



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

RENNER SUÊNIO DE OLIVEIRA

**CARACTERIZAÇÃO DO USO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E
COMUNICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19
NA PARAÍBA**

**CAMPINA GRANDE
2022**

RENNER SUÊNIO DE OLIVEIRA

**CARACTERIZAÇÃO DO USO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E
COMUNICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA
COVID-19 NA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do Curso Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa.

**CAMPINA GRANDE
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

O48c Oliveira, Renner Suenio de.
Caracterização do uso das tecnologias de informação e comunicação na atenção primária à saúde no contexto da COVID-19 na Paraíba [manuscrito] / Renner Suenio de Oliveira. - 2022.

41 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2022.

"Orientação : Profa. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Tecnologia de Informação e Comunicação. 3. COVID-19. I. Título

21. ed. CDD 613

RENNER SUÊNIO DE OLIVEIRA


CARACTERIZAÇÃO DO USO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E
COMUNICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19
NA PARAÍBA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento do Curso Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovado em: 25/07/2022.

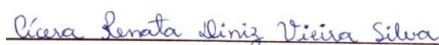
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Esp. Allyson Martim Medeiros Lira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Cícera Renata Diniz Vieira Silva
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras. Centro de Formação de Professores da Universidade
Federal de Campina Grande (ETSC-CFP-UFGC)

À minha mãe, por tudo o que significa para mim, e em representação a toda a minha família, DEDICO.

“Lembre-se de olhar para as estrelas e não para baixo, para os seus pés!”

(Stephen Hawking).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba, 2022	17
Gráfico 1 – Proporção do cargo dos respondentes da pesquisa	19
Gráfico 2 – Chamada telefônica - percentual das modalidades de saúde digital empregadas na aplicação da TIC nos Municípios Sede (MS) de Região de Saúde (RS) da Paraíba	22
Gráfico 3 – Videochamada - percentual das modalidades de saúde digital empregadas na aplicação da TIC nos Municípios Sede (MS) de Região de Saúde (RS) da Paraíba	23
Gráfico 4 – Portal do paciente - percentual das modalidades de saúde digital empregadas na aplicação da TIC nos Municípios Sede (MS) de Região de Saúde (RS) da Paraíba	24
Gráfico 5 – Mensagem de texto - percentual das modalidades de saúde digital empregadas na aplicação da TIC nos Municípios Sede (MS) de Região de Saúde (RS) da Paraíba	24
Gráfico 6 – Aplicativo ou site - percentual das modalidades de saúde digital empregadas na aplicação da TIC nos Municípios Sede (MS) de Região de Saúde (RS) da Paraíba	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Quantitativo e percentual de equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) por Região de Saúde (RS) e Município Sede (MS), Paraíba, 2022	17
Tabela 2 –	Distribuição de meios para incorporação tecnológica e implantação do Sistema e-SUS AB nos Municípios Sede (MS) de Regiões de Saúde (RS) da Paraíba	21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1	Atenção Primária à Saúde – atributo: atenção ao primeiro contato	12
2.2	COVID-19 e seus reflexos na assistência à saúde	13
2.3	Saúde Digital	14
3	METODOLOGIA	16
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	20
5	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS	30
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA O MAPEAMENTO DE TICs NOS MUNICÍPIOS SEDE DE REGIÕES DE SAÚDE NA PARAÍBA ..	38
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	39

CARACTERIZAÇÃO DO USO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19 NA PARAÍBA

CHARACTERIZATION OF THE USE OF INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES IN PRIMARY HEALTH CARE IN THE CONTEXT OF COVID-19 IN PARAÍBA

Renner Suênio de Oliveira^{1*}

RESUMO

O surgimento da pandemia pela Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 impôs a rápida intervenção dos serviços de saúde para o tratamento e controle da infecção, exigindo reorganização da Rede de Atenção à Saúde, com forte protagonismo da Atenção Primária à Saúde. Uma das medidas adaptativas utilizadas foi a massificação do uso das Tecnologias de Informação e Comunicação no cuidado em saúde dos usuários. O objetivo desta pesquisa foi o de caracterizar o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação no âmbito da APS paraibana no contexto da COVID-19. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa. Para tanto, foi aplicado um questionário tipo survey, exploratório e descritivo, autoadministrado aos gestores de saúde dos municípios das 16 Regiões de Saúde da Paraíba. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, sendo dispostos a partir de gráficos e tabelas. Como resultados do estudo foi observado que a distribuição de equipamentos de informática e acesso à internet, apesar de presente em todos os municípios, não foi equitativa no âmbito intramunicipal, entre as equipes da Estratégia Saúde da Família locais. Notou-se a incorporação do Sistema e-SUS Atenção Básica por 100% das localidades investigadas, bem como a adesão ao Informatiza-APS e a implantação de TICs voltadas à assistência à saúde em decorrência da pandemia. Quanto ao uso das TICs, a chamada telefônica foi a única TIC empregada pelos 16 (100%) municípios, enquanto os demais não atingiram esta magnitude, apresentando a seguinte distribuição: 13 (81,2%) utilizaram mensagens de texto; as videochamadas foram utilizadas por 12 (75,0%) dos municípios; 10 (62,5%) aderiram a aplicativos para aparelhos móveis como TIC destinada à saúde; e 2 (12,5%) dos municípios ofertaram portal do paciente ou ferramenta similar. Portanto, concluiu-se que os municípios paraibanos analisados possuíam favoráveis condições tecnológicas e demonstraram rápida adaptação ao uso de TICs por ocasião da pandemia da COVID-19, assegurando a manutenção de atendimento para os usuários. Entretanto, a variedade de tecnologias empregadas necessita de melhoramento no estado, bem como o alcance integral das eSF às ferramentas tecnológicas, de forma a garantir distribuição equitativa e acessível aos usuários de saúde. Percebeu-se, da mesma forma, pouca divulgação do uso das TICs pelos municípios analisados.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Tecnologia de Informação e Comunicação. COVID-19.

ABSTRACT

The emergence of the Severe Acute Respiratory Syndrome 2 pandemic imposed the rapid intervention of health services for the treatment and control of the infection, requiring

^{1*}Graduando do curso de Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, renner.oliveira@aluno.uepb.edu.br

reorganization of the Health Care Network, with a strong role of Primary Health Care. One of the adaptive measures used was the widespread use of Information and Communication Technologies in the health care of users. The objective of this research was to characterize the use of Information and Communication Technologies in the scope of PHC in Paraíba in the context of COVID-19. This is a cross-sectional study with a quantitative approach. For that, a survey-type, exploratory and descriptive questionnaire was applied, self-administered to health managers in the municipalities of the 16 Health Regions of Paraíba. Data were analyzed using descriptive statistics, arranged in graphs and tables. As a result of the study, it was observed that the distribution of computer equipment and internet access, despite being present in all municipalities, was not equitable at the intra-municipal level, among the local Family Health Strategy teams. It was noted the incorporation of the e-SUS Primary Care System by 100% of the investigated locations, as well as the adhesion to the Informatiza-APS and the implementation of ICTs aimed at health care as a result of the pandemic. Regarding the use of ICTs, the telephone call was the only ICT used by the 16 (100%) municipalities, while the others did not reach this magnitude, presenting the following distribution: 13 (81.2%) used text messages; video calls were used by 12 (75.0%) of the municipalities; 10 (62.5%) adhered to applications for mobile devices such as ICT for health; and 2 (12.5%) of the municipalities offered a patient portal or similar tool. Therefore, it was concluded that the analyzed municipalities in Paraíba had favorable technological conditions and demonstrated rapid adaptation to the use of ICTs during the COVID-19 pandemic, ensuring the maintenance of service for users. However, the variety of technologies used needs improvement in the state, as well as the full scope of the eSF to technological tools, in order to guarantee equitable and accessible distribution to health users. In the same way, little dissemination of the use of ICTs by the analyzed municipalities was noticed.

Keywords: Primary Health Care. Information and Communication Technology. COVID-19.

1 INTRODUÇÃO

O entendimento da Atenção Primária à Saúde (APS) é compreendido a partir de 1920, pelo Relatório de Dawson, divulgado após instituição do seguro nacional de saúde da Grã-Bretanha - apesar de que sua aplicação possa ser descrita no que precede esse marco, em práticas empíricas. No Relatório foram delimitados três níveis de atenção à saúde (com vistas à quebra do modelo curativista flexneriano): centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola, com suas, respectivas, funções delimitadas e vinculadas entre si (MASOCHINI; FARIAS; SOUSA, 2022; STARFIELD, 2002).

Ao considerar as emergentes iniquidades sociais e de saúde que assolam o globo terrestre, quase de forma integral, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs, a partir da Carta de Lubliana, princípios orientadores da assistência prestada pelos serviços de saúde. Dentre as principais considerações, o documento propunha que os sistemas de saúde deveriam basear-se no financiamento sustentável, para permitir cobertura universal, e no acesso equitativo, direcionados para a atenção primária. Todavia, é a partir da Declaração de Alma-Ata, em 1978, que a APS recebe incrementos à sua compreensão, não mais se restringindo a um pacote seletivo de cuidados voltados à atenção básica (MASOCHINI; FARIAS; SOUSA, 2022; MATTA; MOROSINI, 2008).

Mundialmente a APS foi concebida a partir de duas características básicas. A primeira, a regionalização, diz respeito à necessidade de os serviços de saúde assistirem às diversas regiões que compõem uma nação, a partir de bases populacionais e observando os anseios específicos. A segunda é a integralidade, que confere indissociabilidade entre as práticas curativas e preventivas em saúde. Dessa forma, a atenção primária apresenta-se como estratégia assistencial em saúde, com organização regionalizada, contínua e com direcionamento à resolução das necessidades de saúde de seus usuários, utilizando-se de ações preventivas e curativas, atendendo indivíduos e comunidades (BOUSQUAT *et al.*, 2019).

Além das características norteadoras, a APS é orientada a partir de atributos essenciais, aos quais se inclui a integralidade, além da longitudinalidade, coordenação e a atenção ao primeiro contato (premissa que caracteriza a APS como porta de entrada às Redes de Atenção à Saúde [RAS]) - atributo que rege esta pesquisa como referencial teórico (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Este nível de atenção está em constante transformação, pois necessita adequar-se às situações que modificam o planejamento e o modo de produzir saúde, como mudanças nos perfis demográficos, padrões de enfermidade e situações emergenciais (SARTI *et al.*, 2020). A atual situação pandêmica confere necessidade de reorganização à APS, para dar respostas mais rápidas às situações urgentes e às condições crônicas que ficaram sem cuidados de saúde por força do isolamento social. Dessa forma, quanto mais eficiente e estruturada ela for, melhor será a resposta dos demais níveis de atenção (OPAS, 2020).

A atual pandemia teve origem em dezembro de 2019 (no momento, concebida como surto), a partir de casos de pacientes apresentando pneumonia de etiologia desconhecida, reportados pela China. Os episódios estavam vinculados ao Huanan, mercado atacadista de frutos do mar e animais úmidos, em Wuhan, província de Hubei, do país asiático. Em 31 de dezembro, do mesmo ano, uma equipe de resposta rápida foi enviada pelo Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças (China CDC) à região para iniciar investigações epidemiológicas e sobre a etiologia da doença. Pouco tempo depois, ante sequenciamento genético, foi isolado e descrito o agente etiológico da patologia, tratando-se do sétimo coronavírus, terceiro com capacidade letal a indivíduos imunocompetentes, denominado 2019-nCoV (Coronavirus Disease 2019 [COVID-19]) (ZHU *et al.*, 2020; WONG *et al.*, 2020).

