UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

CUIDADO TRANSICIONAL À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES AMBULATORIAIS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Rodrigo Pedroso Tolio

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves

Coorientador: Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue

Porto Alegre, dezembro de 2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

CUIDADO TRANSICIONAL À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES AMBULATORIAIS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Rodrigo Pedroso Tolio

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2022

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Tolio, Rodrigo Pedroso
CUIDADO TRANSICIONAL À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES AMBULATORIAIS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA / Rodrigo Pedroso Tolio. -- 2022.
83 f.
Orientador: Marcelo Rodrigues Gonçalves.

Coorientador: Sotero Serrate Mengue.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Consulta Remota. 2. Cuidado Transicional. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Encaminhamento e Consulta. 5. Estudos Transversais. I. Gonçalves, Marcelo Rodrigues, orient. II. Mengue, Sotero Serrate, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Thiago Gomes da Trindade, Programa De Pós-Graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Prof. Dr. Roberto Nunes Umpierre, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Profa. Dra. Camila Giugliani, Programa De Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado à sociedade brasileira que utiliza o valor do seu trabalho para investir na universidade federal pública, universal e gratuita. Dedico especialmente aos quase 700 mil conterrâneos que até agora pereceram pela pandemia de COVID-19. Espero que este projeto guie melhores políticas para promover a saúde das pessoas.

Ninguém faz nada sozinho

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi realizado por muitas pessoas, sem elas, ele não seria possível.

Primeiramente, agradeço a minha mãe, Denise, que me ensinou a medicina pelo exemplo; ao meu pai, Luiz, que me ensinou a resiliência nos momentos mais difíceis; a minha irmã, Fernanda, que me ensinou a nunca deixar de correr atrás dos seus sonhos; a minha companheira, Thaís, que me ajudou (me aturou) e revisou este trabalho incontáveis vezes;

Ao prof. Marcelo, que além de ser orientador e um grande exemplo de professor, pesquisador e médico, também é um grande amigo;

Ao prof. Sotero, por ser o oráculo sem o uso de enigmas;

Ao prof. Roberto, cuja ajuda tem sido fundamental na minha incipiente carreira acadêmica;

Ao Rodolfo, amigo, colega MFC e exemplo de profissional pelos diversos momentos norteadores;

À Fabiana, que é um exemplo de pesquisadora e guia;

Ao Prof. Bruce Duncan pelo apoio sempre que necessário e pela primeira oportunidade como pesquisador e pelo exemplo de amor e dedicação à ciência e à universidade;

Às pessoas que eu tenho muito orgulho de chamar de colegas MFCs e que me moldaram para ser a pessoa que sou hoje: Nanci, Diane, Cynthia, George, João Gabriel, Geferson, Nara, Lucas, Patrícia, Filipe, Alice, Bianca e Laureen;

A todas os colegas da ESF Girassol em Ribeirão das Neves/MG que me mostraram na prática a importância da APS voltada às pessoas e que me deram lições de vida diárias;

À comunidade acadêmica da UNISINOS, que está me ensinando a ser professor e me mostrando

na prática a satisfação de formar os médicos de amanhã; Em especial à Prof. Patrícia pela parceria e pela experiência de aprendizado mútuo;

A todos os colegas do TelessaúdeRS-UFRGS, principalmente à Bárbara, à Verônica, à Ana Célia, à Jordana, à Adriane, à Vanessa, à Luana e a todos os bolsistas, que incansavelmente auxiliaram no agendamento das consultas;

A todos os alunos que de alguma forma passaram pelo Teleambulatório.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS.....x

RESUMO…..... xi

ABSTRACT..... xiii

1. APRESENTAÇÃO 15

2. INTRODUÇÃO 16

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....18

3.1. APS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE 18

3.2. A TELESSAÚDE.....25

3.3. O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA TELEMEDICINA E NA TELESSAÚDE:.....32

3.4. CONSULTA MÉDICA REMOTA:.....34

3.5. O CUIDADO TRANSICIONAL 38

4. JUSTIFICATIVA.....43

5. OBJETIVOS.....45

5.1. PRINCIPAL: 45

5.2. ESPECÍFICOS: 45

6. REFERÊNCIAS 46

7. ARTIGO.....53

8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS 72

9. ANEXOS.....73

Anexo 1. Fluxo de tomada de decisão para seleção de consulta e atendimento no TA-HCPA/TSRS.....73

Anexo 2. Formulário de Agendamento no TA-HCPA/TSRS.....74

Anexo 3. Formulário de Atendimento no TA-HCPA/TSRS 76

Anexo 4. Especialidades Médicas Cirúrgicas e Agendas 77

Anexo 5. Especialidades Médicas Clínicas e Agendas.....78

Anexo 6. Outras especialidades Médicas e Agendas.....80

Anexo 7. Especialidades não Médicas e Agendas.....80

Anexo 8. Frequência das condições presentes nas consultas provenientes da Clínica Médica 81

ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CREMERS	Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul
COVID-19	Coronavirus Disease - 19 - Doença Causada pela Coronavírus - 19
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
EUA	Estados Unidos da América
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ICT	Intervenção no Cuidado Transicional
Km	Quilômetro(s)
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
TA-HCPA/TSRS	Teleambulatório-HCPA/TelessaúdeRS-UFRGS
TeleRS	TelessaúdeRS-UFRGS
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

Introdução: Devido à pandemia de COVID-19, as consultas eletivas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foram canceladas. Para mitigar o represamento da demanda por atendimento, foi estruturado, em parceria com o TelessaúdeRS-UFRGS, o Teleambulatório-HCPA/TelessaúdeRS-UFRGS (TA-HCPA/TSRS), especializado em consultas médicas remotas e capitaneado por Médicos de Família e Comunidade (MFC). Os pacientes foram convidados a solicitar a reposição da consulta. Esses pedidos foram avaliados e, se pertinentes para atendimento pela equipe, agendava-se uma consulta. Aqueles que poderiam ser atendidos por MFCs e à distância foram agendados para consultas. A partir delas, foi possível perceber que uma parcela dos pacientes não tinha a necessidade de manter acompanhamento em ambulatórios especializados no contexto de um hospital universitário de alta densidade tecnológica **Objetivos:** Identificar preditores associados com a possibilidade da transição do cuidado à Atenção Primária à Saúde (APS) e relatar os principais resultados do Tele-HCPA/TSRS. **Métodos:** este é um estudo transversal, cujo desfecho foi a possibilidade de ter o cuidado realizado na APS a partir de critérios pré-determinados. As variáveis analisadas foram: grande grupo de especialidade (cirúrgica, clínica, outras médicas e outras especialidades), tempo de atendimento e variáveis sociodemográficas. Após o atendimento, o desfecho era assinalado em formulário. As medidas de associação entre as variáveis e o desfecho foram avaliadas por meio de regressão logística. **Resultados:** Foram realizadas 557 consultas e em 227 (41%), os pacientes poderiam ter esse cuidado realizado somente pela APS. Após análise multivariável, os preditores para a transição do cuidado à APS foram o tempo de acompanhamento e a idade. O acréscimo um ano de acompanhamento na especialidade do HCPA e de idade acarretou um OR de 1,06 (IC 95% 1,03 – 1,09; p<0,01) e de 1,01 (IC 95% 1,00 - 1,02; p<0,01), respectivamente. A principal condição associada ao desfecho foi a

necessidade de acompanhamento por anticoagulação seguida de acompanhamento na cirurgia vascular, cirurgia digestiva, clínica médica e ortopedia. **Conclusões**: esse trabalho possui limitações importantes como a amostragem a partir de consultas de pacientes selecionados para atendimentos remotos, com maior estabilidade do quadro e a falta de protocolos de alta da atenção especializada. Esse estudo aguça a discussão sobre qual o papel de um hospital terciário dentro de um sistema de saúde. Seguir nesta linha de pesquisa é imperativo à qualificação na navegabilidade do paciente nas RAS para que o paciente certo esteja no local certo no momento certo.

Palavaras-chave: Cuidado Transicional, Atenção Primária à Saúde, Encaminhamento e Consulta, Telemedicina, Estudos Transversais

ABSTRACT

Introduction: Due to the COVID-19 pandemic, the elective attendings at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) have been canceled. Aiming to relief the cumulative demand for consults, an ambulatory focused on remote consultations and coordinated by Family Doctors (FD) known as Teleambulatório-HCPA/TelessaúdeRS-UFRGS (TA-HCPA/TSRS), has been structured in partnership with the TelessaúdeRS-UFRGS project. The patients were invited to request a new consult. This request was analyzed, and, if pertinent to remote consultation with FDs the consult was scheduled. From these appointments, it was possible to recognize many patients whose care could be done only in Primary Health Care (PHC) and not in an ambulatory of specialties of a university's highly technological hospital. **Objectives:** Identify predictors associated with the possibility of transition of care to Primary Health Care (PHC) and describe the main results of TA-HCPA/TSRS. **Methods:** this is a cross-sectional study; the main outcome was the possibility of being cared in the PHC, from predetermined criteria. The variables were broad specialty group (surgical, clinic, clinic-surgical, and other specialties), specialty, duration of the following by the specialty, and socioeconomic variables. After the consult, the outcome was signed in a form. The association between variables and outcome was evaluated using logistic regression. **Results:** 557 consults were performed and in 227 (41%) the patients could be cared for only by PHC. After multivariable analysis, the predictors associated with the outcome were the amount of time that the patient was followed by the specialty and the patient's age. The increase of one year in the time spent in specialty care and in the patient's age have been associated with OR of 1,06 (IC 95% 1,03 - 1,09; p><,01), and of 1,01 (IC 95% 1,00 - 1,02; p<0,01), respectively. **Conclusions:** this study has important limitations, such as our sample came from attendings of selected patients for remote consults (potentially more stable) and the lack of protocols for discharge from specialty care. This study highlights the

discussion of the role of a tertiary hospital in the health system network. Continue to investigate this line of research is imperative in the qualification of a patient`s navigability in the HNS so that the right patient can be in the right place at the right time.

Keywords: Transitional Care, Primary Health Care, Referral and Consultation, Telemedicine, Cross-Sectional Studies

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na minha dissertação de mestrado chamada "CUIDADO TRANSICIONAL À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES AMBULATORIAIS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA" apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 08 de dezembro de 2022.

Este trabalho é dividido em quatro partes que seguem a seguinte ordem:

1. Introdução, revisão da literatura, justificativa e objetivos;
2. Artigo: CUIDADO TRANSICIONAL À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES AMBULATORIAIS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA;
3. Considerações finais.
4. Anexos.

2. INTRODUÇÃO

No final de dezembro de 2019, surgiram notícias sobre uma pneumonia desconhecida que estava acometendo pessoas na cidade de Wuhan, localizada na província de Hubei, China (FINANCE, 2019; TECHNOLOGY, 2019; YIGE, 2019). Essas notícias foram captadas pelo Programa de Monitoramento de Doenças Emergentes (ProMED) da Sociedade Internacional de Infectologia, (INTERNATIONAL SOCIETY FOR INFECTIOUS DISEASES, 2019). Isso levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a iniciar as medidas cabíveis de investigação e de controle. No início de Janeiro de 2020, a OMS fez uma declaração afirmando que essa pneumonia - de etiologia até então desconhecida - era causada por uma nova linhagem de coronavírus que ficou definida como Sars-CoV-2 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

O primeiro registro de *Coronavirus Disease - 2019* (COVID-19) no território nacional ocorreu no final de fevereiro de 2020 (OLIVEIRA; ORTIZ, 2020). Nesse momento, a sociedade ainda sabia pouco sobre a doença. No Brasil, tinha-se notícias de que as autoridades chinesas estavam tomando medidas rigorosas, como fechamentos de comércio e restrição de circulação de pessoas - conhecidas a posteriori como *lockdowns* (GRAHAM-HARRISON; KUO, 2020). Concomitantemente, chegavam notícias de medidas parecidas na Itália, onde não apenas pessoas estavam falecendo em casa por falta de leitos em Unidades de Terapia Intensiva ou até mesmo em Unidades de Internação, mas também que os serviços funerários italianos não estavam conseguindo atender toda demanda de cuidados fúnebres, obrigando os familiares a conviver com cadáveres - muitas vezes já malcheirosos - de seus entes por dias (G1, 2020a, 2020b, 2020c; REUTERS, 2020). Com a disseminação da doença por todos os continentes, no dia 11 de março de 2020, a OMS declarou que a COVID-19 não era mais considerada somente uma emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional, mas sim uma pandemia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b). O cenário pandêmico, a comoção gerada pelos relatos internacionais, o desconhecimento da gravidade da nova doença e a falta de perspectiva de soluções a curto prazo (como vacinas) fez com que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS) autorizassem o uso de serviços de atendimentos

médicos remotos até então proibidos no Brasil (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2020a, 2020c).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é um hospital público e universitário que pertence ao Ministério da Saúde, vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e localizado em Porto Alegre/RS (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2021b). Ele foi responsável, em 2021, por mais de 460 mil consultas, sendo aproximadamente 67 mil destas de modo remoto (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2022). Devido ao grande volume de pacientes atendidos e considerando que o SARS-Cov-2 se dissemina fortemente de pessoa a pessoa (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2021; MEYEROWITZ et al., 2021; WIERSINGA et al., 2020), o HCPA cancelou diversas consultas médicas eletivas como medida de redução da transmissão (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2020a, 2020b). Portanto, em caráter emergencial e em parceria com o TelessaúdeRS-UFRGS foi instituído o Teleambulatório-HCPA/TelessaúdeRS-UFRGS (TA-HCPA/TSRS), cujo intuito era de não somente atender parte da demanda reprimida pela pandemia, mas também unir assistência, extensão e pesquisa.

Ao longo dos atendimentos, foi possível identificar que havia pacientes cujos motivos das consultas nas especialidades médicas - no contexto das atenções secundárias e terciárias num hospital universitário - não preenchiam critérios claros de permanência nos ambulatórios e que, portanto, poderiam ter alta à Atenção Primária em Saúde (APS). A partir desta constatação, a equipe do Tele-HCPA/TSRS começou sinalizar os pacientes cujos cuidados poderiam ser transferidos à APS, usualmente mais próximas às suas residências.

Este trabalho tem como objetivo identificar preditores associados com a possibilidade da transição do cuidado à Atenção Primária à Saúde (APS) e relatar os principais resultados do Tele-HCPA/TSRS. Ele também descreve a implantação de um serviço de teleambulatório em um hospital universitário. As ferramentas de telessaúde tem se mostrado eficazes no cuidado transicional. Entretanto, esse assunto dentro no contexto ambulatorial ainda é pouco estudado, sendo necessário avançar o limiar do conhecimento nesta área.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. APS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), considerando seus princípios e diretrizes, é responsável pelo cuidado universal, integral, equitativo de sua população, que é feito de forma hierarquizado por meio dos níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário. Essa divisão permite a interação entre diferentes participantes no cuidado da pessoa (MOLINA-BASTOS; D'AVILA; SCHMITZ, 2019, p. 565; SCHMITZ et al., 2021a, p. 48). Conforme aumenta o nível de atenção, aumenta tanto a especialização dos profissionais em um único assunto quanto o investimento financeiro e a densidade tecnológica necessária para o cuidado (PAIM et al., 2011; STARFIELD, 2002a, p. 29).

A APS é classificada por B. Starfield como sendo:

> "[...] aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária [...]. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde." (STARFIELD, 2002a, p. 28).

Já a portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, em seu anexo, fundamenta a compreensão da APS como o:

> "[...] primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção." (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A Organização das Nações Unidas (ONU) desenvolveu a Agenda 2030, composta de 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (ORGANIZAÇÃO DA NAÇÕES UNIDAS, 2022a)

Dentre eles, o 3º objetivo é intitulado de Saúde e Bem-estar e é definido como “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.”. De modo geral, ele envolve metas como reduzir mortalidade, controlar epidemias e assegurar acesso à saúde, garantindo a proteção financeira (ORGANIZAÇÃO DA NAÇÕES UNIDAS, 2022b).

A OMS afirma que a APS pode resolver de 80 a 90% das demandas de saúde de um indivíduo ao longo da vida e que, em sua essência, ela cuida das pessoas, oferecendo uma atenção integral. O escopo do atendimento na APS inclui desde a promoção de saúde e prevenção de doenças, passando pelo tratamento de doenças agudas infecciosas e crônicas até os cuidados paliativos e de reabilitação. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, [s.d.]). Além do mais, uma APS de alta qualidade é essencial para a alcançar os ODS relacionados à Saúde. (CHOTCHOUNGCHATCHAI et al., 2020).

Considerando os seus atributos essenciais como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção, coordenação do cuidado e atributos derivados, é possível apresentar as seguintes responsabilidades da APS (BASHSHUR et al., 2016; GUSSO; MACHADO, 2019, p. 172; STARFIELD, 2002b, p. 50; TAKEDA, 2022, p. 137):

A. **Ser o local de fácil acesso e primeiro contato com os serviços de saúde:** Starfield define que a APS é uma porta de entrada (STARFIELD, 2002c, p. 208). Bashshur relata que existe um consenso que a APS tem o papel de ser o primeiro local de contato no cuidado das pessoas sob condições não emergenciais (BASHSHUR et al., 2016). A sua importância é definida pelo fato de que os pacientes não conhecem de modo suficiente sobre o seu problema de saúde para definir se é algo que necessita de atenção especializada adicional ou se é uma condição autolimitada e que não necessita de cuidados adicionais (STARFIELD, 2002c, p. 208). Ter uma porta de entrada de fácil acesso permite que os pacientes possam ter atenção em um momento apropriado, reduzindo - desse modo - a morbidade das condições em saúde. Ter o acesso facilitado está, portanto, associado a diversas vantagens com a menor utilização de consultas, de exames e de internações (TAKEDA, 2022, p. 137).

B. **Oferecer cuidado longitudinal:** A longitudinalidade é definida tanto como o cuidado ao longo do tempo por meio de atendimentos recorrentes (TAKEDA, 2022, p. 139) quanto como a relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes (STARFIELD, 2002d, p. 247). Não necessariamente todos os atendimentos precisam ser realizados pelo mesmo profissional, mas sim a unidade de APS deve ter um aspecto organizacional voltado ao cuidado longitudinal (GUSSO; MACHADO, 2019, p. 188). Além do mais, ela também está associada a desfechos positivos como atendimento mais precoce e adequado, melhores ações de prevenção, maiores taxas de sucesso nos tratamentos (TAKEDA, 2022, p. 139) e - de modo geral - melhor utilização dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002d, p. 251). Starfield define que é na APS onde a relação profissional-paciente deve ser mais forte. É por meio deste relacionamento que os profissionais da APS aprendem sobre a maioria dos problemas de saúde dos pacientes. Isso favorece também o aumento da adesão às terapias propostas e, consequentemente, a efetividade da APS (STARFIELD, 2002e, p. 293).

C. **Integralizar o cuidado de saúde, definindo quem recebe qual recurso:** Tadeka (2022, p. 140) define a integralidade como:

> "[...] a capacidade que detém uma equipe de saúde de identificar e lidar com o leque das necessidades de saúde apresentadas pelos indivíduos, seja resolvendo-as ou prestando orientações para que recebam os serviços dos demais pontos de atenção à saúde (cuidados secundários e terciários ou outros setores)."

Este conceito está intimamente ligado à característica de multimorbidade dos atendimentos, abrangendo a ampla cartela de serviços oferecidos pela APS (GUSSO; MACHADO, 2019, p. 183). Juntamente com a característica de ser a entrada ao sistema de saúde, Starfield (2002f, p. 314) disserta que a APS tem a função de "guardião" (do inglês *gatekeeper*) do acesso aos outros níveis de atenção. Isso significa que é atribuição dos profissionais da APS realizar referências às atenções secundária e terciária (BASHSHUR et al., 2016; STARFIELD, 1994). Este

mecanismo permite assegurar que os serviços de saúde sejam ajustados às necessidades das pessoas (STARFIELD, 2002f, p. 316);

D. **Coordenar o cuidado e a atenção às pessoas:** A coordenação do cuidado é uma ferramenta chave em sistemas de saúde centrado nos pacientes (GARDNER et al., 2014). Ela é realizada pela continuação da informação do paciente dentro do sistema de saúde, seja pela manutenção do profissional, ou seja, pelo prontuário. Este aspecto ocorre em diferentes níveis: dentro do centro de saúde e entre a APS e as atenções secundária e terciária (GUSSO; MACHADO, 2019, p. 186).

