status_and_future_prospects>.
33. SABBATINI, Renato, A Telemedicina no Brasil: Evolução e Perspectivas, [s.l.: s.n., s.d.].
34. SAIYED, Salim; NGUYEN, An; SINGH, Rashmi. Physician perspective and key satisfaction indicators with rapid telehealth adoption during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Telemedicine and e-Health*, v. 27, n. 11, p. 1225-1234, 2021.
35. SALISBURY, Chris et al. Private video consultation services and the future of primary care. *Journal of Medical Internet Research*, v. 22, n. 10, p. e19415, 2020.
36. SANTOS, Weverson Soares et al. Reflexões acerca do uso da telemedicina no Brasil: oportunidade ou ameaça?. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, v. 9, n. 3, p. 433-453, 2020.
37. SEGRELLES-CALVO, Gonzalo; GÓMEZ-RAMÓN, Alicia; LÓPEZ-PADILLA, Daniel. Telemedicina y COVID-19: la importancia de herramientas metodológicas de calidad (Model for Assessment of Telemedicine [MAST]). *Archivos De Bronconeumologia*, v. 57, p. 3, 2021.
38. VIANA, Fernanda Martins. Telemedicina: uma ferramenta para ampliar o acesso à assistência em saúde no Brasil. 2015. Tese de Doutorado. SHACHAR, Carmel; ENGEL, Jaclyn; ELWYN, Glyn. Implications for telehealth in a postpandemic future: regulatory and privacy issues. *Jama*, v. 323, n. 23, p. 2375-2376, 2020.
39. SIMÕES, Sílvia Magalhães; OLIVEIRA, Adicinéia; DOS SANTOS, Mario Adriano. TELEMEDICINA NA PANDEMIA COVID-19. *Revista Interdisciplinar de Pesquisa e Inovação*, v. 7, n. 2, p. 104-109.
40. SINSKY, Christine A.; JERZAK, James T.; HOPKINS, Kevin D. Telemedicine and team-based care: the perils and the promise. In: *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier, 2021. p. 429-437.
41. SWITZERLAND, Geneva, A health telematics policy in support of WHO's Health-for-all strategy for global health development: report of the WHO Group Consultation on Health Telematics, 11-16 December, Geneva, 1997, Who.int, 2020.
42. URTIGA, Keylla et al, Telemedicina: uma visão geral do estado da arte, [s.l.: s.n., s.d.].

43. VIANA, Fernanda Martins. Telemedicina: uma ferramenta para ampliar o acesso à assistência em saúde no Brasil. 2015. Tese de Doutorado.
44. WHO, World Health Organization, Opportunities and developments TELEMEDICINE in Member States Report on the second global survey on eHealth Global Observatory for eHealth series -Volume 2 2010, [s.l.: s.n., s.d.].
45. WONG, Andy et al. Patient care during the COVID-19 pandemic: use of virtual care. Journal of medical Internet research, v. 23, n. 1, p. e20621, 2021.

ANEXO 1

Art. 1º Definir a telemedicina como o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde.

Art. 2º A telemedicina e a teleassistência médica, em tempo real on-line (síncrona) ou off-line (assíncrona), por multimeios em tecnologia, é permitida dentro do território nacional, nos termos desta resolução.

Art. 3º Nos serviços prestados por telemedicina, os dados e imagens dos pacientes devem trafegar na rede mundial de computadores (internet) com infraestrutura, gerenciamento de riscos e requisitos obrigatórios para assegurar o registro digital apropriado e seguro, obedecendo às normas do CFM pertinentes a guarda, manuseio, integridade, veracidade, confidencialidade, privacidade e garantia do sigilo profissional das informações.

§1º Os sistemas informacionais para teleassistência médica devem atender aos padrões de representação, terminologia e interoperabilidade de informações de forma a possibilitar o Sistema de Registro Eletrônico/Digital unificado do paciente.

§2º Deve ser utilizado um Sistema de Registro Eletrônico/Digital de informação, proprietário ou de código aberto, que capture, armazene, apresente, transmita ou imprima informação digital e identificada em saúde, e que atenda integralmente aos requisitos do Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2) e o padrão ICP-Brasil.

§3º Devem ser preservados todos os dados trocados por imagem, texto e/ou áudio entre médicos, entre médico e paciente e entre médico e profissional de saúde.

§4º A guarda das informações relacionadas ao atendimento realizado por telemedicina deverá atender à legislação vigente e estará sob responsabilidade do médico responsável pelo atendimento.