A disseminação do vírus mostrou-se incontrolável, não se limitando apenas à China ou ao continente asiático. Em 11 de março de 2020, após mais de 118 mil casos em 114 países

distintos, e mais de 4,2 mil mortes em decorrência da COVID-19, a OMS decretou situação de pandemia (OMS, 2020c). Diante do avanço do vírus, mesmo antes da constatação da pandemia, medidas de contenção à rápida disseminação foram requisitadas. A higienização efetiva das mãos, isolamento de casos suspeitos e positivados, etiqueta respiratória, distanciamento social, imposição de barreiras sanitárias, fechamento de portos e aeroportos, compuseram algumas das ações contingenciais (AQUINO *et al.*, 2020).

Além das ações primárias de mitigação, medidas como a vacinação em massa são essenciais para amenizar os efeitos da crise, pois, esta desempenha grande importância à diminuição de hospitalizados pela COVID-19 e achatamento da curva de contaminados, ao conferir proteção e diminuir transmissibilidade viral (OMS, 2022).

No Brasil, foi precipitada resistência à adesão da imunização, seja pela pouca proatividade governamental em adquirir imunizantes, seja pela veiculação governamental massiva de desinformação a respeito das prováveis consequências em imunizar-se, dentre as tantas inverdades: o condicionamento da vacinação à aquisição de características animais pelos humanos. Apesar do tom "cômico" com o qual tal atrocidade foi verbalizada pela autoridade nacional máxima, bem como a definição da patologia como uma "gripezinha", o objetivo de renegar a ciência e a afinidade com o movimento antivacina eram evidentes, enquanto isso os óbitos pela doença no país cresciam exponencialmente (DE SOUZA; REIS, 2021; RICARD; MEDEIROS, 2020; PLANALTO, 2020).

Como forma de garantir o acesso da população à RAS, durante o desdobramento pandêmico, lançou-se mão de ferramentas capazes de alcançar a população obedecendo à medida contingencial do distanciamento físico. Assim sendo, movimentos assistenciais pautados pela telessaúde - iniciativa já divulgada por órgãos de fomento à saúde, tal qual a OMS, mas com adesão limitada entre as nações -, ganharam força, ao passo que se mostraram eficazes ao que se era pretendido no momento: chegar onde as restrições de controle pandêmico não permitiam (HERNANDES *et al.*, 2020; OMS, 2019a).

Ações com base em tecnologia digital vêm sendo empregadas no setor saúde desde meados de 1948, quando, por meio da telemedicina, imagens radiológicas foram compartilhadas via telefone (PATHAK *et al.*, 2021). A terminologia telessaúde, definida por Norris (2002, p. 03) como o "uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) para transferir informações de dados e serviços clínicos, administrativos e educacionais em saúde", confere, à utilização da tecnologia neste setor, maior amplitude, pois insere às suas práticas diversos profissionais da saúde, diferentemente da telemedicina, a qual denota restrição de execução (LUQUINE JÚNIOR *et al.*, 2020). Para tanto, telessaúde e saúde digital foram os termos preferíveis no desenvolvimento da pesquisa, apesar da também inclusão do termo telemedicina - ainda compreendido como permutável aos anteriores -, assim como outros tantos derivados da saúde digital.

A nível nacional, a telessaúde tem seu início oficializado, em janeiro de 2007, pela Portaria nº 35 do Ministério da Saúde (MS), que instituiu, como projeto piloto, o Programa Nacional de Telessaúde (BRASIL, 2007). Após revogações, atualmente, a Resolução nº 2.546 rege a telessaúde nacional, a partir do, renomeado, Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes), programa que lança mão da teleconsultoria, telediagnóstico, telemonitoramento, entre outras práticas que utilizam inovação em saúde digital, constituindo a APS digital (BRASIL, 2011).

Contudo, por mais que as ações tecnológicas digitais em saúde tenham sua importância evidenciada, é importante que condições para a sua inserção pelos serviços de saúde sejam proporcionadas, assim como a garantia de acesso dos usuários a estas iniciativas. Além do mais, os desafios inerentes ao sistema de saúde em geral: má gestão, falta de treinamento, infraestrutura limitada e acesso precário a equipamentos e suprimentos, também constituem dificuldades à implantação tecnológica em saúde (OMS, 2019b). No Brasil, a cobertura e acesso

digital não representam distribuição uniforme, tampouco integral, entre as diferentes regiões e estados. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que 79,1% dos brasileiros têm acesso à internet, e aproximadamente 91,8% têm acesso à linha telefônica. Entretanto, as regiões Norte e Nordeste apresentam uma frequência menor que as demais regiões, com 64,7% e 64%, respectivamente (IBGE, 2018).

Caetano e colaboradores (2020), em seu estudo, descrevem alguns dos principais desafios à inserção de modelos tecnológicos em saúde durante a pandemia do COVID-19, dentre os quais os que representam baixa implantação às RAS: integração da telemedicina/telessaúde às diretrizes nacionais para a preparação em saúde pública; nivelamento da triagem e do monitoramento informatizados dos usuários; e o estabelecimento do intercâmbio de dados entre os provedores de telemedicina e a vigilância epidemiológica.

Destarte, em consequência da modificação na forma de prestar assistência em saúde, ocasionada pela pandemia da COVID-19, o modo de funcionamento e acesso à APS também teve de ser repensado. Ao considerar a importância da saúde digital como ferramenta de superação a estes embargos, o desenvolvimento desta pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer como vem ocorrendo o cuidado mediado por TICs em um estado nordestino, a partir da seguinte questão de pesquisa: quais ações de telessaúde foram/estão sendo utilizadas no estado da Paraíba para mediar o cuidado com usuários no contexto da COVID-19? O objetivo geral do estudo é o de caracterizar o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação no âmbito da APS paraibana no contexto da COVID-19.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção Primária à Saúde - um enfoque na atenção ao primeiro contato

Concebida, em sua integralidade, a partir de 1978, pela I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, a APS abarca cuidados primordiais à saúde, baseados em métodos e tecnologias científicos de aplicabilidade social reconhecida, voltados à população, planejados e executados com e para estes, prezando pela universalidade no acesso (CÁRDENAS *et al.*, 2021; MATTA; MOROSINI, 2008).

A APS é a responsável preferencial à inserção dos usuários nos sistemas de saúde, tendo seu funcionamento direcionado à detecção e manejo de enfermidades, prevenção de doenças e promoção da saúde, a partir da observação dos determinantes de saúde que constituem regiões e grupos sociais. Sendo assim, está organizada pelos atributos essenciais: acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; e coordenação, com atividades executadas por equipes multidisciplinares, em um território e população claramente delimitados (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Ao resgatar a noção de porta de entrada atribuída à APS, ou seja, o entendimento de que esse nível de atenção é o responsável preferível para o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, um dos seus atributos essenciais é acionado: a atenção ao primeiro contato. Este atributo é fundamental ao funcionamento da APS, ao passo que concebe ao usuário direcionamento adequado à condição que apresenta, pois, apesar dos sintomas autorreferidos e suposições feitas por quem busca o serviço, o raciocínio clínico e/ou resolutivo será, fidedignamente, definido por profissionais generalistas preparados para tal processo (BOUSQUAT *et al.*, 2019).

A atenção ao primeiro contato é composta pela acessibilidade (elemento que lhe dá sustentação) e pela utilização (elemento processual). Sendo assim, entende-se que um serviço de saúde atende ao atributo à medida que se configura, junto à sua área e usuários de abrangência, como acessível, fazendo-os buscá-lo quando julgarem necessário, o que gera sua

utilização. De modo geral, compreende-se que há atenção ao primeiro contato quando um serviço de saúde é ofertado, dentre outros quesitos, a partir: de acesso de qualidade - ao ter boa distribuição geográfica e gozar de horário de funcionamento estendido -; quando é concebido pela população como acessível; e ao ter o fácil acesso relacionado à sua utilização para determinação de novos problemas da população (ALVES *et al.*, 2020; STARFIELD, 2002).

Entretanto, apesar da importância deste atributo, sua aplicação não está bem fixada à APS (SOARES; JUNQUEIRA, 2022), considerando a incontinuidade do cuidado compartilhado entre os níveis de RAS, fator que torna a situação recorrente, dificultando a manutenção da premissa da acessibilidade, constituinte do atributo em foco (MELO *et al.*, 2021).

Centro de comunicação ideal da RAS, a APS é detentora de satisfatório potencial para resolução, à medida que disponha de sistema de saúde autorregulado e com foco centrado no usuário (SOARES FILHO *et al.*, 2022). O caráter resolutivo deste nível de atenção à saúde encontra-se em constante evolução, conforme incorpora tecnologias assistenciais inovadoras às suas ações, garantindo a cobertura às particularidades geradas pelas mudanças nos perfis demográficos, padrões e riscos de enfermidade e situações emergenciais (SARTI *et al.*, 2020; STARFIELD, 2002). Nas situações cotidianas e de crise na saúde, como em casos de pandemia, a qual ocorre atualmente - ocasionada pela COVID-19 -, a APS destaca-se, ao passo que pode influenciar na melhoria da assistência à saúde nos demais níveis de atenção (OPAS, 2020).

2.2 COVID-19 e seus reflexos na assistência à saúde

Ao final do mês de dezembro de 2019, a China emitiu comunicado à OMS referindo casos de pneumonia ocorridos, inicialmente, em Wuhan, província de Hubei, ocasionados por um novo coronavírus, definido como 2019-nCoV (PHELAN; KATZ; GOSTIN, 2020). Apesar das medidas contingenciais emergenciais empregadas pelo governo chinês, a disseminação do vírus foi abrupta, se alastrando rapidamente para quatro continentes. Enquanto isso, medidas de manejo do surto eram planejadas e implementadas pela OMS e República Popular da China. Foram implementadas medidas de saúde pública, em outras cidades e províncias da região, e estudos sobre a transmissibilidade viral. Por volta do fim de janeiro, do ano seguinte à comunicação dos primeiros casos (um intervalo de cerca de um mês), já eram computados mais de 4.500 casos de infectados, a maioria na China, e mais de 100 óbitos ocasionados pela infecção - no momento, com causa já delimitada: o coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) (OMS, 2020a; VIZCARRA *et al.*, 2020).

Definida sob o termo clínico doença do coronavírus 2019, ou, simplesmente, COVID-19, a patologia tem um período de incubação variável entre 2 e 14 dias. Porém contaminados assintomáticos, pré-assintomáticos e sintomáticos leves são potenciais disseminadores virais. Indivíduos sintomáticos costumam apresentar manifestações clínicas de uma doença infecciosa propriamente dita (guardadas as particularidades de resposta imunológica de cada organismo): febre, tosse, fadiga e mialgias, atreladas a desconforto respiratório, secreções respiratórias, cefaleia, hemoptise e disfunções gastrintestinais, gerando repercussões infecciosas críticas, tais quais: lesão cardíaca e renal, choque e óbito - este último mais frequente no grupo geriátrico, principalmente nos idosos acima dos 80 anos. Há, ainda, forte relação entre determinadas doenças sistêmicas (hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes etc.) e os casos críticos e elevação da taxa de mortalidade da COVID-19, revelando a importância do mapeamento do fator comorbidade (SAFADI, 2020; XAVIER *et al.*, 2020).

A disseminação intercontinental do vírus causou preocupação a organizações diversas, a OMS, por sua vez, declarou no fim de janeiro de 2020 que o surto causado pelo novo coronavírus representara Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (OMS, 2020b). Adiante, em 11 de março do mesmo ano, em atualização situacional, movida

pelos mais de 118 mil casos em 114 países distintos, além dos 4,2 mil óbitos causados por complicações do vírus, a entidade comunicou a atribuição pandêmica à distribuição e impacto da COVID-19 pelo mundo (OMS, 2020c).

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 notificado, pelo Ministério da Saúde, foi datado em 26 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2022a), cerca de quatro meses após a primeira notificação, durante a semana epidemiológica 26 (de 21 a 27.06.2022) foram referidos um total de 246.088 casos e 7.094 óbitos novos. O país havia computado, desde o primeiro registro em fevereiro até 27.06.2022, 1.313.667 casos confirmados, 57.070 (4,3%) óbitos, 540.692 (41,2%) estavam em acompanhamento e 715.905 (54,5%) encontravam-se em recuperação em decorrência do vírus. Registros como este alavancaram o Brasil entre as nações com maior exposição ao vírus no mundo (BRASIL, 2020).