Starfield define que:

> "A coordenação, o quarto componente da atenção, é essencial para a obtenção dos outros aspectos. Sem ela, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa." (STARFIELD, 2002g, p. 365)

Considerando que nem todas as condições podem ser atendidas no âmbito da APS (STARFIELD, 2002f, p. 315; TAKEDA, 2022, p. 140), o compartilhamento de informações tem sido fundamental para o sucesso do cuidado, sendo a telemedicina uma forma com potencial de aprimoramento desta responsabilidade (STARFIELD, 2002g, p. 384). A coordenação do cuidado também está associada a desfechos positivos em saúde (MENDES, 2011, p. 327; POWELL DAVIES et al., 2008). Essencialmente, a coordenação depende da disponibilidade das informações a respeito dos problemas de saúde e das condutas tomadas em cada ponto de atendimento. Um dos mecanismos para garantir esse aspecto é a utilização de um sistema de informação em saúde que seja informatizado, incluindo um prontuário eletrônico e um identificador único, acessíveis em todos os pontos da RAS (TAKEDA, 2022, p. 142).

Além dos atributos e responsabilidades já citadas, existem os atributos derivados da APS: centralização na família (também chamada de orientação familiar), orientação comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002i, p. 486). A centralização na família sensibiliza o maior

recurso capaz de efetuar mudanças na vida das pessoas (a família), com essa centralização os membros familiares podem se movimentar no sentido de provocar mudanças importantes no modo como as suas relações funcionam e se organizam, a fim de paliar ou de buscar soluções para os seus problemas (FERNANDES et al., 2022, p. 563). A orientação comunitária permite que a APS realize a interlocução entre a sociedade, a comunidade e o indivíduo, identificando quais valores, membros, grupos ou setores podem sem mobilizados para auxiliar no manejo dos problemas de saúde. Essa orientação possibilita que as intervenções sejam realizadas a partir do ponto de vista da realidade local e não somente dos técnicos que as idealizaram (KNAUTH; OLIVEIRA; CASTRO, 2022, p. 516). Já, a competência cultural na atenção à saúde é definida como a "habilidade dos indivíduos de estabelecer relações interpessoais e trabalhistas que superam as suas diferenças por meio do reconhecimento da importância das influências culturais e sociais, considerando o modo como esses fatores interagem e pensando em intervenções que os levem em consideração" (BEACH et al., 2005, tradução livre). Essa competência possibilita mudanças não apenas na forma como o atendimento às pessoas ocorre, mas também no funcionamento do serviço, como adaptações de horário de abertura, composição de equipe e formação de grupos ou de agendas específicas para determinadas condições (KNAUTH; OLIVEIRA; CASTRO, 2022, p. 519).

A atenção secundária é representada pelos ambulatórios de especialidades médicas focais - tais quais cardiologia, endocrinologia, cirurgia, entre outros - além de serviços de urgência e emergência (ERDMANN et al., 2013). Em países com sistemas universais de saúde - como Canadá, Reino Unido e Espanha - o acesso a este nível é regulado pela APS. Além do mais, a atenção secundária deve ser um serviço consultivo, de curta duração (STARFIELD, 2002a, p. 29) e intermitente (STARFIELD, 2002b, p. 46). O acesso a esse nível de atenção tem sido considerado como um importante empecilho na integralidade do cuidado (ERDMANN et al., 2013; SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Por fim, a atenção terciária é o nível de maior complexidade tecnológica e que lida com problemas de saúde mais raros e complicados. É neste nível de atenção que estão os pacientes que necessitam de tratamentos muito especializados e focados, geralmente, em um único problema de saúde,

mais raro e complicado como transplantes, angioplastias, quimioterapias e próteses. (STARFIELD, 2002b, p. 45). Ele é geralmente prestado em hospitais gerais ou universitários de grande densidade tecnológica.

De acordo com a OMS, a APS é o ponto da RAS com a capacidade de responder às rápidas mudanças econômicas, tecnológicas e sociais. Além do mais, é uma forma eficaz e custo-efetiva para agir sobre os principais determinantes de saúde, reduzindo, portanto, os gastos totais em saúde. A educação que a APS promove e a sua inserção na comunidade são elementos necessários para a melhoria da segurança sanitária, auxiliando no combate e na vigilância de doenças. Então, o fortalecimento da APS contribui para melhorar padrões que vão além dos específicos da saúde como: pobreza, fome, educação, igualdade de gênero, água potável e saneamento, trabalho e crescimento econômico, redução da desigualdade e ação climática (WORLD HEALTH ORGANIZATION, [s.d.]). O documento produzido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) intitulado "Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?" conclui que a APS é o modelo mais apropriado para concretizar o direito à saúde (TASCA et al., 2018).

Dentre as nações ocidentais industrializadas, aquelas com APS mais forte tendem a apresentar melhores indicadores de saúde como: custos, satisfação e uso de medicamentos (STARFIELD, 1994). Além do mais, existe uma relação direta entre a disponibilidade de acesso à APS com o aumento da expectativa de vida e com a redução das taxas de mortalidade geral, mortalidades por doenças cardiovasculares, morte neonatal, peso baixo ao nascer e câncer em estados dos Estados Unidos da América (EUA) (BASHSHUR et al., 2016; SHI, 1994; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005). Assim como no Brasil, essa exposição está diretamente associada com a melhoria de indicadores socioeconômicos da população e com a redução da mortalidade infantil, além das internações por condições sensíveis à APS (HARZHEIM et al., 2022, p. 186; SAMPAIO; MENDONÇA; TURCI, 2019, p. 266) e das iniquidades (BASHSHUR et al., 2016; HONE et al., 2017; POLITZER et al., 2001; SAMPAIO; MENDONÇA; TURCI, 2019, p. 269). Ter um sistema de saúde focado nas atenções secundária e terciária está associado com um maior custo do cuidado, maiores intervenções e

diagnósticos sem necessidade e aumento das iniquidades em saúde (STARFIELD et al., 2005). É possível observar o impacto positivo da atenção primária no Brasil por meio do Programa de Saúde da Família, instituído em 1994 e transformado em Estratégia de Saúde da Família pela Política Nacional de Atenção Básica de 2006, que foi a forma como o país optou por organizar a sua APS. A expansão da APS é refletida pelo aumento expressivo na publicação de artigos ou estudos com a indexação dos termos "Saúde da Família" ou "APS" a partir dos anos 2000 (SAMPAIO; MENDONÇA; TURCI, 2019, p. 265). Além do mais, é estimado que a exposição à Estratégia de Saúde da Família está associada com menor mortalidade infantil (HARZHEIM et al., 2022, p. 186) e por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (RASELLA et al., 2014). Ela também está relacionada com menor probabilidade de mulheres terem partos subsequentes com intervalo de tempo menor de 21 meses, assim como está associada ao aumento da taxa de ocupação de adultos e aumento de crianças matriculadas na escola (HARZHEIM; MENDONÇA, 2013, p. 40).

A construção da RAS, portanto, necessita de uma APS resolutiva e ordenadora (MENDES, 2011, p. 365). Este nível de atenção tem papel fundamental para que o sistema de saúde seja capaz de ofertar respostas adequadas frente aos diferentes cenários epidemiológicos com custo acessível (HARZHEIM et al., 2022, p. 176). A fim de auxiliar nisso, todos os atendimentos nos diferentes pontos de atenção deveriam ser compartilhados com os profissionais da APS (STARFIELD, 2002g, p. 391 e 410, 2002h, p. 113 e 128). Esta integração também está definida por meio do sistema de referência e contrarreferência na portaria nº 4.279/2010, que define os fundamentos da RAS, afirmando que a APS deve ser o centro de comunicação das redes de atenção à saúde e que a coordenação do cuidado é um dos seus atributos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Apesar da regulamentação legal, no Brasil, temos poucos investimentos na comunicação e integração entre os diferentes níveis de atenção (PAIM et al., 2011).

Mesmo em Porto Alegre/RS, que conta com um sistema eletrônico de prontuário para a realização de consultas e para o encaminhamento da APS aos outros níveis de atenção chamado Gerenciamento de Consultas (GERCON®), até o início de 2022, não é possível para o profissional de

saúde da APS consultar o atendimento de pacientes nos hospitais de atenção secundária e terciária. Portanto, a comunicação entre os níveis de atenção é realizada de modo não ideal, pois ela, não apenas depende principalmente de anotações realizadas pelos serviços e enviadas pelos próprios pacientes, mas também está sujeita a perdas ou a más interpretações. Os ambulatórios da atenção secundária de Porto Alegre que pertencem à Secretaria Municipal de Saúde, por outro lado, realizam os atendimentos no GERCON® e, portanto, esses atendimentos conseguem ser conferidos pelos profissionais da APS.

3.2. A TELESSAÚDE

A Telessaúde é o uso de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) para prover cuidado em saúde quando os participantes estão à distância (OHINMAA; HAILEY; ROINE, 2001). Concomitante à capacidade de se comunicar à distância, a humanidade já faz uso de métodos remotos de saúde. Existem relatos de uso de fogueiras, sinos de igreja, tambores e até pombos-correios para comunicar algum acontecimento em saúde (SCHMITZ et al., 2021b, p. 1). Ao passo que houve a industrialização e o início do uso da eletricidade, começou-se a utilizar TICs para a realização de atendimentos em telessaúde, primeiramente com o uso de telégrafos - utilizado principalmente em pacientes mais graves - e, após, com uso de telefones e de dispositivos inteligentes (MOLINA-BASTOS; D'AVILA; SCHMITZ, 2019, p. 561; SCHMITZ et al., 2021b, p. 1).

As TICs são recursos para otimizar e qualificar o cuidado que permeiam não apenas as interações na saúde, mas sim todas as relações humanas (MOLINA-BASTOS; D'AVILA; SCHMITZ, 2019, p. 559). Portanto, as ações em Telessaúde são, essencialmente, as mesmas atividades realizadas de modo presencial, servindo como uma modalidade de atendimento profissional. Uma teleconsultoria nada mais é do que a interação mediada por TICs entre dois profissionais de saúde para auxílio em uma tomada de decisão; assim como, um telediagnóstico é um diagnóstico realizado remotamente por um profissional de saúde a partir de informações (fotos, vídeos ou texto) enviadas por meio de TICs. Do mesmo modo, a teleconsulta é a assistência mediada por TICs em que o profissional e o paciente estão em espaços físicos diferentes (SCHMITZ et al., 2021c, p. 6). Então, neste trabalho, não será utilizado

novamente o prefixo “Tele” ao se referenciar às ações de telessaúde. Dentro deste grupo de ações, as mais usadas estão no quadro 1:

Quadro 1. Principais Ações de Telessaúde

Ação	Interação entre		Modalidade	Sincronicidade
Consulta	Profissional de saúde / Algoritmo de suporte de decisão	Paciente	Assistencial	Síncrona / Assíncrona
Consultoria	Profissional de saúde / Algoritmo de suporte de decisão	Profissional de saúde	Assistencial	Síncrona / Assíncrona
Diagnóstico	Equipamento de coleta	Profissional de saúde	Assistencial	Síncrona / Assíncrona
Cirurgia	Profissional de saúde	Equipamento de cirurgia	Assistencial	Síncrona
Monitoramento	Sensor de coleta	Dispositivo de Armazenamento	Assistencial	Síncrona / Assíncrona
Educação	Repositório / Aplicativo / Profissional de Saúde / Paciente	Profissional de saúde / Paciente	Educacional	Síncrona / Assíncrona

Adaptado de: (SCHMITZ, 2015) SCHMITZ, C. A. A. Telessaúde como Suporte Assistencial para a Atenção Primária à Saúde no Brasil. Porto Alegre - RS, Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, nov. 2015.

O TelessaúdeRS-UFRGS (TeleRS) é um projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS. O projeto define o seu principal objetivo como:

> “[...] melhorar a saúde da população por meio da telemedicina/telessaúde. Além de qualificar o trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ajudar na tomada de decisão clínica e gerencial e aumentar a resolutividade, fortalecendo os atributos da APS, orientados pelos princípios do SUS e pela melhor e mais atual evidência científica.” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, [s.d.])

O TeleRS atua principalmente, mas não apenas, em quatro serviços:

A. **Consultoria:** realiza consultorias síncronas via telefone para profissionais da APS de todo o Brasil por meio de um canal gratuito de telefonia (Canal 0800). Nela, por exemplo, um profissional médico pode ter a resposta para as suas dúvidas sobre o manejo mais adequado dos casos clínicos que atende na APS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, [s.d.]). A portaria 2.546 de 27 de outubro de 2011 define a consultoria como:

> “Uma consulta registrada e realizada entre profissionais e gestores de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; MOLINA-BASTOS; D’AVILA; SCHMITZ, 2019, p. 561)

a. *RegulaSUS:* a regulação atua como um braço da consultoria, cujos objetivos são reduzir o tempo de espera para consultas com especialistas, priorizar o atendimento de casos mais graves e resolver boa parte dos problemas das pessoas no seu próprio município. A equipe do RegulaSUS é responsável não apenas pela produção de protocolos de encaminhamento de pacientes da APS para a atenção secundária e terciária, mas também pela regulação dos casos da APS provenientes do interior do estado do RS para as atenções secundárias e terciárias de Porto Alegre. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, [s.d.]). O atendimento no projeto pode ocorrer tanto a partir do Canal 0800 quanto a partir da revisão ativa das solicitações de encaminhamentos pelos profissionais do TeleRS.

Entre 2013 e 2022, o projeto realizou mais de 324 mil consultorias pelo canal 0800 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, [s.d.]) . Além do mais, cerca de 150 mil casos foram discutidos para regular o encaminhamento dos pacientes a outros níveis de atenção.

B. **Diagnóstico:** utiliza TICs para apoio a diagnósticos remotos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, [s.d.]). Ele é o serviço que oferece avaliação de exames e laudos, servindo de apoio diagnóstico à distância (MOLINA-BASTOS; D'AVILA; SCHMITZ, 2019, p. 562);

Dados internos do projeto, revelam que o TeleRS já realizou mais de 100 mil diagnósticos remotos. Os profissionais de saúde podem solicitar apoio diagnóstico através de uma plataforma online e a avaliação é feita por uma equipe especializada. O serviço é dividido em quatro serviços: **1- RespiraNet**, no qual se realiza o diagnóstico de doenças respiratórias crônicas; **2 - DermatoNet**, auxiliando no diagnóstico de doenças de pele, por meio de fotos, para reduzir encaminhamentos sem necessidades e reduzir o tempo de espera para o paciente que necessita da consulta especializada; **3 - EstomatoNet**, fornecendo apoio para o diagnóstico de lesões de

boca; e **4 - Teleoftalmo,** sendo um apoio para o diagnóstico de problemas oftalmológicos, fornecendo acesso à médico oftalmologista por meio de diagnóstico remoto (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, [s.d.]). A partir da emergência da pandemia de COVID-19, com a liberação normativa da telemedicina, o Teleoftalmo passou a ofertar atendimentos médicos remotos, somando mais de 42 mil atendimentos.

C. **Educação:** fornece educação a distância para profissionais da APS e estudantes de graduação em áreas da saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, [s.d.]). Ela também é definida como " [...] uma forma consolidada de educação permanente e que, por meio de objetos virtuais de aprendizagem, web - conferências, gamificação, aplicativos para dispositivos móveis – entre outros – é capaz de qualificar a informação, obtendo resultados na educação continuada de profissionais, acadêmicos da área da saúde e do público em geral." (MOLINA-BASTOS; D'AVILA; SCHMITZ, 2019, p. 564)". A educação em saúde pode ser uma ferramenta na prática da educação continuada (MOLINA-BASTOS; D'AVILA; SCHMITZ, 2019, p. 564). O TeleRS provê 40 cursos e já emitiu mais de 85 mil certificados por meio de cursos oferecidos na plataforma Moodle®, além do mais, também já foram realizadas 275 respostas para perguntas recorrentes - identificadas nas consultorias - conhecidas como "Perguntas da Semana", que tiveram cerca de 265 mil acessos mensais, somando o total de 12 milhões de visualizações. O Ministério da Saúde define a revisão baseada em evidências a partir de dúvidas recorrentes como segundas opiniões (MOLINA-BASTOS; D'AVILA; SCHMITZ, 2019, p. 562).

D. Consulta Remota e Monitoramento: realiza consultas médicas e monitoramento de pessoas com doenças crônicas por meio de TICs. Entre abril de 2020 e abril de 2021, realizou mais de 2100 consultas médicas para 1019 pacientes, principalmente com doenças crônicas respiratórias e cardiológicas. Também foi responsável pelo monitoramento de mais de 9800 pessoas com suspeita de COVID-19 ao longo de 2020, 2021 e 2022, totalizando mais de 20 mil atendimentos. Atualmente, realiza o apoio ao acolhimento de pacientes da Unidade Básica de Saúde Santa

Cecília em Porto Alegre, já tendo realizado mais de 1000 consultas médicas desde dezembro de 2021.

Para conseguir realizar estas atividades, o TeleRS utiliza sistemas interligados de software, hardware, base de dados e redes. Nas consultorias, dentre os profissionais solicitantes que tinham a intenção de encaminhar o paciente para outros níveis de atenção, 75% deles mantiveram o paciente na APS. Estudo de Harzheim avaliou as primeiras 14 mil consultorias do projeto RegulaSUS e constatou que houve o cancelamento do encaminhamento em 57% dos casos, ou seja, esses pacientes terão seus cuidados realizados na própria APS (HARZHEIM et al., 2016). Outro estudo também constatou que após 360 dias da implementação do RegulaSUS, houve uma redução de 30% na quantidade de pessoas que aguardam consulta especializada e no tempo de marcação para consultas em determinadas especialidades médicas. Entre janeiro de 2014 e junho de 2016, houve um aumento de 860% do número de consultorias (de 148 consultorias mensais para 1422) considerando aquelas não relacionadas com a regulação (KATZ et al., 2020). O trabalho de Pfeil et al. (2020) comparou os desfechos de encaminhamentos regulados pelo TeleRS com não regulados e percebeu-se que os encaminhamentos do primeiro grupo tinham menor tempo para consulta e 19% maior chance de ter ou a sua consulta realizada com um médico especialista ou a solicitação cancelada - na maior parte das vezes por ter o manejo do seu problema na APS, enquanto no segundo grupo a maior parte dos cancelamentos eram por desistências da consulta.

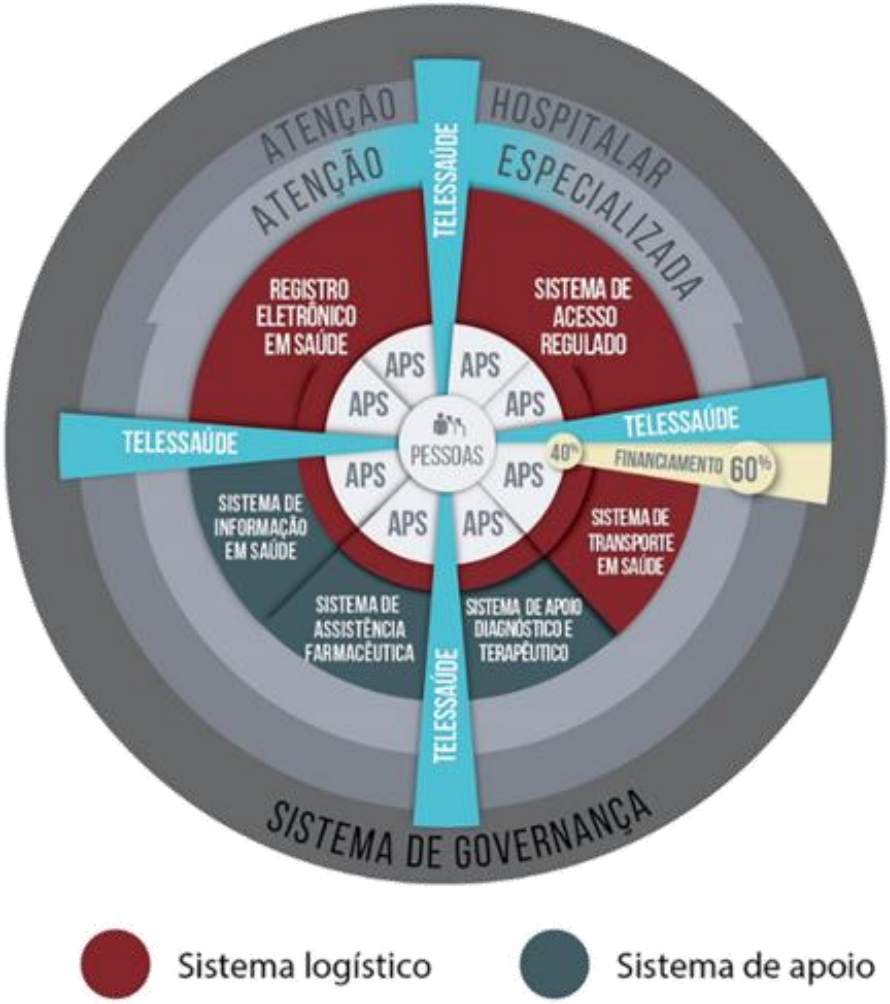
A Andragogia (ou o aprendizado de adultos) é mais eficiente quando orientado para a resolução de problemas (LOPES et al., 2009, p58). A telessaúde permite que se una a consultoria com a educação, para que que a partir de casos clínicos reais do cotidiano no atendimento, sejam desenvolvidas revisões de modo sistemático para melhorar o cuidado às pessoas.