§5º A interoperabilidade deve garantir, com utilização de protocolos abertos e flexíveis, que dois ou mais Sistemas de Registro Eletrônico/Digital sejam capazes de se comunicar de forma eficaz e assegurando a integridade dos dados.

Art. 4º A teleconsulta é a consulta médica remota, mediada por tecnologias, com médico e paciente localizados em diferentes espaços geográficos.

§1º A teleconsulta subentende como premissa obrigatória o prévio estabelecimento de uma relação presencial entre médico e paciente.

§2º Nos atendimentos por longo tempo ou de doenças crônicas, é recomendado consulta presencial em intervalos não superiores a 120 dias.

§3º O estabelecimento de relação médico-paciente de modo virtual é permitido para cobertura assistencial em áreas geograficamente remotas, desde que existam as condições físicas e técnicas recomendadas e profissional de saúde.

§4º O teleatendimento deve ser devidamente consentido pelo paciente ou seu representante legal e realizado por livre decisão e sob responsabilidade profissional do médico.

§5º Em caso de participação de outros profissionais de saúde, estes devem receber treinamento adequado, sob responsabilidade do médico pessoa física ou do diretor técnico da empresa intermediadora.

Art. 5º Nas teleconsultas são obrigatórios os seguintes registros eletrônicos/digitais:

I- identificação das instituições prestadoras e dos profissionais envolvidos;

II- termo de consentimento livre e esclarecido;

III- identificação e dados do paciente;

IV- registro da data e hora do início e do encerramento;

V- identificação da especialidade;

VI- motivo da teleconsulta;

VII- observação clínica e dados propedêuticos;

VIII- diagnóstico;

IX- decisão clínica e terapêutica;

X- dados relevantes de exames diagnósticos complementares;

XI- identificação de encaminhamentos clínicos;

XII- produção de um relatório que contenha toda informação clínica relevante, validado pelos profissionais intervenientes e armazenado nos Sistemas de Registro Eletrônico/Digital das respectivas instituições; e

XIII- encaminhamento ao paciente de cópia do relatório, assinado pelo médico responsável pelo teleatendimento, com garantia de autoria digital.

Art. 6º A teleinterconsulta é a troca de informações e opiniões entre médicos, com ou sem a presença do paciente, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, clínico ou cirúrgico.

Parágrafo único. Na teleinterconsulta a responsabilidade profissional do atendimento cabe ao médico assistente do paciente. Os demais médicos envolvidos responderão solidariamente na proporção em que contribuírem para eventual dano.

Art. 7º 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.

Art. 8º A telecirurgia é a realização de procedimento cirúrgico remoto, mediado por tecnologias interativas seguras, com médico executor e equipamento robótico em espaços físicos distintos.

§1º A telecirurgia somente poderá ser realizada em infraestrutura adequada e segura, com garantia de funcionamento de equipamento, largura de banda eficiente e redundante, estabilidade do fornecimento de energia elétrica e segurança eficiente contra vírus ou invasão de hackers.

§2º A equipe médica principal deve ser composta, no mínimo, por médico operador do equipamento robótico (cirurgião remoto) e médico responsável pela manipulação instrumental (cirurgião local).

§3º O médico operador do equipamento robótico (cirurgião remoto) deve ser portador de RQE na área correspondente ao ato cirúrgico principal, com registro no CRM de sua jurisdição.

§4º O médico executor da manipulação instrumental (cirurgião local) deve ser portador de RQE na área correspondente ao ato cirúrgico principal, com registro no CRM de sua jurisdição, e capacitado a assumir o ato operatório de modo presencial.

§5º O médico local deverá se responsabilizar pela intervenção cirúrgica em situação de emergência ou em ocorrências não previstas, tais como falha no equipamento robótico, falta de energia elétrica, flutuação ou interrupção de comunicação.

§6º A telecirurgia robótica deve ser explicitamente consentida pelo paciente ou seu representante legal e realizada por livre decisão e sob responsabilidade profissional dos médicos envolvidos no ato cirúrgico.