Medidas de contenção à propagação viral foram e vêm sendo preconizadas pela OMS – inclusive considerando o aparecimento das mutações virais e a concomitante ascensão da curva de infectados e óbitos –, sendo seguidas por outro montante de lideranças governamentais. O isolamento de casos, higienização das mãos, utilização de máscaras faciais adequadas, etiqueta respiratória, distanciamento social, proibição de eventos que gerassem aglomeração, foram algumas das medidas tomadas por diversas nações para diminuir o avanço da infecção (AQUINO *et al.*, 2020).

Contudo, além das limitações impostas pela agudização da pandemia e do subfinanciamento do setor saúde já conhecido, à nação brasileira foi apresentada uma faceta de desserviço advinda de autoridades federadas, as quais deveriam, em tese, buscar maneiras de otimizar o combate à crise generalizada. O negacionismo deu toques sórdidos ao manejo da situação pandêmica, à proporção que esta não foi tratada com cientificidade, sequer seriedade, pela autoridade máxima do país: o presidente da República, e seus aliados; tampouco teve uma coordenação adequada. A pasta do Ministério da Saúde fora assumida, de forma interina, por um aliado militar que, em seu currículo, não apresentara proximidade à Saúde Pública, além de ser marcada por decisões tendenciosas e equivocadas, e instabilidade no comando, dificultando a eficiência e continuidade gerencial da crise (SOUZA *et al.*, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2020).

A alta transmissibilidade e importante taxa de morbimortalidade da COVID-19 instaurou, no cenário mundial e nacional, uma crise imprevisível que trouxe repercussões a diversos âmbitos da civilização: social, econômico, ambiental etc. No setor saúde, e demais setores interligados à rede, as consequências foram evidentes, revelando fragilidades latentes, às quais requisitaram uma readequação dos serviços, diante da característica da infecção e das medidas de controle epidêmico (HERNANDES *et al.*, 2020; WONG *et al.*, 2020).

Dentre as medidas de superação aos impactos da pandemia da COVID -19, direcionadas à garantia da coordenação do cuidado em saúde, a utilização de TICs voltadas à saúde digital mostra-se eficaz, à medida que possibilita o cuidado à distância (HERNANDES *et al.*, 2020). Tais empreendimentos devem ser mantidos e reestruturados, ao passo que a condição pandêmica da COVID-19 mantém, mesmo que em menor intensidade, a crise global ativa, requerendo a sustentabilidade das medidas de mitigação (MADHURA *et al.*, 2022).

Em que pese a assistência à saúde mediada por tecnologias digitais já preconizada no que precede a pandemia, nota-se que a COVID-19, devido aos seus reflexos à sociedade, tornou-se fator determinante para a inserção massiva da tecnologia no setor saúde. Tendo esta investida acontecido de forma abrupta e com forte demanda resolutiva, configuração que demanda reorganização da inserção tecnológica (YANG *et al.*, 2022).

2.3 Saúde Digital

Em 2005 a OMS tratara de descrever as ações com base em saúde digital como inovadoras, seguras, econômicas e geradoras de aumento às expectativas para a saúde. Além de explicar os potenciais impactos das iniciativas tecnológicas à saúde, a organização pactuou, junto aos estados membros, a elaboração de planos nacionais estratégicos, de longo prazo, visando a sistematização dos serviços de e-saúde nas diversas áreas do setor (OMS, 2005).

Em novo encontro proposto pela OMS, em 2019, foi reafirmada a importância da tecnologia para os sistemas de saúde dos estados membros. Pois, ao ter o seu desenvolvimento priorizado, junto às tecnologias digitais, a saúde digital tem a capacidade de promover a cobertura universal na saúde, atendendo aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), por exemplo. Com fim potencializador, durante a Assembleia, ficou pactuado que a organização teria a responsabilidade de desenvolver uma estratégia global sobre a iniciativa e, como forma de apoio às nações membros, fornecer assistência técnica e orientação normativa, além da otimização do acesso aos serviços de saúde (OMS, 2019a).

Assim como a medicina, a nível global, na assistência à saúde, a telemedicina é hegemônica no que diz respeito à saúde digital, seus primeiros registros estão relacionados ao envio, via telefone, de imagens radiológicas por volta de 1948 a uma distância de cerca de 38 quilômetros (PATHAK *et al.*, 2021). Todavia, sua definição, antes estritamente direcionada às práticas curativas e médicas assistenciais, causou inquietação devido a não inclusão de outros trabalhadores da saúde em sua composição e execução. Sendo assim, a terminologia telessaúde, com características menos restritivas, faz-se mais abrangente às práticas colaborativas em saúde, conferindo amplitude à saúde digital praticada. Ficando a telessaúde definida como o “uso das tecnologias de informação e comunicação para transferir informações de dados e serviços clínicos, administrativos e educacionais em saúde” (NORRIS, 2002, p. 3).

No Brasil, em janeiro de 2007, a partir da Portaria nº 35, foi instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde, o programa fora lançado com o intuito de integrar as diversas instituições de saúde e aperfeiçoar a qualidade do atendimento da Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da telemedicina e da telessaúde (BRASIL, 2007). Em 2010 a Portaria nº 35 fora revogada, em substituição foi publicada, em fevereiro do mesmo ano, a Portaria nº 402 que instituiu o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família (ESF) no SUS e o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil, além de outras providências (BRASIL, 2010).

Em outubro de 2011 a partir da Portaria nº 2.546, que revogou a de nº 402, houve a redefinição e ampliação do Programa Telessaúde Brasil, passando a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes), programa que lança mão da telemedicina, telediagnóstico, telemonitoramento, entre outros que utilizam inovação em Saúde Digital, constituindo a APS digital (BRASIL, 2011). No âmbito do primeiro nível de atenção à saúde o Telessaúde Brasil Redes integra o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS). O Programa teve seu início em 2007, quando, na época como projeto piloto, envolveu nove Núcleos de Telessaúde sediados por universidades, avançando, em 2011, à medida que abarcou núcleos intermunicipais e estaduais, financiando-os (BRASIL, 2015).

O Programa tem como objetivo principal o apoio à consolidação das RAS ordenadas pela AB no âmbito do SUS. O Telessaúde Brasil Redes confere subsídios aos profissionais da saúde ao passo que é previsto, em sua concepção, o fornecimento de serviços em saúde digital, tais quais: **teleconsultoria**: consulta entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, a partir de ferramentas digitais e interação mútua, com propósito instrutivo sobre situações laborais, sendo realizado tanto de forma síncrona (em tempo real), quanto assíncrona (por mensagens *off-line*); **telediagnóstico**: oferecimento de serviços de apoio diagnóstico mediados por TICs; **segunda opinião formativa**: apanhado das melhores evidências científicas para oferta de respostas às inquietações, selecionadas quanto à sua pertinência e em atendimento

às diretrizes do SUS, surgidas dos momentos de teleconsultoria; e **teleducação**: ações formativas em saúde ministradas por intermédio das TICs (BRASIL, 2011, grifo nosso).

Em atendimento à demanda sanitária emergencial da pandemia, o uso da telemedicina foi decretado e sancionado pelo presidente da República a partir da Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, a qual autorizou o uso da telemedicina enquanto durasse a crise ocasionada pelo coronavírus (BRASIL, 2020). Conselhos Nacionais reguladores de profissões da saúde, considerando as novas exigências relacionadas à assistência à saúde, trataram de delimitar e estabelecer regulamentações alinhadas à saúde digital, dentre os quais, em atualizações recentes: o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e o Conselho Federal de Medicina (CFM).

O COFEN, de forma emergencial, mediante a Resolução COFEN nº 634, aprovou, em 26 de março de 2020, a normatização da teleconsulta de enfermagem como medida de combate à pandemia da COVID-19, estando essa ferramenta alicerçada tanto por consultas quanto por esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos (COFEN 2020). Entretanto, ao passar dos meses, constatou-se a necessidade de uma regulamentação definitiva. Dessa forma, foi normatizada a Resolução COFEN nº 689, em 03 de fevereiro de 2022, que dispõe da atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos, a se pontuar: rádio, telefones fixos e/ou móveis, aplicativos de mensagens, correio eletrônico ou quaisquer outros meios (COFEN, 2022).

O CFM regulamentou e definiu a telemedicina como forma de serviços médicos mediados por Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação (TDICs), a partir da Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022, dispondo da utilidade dessa ferramenta para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, gestão e promoção de saúde. A Resolução estabelece as modalidades de teleassistência que baseiam a atuação médica em telemedicina, entre outras, apresentam-se: **teleinterconsulta**: intercâmbio de informações e opiniões clínicas entre um médico ou profissional assistente ou médico e profissional consultor; **telecirurgia**: realização de procedimento cirúrgico remoto, mediado por tecnologias interativas seguras, com médico executor e equipamento robótico; **telemonitoramento ou televigilância**: monitoramento ou vigilância de parâmetros de saúde por orientação do médico ou outro profissional de saúde; **teletriagem**: ato realizado por um profissional de saúde com pré-avaliação dos sintomas, à distância, para definição e direcionamento do paciente ao tipo adequado de assistência necessária ou a um especialista; e **teleconsultoria**: teleinterconsulta que envolve a troca de informações entre profissionais de diferentes níveis de atuação na saúde (CFM, 2022, grifo nosso).

Recentemente, no dia 02 de junho de 2022, no âmbito da APS, foi regulamentada, pelo Governo Federal, portaria destinada à telessaúde e ampliação de acesso à saúde em áreas remotas do país, garantindo a capilarização e maior resolutividade da porta de entrada às RAS. O estabelecimento da Portaria, que coloca em vigor o projeto piloto “UBS Digital”, prevê contemplação inicial de mais de 300 unidades de saúde, que serão estruturadas e informatizadas. Os investimentos servirão para adequação das UBS à telessaúde, visando ampliação dos atendimentos remotos via ferramentas apropriadas, como prontuário eletrônico, conexão à internet e sistemas de informação. Dessa forma, modalidades digitais de assistência à saúde como telediagnóstico, teleconsultoria e teleconsulta, terão sua oferta sustentada (BRASIL, 2022bc).

2 METODOLOGIA

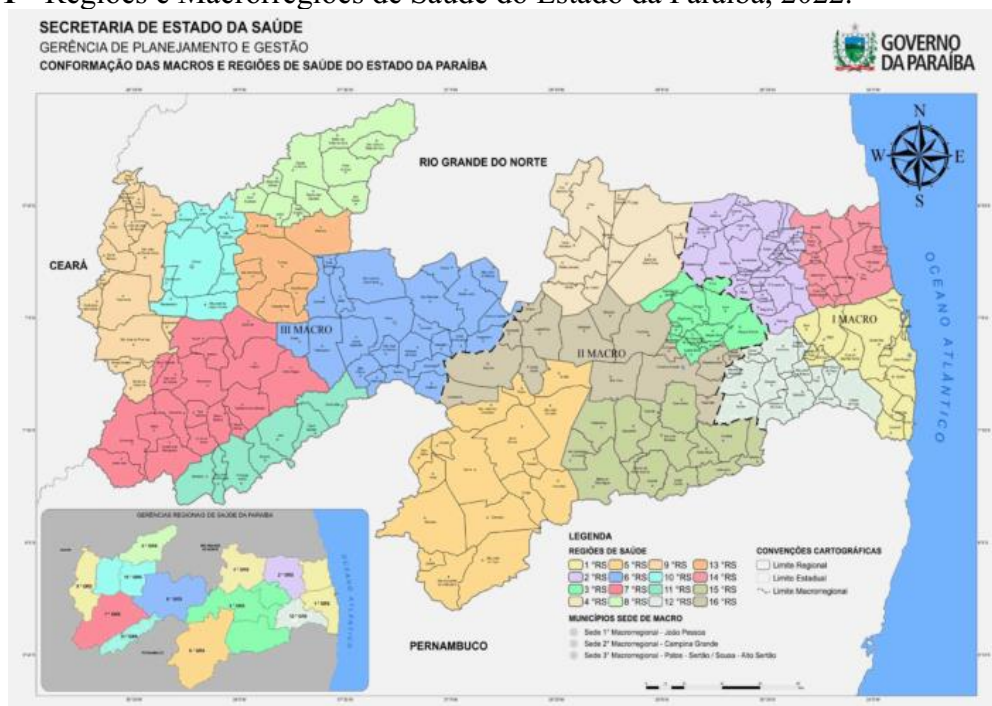
Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa. Para tanto, foi aplicado, de forma remota, um questionário tipo *survey*, exploratório e descritivo, autoadministrado aos gestores de saúde dos municípios das 16 Regiões de Saúde (RS) da Paraíba. Os formulários

foram enviados a partir do dia 17 de maio de 2022, sendo obtidas respostas até 08 de junho de 2022. Traduzida para o português como “levantamento”, a pesquisa de *survey* diz respeito a um conjunto de procedimentos para definir determinadas características de um fenômeno de massa (MINEIRO, 2020). Para o tratamento dos dados foi recorrida à análise estatística descritiva.