A Telessaúde já é utilizada pelos pacientes quando eles fazem pesquisas na internet e encontram a mais variada qualidade de informações, o que pode acabar acarretando mais dúvidas e apreensões do que em caminhos ou segurança. Uma revisão sistemática encontrou associação entre ansiedade e a busca

de informações de saúde na internet (MCMULLAN et al., 2019). A facilidade pela busca de informações, no entanto, é capaz de aumentar a autonomia da pessoa em relação a sua saúde, modificando a relação médico-paciente. No contexto da APS, a Telessaúde é uma ferramenta que aumenta acesso, facilita adesão, permite a longitudinalidade do cuidado e promove a comunicação entre os diferentes atores no cuidado do paciente (MOLINA-BASTOS; D'AVILA; SCHMITZ, 2019, p. 566) - sendo fundamental para garantir a APS como coordenadora do cuidado.

Harzheim et al. propõem que a telessaúde pode atuar como um metasserviço, pois ela não apenas pode atuar como um serviço assistencial, mas também como um serviço que permeia as ações de saúde de outros serviços, fortalecendo a união entre os diversos pontos da RAS (HARZHEIM et al., 2019). A proposta da telessaúde como um metasserviço está exemplificada na figura 1.

Figura 1. A telessaúde como um metasserviço



HARZHEIM, E. et al. Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 14, n. 41, p. 1881, 23 fev. 2019.

Em 2018, diversos países, incluindo o Brasil, assinaram a Declaração de Astana, prometendo fortalecer os sistemas de APS para alcançar a cobertura universal de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018). Este documento explicita que a APS deverá ser potencializada por meio de tecnologias para ampliar o acesso e garantir a entrega de serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF), 2018).

3.3. O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA TELEMEDICINA E NA TELESSAÚDE:

Ao passo que os primeiros códigos da prática médica no Brasil, de 1867 e de 1920, ignoram qualquer forma remota de assistência à distância (EUGÊNIO, 2008), o Código de Deontologia Médica de 1931 proíbe receitas ou aconselhamentos por correio, revistas, jornais ou assemelhados. Já o Código de Deontologia Médica de 1945 inclui o rádio nas proibições da atuação profissional (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1945). Foi em 1953 que o código de ética da Associação Médica Brasileira redigiu o seguinte texto que sacramentou a o destino da prática da Telemedicina até 2020:

> Artigo 32º- Não é permitido ao médico:
> [...]prescrever tratamento sem exame direto do paciente, exceto em caso de urgência ou de impossibilidade comprovada de realizar esse exame;

Esse texto ainda está presente na última edição do Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina.

> "Art. 37. Prescrever tratamento e outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente depois de cessado o impedimento, assim como consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa."

A única menção sobre o termo "Telemedicina" está no primeiro parágrafo do artigo 37 que na prática não regulamenta o atendimento remoto, deixando somente o caminho aberto para resoluções posteriores:

> "§ 1º O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina. [...]" (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019a).

Nos 67 anos que separam 1953 de 2020, houve alguns avanços em atendimentos remotos como na confecção de laudos para exames radiológicos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014), mas nada prático sobre a consulta em si. Além do mais, houve uma tentativa da regulamentação das consultas remotas pelo CFM na resolução 2.227 de 2018, publicada em fevereiro de 2019, resolve no primeiro artigo "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" (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019b). Todavia, logo após, ela foi revogada pela resolução 2.228 de 2019 pelos seguintes motivos:

> "Em virtude do alto número de propostas encaminhadas pelos médicos brasileiros para alteração dos termos da Resolução CFM nº2.227/2018–a qual define critérios para a prática da telemedicina no País–, quejá chegam a 1.444 contribuições, até o momento;em atenção, ademais,ao clamor de inúmeras entidades médicas, que pedem mais tempo para analisar o documento e enviar também suas sugestões de alteração;e, por fim, tendo em vista anecessidade de tempo para concluir as etapas de acolhida, compilação, estudo,organização, apresentação e deliberação de todo o material já recebido edoque ainda será recebido, possibilitando uma análise criteriosa de cada uma dessas contribuições, com o objetivo de entregar aos médicos e à sociedade em geral um instrumento que seja eficaz em sua função de normatizar a atuação do médico e a oferta de serviços médicos a distância mediados pela tecnologia, sendo sensível às manifestações dos médicos brasileiros e das entidades representativas da classe, solicito revogar a Resolução CFM nº2.227/2018." (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019c)

Ou seja, até o reconhecimento da COVID-19 como uma pandemia pela OMS, havia uma promessa de futura regulamentação da telemedicina e a única possibilidade de consulta médica à distância e sem o exame direto do paciente eram no contexto emergencial. Apesar de a incorporação das tecnologias serem naturalmente adotados em diversos serviços de saúde, a legislação não tinha, até então, acompanhado esses processos (MOLINA-BASTOS; D'AVILA; SCHMITZ, 2019, p. 559). Após 11 de março de 2020, tanto o CFM como o CREMERS manifestaram-se favoráveis ao uso da telemedicina, ainda que apenas enquanto estiver ocorrendo o combate à pandemia de COVID-19 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2020a, 2020c). Após essas manifestações o Ministério da Saúde publicou a portaria 467/2020, regulamentando o atendimento médico à distância no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) e a presidência da república sancionou a lei 13.989 que autoriza o uso da telemedicina "enquanto durar a crise causada pelo coronavírus" (BRASIL, 2020). Considerando que, a primeira consulta médica realizada por telefone ocorreu em 1879 e que em 2002, 25% dos atendimentos

na APS dos EUA já ocorriam por telefone (VAONA et al., 2017), pode-se dizer que a pandemia da COVID-19 não trouxe o futuro para a assistência médica remota, mas sim, o presente. Isso obrigou os serviços de saúde brasileiros a realizar uma mudança abrupta em sua forma de atendimento (PORTO ALEGRE; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2020).

A chegada do presente pela pandemia de COVID-19 fez com que posições como a da Associação Médica Brasileira, que em 2017 publicou um editorial também assinado pelo CREMERS, CFM e Conselho Brasileiro de Oftalmologia no qual escreve logo no seu início que "As atividades de telemedicina devem contar com a participação de médicos em todas as pontas, numa relação direta e pessoal com o paciente. [...]" (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2017) fossem logo superadas. A entidade defendeu, em junho de 2021, que o médico que se sinta confortável com o método remoto de consulta pode adotá-lo (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2021a) e, em agosto do mesmo ano, a posição progressista que uma única inscrição no Conselho Regional de Medicina era o suficiente para a prática da assistência médica remota a qualquer paciente residente de qualquer estado no Brasil (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2021b).

A regulamentação perene da consulta remota e de outras ferramentas de telessaúde só ocorreu em maio de 2022 na resolução 2.314 do CFM. Apesar de ser um passo importante na implementação dessa modalidade de atendimento no país, ela ainda mantém alguns aspectos retrógrados como o uso do prefixo "Tele" no uso de todos os termos e a definição da consulta médica presencial como o padrão ouro no atendimento ao paciente, relegando a consulta médica remota a um caráter complementar. Além do mais, apesar de não haver corroboração na literatura, é imposta uma consulta médica presencial a cada 180 dias para acompanhamento de doenças crônicas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2022).

3.4. CONSULTA MÉDICA REMOTA:

A consulta médica remota é, em sua essência, uma consulta médica. A única característica peculiar é que o paciente e o profissional estão em locais distintos e ela é mediada por alguma TIC,

podendo ser utilizadas desde mensagens assíncronas de texto, até chamada síncrona com áudio e vídeo (MOLINA-BASTOS; D'AVILA; SCHMITZ, 2019, p. 563; SCHMITZ et al., 2021c, p. 7). Do mesmo modo que a consulta médica presencial tem limitações - tempo de espera em consultório, deslocamento, falta ao trabalho - a consulta remota, ou por Telemedicina, também tem, principalmente no escopo do exame físico, conforto com o método e sigilo de informações.

De modo geral, é possível dividir a modalidade de consulta pelo tempo (síncrono ou assíncrono), pela comunicação com as pessoas (com o próprio paciente ou com um responsável legal) e pela mídia (texto, áudio, imagem, vídeo com áudio e combinadas). Sumarizando, é possível haver uma consulta médica remota assíncrona por meio de vídeos e áudios através de aplicativos de mensagens instantâneas - como o WhatsApp®- comunicando-se com um cuidador.

Mesmo levando em consideração todos os aspectos para a eficácia e segurança, pode ser necessário um atendimento presencial complementar ao remoto (SCHMITZ et al., 2021d, p. 9), pois a consulta mediada por TICs pode ser um complemento dos métodos tradicionais de atendimento (HALEEM et al., 2021; HJELM, 2005). Por se tratar de uma consulta, ela tem as mesmas características e responsabilidades da consulta presencial (SCHMITZ et al., 2021c, p. 6). Portanto, para a realização da consulta remota, é importante haver a certeza de não ter motivos que demandem uma consulta presencial por alguma condição que ameace a vida do paciente e, caso isso seja identificado, é importante de prontidão ter o conhecimento para onde encaminhar e quem irá avaliar o paciente. Assim como nas consultas presenciais, pode ser necessário ligar para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Logo, antes da realização da consulta remota é importante confirmar com o paciente o seu local de endereço e outro telefone para contato se necessário, assim se, por qualquer motivo, o paciente ficar irresponsivo na consulta, sabemos quais estruturas dentro do sistema de saúde devem ser acionadas. Antes da consulta, ainda é importante conferir se o paciente está em um local privativo, confortável com o método e conseguindo manter a comunicação com o profissional para a realização do atendimento. Caso alguma destas condições não sejam satisfeitas, a conversão para consulta presencial deve ser realizada (PORTO ALEGRE; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2020, p. 16;

SCHMITZ et al., 2021d, p. 10). Em resumo, a consulta médica remota, idealmente, deve ocorrer com pacientes estáveis, sem condições clínicas que demandem um atendimento presencial de urgência, num local adequado para consulta, com o paciente e o profissional dispostos a realizar o atendimento à distância e num cenário em que a tecnologia permita a comunicação adequada entre as duas partes. Caso necessário, a consulta remota deve ser convertida em consulta presencial, os motivos mais comuns para isso podem ser:

A. Paciente instável ou em risco de vida;
B. Paciente ou profissional não confortável com o método da consulta;
C. Dificuldades para identificar o paciente;
D. Dificuldades técnicas ou de comunicação (PORTO ALEGRE; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2020, p. 16; SCHMITZ et al., 2021d, p. 11).

Além dos motivos descritos acima, outros estudos referem que a dificuldade para a realização do exame físico é outro motivo que leva a conversão das consultas remotas em presenciais (HALEEM et al., 2021; HJELM, 2005; SCHMITZ et al., 2021d, p. 12). Hoje já existem diversas tecnologias que podem auxiliar no exame físico à distância. Uma forma simples, por exemplo, é a utilização de uma câmera de vídeo - mesmo que a do celular - para a realização tanto de ectoscopia, quanto de oroscopia. Pode-se também realizar o autoexame físico assistido, pelo próprio paciente, como um exame físico apoiado por um terceiro como outro profissional de saúde, um cuidador ou responsável - por exemplo: sinais vitais, palpação de edema de membros inferiores ou de seios nasais, força, sensibilidade, dor, tremores, marcha, audição, entre outros. Apesar de hoje ainda estar limitada, a ausculta, tanto cardíaca quanto pulmonar, poderá ser realizada com estetoscópios conectados a smartphones, sendo possível para o profissional ouvir à distância os sons emitidos. Hoje é facilmente possível perceber a dispneia de um paciente pela capacidade de fala, e se necessário pode-se pedir para o paciente caminhar e falar ao telefone para avaliar a gravidade da condição.

Como em qualquer consulta médica, é importante mantermos o sigilo das informações coletadas, assim como termos certeza de que a pessoa certa está sendo abordada. Alguns dos erros mais

comuns são os mesmos das avaliações presenciais, sendo eles: realizar interrupções, completar as frases do paciente e fazer perguntas fechadas e sequenciais. A invalidação do método constitui outro equívoco importante. Deve sempre estar claro que, tanto para o paciente quanto para o profissional, o que está acontecendo é uma consulta, portanto frases como “Vamos conversar agora para definir se você precisará de uma consulta depois” ou “É uma ligação telefônica, isso não é uma consulta de verdade” não devem vir do assistente sob nenhuma hipótese e, caso venha do assistido, ele deve ser imediatamente alertado que ele está, neste momento, em consulta (PORTO ALEGRE; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2020, p. 9).

Para o envio de materiais, receitas, exames, atestados ou outros documentos pode-se utilizar a plataforma de preferência do paciente ou do profissional desde que estabelecidos os critérios de sigilo. O HCPA estava desenvolvendo a plataforma “Meu Clínicas” desde 2019. Por meio dela, já era possível verificar as datas das consultas futuras e os resultados de exames (MENEGOTTO et al., 2019); hoje, é possível receber receitas, atestados, comprovantes, solicitações de exames e, inclusive, agendar consultas nas especialidades do hospital (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2021a). O CREMERS também lançou a sua plataforma de envio de receitas, exames e atestados de modo online em abril de 2020 (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2020b), sendo acessível para qualquer médico inscrito no Rio Grande do Sul. Hoje, existem diversas plataformas de diferentes empresas, tanto para a realização da consulta, quanto para o envio dos documentos.

Com o avanço e a popularização dos métodos de comunicação, a telemedicina pode trazer benefícios importantes em alguns aspectos como: acesso mais rápido a profissionais de saúde, economia de tempo, equidade de acesso - tanto em áreas rurais, distante dos grandes centros, quanto em áreas periféricas das cidades - e melhoria da comunicação entre os diferentes níveis de atenção (HJELM, 2005). Aplicativos para facilitar a comunicação de texto - como o WhatsApp, Telegram e Signal - permitem também o envio de áudios, vídeos, imagens e documentos o que, além de todos os benefícios óbvios, torna a consulta assíncrona mais humanizada. Apesar dos benefícios, é importante compreender

que mesmo o atendimento por meio de áudios assíncronos, trata-se de um ato profissional - muitas vezes não remunerado - mas que carrega consigo todas as responsabilidades da atividade (MOLINA-BASTOS; D'AVILA; SCHMITZ, 2019, p. 574).

Apesar de haver dificuldades para a coleta e análise de dados de qualidade a respeito do uso da Telessaúde (OHINMAA; HAILEY; ROINE, 2001), no escopo da APS, a utilização de métodos remotos de atendimento pode ampliar o acesso às consultas, melhorar o monitoramento de doenças crônicas não transmissíveis, com o objetivo de evitar complicações graves (BASHSHUR et al., 2014; HALEEM et al., 2021; HJELM, 2005), auxiliando o cuidado continuado do paciente e sendo um método custo-efetivo de prover cuidado (HALEEM et al., 2021). Além do mais, a utilização da Telemedicina está associada com outros benefícios como: maior satisfação e conforto do paciente, não inferioridade de eficácia dos tratamentos por um menor custo, maior adoção a estilo saudável de vida e até a redução de mortalidade infantil (BASHSHUR et al., 2016).

3.5. O CUIDADO TRANSICIONAL

A Academia Americana de Médicos de Família define o cuidado transicional como sendo "a abordagem da transição segura de um paciente de um local para outro." (PATEL et al., 2019, tradução), já a Sociedade Americana de Geriatria o define como:

> "[...] um conjunto de ações, desenhada para garantir a coordenação e continuidade do cuidado em saúde conforme os pacientes são transferidos entre diferentes locais ou diferentes níveis de atenção [...] incluindo (mas não limitando-se a) hospitais, emergências, as casas dos pacientes, os serviços de atenção primária e especializada e os serviços de longa permanência." (COLEMAN; BOULT, 2003, tradução).

A OMS define que o cuidado transicional ocorre quando o paciente muda fisicamente de local ou pelo contato entre profissionais a fim de garantir os cuidados em saúde ao paciente, incluindo também consultas com diferentes provedores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016, p. 3). e a Associação Nacional de Enfermagem Clínica Especializada dos EUA (do inglês, *National Association of Clinical Nurse Specialists*) também define o cuidado transicional como "Cuidado envolvido quando um paciente/cliente deixa um ambiente de cuidado em saúde [...] e move para outro". Ele pode ocorrer

quando há troca de nível de atenção em saúde (da APS para o cuidado especializado), de local (de uma emergência a um hospital), de quadro clínico (do cuidado curativo para o paliativo), ou ainda entre diferentes profissionais (entre um profissional generalista e um especialista) (NATIONAL ASSOCIATION OF CLINICAL NURSE SPECIALISTS, [s.d.]).

As pessoas estão mais vulneráveis quando o seu cuidado muda de local dentro do sistema de saúde, pois possibilita que ocorra a perda de informações importantes, especialmente para pessoas com doenças crônicas, insuficiência de sistemas - como por exemplo insuficiência cardíaca - ou outras fragilidades (PATEL et al., 2019). O Cuidado Transicional de uma pessoa para a APS implica em mudanças mais complexas do que o termo "transição" pode significar (ACKERMAN; GLEASON, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016, p. 4). São alterações nas normas e nas estruturas que vêm guiando a forma como os médicos se comunicam (ACKERMAN; GLEASON, 2018). Ackerman realizou uma série de entrevistas semiestruturadas para definir quais os principais empecilhos para a consolidação deste processo, sendo eles:

A. **Confiança:** especialistas focais assumem que os médicos na APS não têm interesse ou conhecimentos suficientes na sua área de expertise ou que não tem vagas para consultas. Os pacientes também têm mais confiança no conhecimento de um especialista focal;
B. **Comunicação:** as referências - tipicamente - não incluem a preferência do médico da APS pelo retorno à APS após a estabilização da condição de saúde ou pelo co-manejo longitudinal do paciente. Os sistemas de saúde não contam com mecanismos efetivos para definir o tempo de cuidado na atenção especializada. Também falta a confiança de que o paciente terá vaga na especialidade caso a condição de saúde volta a se deteriorar;
C. **Normas Sociais:** muitos pacientes desenvolvem relações de afeto com os especialistas e vice-versa, o que causa a relutância dos médicos em determinar o fim do seguimento. Os médicos da APS também não se sentem confortáveis em determinar que o paciente não deve ser mais acompanhado por outro profissional;

D. **Preocupações legais e financeiras:** os profissionais na APS podem pensar que médicos em outros níveis de atenção assumem os riscos quando encerram o acompanhamento e encaminham um paciente para o nível primário. Além do mais, o pagamento recebido pelos médicos especialistas após uma primeira consulta é o mesmo de um retorno. Ou seja, ao receber novos pacientes, o profissional tem o risco de redução de renda, considerando que novos pacientes tomarão mais tempo de consulta.

A OMS também define que o cuidado das pessoas com condições crônicas deve ocorrer de modo integrado, coordenado e contínuo, incluindo as atenções primária e especializada. Para isso, não deve haver fronteiras entre os diferentes níveis das RAS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003, p. 48). A portaria nº 4.279/2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020, p. 279) define os fundamentos da RAS, dentre eles, destaca-se: equidade (inserido no quesito da qualidade), acesso e integração vertical. A comunicação entre o cuidado especializado e a APS é fundamental para auxiliar no cuidado transicional, incluindo instruções sobre quais problemas o profissional da APS pode encontrar e potenciais facilitadores individuais como renda e desejo do paciente em tomar decisões em conjunto com os profissionais (BREZ et al., 2009). Apesar do cuidado transicional ocorrer em diversos ambientes, as evidências mais robustas das Intervenções em Cuidado Transicional (ICT) estão disponíveis principalmente no âmbito de uma alta hospitalar após internação (KATZ, 2016).