§7º Na telecirurgia são obrigatórios os seguintes registros em prontuários:

- I- identificação da instituição prestadora e dos profissionais envolvidos;*
- II- termo de consentimento livre e esclarecido;*
- III- identificação e dados do paciente;*
- IV- identificação dos médicos participantes do ato operatório;*
- V- registro da data e hora do início e do encerramento;*
- VI- identificação do equipamento robótico utilizado(marca e modelo);*
- VII- identificação da especialidade;*
- VIII- diagnóstico pré-operatório;*
- IX- cirurgia realizada;*
- X- técnica anestésica empregada;*
- XI- descrição dos tempos cirúrgicos;*
- XII- achados operatórios;*
- XIII- lista de material empregado, inclusive órtese e prótese;*
- XIV- diagnóstico cirúrgico;*
- XV- identificação de encaminhamentos clínicos;*
- XVI- produção de relatório que contenha toda informação clínica relevante, validado pelos profissionais intervenientes e armazenado nos Sistemas de Registro Eletrônico/Digital da instituição; e*
- XVII- encaminhamento ao paciente de cópia do relatório, assinado pelo médico responsável pela telecirurgia, com garantia de autoria digital.*

§8º A teleconferência de ato cirúrgico, por videotransmissão síncrona, pode ser feita para fins de ensino ou treinamento, desde que o grupo de recepção de imagens, dados e áudios seja composto por médicos.

§9º Na teleconferência, os objetivos do treinamento não devem comprometer a qualidade assistencial nem gerar aumento desnecessário do tempo de procedimento que possa comprometer a recuperação pós-cirúrgica do paciente, em obediência ao normatizado no Código de Ética Médica.

Art. 9º O telediagnóstico deve ser realizado segundo diretrizes científicas propostas pela Associação de Especialidade vinculada ao método, reconhecida pela Comissão Mista de Especialidades, constituída conforme Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015.

§1º As diretrizes devem ser encaminhadas ao CFM para análise da aprovação.

§2º *Excetua-se os procedimentos regulamentados por resolução específica do CFM.*

Art. 10. A teletriagem médica é o ato realizado por um médico com avaliação dos sintomas, a distância, para definição e direcionamento do paciente ao tipo adequado de assistência que necessita ou a um especialista.

§1º *O médico deve destacar e registrar que não se trata de um diagnóstico médico.*

§2º *Na teletriagem o estabelecimento de saúde deve oferecer e garantir todo o sistema de regulação para encaminhamento dos pacientes.*

Art. 11. O telemonitoramento é o ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigilância a distância de parâmetros de saúde e/ou doença, por meio de aquisição direta de imagens, sinais e dados de equipamentos e/ou dispositivos agregados ou implantáveis nos pacientes em regime de internação clínica ou domiciliar, em comunidade terapêutica, em instituição de longa permanência de idosos ou no traslado de paciente até sua chegada ao estabelecimento de saúde.

Parágrafo único. O telemonitoramento inclui a coleta de dados clínicos, sua transmissão, processamento e manejo sem que o paciente precise se deslocar até uma unidade de saúde.

Art. 12. No telemonitoramento ou televigilância, as seguintes premissas devem ser atendidas:

I- a coordenação do serviço de assistência remota deverá promover o treinamento dos profissionais de saúde locais que intermediarão o atendimento;

II- indicação e justificativa de uso da telemedicina assinada pelo médico assistente do paciente;

III- garantia de segurança e confidencialidade tanto na transmissão como no recebimento de dados;

IV- a transmissão dos dados deve ser realizada sob a responsabilidade do médico encarregado pela assistência regular do paciente; e

V- a interpretação dos dados deve ser feita por médico regularmente inscrito no CRM de sua jurisdição e com RQE na área relacionada ao procedimento.

Art. 13. A teleorientação é o ato médico realizado para preenchimento a distância de declaração de saúde e para contratação ou adesão a plano privado de assistência à saúde.

Parágrafo único. Na teleorientação são vedadas indagações a respeito de sintomas, uso de medicamentos e hábitos de vida.

Art. 14. A teleconsultoria é o ato de consultoria mediada por tecnologias entre médicos e gestores, profissionais e trabalhadores da área da saúde, com a finalidade de esclarecer dúvidas sobre procedimentos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho.

Art. 15. Ao médico é assegurada a liberdade e completa independência de decidir se utiliza ou recusa a telemedicina, indicando a consulta presencial sempre que entender necessário.

Art. 16. No caso de prescrição médica a distância, esta deverá conter obrigatoriamente:

I- identificação do médico, incluindo nome, CRM e endereço;

II- identificação e dados do paciente;

III- registro de data e hora;

IV- assinatura digital do médico ou outro meio legal que comprove a veracidade do documento.