O estudo teve como cenário os serviços de saúde de APS dos 16 municípios sede de RS da Paraíba. O estado da Paraíba está situado a leste da Região Nordeste e tem como limites: ao norte, o estado do Rio Grande do Norte; a leste, o Oceano Atlântico, ao sul, Pernambuco; e a oeste, o Ceará. Ocupa uma área territorial de 56.467,242 km² que agrega 04 mesorregiões: Mata Paraibana, Agreste, Borborema e Sertão. De acordo com estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2021, possuía uma população estimada de 4.059.905 habitantes. O estado da Paraíba possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM), datado de 2010, de 0,658 e, em 2021, rendimento mensal domiciliar per capita de R\$ 876,00 reais (IBGE, 2022).

No que se refere ao setor saúde, a regionalização da Paraíba, de acordo com a Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) n°. 203, de 2011 e a Resolução da CIB n°. 43, de 2018, é organizada em 16 RS, distribuídas em 03 Macrorregiões, contemplando os seus 223 municípios (Figura 1) (PARAÍBA, 2018, 2011). A primeira macrorregião de saúde é constituída por quatro RS, tendo sede em João Pessoa; a segunda é composta por cinco RS, sediada por Campina Grande; e a terceira, com duas sedes: uma em Patos (Sertão) e outra em Sousa (Alto Sertão), totalizando sete RS. Além do mais, o estado é organizado em 14 unidades geoadministrativas da Secretaria de Estado da Saúde, compreendidas como Gerências Regionais de Saúde (GRS). As referidas unidades assumem a responsabilidade sanitária compartilhada no território delimitado e, à medida que desempenham suas atribuições, colaboram com a melhoria do processo de regionalização no estado (Paraíba, 2020).

Figura 1 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba, 2022.



Fonte: Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba, 2022. Disponível em: <https://cosempspb.org/cir/>.

Especificamente sobre a APS estadual, 1.543 equipes da estratégia Saúde da Família (eSF) estão implantadas nos 223 municípios paraibanos. Os municípios sede de região de saúde concentram 37,3% das equipes implantadas no estado. Destaca-se que os municípios de João Pessoa, Campina Grande e Patos possuem o maior quantitativo de eSF entre os municípios sede (Tabela 1) (BRASIL, 2022).

Tabela 1 – Quantitativo e percentual de equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) por Região de Saúde (RS) e Município Sede, Paraíba, 2022.

Região de Saúde (RS)	Município sede	N de municípios	eSF por RS		eSF por município sede	
			N	%	N	% (comparada ao quantitativo estadual)
1ª REGIÃO	João Pessoa	14	377	24,4%	203	13,2%
2ª REGIÃO	Guarabira	25	133	8,6%	20	1,3%
3ª REGIÃO	Esperança	12	87	5,6%	13	0,8%
4ª REGIÃO	Cuité	12	54	3,5%	10	0,6%
5ª REGIÃO	Monteiro	18	52	3,4%	14	0,9%
6ª REGIÃO	Patos	24	102	6,6%	41	2,7%
7ª REGIÃO	Piancó	18	72	4,7%	08	0,5%
8ª REGIÃO	Catolé do Rocha	10	48	3,1%	10	0,6%
9ª REGIÃO	Cajazeiras	15	87	5,6%	31	2,0%
10ª REGIÃO	Sousa	09	59	3,8%	35	2,3%
11ª REGIÃO	Princesa Isabel	07	42	2,7%	12	0,8%
12ª REGIÃO	Itabaiana	14	81	5,2%	10	0,6%
13ª REGIÃO	Pombal	06	28	1,8%	14	0,9%
14ª REGIÃO	Mamanguape	11	65	4,2%	18	1,2%
15ª REGIÃO	Queimadas	14	71	4,6%	18	1,2%
16ª REGIÃO	Campina Grande	14	185	12,0%	119	7,7%
TOTAL	16	223	1543	100,00%	576	37,3%

Fonte: Brasil, 2022.

Tratando-se da situação da pandemia da COVID-19 no estado, observa-se que todos os municípios paraibanos foram atingidos pela doença. Dos 599.615 casos confirmados da COVID-19, até 11.04.2022 (data da última atualização pela plataforma governamental recorrida), na Paraíba, 37,7% dos casos confirmados foram oriundos dos municípios sede de RS com maior quantitativo de eSF: João Pessoa (147.680 casos confirmados), Campina Grande (59.834 casos confirmados) e Patos (19.184 casos confirmados) (PARAÍBA, 2022). Isso significou deduzir a existência de usuários potenciais em todas as RS que foram ou vêm sendo assistidos pelas TICs em saúde.

Foram colhidas respostas dos informantes-chave, via formulário aplicado de forma virtual. Considerando os 16 municípios investigados, nesta etapa foram contatados 16 informantes, sendo um por município. A aplicação do formulário aos informantes-chave ocorreu por meio remoto, com o objetivo de compreender as experiências de cuidado mediado por TICs pelas sedes de RS, a partir das orientações previstas pelo Ofício Circular nº.

2/2021/CONEP/SECNS/MS, que orienta os procedimentos em pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual (BRASIL, 2021).

Antes da aplicação do formulário foram seguidos passos para a validação do questionário. Foi realizada a revisão dos aspectos potenciais de investigação do cuidado mediado por TICs com base no arcabouço teórico metodológico e conceitual baseado na qualidade em saúde na perspectiva de Donabedian (1988) e na teoria do programa Informatiza APS implantada no Brasil (BRASIL, 2019). Além do mais, participaram da validação da ferramenta dois pesquisadores *experts* na temática enfoque da pesquisa.

A princípio realizou-se a busca dos contatos destes profissionais e das secretarias municipais de saúde no site do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS – PB), com vistas a acessar secretários de saúde e coordenadores de atenção básica municipais, para realização do preenchimento do formulário. O primeiro contato foi de apresentação (via chamada telefônica, aplicativo de mensagens WhatsApp e/ou e-mail), tanto dos pesquisadores quanto da identificação da pesquisa. Após confirmação da identidade do profissional e relação com o respectivo município, enviou-se *link* de acesso ao formulário digital, via e-mail ou outro meio de comunicação escolhido pelo respondente. Essa abordagem aos respondentes não foi suficiente para a obtenção das respostas. Assim, buscou-se apoio do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS – PB) para intermediar o retorno dos secretários municipais ou seus representantes designados para fornecer os dados da pesquisa. O COSEMS – PB prontamente interessou-se pela pesquisa e enviou correspondência via e-mail aos secretários, que atendendo ao chamado, enviaram, quase na totalidade, suas respostas aos formulários enviados. Os demais foram contactados, mais algumas vezes pela equipe de pesquisa. Ao final, obteve-se 100% de respostas dos gestores da saúde.

Para elaboração, aplicação, disposição e acompanhamento das respostas do formulário foi utilizada a plataforma Google Forms. Quanto à estrutura do formulário, inicialmente, foi solicitado um endereço de e-mail válido do respondente, para posterior recebimento de cópia das respostas; após isso, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguido do campo referente à aceitação ou não de participação; em seguida, a disposição dos questionamentos relacionados ao respondente, estruturação da rede de APS municipal e incorporação tecnológica e digital à assistência à saúde local.

Tais questionamentos foram, respectivamente: iniciais do respondente e função na Secretaria Municipal de Saúde; e número de eSF; número de equipes de Atenção Básica (eAB); número de equipes com equipamentos de informática; número de equipes com acesso à internet; número de equipes com implantação do e-SUS-AB; número de equipes com o Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS); número de equipes com o Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC); sistema utilizado para estruturar as informações da Atenção Básica (AB); adesão ou não ao Informatiza APS; presença e descrição do projeto de atendimento digital municipal; planejamentos ou mudanças ocorridas na assistência à saúde municipal em decorrência da pandemia; utilização de meio digital/remoto durante a pandemia para acompanhamento dos usuários; utilização de chamadas telefônicas para contatar os usuários, modalidades de saúde digital empregadas e grupos atendidos; utilização de videochamadas para contatar os usuários, modalidades de saúde digital empregadas e grupos atendidos; utilização de portal do paciente para contatar os usuários, modalidades de saúde digital empregadas e grupos atendidos; utilização de mensagens de texto para contatar os usuários, modalidades de saúde digital empregadas e grupos atendidos; e utilização de aplicativos ou sites para contatar os usuários, modalidades de saúde digital empregadas e grupos atendidos (APÊNDICE A).

Após envio do formulário, o monitoramento das respostas aconteceu de forma virtual, de forma que, em análise substancial, percebeu-se o envio de respostas por outros profissionais diferentes dos previamente selecionados.

A investigação foi desenvolvida em consonância com os princípios éticos constantes na Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012) e no Ofício Circular n. 2/2021/CONEP/SECNS/MS (BRASIL, 2021).

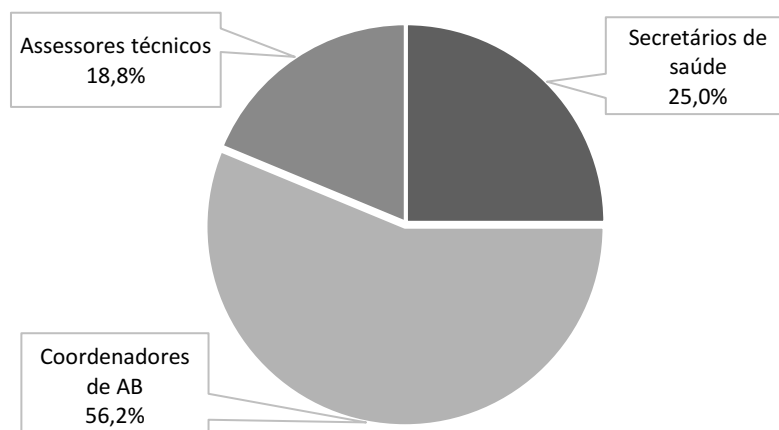
O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba (CEP-UEPB) e aprovado com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n° 37420920.0.0000.5187, sob o parecer n° 4.290.985 (ANEXO A). Foram garantidos aos participantes da pesquisa sigilo e confidencialidade, sendo mantido o seu anonimato.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para atender ao objetivo da pesquisa, os resultados foram apresentados por meio de gráficos e tabelas, em que os dados foram organizados e resumidos, sendo descritos os aspectos importantes do conjunto de características observadas e comparadas tais características entre dois ou mais conjuntos. Além dessa descrição, buscou-se, em sites e outras mídias municipais, divulgações que as localidades pudessem ter feito sobre o uso das TICs na mediação do cuidado com usuários, para trazer luz à discussão do estudo.