Duas revisões sistemáticas estudaram o efeito de ICT em pacientes com Insuficiência Cardíaca: uma avaliou cinco diferentes intervenções e concluiu que os programas de clínicas multidisciplinares, de visitas domiciliares e de avaliações telefônicas estruturadas reduziram as reinternações após 30 dias, três e seis meses (FELTNER et al., 2014); a outra evidenciou redução de reinternações e de visitas à emergência em 08 e 29%, respectivamente (VEDEL; KHANASSOV, 2015). Outro estudo também mostrou redução de 83% na chance de reinternação hospitalar em pacientes que participaram do programa de ICT liderado por enfermeiros no *Good Samaritan Hospital* (BALLARD et al., 2018). Por outro lado, o ensaio clínico randomizado (ECR) COMPASS comparou a funcionalidade de pacientes que receberam o cuidado usual com a de pacientes que receberam intervenção em transição do cuidado

após Acidente Vascular Encefálico e não encontrou diferenças significativas (DUNCAN et al., 2020). Outro trabalho comparou pacientes que receberam ICT com pacientes que não receberam após internação por problemas comuns de saúde mental e não encontrou diferença entre os dois grupos (BONSACK et al., 2016).

Durante a pandemia de COVID-19, foi possível perceber que houve um aumento no uso de ferramentas de telessaúde nas ICT (ANDERSON et al., 2021). Estudos relatam sucesso no uso dessas ferramentas para as ICTs de pacientes internados para a APS, assim como a melhoria da comunicação entre diferentes hospitais ou serviços de emergência. O estudo de Baldonado e colaboradores demonstrou redução de custos, redução de hospitalização e de visitas a emergência em veteranos de guerra dos EUA com Insuficiência Cardíaca (BALDONADO et al., 2013); já o trabalho conduzido por Hayden et al. demonstraram que o uso da telemedicina poderia facilitar a transferência de pacientes entre departamento de emergências nos EUA (HAYDEN et al., 2020); outro estudo comparou controles com pacientes que tiveram uma consulta médica à distância antes de procurarem um departamento de emergência e constatou que o grupo avaliado por telemedicina teve menor tempo até a avaliação na emergência e menor tempo de permanência caso fosse necessário transferência para outro hospital (MOHR et al., 2018); já o estudo realizado por Vakkalanka demonstrou que houve redução no tempo de transferência entre hospitais rurais nos EUA em pacientes avaliados por telemedicina (VAKKALANKA et al., 2019). Um ECR concluiu que o grupo que teve ICT por meio de ferramentas de telessaúde, quando comparado com o cuidado usual, teve maior adesão aos tratamentos propostos, além disso todos os pacientes consideraram a intervenção valiosa, 98% gostariam de continuar no programa para manejo de suas condições de saúde; este ensaio, contudo, não encontrou diferenças significativas nos desfechos de reinternação ou utilização de emergência (NOEL et al., 2020). Uma revisão sistemática conduzida por Wassem e colegas demonstrou a não inferioridade da avaliação remota por neurologista - especialista em acidente vascular encefálico - quando comparada com a avaliação presencial (o que acarretaria a transferência do paciente) (WASEEM et al., 2021). Dois ECRs avaliaram o uso de ferramentas de telessaúde no âmbito do cuidado transicional ambulatorial do HCPA.

Um trabalho avaliou sintomas prostáticos em pacientes cujos cuidados foram enviados de modo estruturado à APS com informações sobre contato com o TeleRS, comparando com pacientes mantidos na atenção secundária e concluiu que não houve diferença entre o controle de sintomas prostáticos (DA SILVA et al., 2018). Outro estudo demonstrou não haver inferioridade na cardiopatia isquêmica entre os pacientes que permaneceram na atenção terciária do HCPA e que tiveram alta para à APS, ainda assim, faltam evidências sobre a eficácia de ferramentas de telessaúde nestes contextos (RUSCHEL et al., 2022). O quadro 2 resume os achados sobre o uso das ferramentas de telessaúde no cuidado transicional.

Quadro 2. Ferramentas de Telessaúde no Cuidado Transicional

Estudo	**Tipo de Estudo**	**População**	**Posição**	**Desfecho**
BALDONADO et al., 2013	Revisão	Veteranos com IC	Favorável	Custo e Visitas a DE
Da SILVA et al., 2018	ECR	Homens com HPB	Não Inferior	IPSS
MOHR et al., 2018	Coorte	Rural	Favorável	Tempo entre dois provedores de saúde
VAKKALANKA et al., 2019	Coorte	Internação por TS	Não inferior	Tempo de Permanência
HAYDEN et al., 2020	Caso-controle	Visitas a DEs nos EUA	Favorável	Quantidade de Consultas
NOEL et al., 2020	ECR	Após internação	Não Inferior	Reinternação e Visitas ao DE
WASEEM et al., 2021	Revisão Sistemática	Após AVE	Não Inferior	Funcionalidade e Mortalidade após 90 dias.
RUSCHEL et al., 2022	ECR	Após Transição à APS	Não Inferior	Classe Funcional

IC: Insuficiência Cardíaca;
ECR: Ensaio Clínico Randomizado
DE: Departamento de emergência;
HPB: Hiperplasia Prostática Benígna
IPSS: *International Prostate Symptom Score* (Escore Internacional de Sintomas Prostáticos)
TS: Tentatíva de Suicídio
AVE: Acidente Vascular Encefálico

4. JUSTIFICATIVA

Devido a pandemia de COVID-19, o HCPA teve a perda de aproximadamente 30 mil consultas com diversas especialidades. Neste período, já estava em desenvolvimento uma plataforma digital chamada “Meu Clínicas”, na qual os pacientes poderiam acompanhar o agendamento de consultas e conferir as solicitações de exames e as receitas. Adicionou-se, então, a ela a funcionalidade de solicitação de consultas perdidas na Pandemia. Entre novembro de 2020 e dezembro de 2021 foram recebidas 28 listas contendo 2.429 solicitações de consultas.

A partir dos atendimentos às pessoas com consultas perdidas na pandemia de COVID-19, foi possível detectar que, após iniciar o atendimento em um ambulatório de especialidades dentro do HCPA, raramente os pacientes têm alta para a APS. Quando o paciente está estável do seu problema de saúde pelo qual ele foi encaminhado, são fornecidos, usualmente, retornos com maior espaço de tempo: geralmente seis meses para especialidades clínicas e um ano para as cirúrgicas. Estudos (SHI, 1994; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005) demonstram que populações acompanhadas somente por médicos especialistas focais têm piores desfechos do que aquelas acompanhadas por médicos de atenção primária. No Brasil, também há evidências de que os locais que fortaleceram a APS apresentam melhores indicadores como mortalidade infantil, tempo de permanência na escola e taxa de ocupação de adultos (HARZHEIM; MENDONÇA, 2013, p. 40; SAMPAIO; MENDONÇA; TURCI, 2019, p. 266). Até o presente momento, não foram encontrados levantamentos da prevalência de pacientes que poderiam ter alta dos ambulatórios especializados. Portanto, há a necessidade não apenas de conhecer o perfil dos pacientes que estão em atendimento em um hospital universitário para avaliar quais deles poderiam ter os cuidados transferidos e reforçados com a APS, mas também avaliar qual a parcela do total de pacientes poderia ter esse cuidado transferido.

Visando o cuidado integral das pessoas, essa prática deveria ser sistemática. As ferramentas de telessaúde podem auxiliar na estruturação de serviços híbridos para garantir a continuidade dos cuidados aos pacientes, seja por meio da consulta ou por meio da consultoria, conforme já relatado em 2002 por Starfield. Desse modo, assim que identificada a estabilidade da condição de saúde da pessoa, ela poderia

ter o cuidado retomado pela APS, utilizando as ferramentas de telessaúde para a mitigação de quadros agudos ou reagudização de problemas crônicos. Além do mais, prover ao paciente o nível de atenção adequado permite otimizar os recursos do sistema de saúde.

Considerando a norma social citada por Ackerman, utilizando-se de métodos remotos de consulta, os hospitais e os seus ambulatórios de especialidades poderiam assumir um papel importante na transição do cuidado de seus pacientes para a APS, fortalecendo o seu vínculo com a equipe de APS e com as RAS, que são responsáveis pelo cuidado coordenado e integral. Devido ao caráter integral da abordagem no nível primário, é possível resolver mais de 80% dos problemas de saúde das pessoas; já as especialidades da atenção secundária e terciária deveriam ter foco na estabilização do quadro clínico pelo qual o paciente foi referenciado. Assim, seria possível aumentar a quantidade de pessoas atendidas neste nível de atenção, privilegiando-se as primeiras consultas em detrimento de retornos nem sempre necessários.

O presente projeto, então, pretende relatar e analisar os resultados da experiência do TA-HCPA/TSRS, identificando quais preditores individuais podem estar mais associados com a possibilidade de transição dos cuidados à APS. Ao passo que os pacientes cujos cuidados poderiam ser realizados na APS são identificados, este trabalho poderá contribuir com a melhoria do cuidado em saúde das pessoas. Além do mais, o cuidado transicional no âmbito ambulatorial ainda é pouco estudado, sendo necessário avançar o conhecimento nesta linha de pesquisa.

5. OBJETIVOS

5.1. PRINCIPAL:

Identificar os preditores individuais associados com a possibilidade da transição do cuidado à APS.

5.2. ESPECÍFICOS:

Relatar os principais resultados do Tele-HCPA/TSRS, entre eles:

1. número de consultas atendidas;
2. características dos pacientes atendidos no Tele-HCPA/TSRS;
3. quais especialidades e agendas atendidas no Tele-HCPA/TSRS tem mais pacientes cujos cuidados poderiam ser transferidos à APS;
4. qual o tempo de deslocamento, distância e pegada de CO2 gastos em consultas que poderiam ser realizadas na APS.

6. REFERÊNCIAS

ACKERMAN, S. L.; GLEASON, N. Transitioning Patients From Specialty Care to Primary Care: What We Know and What We Can Do. **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 41, n. 4, p. 314–322, out. 2018.

ANDERSON, T. S. et al. Trends in telehealth and in-person transitional care management visits during the COVID -19 pandemic. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 69, n. 10, p. 2745–2751, out. 2021.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **EQUÍVOCOS ÉTICOS E LEGAIS NO PROJETO TELEOFTALMO**. , 14 jul. 2017. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/equivocos-eticos-e-legais-no-projeto-teleoftalmo/>. Acesso em: 13 mar. 2022

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Liberdade e responsabilidade: o médico exige e agradece**. , 21 jun. 2021a. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/liberdade-e-responsabilidade-o-medico-exige-e-agradece/>

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Nota de esclarecimento sobre o a posição da Diretoria do CFM acerca do exercício da Telemedicina e a inscrição secundária**. , 25 ago. 2021b. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/nota-de-esclarecimento-sobre-o-a-posicao-da-diretoria-do-cfm-acerca-do-exercicio-da-telemedicina-e-a-inscricao-secundaria/>. Acesso em: 13 mar. 2022

BALDONADO, A. et al. A Home Telehealth Heart Failure Management Program for Veterans Through Care Transitions: **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 32, n. 4, p. 162–165, 2013.

BALLARD, J. et al. Effect of Ambulatory Transitional Care Management on 30-Day Readmission Rates. **American Journal of Medical Quality**, v. 33, n. 6, p. 583–589, nov. 2018.

BASHSHUR, R. L. et al. The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions for Chronic Disease Management. **Telemedicine and e-Health**, v. 20, n. 9, p. 769–800, set. 2014.

BASHSHUR, R. L. et al. The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. **Telemedicine and e-Health**, v. 22, n. 5, p. 342–375, maio 2016.

BEACH, M. C. et al. Cultural Competence: A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions. **Medical Care**, v. 43, n. 4, p. 356–373, abr. 2005.

BONSACK, C. et al. Linking Primary and Secondary Care after Psychiatric Hospitalization: Comparison between Transitional Case Management Setting and Routine Care for Common Mental Disorders. **Frontiers in Psychiatry**, v. 7, 2 jun. 2016.

BRASIL. **LEI Nº 13.989, DE 15 DE ABRIL DE 2020 Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2).** , 15 abr. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>. Acesso em: 14 nov. 2022

BREZ, S. et al. Transition from specialist to primary diabetes care: A qualitative study of perspectives of primary care physicians. **BMC Family Practice**, v. 10, n. 1, p. 39, dez. 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, Y. H. **How COVID-19 Spreads**. , 14 jul. 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html>. Acesso em: 3 out. 2022

CHOTCHOUNGCHATCHAI, S. et al. Primary health care and sustainable development goals. **Bulletin of the World Health Organization, v. 98, n. 11, p. 792–800, 1 nov. 2020.**

COLEMAN, E. A.; BOULT, C. Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs: Position Statement of The American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 51, n. 4, p. 556–557, abr. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Deontologia Médica (1945)**. , 1945. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/documentos/EticaMedica/codigodeontologiamedica1945.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM Nº 2.107/2014**. , 2014. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2014/2107>. Acesso em: 13 mar.

2022
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Brasília, D.F: Gráfica Marina Ltda, 2019a.
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM no 2.227/2018: Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias.** , 2 jun. 2019b. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao222718.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2022
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM no2.228/2019: Revoga a Resolução CFM no2.227, publicada no D.O.U. de 6 de fevereiro de 2019, Seção I, p.58, a qual define e disciplinaa telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias, e restabelece expressamente a vigência da Resolução CFM no1.643/2002, publicada no D.O.U. de 26 de agosto de 2002, Seção I, p.205. ,** 3 jun. 2019c. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao222718.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2022
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **OFÍCIO CFM Nº 1756/2020 – COJUR**. , 19 mar. 2020. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2022
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM No 2.314, DE 20 DE ABRIL DE 2022: Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, , 5 maio 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852>. Acesso em: 17 dez. 2022
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Nota sobre o Coronavírus e Telemedicina**. , 19 mar. 2020a. Disponível em: <https://cremers.org.br/wp-content/uploads/2020/03/19.03.2020-Nota-Cremers-Telemedicina.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2022
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Cremers e CRF-RS criam ferramenta para emissão de receitas e atestados médicos a distância.** , 8 abr. 2020b. Disponível em: <https://cremers.org.br/cremers-e-crf-rs-criam-ferramenta-para-emissao-de-receitas-e-atestados-medicos-a-distancia/>. Acesso em: 21 mar. 2022
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, A. DE IMPRENSA. **Telemedicina é ferramenta importante para o combate à pandemia de Covid-19**. **Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul**, 20 mar. 2020c. Disponível em: <https://cremers.org.br/telemedicina-e-ferramenta-importante-para-o-combate-a-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 11 jul. 2021
DA SILVA, R. et al. MP51-06 TELECONSULTATION SUPPORT PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA BEING DISCHARGED FROM SPECIALIZED CARE: A RANDOMIZED NONINFERIORITY STUDY. **Journal of Urology, v. 199, n. 4S, abr. 2018.**
DUNCAN, P. W. et al. Randomized Pragmatic Trial of Stroke Transitional Care: The COMPASS Study. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, v. 13, n. 6, p. e006285, jun. 2020.
ERDMANN, A. L. et al. Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 131–139, fev. 2013.
EUGÊNIO, A. **Reforma dos costumes: elite médica, progresso e o combate às más condições de saúde no Brasil do século XIX**. Doutorado em História Econômica—São Paulo: Universidade de São Paulo, 10 set. 2008.
FELTNER, C. et al. Transitional Care Interventions to Prevent Readmissions for Persons With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. **Annals of Internal Medicine**, v. 160, n. 11, p. 774, 3 jun. 2014.
FERNANDES, C. L. C. et al. Abordagem Familiar. Em: DUNCAN, B. B. et al. (Eds.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 5. ed. Porto Alegre - RS, Brasil: Artmed Editora Ltda, 2022. p. 561–598.
FINANCE, S. **Wuhan pneumonia of unknown cause has been quarantined and the test results will be announced as soon as possible**. , 31 dez. 2019. Disponível em: <https://finance.sina.cn/2019-12-

31/detail-iihnzahk1074832.d.html?from=wap>. Acesso em: 3 out. 2022
G1. Itália decreta “toque de recolher” em regiões onde há casos do novo coronavírus. 23 fev. 2020a.
G1. Itália restringe circulação por todo o país devido ao novo coronavírus. 9 mar. 2020b.
G1. Número de mortos na Itália por Covid-19 ultrapassa total de vítimas na China. 19 mar. 2020c.
GARDNER, K. et al. Improving coordination through information continuity: a framework for translational research. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 1, p. 590, dez. 2014.
GRAHAM-HARRISON, E.; KUO, L. China’s coronavirus lockdown strategy: brutal but effective. 19 mar. 2020.
GUSSO, G.; MACHADO, L. B. M. Atenção primária à saúde. Em: GUSTAVO, G.; LOPES, J. M. C.; LÊDA CHAVES DIAS (Eds.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre - RS, Brasil: Artmed Editora Ltda, 2019. p. 172–196.
HALEEM, A. et al. Telemedicine for healthcare: Capabilities, features, barriers, and applications. **Sensors International**, v. 2, p. 100117, 2021.
HARZHEIM, E. et al. Telehealth in Rio Grande do Sul, Brazil: Bridging the Gaps. **Telemedicine and e-Health**, v. 22, n. 11, p. 938–944, nov. 2016.
HARZHEIM, E. et al. Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1881, 23 fev. 2019.
HARZHEIM, E. et al. Estratégia de Saúde da Família. Em: DUNCAN, B. B. et al. (Eds.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 5. ed. Porto Alegre - RS, Brasil: Artmed Editora Ltda, 2022. p. 164–190.
HARZHEIM, E.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família. Em: DUNCAN, B. B. et al. (Eds.). **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre - RS, Brasil: Artmed Editora Ltda, 2013. p. 32–42.
HAYDEN, E. M. et al. Telemedicine Facilitation of Transfer Coordination From Emergency Departments. **Annals of Emergency Medicine**, v. 76, n. 5, p. 602–608, nov. 2020.
HJELM, N. M. Benefits and drawbacks of telemedicine. **Journal of Telemedicine and Telecare**, v. 11, n. 2, p. 60–70, 1 mar. 2005.
HONE, T. et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLOS Medicine**, v. 14, n. 5, p. e1002306, 30 maio 2017.
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **De acordo com seu Plano de Contingência ao Covid-19, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre comunica as novas recomendações para pacientes válidas a partir desta terça-feira (17): Facebook Page**, mar. 2020a. Disponível em: <https://www.facebook.com/hcpa.poa/posts/2660512947379538>
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **O HCPA informa**. **@HCPA Twitter**, mar. 2020b. Disponível em: <https://twitter.com/HCPA_/status/1239658035112443906>
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **O app Meu Clínicas tem mais uma facilidade aos seus usuários.** , 21 jan. 2021a. Disponível em: <https://www.facebook.com/hcpa.poa/posts/3463308060433352/>
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Empresa Pública: Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. , jul. 2021b. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/downloads/pgi006_275869_empresa_publica_publico_1.10.pdf>. Acesso em: 3 out. 2022
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Institucional/ Apresentação Principais números**. , 2022. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao/institucional-apresentacao-principais-numeros>. Acesso em: 3 out. 2022
INTERNATIONAL SOCIETY FOR INFECTIOUS DISEASES. **PRO/AH/EDR> Undiagnosed pneumonia - China (HU): RFI**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://promedmail.org/promed-post/?id=6864153>.
KATZ, N. **Avaliação da efetividade da realização de teleconsultorias na qualificação dos referenciamentos entre Atenção Primária e Atenção Especializada para pacientes portadores de condições crônicas em Endocrinologia**. Doutorado em Epidemiologia—Porto Alegre - RS, Brasil:

Universidade Federal do Rio Grande do SUL, 2016.
KATZ, N. et al. Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1389–1400, abr. 2020.
KNAUTH, D. R.; OLIVEIRA, F. A. DE; CASTRO, R. C. L. DE. Antropologia e Atenção Primária à Saúde. Em: DUNCAN, B. B. et al. (Eds.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 5. ed. Porto Alegre - RS, Brasil: Artmed Editora Ltda, 2022. p. 508–521.
LOPES, J. M. C. et al. **Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade. Florianópolis: : Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.**
MCMULLAN, R. D. et al. The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 245, p. 270–278, fev. 2019.
MENDES, E. V. UMA NOVA CLÍNICA: AS MUDANÇAS NA ATENÇÃO À SAÚDE. Em: **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 293–348.
MENEGOTTO, A. B. et al. **Meu Clínicas©, aplicativo para pacientes: inovação em tecnologia da informação e comunicação (TIC) na saúde pública**. . Em: 39ª SEMANA CIENTÍFICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Porto Alegre - RS, Brasil: 2019.
MEYEROWITZ, E. A. et al. Transmission of SARS-CoV-2: A Review of Viral, Host, and Environmental Factors. **Annals of Internal Medicine**, v. 174, n. 1, p. 69–79, jan. 2021.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). . 30 set. 2010.
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).** , 27 out. 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html>. Acesso em: 25 out. 2022
MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 467, DE 20 DE MARÇO DE 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19.** , 23 mar. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>
MOHR, N. M. et al. Emergency Department Telemedicine Shortens Rural Time-To-Provider and Emergency Department Transfer Times. **Telemedicine and e-Health**, v. 24, n. 8, p. 582–593, ago. 2018.
MOLINA-BASTOS, C. G.; D'AVILA, O. P.; SCHMITZ, C. A. A. Atendimento em saúde por meio de recursos digitais. Em: GUSTAVO, G.; LOPES, J. M. C.; LÊDA CHAVES DIAS (Eds.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2019. p. 559–577.
NATIONAL ASSOCIATION OF CLINICAL NURSE SPECIALISTS. **Definitions of Transitional Care**. , [s.d.]. Disponível em: <https://nacns.org/resources/toolkits-and-reports/transitions-of-care/definitions-of-transitional-care/>. Acesso em: 23 nov. 2022
NOEL, K. et al. Tele-transitions of care (TTOC): a 12-month, randomized controlled trial evaluating the use of Telehealth to achieve triple aim objectives. **BMC Family Practice**, v. 21, n. 1, p. 27, dez. 2020.
OHINMAA, A.; HAILEY, D.; ROINE, R. ELEMENTS FOR ASSESSMENT OF TELEMEDICINE APPLICATIONS. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 17, n. 2, p. 190–202, abr. 2001.
OLIVEIRA, E.; ORTIZ, B. Ministério da Saúde confirma primeiro caso de coronavírus no Brasil. 26 fev. 2020.
ORGANIZAÇÃO DA NAÇÕES UNIDAS. **Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil. Nações Unidas Brasil,** 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 17 dez. 2022ª

ORGANIZAÇÃO DA NAÇÕES UNIDAS. **3 Saúde e Bem-Estar: Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades**. Nações Unidas Brasil, 2022b. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 17 dez. 2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados Inovadores: Enfrentando o Desafio das Condições Crônicas. Em: **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003. p. 45–72.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, p. 1778–97, 9 maio 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Países de todo o mundo assinam Declaração de Astana, que traça caminho para alcançar cobertura universal de saúde. OPAS, 25 out. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/25-10-2018-paises-todo-mundo-assinam-declaracao-astana-que-traca-caminho-para-alcancar>. Acesso em: 17 dez. 2022**

PATEL, N. K. et al. **Transitional Care Management: Practical Processes for Your Practice**. **American Academy of Family Physicians**, 2019. Disponível em: <https://www.aafp.org/dam/brand/aafp/pubs/fpm/issues/2019/0500/p27.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022

PFEIL, J. N. et al. A telemedicine strategy to reduce waiting lists and time to specialist care: A retrospective cohort study. **Journal of Telemedicine and Telecare**, p. 1357633X2096393, 18 out. 2020.