Art. 17. Em caso de emergência ou quando solicitado pelo médico responsável, o médico que emitir parecer a distância poderá prestar o devido suporte diagnóstico e terapêutico.

Art. 18. O paciente ou seu representante legal deverá autorizar a transmissão das suas imagens e dados por meio de consentimento informado, livre e esclarecido, por escrito e assinado, ou de gravação da leitura do texto e concordância, devendo fazer parte do Sistema de Registro Eletrônico/Digital do teleatendimento ao paciente.

Parágrafo único. É preciso assegurar consentimento explícito, no qual o paciente deve estar consciente de que suas informações pessoais podem ser compartilhadas e sobre o seu direito de negar permissão para isso.

Art. 19. As pessoas jurídicas que prestarem serviços de telemedicina deverão ter sede em território brasileiro e estar inscritas no Conselho Regional de Medicina do estado onde estão sediadas, com a respectiva responsabilidade técnica de médico regularmente inscrito no mesmo Conselho.

§1º Existindo filiais ou sedes, estas deverão ter inscrição própria no CRM de sua jurisdição, com a respectiva responsabilidade técnica.

§2º O médico poderá assumir responsabilidade técnica por até 2 (duas) empresas e/ou filiais.

§3º No caso de o prestador ser pessoa física, este deverá ser médico devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 20. Os Conselhos Regionais de Medicina deverão estabelecer constante vigilância e avaliação das atividades de telemedicina em seus territórios, no que concerne à qualidade da atenção, relação médico-paciente e preservação do sigilo profissional.

Art. 21. Os serviços de telemedicina jamais poderão substituir o compromisso constitucional de garantir assistência integral e universal aos pacientes.

Art. 22. Fica revogada a Resolução CFM nº 1.643/2002, publicada no D.O.U. de 26 de agosto de 2002, Seção I, p. 205, e todas as disposições em contrário.

Art. 23. Esta resolução entra em vigor 90 dias após sua publicação.

ANEXO 2

((telemedicine) OR (Mobile Health) OR (Health, Mobile) OR (mHealth) OR (Telehealth) OR (eHealth)) AND ((COVID 19) OR (COVID-19 Virus Disease) OR (COVID 19 Virus Disease) OR (COVID-19 Virus Diseases) OR (Disease, COVID-19 Virus) OR (Virus Disease, COVID-19) OR (COVID-19 Virus Infection) OR (COVID 19 Virus Infection) OR (COVID-19 Virus Infections) OR (Infection, COVID-19 Virus) OR (Virus Infection, COVID-19) OR (2019-nCoV Infection) OR (2019 nCoV Infection) OR (2019-nCoV Infections) OR (Infection, 2019-nCoV) OR (Coronavirus Disease-19) OR (Coronavirus Disease 19) OR (2019 Novel Coronavirus Disease) OR (2019 Novel Coronavirus Infection))

OR (2019-nCoV Disease) OR (2019 nCoV Disease) OR (2019-nCoV Diseases) OR (Disease, 2019-nCoV) OR (COVID19) OR (Coronavirus Disease 2019) OR (Disease 2019, Coronavirus) OR (SARS Coronavirus 2 Infection) OR (SARS-CoV-2 Infection) OR (Infection, SARS-CoV-2) OR (SARS CoV 2 Infection) OR (SARS-CoV-2 Infections) OR (COVID-19 Pandemic) OR (COVID 19 Pandemic) OR (COVID-19 Pandemics) OR (Pandemic, COVID-19))

OR (Institutional Liability) OR (Institutional Liabilities) OR (Liabilities, Institutional) OR (Liability, Institutional)

(Legal Liability) OR (Legal Liabilities) OR (Liabilities, Legal) OR (Torts) OR (Tort) OR (Personal Liability) OR (Liabilities, Personal) OR (Liability, Personal) OR (Personal Liabilities) OR (Professional Liability) OR (Liabilities, Professional) OR (Liability, Professional) OR (Professional Liabilities) OR

AND (Medical Liability) OR (Liabilities, Medical) OR (Liability, Medical) OR (Medical Liabilities)

AND ((Efficiency) OR (productivity))

AND ((Patient Safeties) OR (Safeties, Patient) OR (Safety, Patient)) AND ((Health Care Quality) OR (Quality of Healthcare) OR (Healthcare Quality) OR (Quality of Care) OR (Care Quality))