Foram obtidas respostas de todos os 16 (100%) municípios sede de RS. Quanto à função dos respondentes, no setor de saúde municipal, 4 (25,0%) eram secretários de saúde, 9 (56,2%) eram coordenadores de AB e os 3 restantes (18,8%) desempenhavam a função de assessoria técnica nas secretarias, conforme Gráfico 1.

Gráfico 1 – Proporção do cargo dos respondentes da pesquisa.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Em relação ao quantitativo de eSF por município sede, diante das respostas recebidas, foram constatadas algumas inconsistências relacionadas aos municípios de Patos e Cajazeiras. As referidas sedes mencionaram um quantitativo de eSF em desacordo com a realidade. Todavia, os demais respondentes conseguiram referir de forma adequada o número de eSF nos municípios onde atuam. Dentre os 16 municípios, João Pessoa, Campina Grande e Patos se destacaram como as sedes com maior quantitativo de eSF em comparação ao total estadual, com 203 (13,2%), 119 (7,7%) e 41 (2,7%), respectivamente, consonante Tabela 2.

Todos os municípios investigados têm equipamentos de informática, assim como acesso à internet distribuídos por suas eSF. Apesar de, em relação à disponibilidade de equipamentos por equipe dentro de um mesmo município, o município de Sousa ser o único que não apresenta

distribuição integral entre suas eSF, pois 6 das 35 equipes (17,1%) não possuem ferramentas tecnológicas necessárias. Em relação à disposição de internet às eSF do município citado também há lacunas, pois 17,1% das eSF sediadas por Sousa não têm acesso à rede. Junta-se à Sousa, neste dado, o município de João Pessoa com apenas 150 das 203 eSF (73,9%) com acesso à internet.

Em apenas 1 (6,3%) dos municípios, Catolé do Rocha, foi referida a ausência da implantação do Sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Todavia, o respondente ligado à localidade referiu haver utilização do Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS), *software* que, junto ao Sistema com Prontuário Eletrônico do Paciente (PEC), constitui o e-SUS AB. Situação similar foi encontrada no município de Cuité, de forma que, mesmo sendo referida a implantação do Sistema e-SUS AB, nenhum dos *softwares* base do Sistema (CDS e PEC) tiveram a implantação mencionada. Sendo assim, faz-se evidente certo grau de inconsistência na resposta, e infere-se que todos os 16 (100,0%) municípios sede de RS da Paraíba fazem uso do Sistema e-SUS AB (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de meios para incorporação tecnológica e implantação do Sistema e-SUS AB nos Municípios Sede (MS) de Regiões de Saúde (RS) da Paraíba.

MS de RS	N de eSF por MS	eSF com equipamento de informática		eSF com acesso à internet		eSF com e-SUS AB		eSF com CDS		eSF com PEC	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
João Pessoa	203	203	100,0 %	150	73,9%	203	100,0 %	203	100,0 %	41	20,2%
Guarabira	20	20	100,0 %	20	100,0 %	20	100,0 %	0	0,0%	20	100,0 %
Esperança	13	13	100,0 %	13	100,0 %	13	100,0 %	1	7,7%	12	92,3%
Cuité	10	10	100,0 %	10	100,0 %	10	100,0 %	0	0,0%	0	0,0%
Monteiro	14	14	100,0 %	14	100,0 %	14	100,0 %	0	0,0%	12	85,7%
Patos	03	3	100,0 %	3	100,0 %	3	100,0 %	0	0,0%	3	100,0 %
Piancó	08	8	100,0 %	8	100,0 %	8	100,0 %	8	100,0 %	8	100,0 %
Catolé do Rocha	10	10	100,0 %	10	100,0 %	0	0,0%	10	100,0 %	0	0,0%
Cajazeiras	27	27	100,0 %	27	100,0 %	27	100,0 %	0	0,0%	27	100,0 %
Sousa	35	29	82,9%	29	82,9%	35	100,0 %	35	100,0 %	0	0,0%
Princesa Isabel	12	12	100,0 %	12	100,0 %	12	100,0 %	0	0,0%	12	100,0 %
Itabaiana	10	10	100,0 %	10	100,0 %	10	100,0 %	0	0,0%	10	100,0 %
Pombal	14	14	100,0 %	14	100,0 %	14	100,0 %	0	0,0%	14	100,0 %
Mamanguape	18	18	100,0 %	18	100,0 %	18	100,0 %	18	100,0 %	18	100,0 %

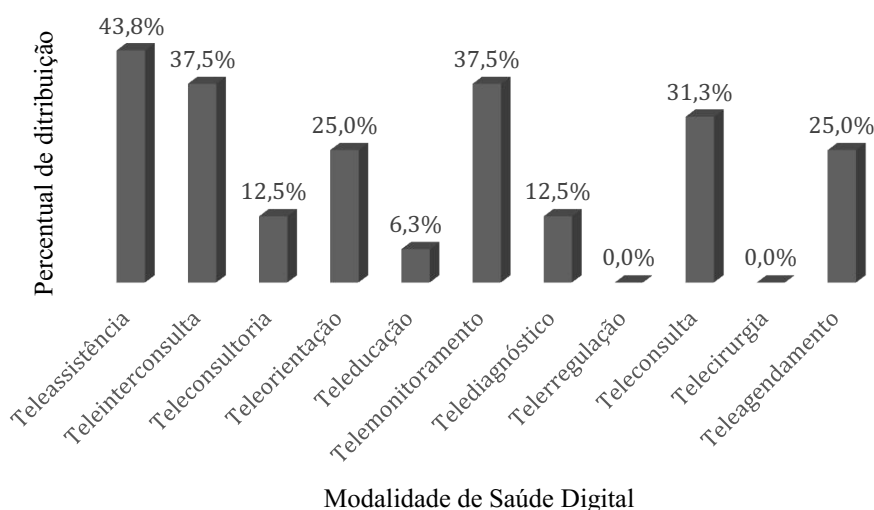
Queimadas	18	18	100,0 %	18	100,0 %	18	100,0 %	0	0,0%	18	100,0 %
Campina Grande	119	119	100,0 %	119	100,0 %	119	100,0 %	119	100,0 %	11	100,0 %

Fonte: Elaborada pelo autor, 2022.

Todas as 16 sedes de RS aderiram ao Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS). Quanto à implantação de algum programa voltado ao atendimento digital municipal, apenas 3 (18,8%) dos respondentes, das cidades de Cajazeiras, Campina Grande e Queimadas, referiram haver iniciativa própria do município. Quando perguntados sobre a implantação de meios digitais para atendimento remoto dos usuários durante a pandemia 15 (93,8%), dos respondentes, afirmaram que tais medidas foram adotadas. Embora, que a princípio, o município de Princesa Isabel não tenha referido o uso destas ferramentas, o respondente vinculado ao município, nos questionamentos seguintes, mencionou existir formas de atenção à saúde via TICs na localidade. Sendo assim, todos os 16 municípios sede (100%) fizeram uso, em alguma medida, da saúde digital durante o período pandêmico da COVID-19.

Tratando-se do tipo de TIC empregada na assistência à saúde, os 16 municípios sede (100%) fizeram uso de chamadas telefônicas. Quanto à modalidade de telessaúde empregada, via chamadas telefônicas, 7 (43,8%) dos municípios utilizaram a teleassistência; 6 (37,5%) utilizaram teleinterconsulta; 2 (12,5%) teleconsultoria; 4 (25,0%) teleorientação; 1 (6,3%) teleducação; 6 (37,5%) telemonitoramento; 2 (12,5%) telediagnóstico; 5 (31,3%) teleconsulta; e 4 (25,0%) teleagendamento. Ressalta-se que a modalidade telerregulação não foi aplicada via chamada telefônica. Apesar de referir o emprego da TIC em Princesa Isabel, o respondente ligado ao município não fez a relação entre a TIC e a modalidade de saúde digital (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Chamada telefônica - percentual das modalidades de saúde digital empregadas na aplicação da TIC nos Municípios Sede (MS) de Região de Saúde (RS) da Paraíba.

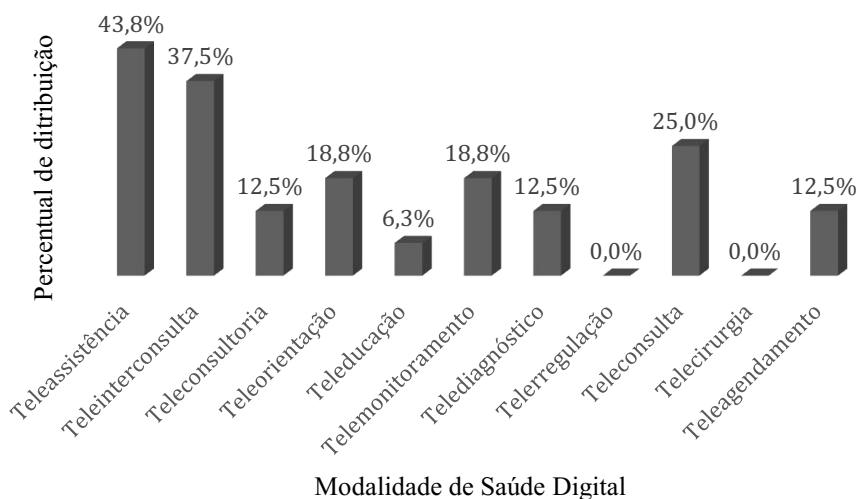


Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Dos 16 municípios sede, 12 (75,0%) fizeram uso de videochamadas como TIC para atendimento à população. A teleassistência, como modalidade de saúde digital, foi utilizada por 7 (43,8%) municípios diferentes; a teleinterconsulta por 6 (37,5%); teleconsultoria por 2 (12,5%); teleorientação por 3 (18,8%); teleducação por 1 (6,4%); telemonitoramento por 3 (18,8%); telediagnóstico por 2 (12,5%); teleconsulta por 4 (25,0%); e o teleagendamento por 2

(12,5%). A telerregulação não foi aplicada por nenhum dos municípios sede, o mesmo foi observado quanto à telecirurgia, observa-se no Gráfico 3.

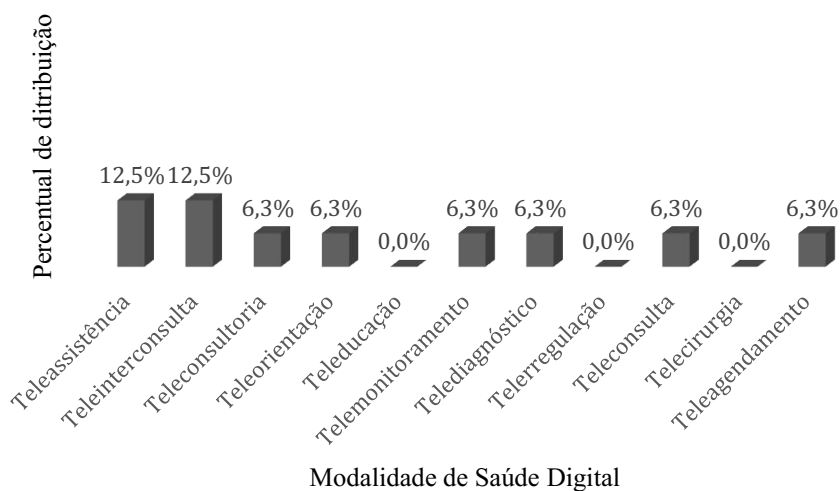
Gráfico 3 – Videochamada - percentual das modalidades de saúde digital empregadas na aplicação da TIC nos Municípios Sede (MS) de Região de Saúde (RS) da Paraíba.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Apenas 2 (12,5%) dos municípios sede ofertaram portal do paciente ou ferramenta similar aos seus usuários. Apesar da pouca expressividade quanto a distribuição entre os municípios, tendo em vista que Esperança e Queimadas foram os únicos a implantar essa modalidade de TIC, cabe o destaque à variedade de modalidades de saúde digital empregadas, especialmente pelo município de Queimadas. Entretanto, três modalidades de saúde digital (teleducação, telerregulação e telecirurgia) não foram empregadas pelos municípios, conforme Gráfico 4.