POLITZER, R. M. et al. Inequality in America: the contribution of health centers in reducing and eliminating disparities in access to care. **Medical care research and review: MCRR**, v. 58, n. 2, p. 234–248, jun. 2001.

PORTO ALEGRE, S. M. DA SAÚDE. D. G. DE A. P. À S.; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, P. DE P.-G. EM EPIDEMIOLOGIA. T. (TELESSAÚDERS-U. **Manual de teleconsulta na APS**. Porto Alegre: [s.n.].

POWELL DAVIES, G. et al. Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. **Medical Journal of Australia**, v. 188, n. S8, abr. 2008.

RASELLA, D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**, v. 349, n. jul03 5, p. g4014–g4014, 3 jul. 2014.

REUTERS. Exército da Itália retira corpos de cidade sobrecarregada pelo coronavírus. 19 mar. 2020.

RUSCHEL, K. B. et al. Transition of care of stable ischaemic heart disease patients from tertiary to primary care with telemedicine support: Randomized noninferiority clinical trial. **Journal of Telemedicine and Telecare**, v. 28, n. 1, p. 52–57, jan. 2022.

SAMPAIO, L. F. R.; MENDONÇA, C. S.; TURCI, M. A. Atenção primária à saúde no Brasil. Em: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Eds.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2019. p. 172–196.

SCHMITZ, C. A. A. **Telessaúde como Suporte Assistencial para a Atenção Primária à Saúde no Brasil.** Porto Alegre - RS, Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do SUL, nov. 2015.

SCHMITZ, C. A. A. et al. Gestão da Clínica Híbrida. Em: **Consulta Remota: Fundamentos e Prática**. 1. ed. Porto Alegre - RS, Brasil: Artmed Editora Ltda, 2021a. p. 41–52.

SCHMITZ, C. A. A. et al. Introdução. Em: **Consulta Remota: Fundamentos e Prática**. 1. ed. Porto Alegre - RS, Brasil: Artmed Editora Ltda, 2021b. p. 1–3.

SCHMITZ, C. A. A. et al. Objetivos, Definição e Modalidades da Consulta Remota. Em: **Consulta Remota: Fundamentos e Prática**. 1. ed. Porto Alegre - RS, Brasil: Artmed Editora Ltda, 2021c. p. 5–8.

SCHMITZ, C. A. A. et al. Motivos para Converter uma Consulta Remota. Em: **Consulta Remota: Fundamentos e Prática**. 1. ed. Porto Alegre - RS, Brasil: Artmed Editora Ltda, 2021d. p. 9–14.

SHI, L. Primary care, specialty care, and life chances. **International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation**, v. 24, n. 3, p. 431–458, 1994.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. DA S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 953–972, 2010.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129–1133, 22 out. 1994.

STARFIELD, B. Atenção primária e sua relação com a saúde. Em: **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002a. p. 19–42.
STARFIELD, B. Uma estrutura para a medição da Atenção Primária. Em: **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002b. p. 43–70.
STARFIELD, B. Acessibilidade e Primeiro Contato: A "Porta". Em: **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002c. p. 207–246.
STARFIELD, B. Cadastro de pacientes e atenção orientada para o paciente ao longo do tempo. Em: **Atenção Primária: Equilíbro entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002d. p. 247–290.
STARFIELD, B. Interação profissional-paciente. Em: **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002e. p. 291–312.
STARFIELD, B. Integralidade da atenção: quem deveria oferecer o que. Em: **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002f. p. 313–364.
STARFIELD, B. Coordenação da atenção: juntando tudo. Em: **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002g. p. 365–415.
STARFIELD, B. Descrevendo a Atenção Primária. Em: **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002h. p. 101–132.
STARFIELD, B. Avaliação da Atenção Primária: uma visão da população. Em: **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002i. p. 481–531.
STARFIELD, B. et al. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. **Health Affairs (Project Hope)**, v. Suppl Web Exclusives, p. W5-97-W5-107, jun. 2005.
STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457–502, set. 2005.
TAKEDA, S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. Em: DUNCAN, B. B. et al. (Eds.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 5. ed. Porto Alegre - RS, Brasil: Artmed Editora Ltda, 2022. p. 127–163.
TASCA, R. et al. Atenção Primária Forte: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. Em: **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília, D.F: OPAS, 2018. p. 103–116.
TECHNOLOGY, S. **Wuhan unexplained pneumonia patients and their onset sites have been isolated and many hospitals hold a special meeting on prevention and treatment**. , 31 dez. 2019. Disponível em: <https://tech.sina.com.cn/roll/2019-12-31/doc-iihnzhfz9428799.shtml>. Acesso em: 3 out. 2022
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **RegulaSUS**. **TelessaúdeRS-UFRGS**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/>. Acesso em: 13 mar. 2022a
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, P. DE P.-G. EM EPIDEMIOLOGIA. T. (TELESSAÚDERS-U. **Quem Somos**. **TelessaúdeRS-UFRGS**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/quemsomos/>. Acesso em: 3 jun. 2022b
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, P. DE P.-G. EM EPIDEMIOLOGIA. T. (TELESSAÚDERS-U. **Teleconsultoria**. **TelessaúdeRS-UFRGS**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/>. Acesso em: 25 out. 2022c
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, P. DE P.-G. EM EPIDEMIOLOGIA. T. (TELESSAÚDERS-U. **Telediagnóstico**. **TelessaúdeRS-UFRGS**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/telediagnostico/>. Acesso em: 25 out. 2022d

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, P. DE P.-G. EM EPIDEMIOLOGIA. T. (TELESSAÚDERS-U. **Teleducação**. **TelessaúdeRS-UFRGS**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleducacao/>. Acesso em: 3 jun. 2022e

VAKKALANKA, J. P. et al. Telemedicine is associated with rapid transfer and fewer involuntary holds among patients presenting with suicidal ideation in rural hospitals: a propensity matched cohort study. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 73, n. 11, p. 1033–1039, nov. 2019.

VAONA, A. et al. Training interventions for improving telephone consultation skills in clinicians. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2017, n. 2, 4 jan. 2017.

VEDEL, I.; KHANASSOV, V. Transitional Care for Patients With Congestive Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. **The Annals of Family Medicine**, v. 13, n. 6, p. 562–571, 1 nov. 2015.

WASEEM, H. et al. Efficacy and Safety of the Telestroke Drip-And-Stay Model: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 30, n. 4, p. 105638, abr. 2021.

WIERSINGA, W. J. et al. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. **JAMA**, v. 324, n. 8, p. 782, 25 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Introduction. Em: **Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care**. Geneva: World Health Organization, 2016. p. 3–4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Statement regarding cluster of pneumonia cases in Wuhan, China**. , 9 jan. 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/china/news/detail/09-01-2020-who-statement-regarding-cluster-of-pneumonia-cases-in-wuhan-china>. Acesso em: 3 out. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020**. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 10 jul. 2021b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Atenção primária à saúde**. , [s.d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 13 mar. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Declaration of Astana. . Em: GLOBAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE: FROM ALMA-ATA TOWARDS UNIVERSAL HEALTH COVERAGE AND THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS. Astana: WHO/HIS/SDS/2018.61, 26 out. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2022**

YIGE, L. **Exclusive │ Wuhan patients with unexplained pneumonia and their onset sites have been isolated and many hospitals hold a special meeting on prevention and treatment**. , 31 dez. 2019. Disponível em: <https://m.21jingji.com/article/20191231/herald/e0818b0114ebc197028c5e7c42d8bf60.html>. Acesso em: 3 out. 2022

7. ARTIGO

CUIDADO TRANSICIONAL À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES AMBULATORIAIS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

TRANSITIONAL CARE TO PRIMARY HEALTH CARE: CHARACTERISTS OF AMBULATORY PATIENTS FROM SPECIALTY CARE

Rodrigo Pedroso Tolio, Fabiana Carvalho, Rodolfo Souza da Silva, Roberto Nunes Umpierre, Dimitris Rucks Varvaki Rados, Sotero Serrate Mengue, Marcelo Rodrigues Gonçalves

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser enviado ao Jornal Telemedicine and e-Health

Introdução

Os sistemas de saúde foram obrigados a adaptar-se pela pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Encarando uma doença com forte transmissão de pessoa a pessoa, utilizou-se o distanciamento social, o uso de máscaras, o isolamento e o *lockdown* para reduzir a sua infectividade [1]. Nesse cenário com forte potencial de subjugar os sistemas de saúde, diversos serviços cancelaram consultas eletivas [2–4]. Pela emergência da doença causada pelo coronavírus-19 - do inglês, *coronavirus disease* - (COVID-19), as ferramentas de telessaúde, principalmente o monitoramento e a consulta, foram essenciais no cuidado das pessoas. A primeira foi utilizada para acompanhar a saúde dos pacientes com sintomas de COVID-19; já a segunda – até então – era proibida no Brasil e foi autorizada emergencialmente pelo Conselho Federal de Medicina [5–7] e pelo Ministério da Saúde (MS) [8], permitindo manter os cuidados de pessoas com doenças crônicas e realizar avaliações de demandas agudas, sem aumentar o risco de infecção pela COVID-19. Pelo caráter proibicionista das sociedades médicas com as ferramentas de telessaúde, poucas instituições tinham larga experiência no uso de tecnologias da informação para prover cuidados em saúde, o que acarretou que aquelas que tivessem *expertise* adaptassem-se mais rápido.

O TelessaúdeRS-UFRGS (TeleRS) é um projeto criado em 2007, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS, com vasta experiência no uso da telessaúde. Entre março de 2020 a janeiro de 2021, atuou, em parceria com o HCPA e com a Faculdade de Medicina da UFRGS (FAMED-UFRGS), no Ambulatório de Consulta Remota (ACR). O ACR foi estruturado a partir da autorização do atendimento médico remoto no país e auxiliou no cuidado das pessoas, sendo responsável por cerca de 2 mil atendimentos médicos remotos e 7 mil avaliações para monitoramento por suspeita de COVID-19 em Porto Alegre, Rio Grande do Sul [9,10].

Conforme a equipe do TeleRS adquiriu experiência no atendimento médico remoto, a demanda por consultas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) aumentava. Para aliviar esse cenário, consolidou-se um ambulatório com Médicos de Família e Comunidade (MFC) especializado em atendimentos médicos à distância, chamado de Teleambulatório-HCPA (TA-HCPA/TSRS). Com a reposição das consultas perdidas por MFCs, foi percebido que havia pacientes estáveis ou sem motivo

de seguimento claro nas especialidades do HCPA, um hospital de terciário de alta densidade tecnológica. Então, iniciou-se a sinalização dos pacientes cujos cuidados em saúde poderiam acontecer na Atenção Primária à Saúde (APS). O processo de transferir o cuidado entre diferentes níveis de atenção é chamado de cuidado transicional. Este trabalho pretende analisar quais os preditores estiveram associados à possibilidade de transição do cuidado à APS e qual prevalência de pacientes nas especialidades de um hospital universitário que poderiam realizar a transição à APS a partir da solicitação da reposição de consultas canceladas e atendimento pela equipe do TA-HCPA/TSRS.

Métodos

Estudo transversal realizado durante a implementação do Teleambulatório-HCPA, utilizando as solicitações de consultas feitas na plataforma de comunicação digital entre o hospital e os pacientes conhecida como “Meu Clínicas”. O desfecho é a possibilidade de ter os cuidados em saúde realizados na APS. Os pedidos de consultas foram avaliados pela equipe de MFCs vinculados ao TeleRS no período de novembro de 2020 até dezembro de 2021.

COLETA DE DADOS

Aproximadamente 30 mil consultas foram canceladas pela pandemia de COVID-19. Elas foram sinalizadas aos pacientes para que eles solicitassem a reposição pela plataforma "Meu Clínicas", desenvolvida pelo HCPA para agendamento, consulta de exames e comunicação entre hospital e usuários. A equipe avaliava as solicitações, verificava se eram das agendas pactuadas com os serviços médicos (a pactuação foi realizada pela administração do hospital por e-mail) e, após, era verificado o status da consulta (realizada, agendada e/ou retorno autorizado). Então, as restantes eram separadas em três grupos: presencial, remota ou indefinida. As indefinidas e presenciais eram agendadas exclusivamente para o serviço especializado (prioritárias e não prioritárias), já as remotas eram agendadas para o serviço de origem ou para o TA-TSRS pela equipe administrativa.

O paciente agendado para consulta remota no TA-HCPA/TSRS tinha um formulário preenchido, sendo as consultas impossibilitadas de agendar, descrito os motivos: consulta presencial, óbito, não encontrado ou outros. Foram realizadas 5 tentativas de contato por 30 dias consecutivos antes de considerarmos a perda. Detalhes sobre a tomada de decisão na seleção e sobre o agendamento estão disponíveis como fluxograma no anexo 1. O formulário de agendamento está disponível no anexo 2.

A amostra foi obtida a partir dos atendimentos realizados pelo TA-HCPA/TSRS. Para auxiliar a análise, as especialidades e suas respectivas agendas foram divididas em 4 grandes grupos: especialidades médicas clínicas, médicas cirúrgicas, outras médicas e outras especialidades. Foram consideradas como potenciais especialidades para transição de cuidado para APS aquelas com pelo menos 10 atendimentos, o quadro 1, sumariza a divisão das especialidades nos grandes grupos. As informações sobre as especialidades e os códigos das agendas do hospital estão disponíveis nos anexos 4, 5, 6 e 7.

Quadro 1. Divisão das especialidades nos Grandes grupo

Especialidades Médicas Cirúrgicas		
Cirurgia Cardíaca	Cirurgia Plástica	Neurocirurgia
Cirurgia Digestiva	Cirurgia Vascular	Ortopedia
Cirurgia Geral	Coloproctologia	Urologia
Cirurgia Pediátrica	Mastologia	
Especialidades Médicas Clínicas		
Anticoagulação	Gastroenterologia	Neurologia
Cardiologia	Genética	Nutrologia
Clínica Geral	Hematologia	Oncologia
Dermatologia	Imunologia	Pneumologia
Endocrinologia	Infectologia	Psiquiatria
Fisiatria	Nefrologia	Tratamento da Dor
Especialidades Clínica-cirúrgicas		
Anestesiologia	Oftalmologia	
Ginecologia	Otorrinolaringologia	
Outras Especialidades		
Enfermagem	Grupo	Psicologia
Farmácia	Iodoterapia	Radioterapia
Fisioterapia	Nutrição	Resumo de Caso
Fonoaudiologia	Odontologia	Serviço Social

ATENDIMENTO E DEFINIÇÃO DA AMOSTRA ESTUDADA.

O atendimento era realizado por estudantes de medicina em estágio no TA-HCPA/TSRS. O caso era discutido com MFCs do TeleRS. Após, era definido se o paciente necessitaria de novas consultas com a equipe ou se era necessário retorno à especialidade do HCPA. Também era avaliado se, pelo problema de saúde em acompanhamento, o paciente poderia ser seguido exclusivamente na APS. Aqueles sem demandas para serem atendidas pelas equipes especializadas eram sinalizados como um retorno para o TA-HCPA/TSRS em 12 meses. Se necessário, o retorno à equipe de especialidade era marcado pelo colaborador administrativo do hospital. Os desfechos eram sinalizados em formulário da plataforma Google Forms®. O formulário está disponível no anexo 3. Com a nossa amostra, era possível estabelecer

CRITÉRIOS PARA A TRANSIÇÃO DO CUIDADO À APS.

Para Starfield, a atenção secundária deve ser um serviço consultivo e de curta duração [11], sendo o nível de atenção composto dos ambulatórios de especialidades [12]. Dentro do escopo consultivo de curta duração, para definir a possibilidade de alta à APS, eram considerados os seguintes parâmetros: o tempo de retorno em consultas anteriores (6 meses em especialidades clínicas e um ano em cirúrgicas), o motivo pelo qual o paciente tem consultas na especialidade (a partir dos protocolos do TeleRS), a estabilidade do quadro, o plano de realização de novos procedimentos ou de mudanças de tratamento (a partir da avaliação no registro das consultas) e a definição de alta em consultas anteriores.

VARIÁVEIS

As variáveis preditoras foram grande grupo de especialidades em acompanhamento, sexo, idade, raça/cor, local de moradia, escolaridade e tempo de atendimento. Elas foram extraídas do registro nos prontuários eletrônicos do hospital. Foram calculados o tempo de deslocamento e a distância do endereço do paciente até o hospital, utilizando-se a plataforma Google Maps®. Para residentes em Porto Alegre, o cálculo do tempo de deslocamento foi realizado considerando um trajeto de ônibus municipal; para não residentes de Porto Alegre, foi considerado um deslocamento de carro. Para a distância,

considerou-se somente o trajeto de carro. Para o cálculo do consumo de carbono, foi realizado o seguinte: caso o paciente fosse do interior ou da região metropolitana, considerou-se o deslocamento em van de 16 lugares; caso o paciente fosse de Porto Alegre, utilizou-se um trajeto de ônibus convencional municipal e, portanto, não foi somado às emissões de carbono. Para a medida das emissões de dióxido de carbono, utilizou-se a versão de 2022 da tabela padronizada de emissões do Reino Unido, chegando à emissão de 0,32607 kg de CO_2 por km rodado, conforme realizado por Umpierre [13]. As medidas de tempo, distância e emissões consideraram o trajeto de ida e de retorno.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise descritiva das variáveis contínuas utilizou-se média e desvio padrão; das categóricas utilizou-se frequência (medida em proporção). Para a comparação de médias, foi realizado teste t e de proporções, o teste de qui-quadrado. Para estimar a OR nas variáveis contínuas, foi utilizada regressão logística. Os preditores que demonstraram ter p-valor $\leq 0,2$, foram adicionados à análise multivariável que também foi realizada por regressão logística. Utilizou-se o pacote de software R na versão 4.2.2.