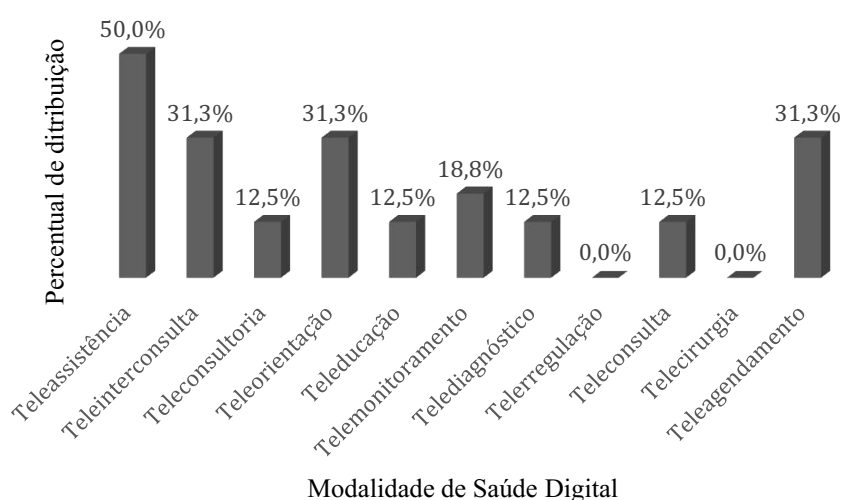
Gráfico 4 – Portal do paciente - percentual das modalidades de saúde digital empregadas na aplicação da TIC nos Municípios Sede (MS) de Região de Saúde (RS) da Paraíba.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Dos 16 municípios investigados, 13 (81,2%) apresentaram iniciativas digitais baseadas em mensagens de texto como TIC aplicada à saúde. No que concerne as modalidades de saúde digital empregadas, 8 (50,0%) fizeram uso da teleassistência; 5 (31,3%) lançaram mão da teleinterconsulta; 2 (12,5%) utilizaram a teleconsultoria; 5 (31,3%) a teleorientação; 2 (12,5%) a teleducação; 3 (18,8%) o telemonitoramento; 2 (12,5%) o telediagnóstico; mais 2 (12,5%) utilizaram a teleconsulta; e 5 (31,3%) o teleagendamento. Das 11 modalidades de saúde digital, duas não foram aplicadas via mensagem de texto, dados dispostos no Gráfico 5. Além do mais, um dos municípios não referiu a modalidade de saúde digital que implementou.

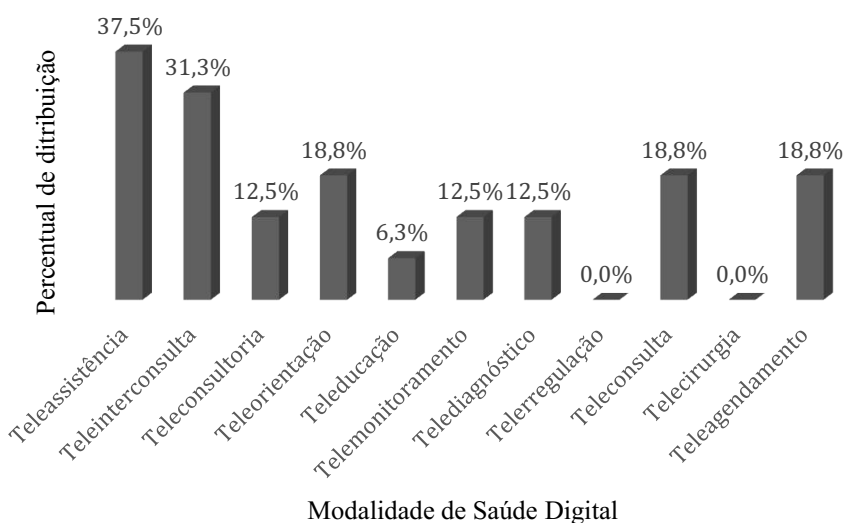
Gráfico 5 – Mensagem de texto - percentual das modalidades de saúde digital empregadas na aplicação da TIC nos Municípios Sede (MS) de Região de Saúde (RS) da Paraíba.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Por fim, foi questionado sobre o uso de aplicativos para telefone celular e demais equipamentos móveis, bem como sites municipais, como TICs utilizadas. Os aplicativos referenciados foram: WhatsApp, Instagram e aplicativos municipais próprios. Dos 16 municípios sede, 10 (62,5%) fizeram uso de aplicativos para alcançar os seus usuários, nenhum deles utilizou-se de sites. Quanto à modalidade de saúde digital empregada, 6 municípios (37,5%) utilizaram os aplicativos para promover teleassistência; 5 (31,3%) para a teleinterconsulta; 2 (12,5%) utilizaram a teleconsultoria; 3 (18,8%) a teleorientação; 1 (6,3%) a teleducação; 2 (12,5%) telemonitoramento; 3 (18,8%) a teleconsulta; 2 (12,5%) o telediagnóstico; e 3 (18,8%) o teleagendamento. Ações que envolvessem telerregulação e telecirurgia não foram mencionadas por nenhum dos municípios, dados observados no Gráfico 6.

Gráfico 6 – Aplicativo ou site - percentual das modalidades de saúde digital empregadas na aplicação da TIC nos Municípios Sede (MS) de Região de Saúde (RS) da Paraíba.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Embora todos os municípios sede tenham incorporado algum tipo de TIC às ações de saúde durante a pandemia, foi observada maior variedade das tecnologias nos seguintes municípios sede: Esperança e Queimadas, ambos aderindo às cinco TICs investigadas. Em contrapartida, o menor quantitativo de emprego de TICs à saúde ocorreu nos municípios de Guarabira, Monteiro, Princesa Isabel e Itabaiana, cada um incorporando apenas duas das TICs.

Apesar da distribuição das ferramentas de incorporação tecnológica (equipamentos de informática e internet) ocorrer de forma plena em relação aos municípios paraibanos investigados, há ainda, no âmbito intramunicipal, eSF sem a disponibilidade de equipamentos tecnológicos, assim como sem acesso à rede de internet alinhados à telessaúde. Este achado é caracterizado como fator dificultante à inclusão digital no setor saúde, em especial na APS. Pois, mesmo que, supostamente, haja favorável distribuição tecnológica na área de abrangência destas equipes e, conseqüentemente, a seus usuários, ações de saúde pautadas na telessaúde terão sua execução impossibilitada devido à carência digital dos serviços.

Garattini, Badinella e Mannucci (2021) retratam que, apesar da tecnologia em si (como ferramenta inovadora) e os aspectos éticos repercutirem na forma como a saúde digital será aderida (ou não) pelos serviços de cuidados primários em saúde, fatores como a organização do trabalho e o financiamento dos cuidados de saúde desempenham maior influência na incorporação tecnológica à saúde. Outrossim, infere-se que no âmbito paraibano, em decorrência da inconclusiva inserção digital às eSF, há carência de subsídios ideais a serem destinados à efetivação da saúde digital. Tal limitação de financiamento, da mesma forma, impossibilita a elevação da incorporação tecnológica local.

Não obstante, todos os respondentes, mesmo que de forma indireta, confirmaram a implantação do e-SUS AB nos seus respectivos municípios. Dessa forma, verifica-se que esta iniciativa corrobora, em determinado grau, com uma APS digital, conforme busca o desenvolvimento de um SUS eletrônico (e-SUS), ou seja, uma reestruturação regida, dentre outros preceitos, pela operacionalização tecnológica das informações na AB. Ademais, o Sistema PEC (componente do e-SUS AB) destaca-se neste quesito, à medida que tem como objetivo: apoiar o processo de informatização das UBS, ao garantir segurança aos registros dos usuários, de forma digital (THUM; BALDISSEROTTO; CELESTE, 2019).

A relação entre a escolaridade e a adesão à assistência à saúde digital é outra condição que presume impacto à região pesquisada. Isto porque, o Nordeste brasileiro encontra-se com o menor índice de número médio de anos de estudo, cerca de 8,1 anos por habitante com 25 anos de idade ou mais, enquanto a região brasileira de maior índice, o Sudeste, apresentou

média de 10,1 anos de estudo por habitante. Agregando-se outros panoramas, tais quais a considerável taxa de analfabetismo nordestina, que indica cerca de 13,9% de habitantes, acima de 15 anos de idade, nesta situação, à medida que a média nacional se mostra inferior: 6,6% da população (IBGE, 2020). Binder-Olibrowska, Wrzesinska e Godycki-Cwirko (2022), descreveram, em seu estudo no âmbito da APS polonesa, que os atores sociais com maior grau de instrução educacional mostraram-se mais dispostos à atenção à saúde baseada em TICs, quando comparados aos indivíduos de menor nível de escolaridade.

Outrossim, os pesquisadores observaram que níveis mais satisfatórios de adesão às TICs foram diretamente proporcionais à situação socioeconômica dos usuários. Constatando que atores sociais socioeconomicamente vulneráveis referiram não apresentar condições ideais para usufruir da saúde digital (BINDER-OLIBROWSKA; WRZESINSKA; GODYCKI-CWIRKO, 2022).

Apenas três municípios, dentre os 16 investigados, contam com algum programa próprio voltado à assistência digital, segundo os respondentes, os quais foram: Cajazeiras, com um programa de ouvidoria; Queimadas, via plataforma digital “Cidade Saudável”; e Campina Grande, com o Programa “Saúde de Verdade”. O município, sede da 16ª região de saúde, Campina Grande, iniciou a implantação do Programa “Saúde de Verdade”, o qual tem a transformação tecnológica como um de seus eixos norteadores. Dentre outras medidas, voltadas ao avanço digital, há no planejamento, a meta de recuperar equipamentos deteriorados, além da implantação de central remota de agendamentos, via chamadas telefônicas. Ademais, o usuário terá acesso integral ao seu histórico junto aos serviços de saúde municipal, a partir de aplicativo para aparelhos de telefone celular. Esse programa ainda se encontra na fase de implantação nas unidades de saúde, não sendo possível apresentar nesse estudo algum impacto proveniente do mesmo (CAMPINA GRANDE ANUNCIA NOVO PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA; VEJA COMO FUNCIONA, 2021).

Dessa forma, o Programa campinense repercute interesse na incorporação tecnológica local, ao passo que propõe investimentos voltados à inovação digital, preceito de impacto observado por Garattini, Badinella e Mannucci (2021), em seu estudo.

Como já anunciado anteriormente, houve considerável implantação de formas de assistência à saúde por meios digitais, organizadas para contornar a pandemia, nos municípios investigados, haja vista que as 16 sedes implementaram ações mediadas por TICs no período. Medida essencial para diversos serviços de saúde, nacional e internacionalmente implantada, a telessaúde visa garantir o acesso dos usuários à assistência de forma ágil e superando barreiras impeditivas. Como evidenciado por Singh e colaboradores (2022), que verificaram, em sua análise, a rápida adoção de consultas virtuais em uma província canadense, durante o início da pandemia, bem como celeridade nas respostas às condições de saúde encontradas e diminuição de encaminhamentos desnecessários a avaliações presenciais dos usuários.

Foi observado que apenas uma das TICs foi empregada de forma integral, por todos os municípios sede: as chamadas telefônicas. Enquanto as demais: videochamadas; portal do paciente; mensagens de texto; e aplicativos e sites, mesmo que em grau variado, foram parcialmente distribuídas entre as sedes. Esta especificidade abre espaço para interpretação da maior distribuição de determinadas TICs, bem como da dificuldade em disseminar outras.

Tal particularidade, das chamadas telefônicas, liga-se ao fato de se tratar de uma TIC que não, necessariamente, está condicionada à rede de internet para ser executada e alcançar os usuários. Compreende-se, portanto, que há facilidade – ou, ao menos, menor dificuldade – dos indivíduos assistidos terem acesso à APS via TICs menos robustas ou tecnologias consolidadas há mais tempo, tais quais os aparelhos de telefone. Entretanto, apesar de proveitosa, esta TIC limita a atenção à saúde integral, ao passo que não acessa o usuário em sua completude. Característica, esta, delimitada por Silva e colaboradores (2022) em seu estudo voltado ao mapeamento das iniciativas de saúde digital na APS pelo mundo no manejo da COVID-19

(SILVA *et al.*, 2022). Dessa forma, a ainda limitada distribuição conectiva estadual é evidenciada, à medida que TICs condicionadas à rede de internet, por exemplo, apresentam distribuição desigual.

Mills e colaboradores (2021) trazem à tona situação parecida. No estudo, estadunidense, que avaliou as mudanças desempenhadas pela pandemia da COVID-19 a pacientes com hipertensão arterial sistêmica, tal qual à situação paraibana, foi evidenciado maior acesso à telessaúde a partir do uso de telefones, enquanto modalidades de saúde digital mais avançadas, via videochamadas por exemplo, tiveram baixa implantação. Os pesquisadores, ao correlacionarem videochamadas a maiores níveis de satisfação do usuário, afirmaram a necessidade da superação dos desafios tecnológicos, possibilitando, assim, ampliar a variedade de TICs ofertadas pelos serviços de saúde.

Portanto, a incorporação de TICs com baixa ou mediana distribuição (tal qual as videochamadas) às ações de saúde nos municípios investigados, deve ser reorganizada. Assim como a garantia do acesso da população a essas ferramentas, prezando pela equidade. Proporcionando, conseqüentemente, a superação dos embargos tecnológicos e maior variedade de modalidades digitais de atenção à saúde, culminando na melhoria da assistência experienciada pelos usuários locais.

De modo geral, em todas as variedades de TICs: chamada telefônica, videochamadas, portal do paciente, mensagens de texto e aplicativos e sites, a teleassistência foi a modalidade de saúde digital mais referenciada entre os municípios. Presume-se que tal ocorrência relaciona-se à amplitude de ações compreendidas na modalidade, tendo em vista que o usuário pode ser assistido de várias maneiras, a depender da especificidade do seu caso. Inclui-se, ainda, a concepção de que outras modalidades de saúde digital são compreendidas como ferramentas de assistência à saúde, sendo abarcadas pela teleassistência: a teleconsulta, o telediagnóstico, o telemonitoramento, a teleorientação e a teleeducação.

Isto posto, infere-se que a teleassistência e as demais categorias procedentes dela têm favorável implantação no estado investigado. Conquanto, há municípios que não introduziram as modalidades aos serviços da APS local. Assistir em saúde, de forma digital, confere benefícios aos serviços de saúde e à população atendida, mas fatores limitantes à sua execução podem ser encontrados. Investigação realizada na Arábia Saudita, destinada à averiguação do nível de satisfação de 279 gestantes que passaram pela experiência de teleassistência pré-natal, evidenciou elevado grau de contentamento das mulheres com a clínica telefônica, à medida que 252 (90,3%) delas relatam alto nível de satisfação em relação à teleassistência fornecida (WALI; ALHAKAMI; ALSAFARI, 2022).

Contudo, Jiménez Carrillo, junto a seus colaboradores (2022), ao realizarem um estudo descritivo-interpretativo no âmbito da APS, obtiveram como resultado, a partir dos relatos obtidos de grupos focais, maior quantitativo de insatisfação sobre a teleassistência prestada. Ao passo que, a maioria dos usuários investigados referiram que a teleconsulta foi responsável pelo aumento das desigualdades de acesso ao serviço de saúde. Além disso, observou-se ainda a relação feita entre a assistência digital e uma atenção à saúde deficitária, devido à ausência de contato visual (característica da TIC abordada: chamadas telefônicas) e de exame físico completo. Todavia, apreendeu-se de outros relatos – em especial dos atores sociais mais jovens – que o uso tecnológico na assistência à saúde foi proveitoso e eficaz, além de promover maior agilidade ao processo assistencial.

Modalidades de saúde digital de colaboração entre profissionais de saúde também tiveram o uso referido pelos respondentes. Diante do contexto pandêmico, os meios tecnológicos aplicados à saúde tiveram de ser implantados com celeridade, fato que reflete possíveis lacunas aos profissionais de saúde quanto ao manejo digital e da nova forma de relacionamento com os usuários, devido ao curto tempo para adaptação (BARRAGÁN-VERGEL; ORTIZ-LABRADOR, 2022). Sendo assim, a interação entre profissionais de mesma

especialidade (teleinterconsulta) ou de áreas distintas (teleconsultoria), predispõe a melhoria da atenção à saúde, ao ponto que, as referidas TICs, são capazes de auxiliar na solução de dúvidas e na geração de novas interpretações clínicas de forma colaborativa.

Pondera-se, por fim, a imprescindibilidade de se aprofundar a temática no âmbito paraibano, em estudos futuros. Inclusive, abarcando outros municípios, além das sedes de regiões de saúde no estado, bem como os usuários aos quais a telessaúde é ofertada. A implementação da saúde digital, direcionada à estruturação da APS, é principiante, sendo ocasionada, especialmente, pela pandemia da COVID-19, a partir de 2020. Dessa forma, a margem de crescimento deste empreendimento é ampla, conferindo a possibilidade do surgimento de novas ações e investimentos municipais, necessidades comunitárias e alcance de localidades antes descobertas, que demandam processos investigativos para mapeamento e, consequente, auxílio na otimização da assistência à saúde com bases tecnológicas.

5 CONCLUSÃO

Apesar da pregressa relevância levantada por órgãos mundiais de saúde, a saúde digital teve sua incorporação massiva aos serviços de saúde a partir da pandemia iniciada no ano de 2020, ocasionada pela COVID-19. Medidas contingenciais e de precaução levaram à obrigatoriedade do isolamento físico, ocasionando a necessidade de iniciativas que transpassassem estas barreiras, garantindo segurança aos indivíduos. Entretanto, tendo em conta a sua abrupta incorporação no setor, as formas de implantação e adesão ao empreendimento são carentes de investigação, assim como a sua distribuição.

O cenário paraibano, a princípio, apresenta-se favorável à incorporação tecnológica nos serviços de APS, tendo em vista a ampla distribuição de iniciativas implementadas no estado em decorrência da pandemia do COVID-19, bem como ferramentas necessárias à implantação. Além do mais, foi observada considerável adesão dos municípios investigados à empreendimentos governamentais voltados à informatização do Sistema de Saúde brasileiro, a se citar o Sistema e-SUS AB e seus *softwares*, destacando-se o Sistema do PEC.

Todavia, foram percebidas questões que são impeditivas ao avanço digital estadual na saúde, e que merecem atenção dos órgãos que fomentam o setor. Ainda há, nos municípios investigados, eSF com distribuição irregular de ferramentas tecnológicas e acesso limitado à internet. Notabilizou-se, apesar da maciça distribuição das chamadas telefônicas na assistência à saúde - fator positivo e que corrobora com o avanço tecnológico local -, a inconclusiva distribuição de TICs potencializadoras da satisfação dos clientes, que, por sua vez, estão condicionadas a maiores recursos do indivíduo assistido, tal qual as videochamadas, descortinando, portanto, a carência socioeconômica e instrucional paraibana.

Ademais, a teleassistência obteve destaque em relação às demais modalidades de telessaúde, no que concerne à implantação junto às eSF dos municípios investigados. Apesar disso, a existência de outras variantes, agregadas a esta, não pode ser inviabilizada, ao considerar que esta modalidade pode abarcar outras tantas em sua constituição: telemonitoramento, teleducação, teleorientação e telediagnóstico, por exemplo. Modalidades direcionadas ao aperfeiçoamento dos recursos humanos em saúde: teleinterconsulta e teleconsultoria, tiveram, juntamente às anteriores, implantação de destaque no estado.

Por fim, os dados obtidos e o confronto com a literatura realizado, sugerem a necessidade do aprofundamento investigativo da temática no âmbito paraibano. Faz-se iminente a intensificação da divulgação dos empreendimentos tomados pelos municípios, visto que a exploração documental evidenciou escassez neste quesito. Além do mais, torna-se fundamental a averiguação situacional de outros municípios, para além das sedes das regiões de saúde paraibana. Da mesma forma, a conferência, junto aos usuários da APS, das repercussões da telessaúde na assistência. Outrossim, evidenciou-se que a implantação eficaz da saúde digital

deve ser amparada por consistente base de financiamento e garantia de acesso equitativo e integral aos usuários.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A. N. *et al.* Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**. v. 23, [s. n.], p. 1-14, 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200072/pt>. Acesso em: 07 jun. 2022.
- AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. supl.1, p. 2423-2446, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/4BHTCFF4bDqq4qT7WtPhvYr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 jun. 2022.
- BARRAGÁN-VERGEL, M. F.; ORTIZ-LABRADOR, J. A. Barreras de acceso a la telemedicina en tiempos de COVID-19, un desafío profesional y gubernamental. **MedUNAB**. v. 25, n. 1, [s. p.], 2022. Disponível em: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/4253/3604>. Acesso em: 28 jun. 2022.
- BINDER-OLIBROWSKA, K. W.; WRZESINSKA, M. A.; GODYCKI-CWIRKO, M. Is Telemedicine in Primary Care a Good Option for Polish Patients with Visual Impairments Outside of a Pandemic? **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 19, n. 11, p. 1-21, 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/11/6357/pdf?version=1653375209>. Acesso em: 27 jun. 2022.
- BOUSQUAT, A. *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. Suppl 2, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/pv3MZr9z77kkRmC4ZPnDGrk/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 jul. 2022.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19**. n. 20, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2020/boletim-epidemiologico-no-20-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>. Acesso em: 3 jun. 2022.
- 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>. Acesso em: 04 jun. 2022.
- BRASIL. **Portaria nº 402, de 24 de fevereiro de 2010**. Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0402_24_02_2010_comp.html>. Acesso em: 01 jun. 2022.
- BRASIL. **Portaria nº 35, de 04 de janeiro de 2007**. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília, 2007. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0035_04_01_2007.html>. Acesso em: 01 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011.** Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html>. Acesso em: 01 jun. 2022.

BRASIL. **Custeio dos Núcleos de Telessaúde. Manual Instrutivo/Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19.** n. 114, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-114-boletim-coe-coronavirus/view>. Acesso em: 3 jun. 2022.

BRASIL. **Telessaúde na Atenção Primária: uso da tecnologia da porta de entrada do SUS é tema de debate.** 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/junho/telessaude-na-atencao-primaria-uso-da-tecnologia-da-porta-de-entrada-do-sus-e-tema-de-debate>. Acesso em: 4 jun. 2022.

BRASIL. **Governo Federal regulamenta Telessaúde e amplia acesso à saúde em áreas remotas do Brasil.** 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/junho/governo-federal-regulamenta-telessaude-e-amplia-acesso-a-saude-em-areas-remotas-do-brasil>. Acesso em: 4 jun. 2022.

BRASIL. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS.** 2022d. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipepb.def>. Acesso em: 13 jun. 2022.

BRASIL. **Ofício Circular da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa n. 2 de 24 de fevereiro de 2021.** Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, DF, 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019.** Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPINA GRANDE ANUNCIA NOVO PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA; VEJA COMO FUNCIONA. **Portal Correio.** João Pessoa, PB, 2021. Disponível em: <https://portalcorreio.com.br/campina-grande-anuncia-novo-programa-de-saude-publica-veja-como-funciona/>. Acesso em: 21 jul. 2022.