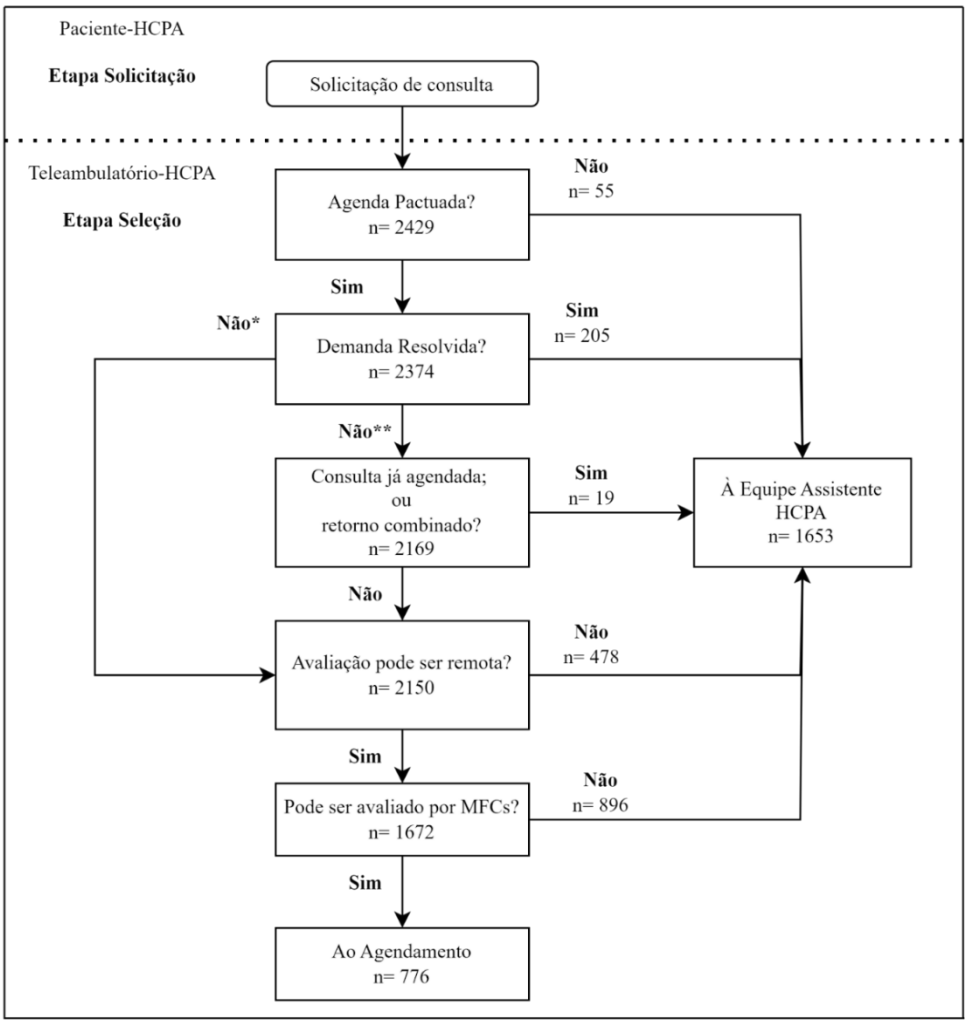
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo está vinculado ao projeto “Estruturação da Coordenação e Transição de Cuidados para Pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e disponível para consulta sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 46128621.2.0000.5327. As informações coletadas foram mantidas confidenciais, considerando o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados.

Resultados

Das 2.429 solicitações de consultas, 776 eram aptas para atendimento e 557 foram atendidas com sucesso (compreendendo a amostra efetivamente estudada) e 227 (41%) foram consideradas aptas à alta. A figura 1 detalha a tomada de decisão para a seleção.

Figura 1. Seleção de consultas no TA-HCPA/TSRS



* Antes de novembro de 2021; ** Após novembro de 2021

Dividindo-se nos grandes grupos, foram atendidas 156 consultas de especialidades cirúrgicas, 339 de clínicas, 41 de Clínica-cirúrgicas e 21 de outras especialidades. A maioria da amostra era do sexo feminino (67%), branca (89%) e proveniente de Porto Alegre (57%). Em relação à escolaridade, 64%

tinham pelo menos ensino fundamental completo. As médias de idade e de tempo de acompanhamento na especialidade foram de 58 e de 6,5 anos, respectivamente. A tabela 1 detalha as características das consultas atendidas no TA-HCPA/TSRS e a

Tabela 1. Características das consultas atendidas no TA-HCPA/TSRS. Novembro/2020 – dezembro/2021. Variáveis categóricas

Variável	**Consultas**	**Transição do Cuidado**		**p-valor**
		Não	**Sim**	
	n= 557	n= 330 (59%)	n= 227 (41%)	
Sexo				
Masculino	186 (33%)	103 (31%)	83 (37%)	Ref
Feminino	371 (67%)	227 (69%)	144 (63%)	0,20
Raça/Cor				
Branca	501 (89%)	291 (88%)	210 (93%)	Ref
Outras	56 (11%)	39 (12%)	17 (7%)	0,13
Escolaridade				
Fundamental Incompleto	199 (36%)	118 (36%)	81 (36%)	Ref
Fundamental	130 (23%)	83 (25%)	47 (20%)	0,41
Médio	161 (29%)	91 (28%)	70 (31%)	0,60
Superior	43 (8%)	27 (8%)	16 (7%)	0,68
Ignorado	24 (4%)	11 (3%)	13 (6%)	NA
Localidade				
Interior	67 (12%)	44 (13%)	23 (10%)	Ref
Região Metropolitana	195 (35%)	118 (36%)	77 (34%)	0,46
Porto Alegre	295 (53%)	168 (51%)	127 (56%)	0,19
Grande Grupo				
Clínica	339 (61%)	207 (63%)	132 (58%)	Ref
Cirurgia	156 (28%)	86 (28%)	70 (31%)	0,21
Outras Médicas	41 (7%)	27 (8%)	14 (6%)	0,23
Outras Especialidades	21 (4%)	10 (3%)	11 (5%)	0,56
Variáveis Contínuas		**Médias (DP)**		**p-valor**
Idade	58,4 (18,3)	56,2 (18,3)	61,6 (17,8)	<0,01
Tempo de acompanhamento	6,5 (6,0)	5,6 (5,6)	7,8 (6,4)	<0,01

Idade e Tempo de acompanhamento expressas em anos.

Foi possível perceber que o aumento de 1 ano de acompanhamento no cuidado especializado e na idade estiveram associados com OR de 1,06 (IC 95% 1,03 – 1,09; p<0,01) e com OR de 1,02 (IC 95% 1,01 – 1,03 p<0,01)

Pela análise multivariável - ajustando-se os valores de tempo de acompanhamento pela idade, sexo e raça/cor - foi possível observar que o aumento de um ano.na idade e no tempo de acompanhamento estiveram associados com o aumento em 1% (OR 1,01; IC95% 1,00 – 1,02; p<0,009) e 5% (OR= 1,05; IC95% 1,02 – 1,09; p< 0,001), respectivamente, nas chances do paciente ser candidato a transição dos cuidados à APS. Os preditores de sexo e raça cor não demonstraram ter correlação com o desfecho. A tabela 2 sumariza a análise multivariada.

Tabela 2. Análise multivariada dos preditores para a possibilidade de transição do cuidado à APS. Novembro/2020 – dezembro/2021. n= 557

Variável	OR	p-valor
Sexo		
Masculino	1	Ref
Feminino	0,73 (0,51 – 1,06)	0,10
Raça/Cor		
Branca	1	Ref
Outras	0, 67 (0,35 – 1,21)	0,20
Idade	1,01 (1,00 – 1,02)	<0,01
Tempo de acompanhamento	1,06 (1,03 – 1,09)	<0,01

OR da Idade e Tempo pelo aumento de 1 ano

O deslocamento, o gasto de carbono e o tempo que poderiam ter sido evitados, caso os atendimentos fossem realizados na APS foi de 15,6 mil km, 264 kg de CO_2 e de 24.322 minutos, respectivamente. A tabela 3 expressa os recursos per capta que poderiam ser economizados de acordo com a localidade do paciente.

Tabela 3. Recursos potencialmente economizados per capta com a transição dos cuidados à APS

Recurso	Consultas	Localidade		
	n= 227	**Porto Alegre** n= 127	**R. Metropolitana** n= 77	**Interior** n= 23
Distância (km)β	69	21	76	316
Tempo (minutos)	107	85µ	81Ω	316 Ω
Consumo de CO_2 (kg)	2,6	NA	2,7	6,3

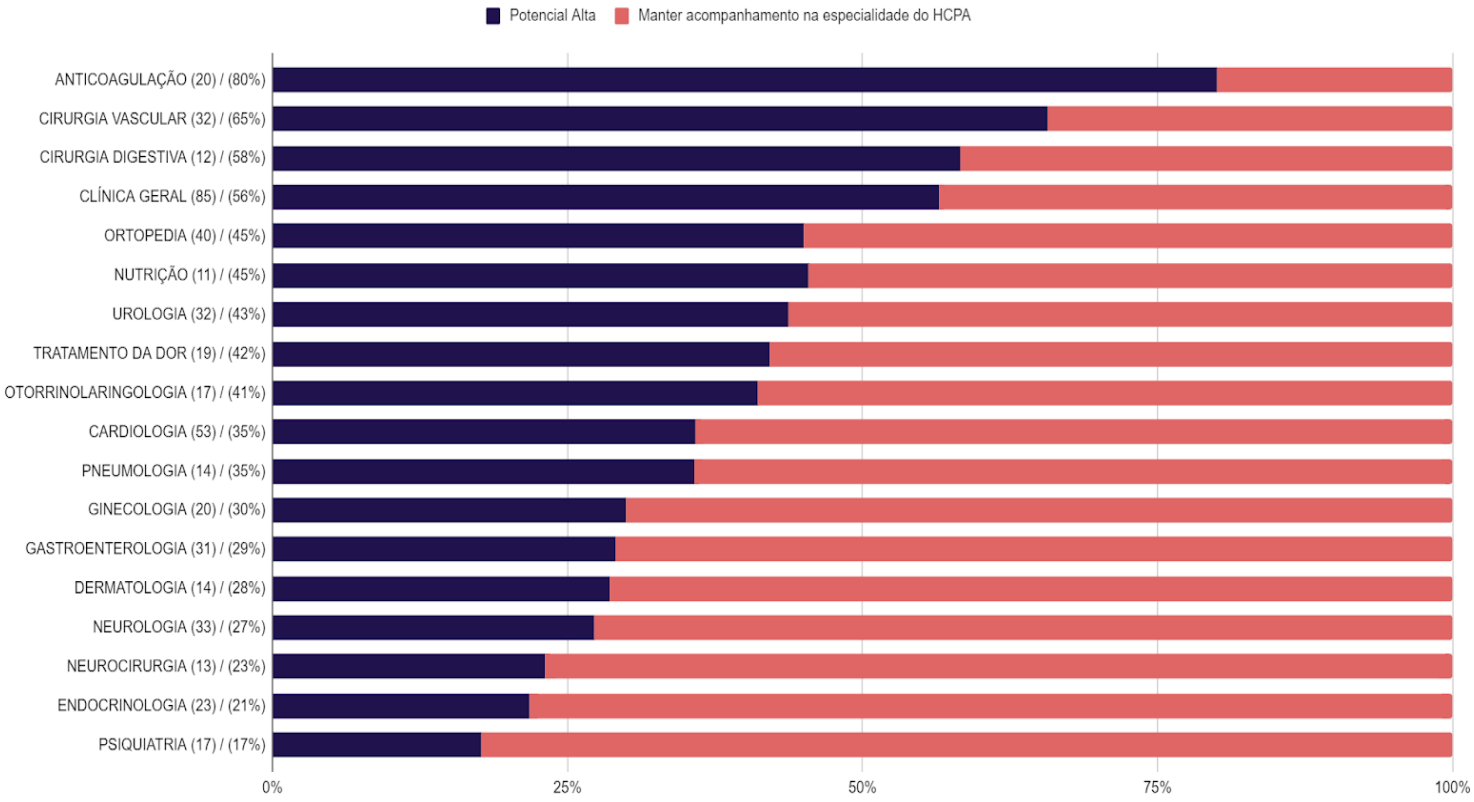
Já calculados para a viagem de ida ao hospital e retorno

β: Distância de carro;
μ: Considerando deslocamento de ônibus municipal
Ω: Considerando deslocamento de carro

Das 227 consultas que poderiam ser na APS, 132 eram clínicas, 70 cirúrgicas, 14 Clínica-cirúrgicas e 11 de outras especialidades. Isso representou 38% das consultas clínicas, 44% das cirúrgicas, 34% das clínica-cirúrgicas e 52% das outras especialidades.

Ao segmentar por especialidades, percebemos que aquelas com o maior potencial de alta foi a da Anticoagulação (80%); seguida por Cirurgia Vascular (66%); Cirurgia Digestiva (58%); Clínica Geral, com (56%) e Ortopedia (45%) e as com menor potencial de alta foram: Psiquiatria (17%); Endocrinologia (21%); Neurocirurgia (23%); Neurologia (27%); e Dermatologia (28%). As agendas dentro de cada especialidade com maior potencialidade de alta estão disponíveis no anexo 9. O Gráfico 1 detalha a potencialidade de alta de acordo com as especialidades.

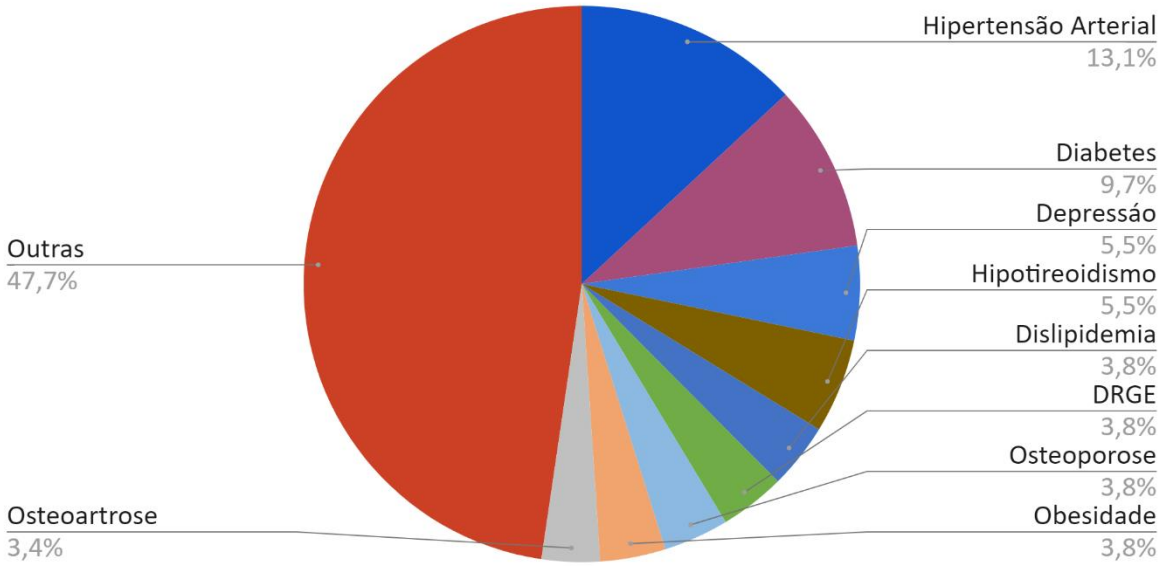
Gráfico 1 Especialidades atendidas e potencialidade de Transição do Cuidado à APS (10 ou mais consultas no total). TA-HCPA/TSRS novembro 2020 – dezembro 2021



(N de consultas) / (% de potencial na transição do cuidado)

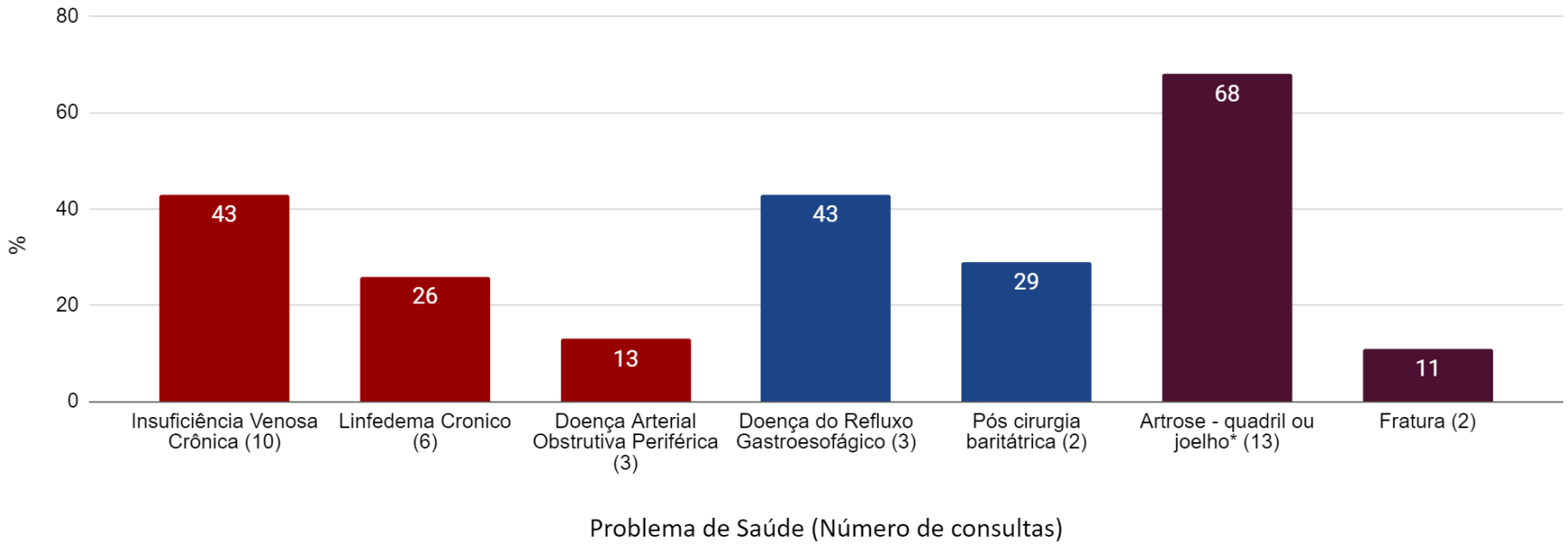
As consultas candidatas à alta das cinco especialidades/agendas com maior potencial de transição do cuidado foram detalhadas para identificar quais as principais condições encontradas nestes pacientes. Na agenda de anticoagulação**:** os pacientes fazem controle do tempo de coagulação pelo uso de varfarina, medida que pode ser realizada na APS. Os principais motivos de consultas associados à possibilidade de transição do cuidado à APS nas agendas da Clínica Geral estão disponíveis no Gráfico 2 e os das agendas de Cirurgia Vascular, Cirurgia Digestiva e Ortopedia, no gráfico 3. Os outros motivos descritos nas consultas da Clínica Médica estão disponíveis no anexo 8.

Gráfico 2. Condições de saúde associadas a consultas cujos cuidados poderiam ser realizados na APS



Especialidade: Clínica Médica

Gráfico 3 Condições de saúde associadas a transição do cuidado nas agendas de Cirurgia Vascular, Cirurgia Digestiva e Ortopedia



Cirurgia Vascular; Cirurgia Digestiva; Ortopedia; % em relação ao total de consultas que poderiam ser na APS de acordo com a especialidade;
*08 já realizaram cirurgia de protetização (06 antes de 2016, 01 em 2018 e 01 em 2019);
Outras condições na Cirurgia Vascular: 02 consultas por síndromes pós trombóticas, 01 consulta por pós-operatório de hemangioma de língua e 01 por dor osteomuscular;
Outras condições na Cirurgia Digestiva: 01 consulta por colelitíase assintomática, (desde 2005 e sem desejo de operar) e 01 por acompanhamento de adenocarcinoma gástrico operado em 2006;
Outras condições na Ortopedia: 01 consulta por artrodese em 2010, 01 por síndrome do manguito rotador (estável e sem indicação de cirurgia) e 01 por seguimento de doença inflamatória com retorno à APS para encaminhamento à reumatologia.

Discussão

Os achados mostram que 41% dos pacientes avaliados poderiam ter os cuidados na APS. Esse desfecho esteve associado ao aumento do tempo de acompanhamento no HCPA e à idade. A principal condição de saúde associada com a transição dos cuidados foi o acompanhamento com exames laboratoriais para a anticoagulação. Percebemos que as especialidades cirúrgicas tinham uma quantidade expressiva de pacientes sem planos de procedimentos cirúrgicos novos. Foi possível notar também que o ambulatório de Clínica Geral (Medicina Interna) cumpre a função de manejo de pacientes com doenças crônicas, que deveria ser da APS. Por ser um ambulatório em um hospital universitário e pelas características inerentes a esta condição, os preceitos da APS não conseguem ser atendidos tais como acesso de primeiro contato e atendimento integral, comunitário e coordenado.

Para os pacientes, o seguimento com equipe especialista focal sem indicação pode aumentar a quantidade de exames desnecessários solicitados e causar piores desfechos em saúde [17], tais como maiores taxas de mortalidade por doenças, conforme avaliados nos estudos de Starfield. Os médicos especializados tendem a ter uma menor variedade de diagnósticos [18]. Além disso, o cuidado mantido sem necessidade na atenção especializada acarreta perda de tempo pelos pacientes. Um estudo avaliou que nos EUA, o tempo médio de espera por consultas é de 121 minutos, considerando o deslocamento e o tempo de espera nas clínicas[19]. No presente trabalho, o impacto no tempo gasto para a consulta especializada está subestimado, pois leva em consideração somente o tempo de deslocamento. Os pacientes do interior do estado do RS, por exemplo, de modo geral, deslocam-se de vans fornecidas pelos seus municípios de origem e chegam ao hospital pela manhã, mesmo que a consulta esteja marcada para o turno vespertino.

Para a sociedade, centralizar o cuidado em atenção especializada contribui com maiores custos e piora das desigualdades no cuidado em saúde[11]; já centralizar o cuidado na APS pode aumentar o reconhecimento de uma determinada doença, acarretando um esforço coletivo para a melhoria do seu tratamento [20]. De acordo com a OMS, não deve haver fronteiras na organização das Redes de Atenção

à Saúde para que o cuidado das pessoas com doenças crônicas ocorra de modo integrado, coordenado e contínuo [21]. Além disso, a emissão desnecessária de CO_2.é outro prejuízo à sociedade.

O cuidado transicional é aquele compartilhado entre diferentes profissionais, níveis de atenção, instituições ou ainda de quadro clínico (quando, por exemplo, do cuidado curativo para o paliativo) [22–25]. O paciente está mais vulnerável nos momentos em que está em navegação no sistema [24] e a APS tem papel fundamental nestes momentos [26]. Um estudo avaliou que os principais empecilhos no cuidado transicional envolvem quatro pontos: confiança, comunicação, normas sociais e preocupações legais e financeiras [27].

As evidências de intervenções de cuidado transicional (ICT) são mais fortes no cuidado após internação hospitalar [28]. Duas revisões sistemáticas concluíram que ICTs estão associadas com redução de reinternações. Essas intervenções incluíam visitas domiciliares multidisciplinares e avaliações telefônicas estruturadas [29,30]. Nas situações emergenciais, dois estudos mostraram que a telessaúde esteve associada à facilitação de transferências de pacientes entre diferentes unidades de emergência, entre uma unidade de emergência para um hospital e entre hospitais [31–33]. Um ECR concluiu que as ferramentas de telessaúde foram aceitas pela população para realização do cuidado transicional[34].

Foram encontrados poucos estudos sobre a prevalência de altas ambulatoriais e as características dos pacientes nesse contexto. Um de 2019 avaliou as características associadas com o encaminhamento à APS ou à atenção secundária em pacientes após internação pelo primeiro episódio de psicose no Reino Unido [35]. Esse trabalho concluiu que o encaminhamento à atenção especializada esteve associado aos diagnósticos de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno delirante e ao tempo de internação; outros diagnósticos foram mais associados com a alta à APS. Não foram encontradas associações com características sociodemográficas como, sexo, idade ou etnia. Sobre a transição do cuidado ambulatorial especializado à APS, um trabalho avaliou cerca de 30 mil consultas nos EUA - 6.652 que resultaram em altas ambulatoriais e 23.858 que mantiveram os cuidados na atenção especializada [36]. Ele concluiu que a alta esteve associada com cuidados pós-cirúrgicos, agudização de uma condição crônica e apresentação de uma condição nova de saúde; já manter o paciente no cuidado especializado associou-se com a

quantidade de visitas no intervalo de um ano - sendo a chance 4 vezes maior com 4 visitas no último ano (quando comparado com pacientes novos), com a quantidade de condições crônicas em acompanhamento e com a prescrição de novos medicamentos. Os fatores de idade, sexo, raça/cor (exceto se hispânico, que foi associada a maior chance de alta) e outros motivos de cuidados não tiveram associação com nenhum dos desfechos. No nosso estudo, pacientes com retorno de 6 meses em especialidades clínicas e 12 meses em especialidades cirúrgicas foram considerados aptos à transição do cuidado à APS, indo ao encontro destes achados. A diferença na correlação encontrada com a idade pode ser creditada a frequência das altas neste estudo. Nele, 22% das consultas poderiam ter alta à APS; já no nosso, 41%. Provavelmente os pacientes americanos tiveram altas em momentos precoces e, portanto, teriam idade menor na atenção secundária. Ainda neste cenário, um estudo avaliou que pessoas com doença renal crônica estável (medida pela estimativa de filtração glomerular) nos estágios 2, 3 ou 4 poderiam ter alta à APS sem prejuízo - ou até mesmo com melhora - da sua função renal [37]. Outro estudo avaliou pacientes com cardiopatia isquêmica estável em um hospital universitário que tiveram alta à APS com o apoio de ferramentas de telessaúde não tiveram piora da doença nem de fatores de risco (hemoglobina glicada e pressão arterial) do que aqueles que mantiveram os cuidados no hospital [38].

Este estudo possui limitações. A amostragem foi pela seleção de pacientes candidatos a consultas remotas, potencialmente mais estáveis. Houve perdas de consultas no agendamento. Não foram encontrados na literatura padrões para a definição de alta. Portanto, a seleção foi realizada com os preceitos de seguimento da atenção secundária segundo Starfield. Para garantir fidelidade do resultado, o seguimento exclusivo na APS foi sinalizado em formulário e revisado a partir das evoluções registradas em prontuário.

Conclusões

O estudo indica que uma parcela substancial de pacientes - principalmente nas agendas de Anticoagulação, Cirurgia Vascular, Cirurgia Gastrointestinal, Clínica Geral e Ortopedia - mantém

acompanhamento num hospital universitário de alta densidade tecnológica sem justificativas. A possibilidade de alta esteve correlacionada ao tempo de acompanhamento e à idade do paciente. Providenciar a alta no momento adequado otimiza os recursos dos pacientes e do sistema. As ferramentas de telessaúde demonstram ser promissoras para facilitar o cuidado transicional em diversas situações

Não foram abordadas as possíveis características institucionais ou outras características individuas que podem influenciar da manutenção do cuidado no hospital, mas elas podem ser especuladas, conforme foram por Ackerman: a insegurança dos pacientes, a relutância dos profissionais de renunciar ao cuidado e até mesmo a pressão assistencial. Essas condições podem contribuir para o fornecimento de um retorno ambulatorial (geralmente mais rápido de ser confeccionado e mais fácil de ser aceito pelo paciente) em detrimento da demorada realização da alta. Estudos prospectivos podem auxiliar a elucidação dos principais motivos para a manutenção do cuidado na atenção especializada. Também são necessários estudos experimentais para a compreensão de como realizar a transição do cuidado para reduzir os riscos inerentes neste momento. Desse modo, pode-se assegurar que o paciente certo esteja no local certo no tempo certo.

Referências

1. Graham-Harrison E, Kuo L. China's Coronavirus Lockdown Strategy: Brutal but Effective. 2020.
2. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. De acordo com seu Plano de Contingência ao Covid-19, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre comunica as novas recomendações para pacientes válidas a partir desta terça-feira (17): Social Media. 2020. Available from: https://www.facebook.com/hcpa.poa/posts/2660512947379538.
3. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O HCPA informa. Social Media. 2020. Available from: https://twitter.com/HCPA_/status/1239658035112443906.
4. Jornal do Comércio. Santa Casa suspende atendimento eletivo, consultas e cirurgias a partir desta sexta. 2020.
5. Conselho Federal de Medicina. OFÍCIO CFM Nº 1756/2020 – COJUR. 2020.
6. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Nota sobre o Coronavírus e Telemedicina. 2020.
7. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul A de imprensa. Telemedicina é ferramenta importante para o combate à pandemia de Covid-19. 2020. Available from: https://cremers.org.br/telemedicina-e-ferramenta-importante-para-o-combate-a-pandemia-de-covid-19/ [Last accessed: 7/11/2021].
8. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 467, DE 20 DE MARÇO DE 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e

operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. 2020.
9. Tolio RP, Carvalho F, Rocha JGF da, et al. Ambulatório de Consulta Remota. In: Clinical and Biomedical Research Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS): Porto Alegre - RS, Brasil; 2022; p. 863.
10. Tolio RP, Mantese GHA, Rocha JGF da, et al. Telemonitoramento COVID-19 HCPA/TelessaúdeRS-UFRGS. In: Clinical and Biomedical Research Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS): Porto Alegre - RS, Brasil; 2022; p. 863.
11. Starfield B. Atenção primária e sua relação com a saúde. In: Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde: Brasília; 2002; pp. 19–42.
12. Erdmann AL, Andrade SR de, Mello ALSF de, et al. Secondary Health Care: best practices in the health services network. Rev Lat Am Enfermagem 2013;21(spe):131–139; doi: 10.1590/S0104-11692013000700017.
13. Umpierre RN. Desenvolvimento de consultas remotas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre : descrição dos atendimentos, facilitadores para sua implantação e benefícios adicionais desta modalidade de atenção à saúde. Doutorado em Medicina: Ciencias Médicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre - RS, Brasil; 2022.
14. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. The Lancet 2019;394(10195):345–356; doi: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7.
15. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet 2011;1778–97; doi: 10.1016/S0140- 6736(11)60054-8.
16. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q 2005;83(3):457–502; doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
17. Starfield B. Comprehensiveness versus Special Interests: Family Medicine Should Encourage Its Clinicians to Subspecialize: Negative. In: Ideological Debates in Family Medicine. Nova Publishers: New York; 2007.
18. Starfield B. Uma estrutura para a medição da Atenção Primária. In: Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde: Brasília; 2002; pp. 43–70.
19. Ray KN, Chari AV, Engberg J, et al. Opportunity costs of ambulatory medical care in the United States. Am J Manag Care 2015;21(8):567–574.
20. Starfield B. Profissionais de Atenção Primária, subespecialistas e outros profissionais não-médicos. In: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia UNESCO, Ministério da Saúde: Brasília; 2002; pp. 133–175.
21. Organização Mundial da Saúde. Cuidados Inovadores: Enfrentando o Desafio Das Condições Crônicas. In: Cuidados Inovadores Para Condições Crônicas: Componentes Estruturais de Ação: Relatório Mundial Organização Mundial da Saúde: Brasília; 2003; pp. 45–72.
22. Coleman EA, Boult C. Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs: Position Statement of The American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. J Am Geriatr Soc 2003;51(4):556–557; doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x.
23. National Association of Clinical Nurse Specialists. Definitions of Transitional Care. n.d. Available from: https://nacns.org/resources/toolkits-and-reports/transitions-of-care/definitions-of-transitional-care/ [Last accessed: 11/23/2022].
24. Patel NK, Mathew R, Aniemeke C, et al. Transitional Care Management: Practical Processes for Your Practice. 2019. Available from: https://www.aafp.org/dam/brand/aafp/pubs/fpm/issues/2019/0500/p27.pdf [Last accessed: 11/15/2022].

25. World Health Organization. Introduction. In: Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care World Health Organization: Geneva; 2016; pp. 3–4.
26. Brez S, Rowan M, Malcolm J, et al. Transition from specialist to primary diabetes care: A qualitative study of perspectives of primary care physicians. BMC Fam Pract 2009;10(1):39; doi: 10.1186/1471-2296-10-39.
27. Ackerman SL, Gleason N. Transitioning Patients From Specialty Care to Primary Care: What We Know and What We Can Do. J Ambulatory Care Manage 2018;41(4):314–322; doi: 10.1097/JAC.0000000000000253.
28. Katz N. Avaliação da efetividade da realização de teleconsultorias na qualificação dos referenciamentos entre Atenção Primária e Atenção Especializada para pacientes portadores de condições crônicas em Endocrinologia. Doutorado em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do SUL: Porto Alegre - RS, Brasil; 2016.
29. Ballard J, Rankin W, Roper KL, et al. Effect of Ambulatory Transitional Care Management on 30-Day Readmission Rates. Am J Med Qual 2018;33(6):583–589; doi: 10.1177/1062860618775528.
30. Feltner C, Jones CD, Cené CW, et al. Transitional Care Interventions to Prevent Readmissions for Persons With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Intern Med 2014;160(11):774; doi: 10.7326/M14-0083.
31. Hayden EM, Boggs KM, Espinola JA, et al. Telemedicine Facilitation of Transfer Coordination From Emergency Departments. Ann Emerg Med 2020;76(5):602–608; doi: 10.1016/j.annemergmed.2020.04.027.
32. Mohr NM, Young T, Harland KK, et al. Emergency Department Telemedicine Shortens Rural Time-To-Provider and Emergency Department Transfer Times. Telemed E-Health 2018;24(8):582–593; doi: 10.1089/tmj.2017.0262.
33. Vakkalanka JP, Harland KK, Wittrock A, et al. Telemedicine is associated with rapid transfer and fewer involuntary holds among patients presenting with suicidal ideation in rural hospitals: a propensity matched cohort study. J Epidemiol Community Health 2019;73(11):1033–1039; doi: 10.1136/jech-2019-212623.
34. Noel K, Messina C, Hou W, et al. Tele-transitions of care (TTOC): a 12-month, randomized controlled trial evaluating the use of Telehealth to achieve triple aim objectives. BMC Fam Pract 2020;21(1):27; doi: 10.1186/s12875-020-1094-5.
35. Ahmed S, Peters KZ, Chakraborty N. Discharges from an early intervention in psychosis service: The effect of patient characteristics on discharge destination. Early Interv Psychiatry 2019;13(4):740–744; doi: 10.1111/eip.12552.
36. Bohnhoff JC, Babinski T, Essien UR, et al. Visit characteristics associated with discharge from specialty care: Results from the National Ambulatory Medical Care Survey. Healthcare 2022;10(4):100656; doi: 10.1016/j.hjdsi.2022.100656.
37. Meran S, Don K, Shah N, et al. Impact of chronic kidney disease management in primary care. QJM 2011;104(1):27–34; doi: 10.1093/qjmed/hcq151.
38. Ruschel KB, Rados DR, Furtado MV, et al. Transition of care of stable ischaemic heart disease patients from tertiary to primary care with telemedicine support: Randomized noninferiority clinical trial. J Telemed Telecare 2022;28(1):52–57; doi: 10.1177/1357633X20906648.

8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado transicional ainda é muito pouco estudado no âmbito ambulatorial. Nesta dissertação, foi possível perceber que ainda faltam estudos para que seja possível descobrir a melhor forma e o melhor momento de fazê-lo. Existem poucos trabalhos que avaliaram as características dos pacientes que tiveram alta ambulatorial especializada, assim como qual a situação da saúde das pessoas que foram encaminhadas à APS.

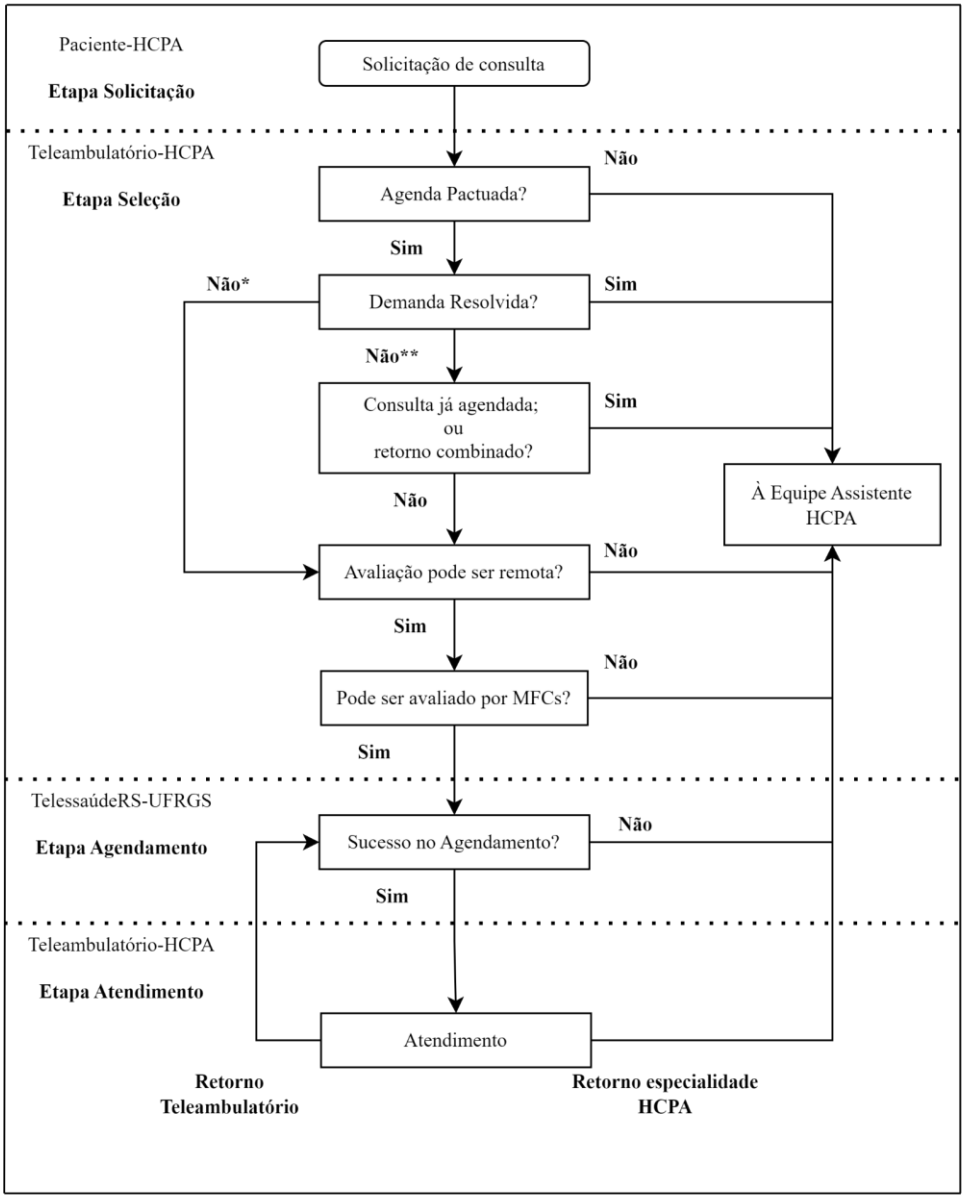
As ferramentas de telessaúde já demonstram serem valiosas para facilitar o processo de transição dos cuidados no entre diferentes níveis de atenção, mas, assim como o cuidado transicional ambulatorial, ainda faltam evidências quando se trata da transição entre a atenção especializada e à APS. Apesar de haver diversos protocolos para encaminhamento da APS para outros níveis e atenção, ainda faltam padronizações para o processo inverso.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre - como instituição universitária e inovadora – já dispõe de um ambulatório especializado em atendimentos médicos remotos que poderá ser utilizado para intervenções no cuidado transicional. Isso não apenas pode permitir que os pacientes sejam encaminhados de volta à APS de modo seguro, mas também pode aumentar a quantidade de novas pessoas que serão atendidas pela instituição. Para auxiliar nesse processo, poderia ser institucionalizado um grupo de trabalho especializado em realizar ICTs dos pacientes do HCPA à APS. Ele poderia revisar periodicamente os prontuários e realizar a interlocução com a APS para aumentar a segurança da transição.

Esperamos que o nosso estudo possa aumentar os conhecimentos sobre o cuidado transicional. Nosso projeto levanta a discussão sobre a navegabilidade das pessoas e sobre o papel de um hospital terciário na rede de atenção em saúde. Esta linha de pesquisa mostra-se promissora pelo seu ineditismo e pelo seu potencial de impacto positivo na vida das pessoas, assim o paciente certo pode estar no lugar certo e no momento certo.

9. ANEXOS

Anexo 1. Fluxo de tomada de decisão para seleção de consulta e atendimento no TA-HCPA/TSRS



Anexo 2. Formulário de Agendamento no TA-HCPA/TSRS

TeleMonitoramento

Agendamento Teleambulatório - Fase1 - Forms Atual

Esse formulário é para realizar o Registro do agendamento dos pacientes do HCPA que tiveram suas consultas analisadas pela equipe do Teleambulatório-HCPA/TelessaúdeRS-UFRGS

[redacted] (não compartilhado)

Alternar conta

*Obrigatório

Selecione o Paciente e a Agenda abaixo. *

Escolher

É MUITO IMPORTANTE DEIXAR CLARO PARA O PACIENTE QUE ELE TERÁ UMA CONSULTA MÉDICA REMOTA E QUE TEM A MESMA VALIDADE DE SUA CONSULTA PRESENCIAL NA ESPECIALIDADE PERDIDA.

DEVEMOS MARCAR A CONSULTA PARA O DIA E HORA MAIS CONFORTÁVEL PARA O PACIENTE, PREFERENCIALMENTE NOS PRÓXIMOS 7 DIAS PARA REDUZIR O ABSTENCEISMO.

Ligue para o paciente

Olá! Me chamo ___[SEU NOME]___. Eu sou __[FUNÇÃO]__do TelessaúdeRS. Hoje eu estou falando em nome do Hospital de Clínicas e gostaria de falar com ____[NOME DO PACIENTE]_____ para agendar uma consulta. Ele(a) pode conversar no momento?

Aguarde o paciente estar disponível

Olá _____[NOME DO PACIENTE]____ eu liguei para Sr(a) hoje, pois você solicitou uma consulta no HCPA através do site "Meu Clínicas" para a ___[ESPECIALIDADE]_____. O seu pedido e o seu prontuário foram avaliados pelos nossos médicos. Com base nessa avaliação você foi selecionado para ter a sua consulta médica de maneira remota, ou seja sua consulta será por telefone e você deverá ficar em casa.

Gostaria também de saber se a ___[ESPECIALIDADE]_____ já agendou a consulta com você.

É muito importante que você esteja em um ambiente tranquilo para a consulta, sem interrupções, se necessário podemos fornecer os comprovantes do atendimento. A consulta realizada à distância tem a mesma importância da consulta realizada presencialmente.

Também é importante que você fique atento/a ao seu telefone. Pode não ser esse mesmo número que vai ligar para você. Nossos médicos farão a ligação em até 1 hora a partir do horário agendado, com um telefone registrado no prontuário do Hospital de Clínicas. Será feita até duas tentativas de ligação no dia. Caso contrário será considerado falta à consulta.

Então muito obrigado pelo sua atenção. Entraremos em contato conforme o combinado. Se necessário, o nosso número para contato é [redacted]

Paciente Atingido? *

- ◯ Sim
- ◯ Telefone não atendido
- ◯ Ligação atendida, mas consulta não agendada
- ◯ Sim, mas paciente já tem consulta agendada com a especialidade
- ◯ Prefere esperar por consulta presencial
- ◯ Óbito
- ◯ Não tem interesse em realizar a consulta

Observação (COLOCAR OBSERVAÇÕES NÃO PERTINENTES AO AGENDAMENTO)

Sua resposta

Próxima

Limpar formulário

Dados do agendamento

Horário agendado com o paciente *

Horário

__ : __

Dia da consulta agendada *

Data

dd/mm/aaaa

Observações importantes COLOCAR OBS DO AGENDAMENTO

Sua resposta

Voltar

Enviar

Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Anexo 3. Formulário de Atendimento no TA-HCPA/TSRS

TeleMonitoramento

Registro de Consultas HCPA

Este formulário tem como objetivo registrar o resultado das consultas remotas realizadas pela equipe de teleambulatório HCPA e como sugestão de roteiro.

rodrigo.tolio@telessauders.org.br (não compartilhado)
Alternar conta

*Obrigatório

GUIA RÁPIDO DA CONSULTA REMOTA

1 - Sempre se apresente quando o telefone for atendidos. Sugestão: "Olá, eu me chamo _____ sou estudante de medicina da UFRGS, gostaria de falar com o/a _____, pois combinamos de realizar uma consulta por telefone."

2 - Descarte a necessidade de atendimento presencial de urgência. Sugestão: "Antes de começarmos a nossa consulta, eu preciso ter certeza de que você está confortável para a realização da consulta por telefone. Neste momento, você está sentindo algo que acredite que precise de uma avaliação presencial urgente ou que tenha pensado em chamar a SAMU?"

3 - Colete um telefone de urgência. Sugestão: "Compreendo que você falou que está bem, mas caso seja necessário, existe algum outro contato com quem podemos conversar caso seja identificada a necessidade de um atendimento urgente?"

4 - Tenha certeza de onde o paciente está e que ele está confortável para a realização da consulta. Sugestão: "Para a realização da consulta é importante que você esteja num local privado e que você não terá interrupções. Onde você está neste momento é adequado para realizar a consulta? [pausa para a resposta].

Nome completo do responsável pela Consulta Remota *
Caso o seu nome não conste abaixo, coloque o seu nome completo na opção "outro". O seu nome deve surgir na próxima avaliação.

- #N/A
- Outro: _____

[Ligue para o paciente]

Selecione o paciente e a agenda abaixo *
ATENÇÃO COM A ESCOLHA DA EQUIPE

Escolher

Selecione o paciente e a agenda abaixo *
ATENÇÃO COM A ESCOLHA DA EQUIPE

Escolher

Telefone Discado
Copie e Cole da Tabela

Sua resposta

Ligue para o paciente

Paciente Atingido e Consulta finalizada? *

- Sim
- Não

Desligue e discuta o caso, se possível, anote um telefone com WhatsApp

Telefone com WhatsApp
DDD e Número, sem espaços ou parenteses.

Sua resposta

Próxima

Limpar formulário

Desfechos

Qual é o tempo de retorno aproximado para a próxima consulta? *

- 12 meses
- 6 meses
- 3 meses
- 2 meses
- 1 mês
- 21 dias
- 15 dias
- 7 dias
- Paciente com retorno já programado para equipe original
- Outro: _____

Em qual agenda será a próxima consulta? *

- Agenda Original do Paciente
- Agenda RTN - Teleatendimentos Pandemia
- Encaminhado à Fase 2 (somente agendas pactuadas para transição do cuidado)
- Paciente com retorno já programado para equipe original

Paciente, hoje, com plano de transição de cuidado para APS? *
Ou seja a pessoa poderia ter acompanhamento na Atenção Primária em Saúde do seu município sem precisar vir ao hospital?

- Sim
- Não

Especialidade	Agenda
CIRURGIA CARDÍACA	CPD - CIRURGIA MARCA PASSOS DESFIBRILADORES
CIRURGIA DIGESTIVA	CAD - CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO
	CBA - CIR. DIGESTIVA - BARIÁTRICA E PAREDE
	DEI - CIR. DIGESTIVA ESOFAGO ESTÔMAGO INTESTINO
	FVB - CIR. DIGESTIVA - CIR FIGADO E VIA BILIAR
	VBP - CIR. DIGESTIVA - CIR. VIA BILIAR E PANCREAS
CIRURGIA GERAL	CGD - CIRURGIA GERAL ADULTO
	OCG - ONCOLOGIA CIRURGIA GERAL
CIRURGIA PEDIÁTRICA	ADS - PROG DE ANOMALIAS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL
	CPG - CIRURGIA GERAL PEDIÁTRICA
CIRURGIA PLASTICA	CIP - CIRURGIA PLASTICA
CIRURGIA VASCULAR	CAN - CIRURGIA VASCULAR ANEURISMA
	CVA - CIRURGIA VASCULAR ARTERIAL
	CVO - CIRURGIA VASCULAR ADULTO
	CVV - CIRURGIA VASCULAR VARIZES
COLOPROCTOLOGIA	PRO - COLO-PROCTOLOGIA
MASTOLOGIA	MCM - ONCOLOGIA CIRURGIA DA MAMA
	MST - MASTOLOGIA
NEUROCIRURGIA	NIA - NEUROCIRURGIA ADULTO
	NON - ONCOLOGIA NEUROCIRURGIA
	NTS - NCI CIRURGIA DO SIST. NERVOSO PERIFÉRICO
ORTOPEDIA	OPE - ORTOPEDIA PÉ
	ORA - ORTOPEDIA ADULTO
	ORI - ORTOPEDIA PEDIATRICA
	ORJ - ORTOPEDIA JOELHO
	ORL - ORTOPEDIA COLUNA
	ORM - ORTOPEDIA MAO ADULTO
	ORO - ORTOPEDIA OMBRO
	ORQ - ORTOPEDIA QUADRIL
UROLOGIA	AIM - ANDROLOGIA E INFERTILIDADE MASCULINA
	ULP - UROLOGIA PEDIATRICA
	URL - UROLOGIA

Especialidades	Agendas
CARDIOLOGIA	CAA - CARDIOLOGIA ARRITMIA
	CAH - CARDIO HIPERTENSAO
	CAR - CARDIOLOGIA ADULTO
	CES - CARDIOLOGIA ESTRUTURAL
	CHF - CARDIO HIPERTENSÃO FARMACÊUTICO
	CHV - CARDIO CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA VALVOPATIA
	CIS - CARDIOLOGIA ISQUEMICA DE AGUDOS
	CPI - CARDIOLOGIA CARDIOPATIA ISQUEMICA
	ICC - CARDIOLOGIA INSUFICIENCIA CARDIACA
CLÍNICA GERAL	CPA - CLINICA PARA ADOLESCENTE
	MEC - MEDICINA INTERNA - CLINICA GERAL
	MEX - MEDICINA INTERNA EXTRA
	MIG - MEDICINA INTERNA GERIATRIA
	PMI - PRONTO ATENDIMENTO DE MEDICINA INTERNA
DERMATOLOGIA	DER - DERMATOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA	EAO - ENDOCRINOLOGIA ADULTO
	EDM - ENDOCRINO DIABETE MELITO TIPO II
	EGE - ENDOCRINO GÊNERO
	EOM - ENDOCRINOLOGIA OSTEO METABOLISMO
	GED - ENDOCRINOLOGIA GINECOLOGICA
	RD1 - ENDOCRINOLOGIA DIABETE MELITO TIPO I
	RDM - ENDOCRINOLOGIA DIABETE MELITO TIPO II
	RTI - ENDOCRINOLOGIA TIREOIDE
	TIP - ENDOCRINO TIREOIDE NODULOS
FISIATRIA	FAC - FISIATRIA ACOMPANHAMENTO
	FCV - FISIATRIA PÓS-COVID
GASTROENTEROLOGIA	GAA - GASTROENTEROLOGIA ADULTO
	GHE - GASTRO HEPATITES
	GII - GASTROENTEROLOGIA DOENÇA INFLAMATORIA INTESTINAL
	THI - GASTROENTEROLOGIA AVALIACAO PRE-TRANSPLANTE HEPATICO PEDIATRICO
GENÉTICA	GNE - GENETICA NEURO
HEMATOLOGIA	HAT - HEMATO ALOGENICO TARDIO
	HEA - HEMATOLOGIA ANEMIAS
	HLI - HEMATOLOGIA DOENCAS PROLIFERATIVAS
IMUNOLOGIA	IMG - IMUNOLOGIA GERAL
INFECTOLOGIA	IHA - INFECTOLOGIA HIV ADULTO
NEFROLOGIA	NEF - NEFROLOGIA
	NEG - NEFROLOGIA GLOMERULOPATIA
	NLE - NEFROLOGIA LISTA DE ESPERA DOADOR
	NTD - NEFROLOGIA AVALIACAO PRE-

Especialidades	Agendas
	TRANSPLANTE DOADOR
NEUROLOGIA	NAD - NEUROLOGIA ADOLESCENTE
	NCE - NEUROLOGIA CEFALEIA
	NDE - NEUROLOGIA DEMENCIA
	NDM - NEUROLOGIA DISTURBIO DO MOVIMENTO
	NDS - NEURO DOENCAS DO SONO
	NEI - NEUROLOGIA PEDIATRICA
	NIC - NEURO PED CEFALÉIAS
	NIE - NEURO PED EPILEPSIA NA INFÃNCIA
	NIM - NEUROIMUNOLOGIA
	NOM - NEURO MUSCULAR
	NPA - NEUROLOGIA PARKINSON
	NPS - NEURO EPILEPSIA
	NRO - NEUROLOGIA ADULTO
NUTROLOGIA	NAG - NUTROLOGIA ADOLESCENTE E ADULTO GERAL
ONCOLOGIA	ONC - ONCOLOGIA
PNEUMOLOGIA	PAR - PNEUMOLOGIA ASMA GERAL
	PDP - PNEUMOLOGIA DOENCAS DIFUSAS
	PDU - PNEUMOLOGIA ADULTO
	PFP - PNEUMOLOGIA FIBROSE PULMONAR
	PNG - PNEUMOLOGIA ASMA GRAVE
	PNI - PNEUMOLOGIA PEDIATRICA
	POT - PNEUMOLOGIA COVID
PSIQUIATRIA	PAN - PSIQUIATRIA PANICO
	PHB - PSIQUIATRIA TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR
	PPT - PSIQUIATRIA TRANSEXUALIDADE GRUPO
	PQO - PSIQUIATRIA PRÉ-OPERATÓRIA
	PSS - PSIQUIATRIA ESQUIZOFRENIAS
	PTI - PSIQUIATRIA TRANSEXUALIDADE
	SMA - SAUDE MENTAL ADULTO
TRATAMENTO DA DOR	TDD - TRATAMENTO DA DOR
	TMP - TRAT. DA DOR MEDICINA PALIATIVA NEOPLASIAS

Especialidade	Agenda
	GCI - GINECOLOGIA CIRURGIA
	GEE - GINECOLOGIA ENDOMETRIOSE
	GIP - GINECOLOGIA INFANTO PUBERAL
	GIU - GINECOLOGIA ESTATICA PELVICA INCONTINÊNCIA URINARIA
	PFE - GINECOLOGIA PLANEJAMENTO FAMILIAR
OFTALMOLOGIA	OFG - OFTALMOLOGIA GLAUCOMA
	OFO - OFTALMOLOGIA GERAL ADULTO
	OFR - OFTALMOLOGIA RETINA
OTORRINOLARINGOLOGIA	AZU - OTORRINO AMBULATÓRIO DE ZUMBIDO
	EST - ESTOMATOLOGIA GERAL
	LAR - OTORRINOLARINGOLOGIA LARINGE
	NAS - CIRURGIA NASAL PÓS OPERATÓRIO
	OEF - OTORRINO ESTETICA FACIAL
	OTA - OTORRINOLARINGOLOGIA ADULTO
	OTP - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIATRICA
	RIN - RINO-NARIZ
	VAP - VIA AÉREA PEDIÁTRICA

Especialidade	Agenda
	EBI - ENFERMAGEM BARIATRICA
	EFI - ENF GRUPO DE INSULINA
	ENC - ENFERMAGEM ADULTO ESTOMIAS
	EPD - ENFERMAGEM PE DIABETICO
	EPN - ENFERMAGEM PNEUMOLOGICA
	ETF - ENFERMAGEM PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS
FARMÁCIA	CHF - CARDIO HIPERTENSÃO FARMACEUTICO
FONOAUDIOLOGIA	RUA - REABILITACAO AUDITIVA ADULTO
NUTRIÇÃO	EDN - ENDOCRINOLOGIA NUTRIÇÃO
	ND1 - NUTRIÇÃO DIABETES TIPO I
	NG2 - NUTRIÇÃO DIABETES TIPO II GRUPO
	NTC - NUTRIÇÃO CARDIOLOGIA
	NUT - NUTRIÇÃO

Anexo 8. Frequência das condições presentes nas consultas provenientes da Clínica Médica			
Condição	**Consultas**	**Condição**	**Consultas**
Hipertensão Arterial Sistêmica	31	Aneurisma de Aorta	1
Diabetes Mellitus	23	Dispepsia	1
Depressão	13	Estenose Aórtica	1
Hipotireoidismo	13	Estenose de Carótida	1
Dislipidemia	9	Má Adesão	1
Doença do Refluxo Gastroesofágico	9	Psoríase	1
Osteoporose	9	Tabagismo	1
Obesidade	9	Acne	1
Osteoartrose	8	AdenoCa Colon*	1
Insuficiência Cardíaca	5	Artrite Reumatóide	1
Diverticulos	4	Bicitopenia*	1
Síndrome da Apneia Hipopneia Obstrutiva do Sono	4	Cardiomegalia	1
Cardiopatia Isquêmica	3	Câncer de pele basocelular*	1
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	3	Cefaleia crônica	1
Doença Renal Crônica	3	Doença de Chagas	1
Fibromialgia	3	Cisto Renal	1
Ansiedade	3	Doença Arterial Obstrutiva Periférica	1
Fibrilação Atrial	3	Deficiência intelectual	1
Hiperparatireoidismo	3	Diarreia crônica	1
Seguimento Pós-AVCi	3	Dor crônica	1
Síndrome do Manguito Rotador	3	Dor lombar mecânica	1
Síndrome do Túnel do Carpo	2	Dor osteomuscular*	1
Asma	2	Epilepsia	1
Deficiência de B12	2	Epilepsia*	1
Esteatose Hepática	2	Espondiloartrose	1
Gota	2	Etilismo	1
Incidentaloma de Adrenal	2	Ferimento por Arma de Fogo	1
Neuralgia do trigêmio	2	Gastroparesia	1
Nodulo Pulmonar	2	Hemangioma Hepático	1
Osteopenia	2	Hemiparesia após AVCi	1
Síncope Vasovagal	2	Hidrocefalia de Pressão normal	1
Síndrome Metabólica	2	Hipoacusia*	1
Analfabetismo	1	Lesão descamativa nos pés	1
Lipoma	1	Doença de Parkinson	1
Lupus*	1	pós-TVP	1
Meningioma	1	Síndrome de Down	1
Meningioma*	1	Síndrome de Osler-Weber-Rendu	1
Mieloma Múltiplo*	1	Tendinopatia em ombro	1
Migrânea	1	Transtorno do Humor Bipolar	1
Nefrite	1	Tosse	1
Neoplasia in situ de sigmóide já resolvida	1	Trombocitopenia já investigada	1

Anexo 8. Frequência das condições presentes nas consultas provenientes da Clínica Médica			
Condição	**Consultas**	**Condição**	**Consultas**
Neoplasia Neuroendócrina*	1		

* Já em acompanhamento com subespecialidade.

Anexo 9. Especialidades, consultas realizadas e potencialidade de alta.

Especialidades Cirúrgicas	**Consultas realizadas**	**Potencialidade de Alta (%)**
Cirurgia Cardíaca	1	0 (0%)
Cirurgia Digestiva	12	7 (58%)
Cirurgia Geral	9	3 (33%)
Cirurgia Pediátrica	2	0 (0%)
Cirurgia Plástica	3	2 (66%)
Cirurgia Vascular	32	21 (66%)
Coloproctologia	6	1 (17%)
Mastologia	6	1 (17%)
Neurocirurgia	13	3 (23%)
Ortopedia	40	18 (45%)
Urologia	32	14 (44%)
Especialidades Clínicas	**Consultas realizadas**	**Potencialidade de Alta (%)**
Anticoagulação	20	16 (80%)
Cardiologia	53	19 (36%)
Clínica Geral	85	48 (56%)
Dermatologia	14	4 (29%)
Endocrinologia	23	5 (22%)
Fisiatria	2	1 (50%)
Gastroenterologia	31	9 (29%)
Genética	1	0 (0%)
Hematologia	6	2 (33%)
Imunologia	1	0 (0%)
Infectologia	8	3 (38%)
Nefrologia	9	0 (0%)
Neurologia	33	9 (27%)
Nutrologia	1	0 (0%)
Oncologia	2	0 (0%)
Pneumologia	14	5 (36%)
Psiquiatria	17	3 (18%)
Tratamento da Dor	19	8 (42%)
Especialidades Clínica-cirúrgicas	**Consultas realizadas**	**Potencialidade de Alta (%)**
Ginecologia	20	6 (30%)
Oftalmologia	4	1 (25%)
Otorrinolaringologia	17	7 (41%)
Outras Especialidades	**Consultas realizadas**	**Potencialidade de Alta (%)**
Enfermagem	8	5 (63%)
Farmácia	1	1 (100%)
Fonoaudiologia	1	0 (0%)
Nutrição	11	5 (45%)