CÁRDENAS, M. K. *et al.* Quarenta anos depois de Alma-Ata: preparação da atenção primária à saúde para doenças crônicas em Moçambique, Nepal e Peru. **Ação Global de Saúde**, v. 14, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8477950/pdf/ZGHA_14_1975920.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 634, de 26 de março de 2020. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 117, 27 mar. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html. Acesso em: 04 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 689, de 03 de fevereiro de 2022. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 86, 04 fev. 2022. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cofen-n-689-de-3-de-fevereiro-de-2022-378034290>. Acesso em: 04 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 227, 05 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: 04 jun. 2022.

DE SOUZA, K. A. C.; REIS, R. Desinformação e negacionismo: estratégia discursiva de Jair Bolsonaro contra a vacina da COVID-19. **Anais do Seminário Comunicação e Territorialidades**, v. 1, n. 7, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/poscom/article/view/37827/24905>. Acesso em: 05 jun. 2022.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **Journal of American Medical Association**. New York, v. 260, n. 12, p. 1743-8, 1988.

GARATTINI, L.; BADINELLA MARTINI, M.; MANNUCCI, P. M. Improving primary care in Europe beyond COVID-19: from telemedicine to organizational reforms. **Medicina interna e de emergência**, v. 16, n. 2, p. 255–8, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7668282/?report=reader>. Acesso em: 25 jun. 2022.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate [online]**. n. 4, v. 44, p. 161-76, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxlLz5prtrLwWLzNJZfQRy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 jun 2022.

HERNANDEZ, H. C. P. *et al.* Care coordination based on eHealth and hybrid care of the follow-up of post-COVID-19 patient journey. **Rev. Adm. Saúde (On-line)**. São Paulo, v. 20, n. 80, [s. p.], 2020. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/245/348>. Acesso em: 31 maio 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2018. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101705_informativo.pdf. Acesso em: 06 jun. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades e Estados: Paraíba. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb.html>. Acesso em: 12 jun. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Educação 2019. 2020. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf. Acesso em: 26 jun. 2022.

JIMÉNEZ CARRILLO, M. *et al.* Percepciones y experiencias de la población ante la transformación de la modalidad de las consultas en atención primaria durante la pandemia. **Aten. primaria**, v. 54, n. 4, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8841613/>. Acesso em: 27 jun. 2022.

LUQUINE JÚNIOR, C. D. *et al.* Telessaúde, Telemedicina, aplicativos de celular e uso de mensagens de texto/SMS na melhora da alimentação em adultos. **Fiocruz Brasília**, Brasília – DF, 2020.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate [online]**. v. 43, n. spel, p. 18-37, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Acesso em: 31 maio 2022.

MADHURA, S. R. *et al.* Determinants and Trends of COVID-19 Vaccine Hesitancy and Vaccine Uptake in a National Cohort of US Adults: A Longitudinal Study. **American Journal of Epidemiology**, v. 191, n. 04, p. 570-83, 2022. Disponível em: <<https://academic.oup.com/aje/article/191/4/570/6497583?login=false>>. Acesso em: 1 jun 2022.

MASOCHINI, R. G.; FARIAS, S. N. P.; SOUSA, A. I. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos idosos. **Esc. Anna Nery**, v. 26, [s. n.], 2022. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452022000100220&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2022.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. *In*: Pereira, Isabel Brasil; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. cap. 1, p. 44-50.

MELO, E. A. *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. v. 31, n. 01, p. e310109, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/2021.v31n1/e310109/pt>>. Acesso em: 2 jun. 2022.

MILLS, K. T. *et al.* Experiences and Beliefs of Low-Income Patients With Hypertension in Louisiana and Mississippi During the COVID-19 Pandemic. **Jornal da American Heart Association**, v. 10, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7955429/#!po=35.7143>. Acesso em: 25 jun. 2022.

MINEIRO, M. Pesquisa de survey e amostragem: aportes teóricos elementares. **REED**. v. 1, n. 2, p. 284-306, 2020. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/reed>. Acesso em: 21 jul. 2022.

NORRIS, A. C. **Essentials of Telemedicine and Telecare**. Baffins Lane: John Wiley & Sons, 2002. p. 3.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Fifty-eighth World Health Assembly, Having considered the report on eHealth**. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation report, 8**. 2020a. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330773/nCoVsitrep28Jan2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 3 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. 2019b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 6 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assembleia Mundial da Saúde termina com aprovação de resoluções sobre diversos temas**. 2019a. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/28-5-2018-assembleia-mundial-da-saude-termina-com-aprovacao-resolucoes-sobre-diversos>>. Acesso em: 1 jun 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. 2020b. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>>. Acesso em: 3 jun 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. 2020c. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic2020>>. Acesso em: 3 jun 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Coronavirus disease (COVID-19): Vaccines**. 2022. Disponível em: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=Cj0KCCQjwqPGUBhDwARIsANNwjV6I675d8JI4mDSNpEOFPm0TI2sU-7X3xUP6U-4k1DE8kk3CviFZ3PkaAhDvEALw_wcB](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=Cj0KCCQjwqPGUBhDwARIsANNwjV6I675d8JI4mDSNpEOFPm0TI2sU-7X3xUP6U-4k1DE8kk3CviFZ3PkaAhDvEALw_wcB). Acesso em: 5 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Portal da inovação da gestão no SUS. Inovação APS forte. Disponível em: <<https://apsredes.org/inovacao-na-aps-forte/>>. Acesso em: 31 maio 2022.

PARAÍBA. **Dados Epidemiológicos COVID-19 Paraíba**. 2022. Disponível em: <https://superset.plataformatarget.com.br/superset/dashboard/55/>. Acesso em: 13 jun. 2022.

PARAÍBA. **Resolução Comissão Intergestores Bipartite n. 203 de 03 de novembro de 2011**. João Pessoa, PB, 2011.

PARAÍBA. **Plano Estadual de Saúde Paraíba 2020/2023**. Secretaria de Estado da Saúde. 2020.

PARAÍBA. **Resolução Comissão Intergestores Bipartite n. 43 de 25 de junho de 2018.** João Pessoa, PB, 2018.

PATHAK, K. P. *et al.* Implementations of digital technologies in COVID -19 pandemic and other health threats: multi nationals responses. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, e172101421776, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21776/19467>>. Acesso em: 1 jun 2022.

PHELAN, A. L.; KATZ, R.; GOSTIN, L. O. The Novel Coronavirus Originating in Wuhan, China Challenges for Global Health Governance. **JAMA - Jornal da Associação Médica Americana**. ed. 8, v. 323, p. 709-10, 2020. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2760500>>. Acesso em: 3 jun 2022.

PLANALTO. Pronunciamento do presidente da República, Jair Bolsonaro. Youtube, 24 de mar. de 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Vl_DYb-XaAE> acesso em: 5 jun. 2022.

RICARD, J.; MEDEIROS, J. Using misinformation as a political weapon: COVID-19 and Bolsonaro in Brazil. **The Harvard Kennedy School (HKS) Misinformation Review**. v.1, n.1, 2020. Disponível em: https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/42661741/final_brazil.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 5 jun. 2022.

SAFADI, M. A. P. The intriguing features of COVID-19 in children and its impact on the pandemic. **Jornal de Pediatria**. v. 96, n. 03, p. 265-8, 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553620300409/pdf?md5=47703c7db8777e55b792aecc9635591&pid=1-s2.0-S2255553620300409-main.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2022.

SARTI, T. D, *et al.* Qual é o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia COVID-19?. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n2/e2020166>. Acesso em: 31 maio 2022.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>. Acesso em: 12 jun. 2022.

SILVA, C. R. D. V. *et al.* Oportunidades de saúde digital para melhorar a atenção primária à saúde no contexto da COVID-19: revisão de escopo. **Fatores Hum JMIR**. v. 9, n. 2, 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9159467/#!po=32.2917>>. Acesso em: 24 jun. 2022.

SINGH, J *et al.* Evaluation of an Electronic Consultation Service for COVID-19 Care. **Ann Fam Med**. v. 20, n. 3, p. 220-6, 2022. Disponível em: <https://www.annfamem.org/content/annalsfm/20/3/220.full.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2022.

SOARES FILHO, A. M. *et al.* Atenção Primária à Saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 27, n. 01, p. 377-86, 2022. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/QkRq5Kt3MHW96dC6p4qmthh/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 31 maio 2022.

SOARES, L. S.; JUNQUEIRA, M. A. B. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade unidade-escola de atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica [online]**. v. 46, n. 01, p. e031, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/ftNptfq55ML58tm3DqRwvHj/?lang=pt#>>. Acesso em: 2 jun. 2022.

SOUZA, I. L. *et al.* A Atenção Primária à Saúde na pós-pandemia e a prática dos profissionais de enfermagem. In: TEODÓSIO, S. S. C. S; LEANDRO, S. S., (org.). *Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19 (Série enfermagem e pandemias, 3)*. Brasília, DF: ABen/DEAB, 2020. p. 11-18. E-book.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p. 726, 2002. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action&co_obra=14609>. Acesso em: 31 maio 2022.

THUM, M. A.; BALDISSEROTTO, J.; CELESTE, R. K. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 35, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/44wNdZPHsqZ7RRQ3FzPJpMp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 jul. 2022.

VIZCARRA, P. Description of COVID-19 in HIV-infected individuals: a single-centre, prospective cohort. *The Lancet HIV*. v. 08, n. 07, p. 554-64, 2020. Disponível em: <<https://www-scienceirect.ez121.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S2352301820301648#bib6>>. Acesso em: 3 jun 2022.

XAVIER, A. R. *et al.* COVID-19: clinical and laboratory manifestations in novel coronavirus infection. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial [online]**, v. 56, n. [s. n.], p. 1-7, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpm/a/PrqSm9T8CVkPdk4m5Gg4wKb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 3 jun 2022.

WALI, R.; ALHAKAMI, A.; ALSAFARI, N. Evaluating the level of patient satisfaction with telehealth antenatal care during the COVID-19 pandemic at King Abdul-Aziz Medical City, Primary Health Care Center, Specialized Polyclinic. **Womens Health (Lond)**, v. 18, [s. n.], p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-35726912>. Acesso em: 26 jun. 2022.

WONG, G. L. *et al.* Management of patients with liver derangement during the COVID-19 pandemic: an Asia-Pacific position statement. **Lancet Gastroenterol Hepatol**. v. 5, n. 8, p. 776-87, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7308747/>>. Acesso em: 31 maio 2022.

YANG, Q. *et al.* Predicting the Mass Adoption of eDoctor Apps During COVID-19 in China Using Hybrid SEM-Neural Network Analysis. **Front Public Health**. v. 10, n. 889410, p. 1-

17, 2022. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9096101/#!po=1.16279>>. Acesso em: 1 jun. 2022.

ZHU, N. *et al.* A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. **The New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 8, p. 727-33, 2020. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7092803/pdf/NEJMoa2001017.pdfv>. Acesso em: 5 jun. 2022.

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA O MAPEAMENTO DE TICs NOS
MUNICÍPIOS SEDE DE REGIÕES DE SAÚDE NA PARAÍBA**

QUESTIONÁRIO PARA O MAPEAMENTO DE TICs NOS MUNICÍPIOS SEDE DE REGIÕES DE SAÚDE NA PARAÍBA			
1. Data da Coleta:			
2. Município respondente:			
3. Iniciais do respondente:			
4. Função na Secretaria Municipal de Saúde:			
5. Número de Equipes de Saúde da Família:			
6. Número de Equipes de Atenção Básica:			
7. Número de Equipes com equipamentos de informática:			
8. Número de Equipes com acesso à internet:			
9. Número de Equipes com implantação do e-SUS-AB:			
10. Destas, quantas Equipes com o Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS):			
11. Destas, quantas Equipes com o Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC):			
12. Caso não utilize o eSUS-AB, qual sistema utiliza para estruturar as informações da Atenção Básica (AB):			
13. O município aderiu ao Informatiza APS?			
12.A Sim 12.B Não			
14. Há no município algum projeto de atendimento digital?			
13.A Sim 13.B Não 13.C Se sim, qual?			
15. Quais foram os planos do município em relação aos atendimentos na atenção básica em meio a pandemia, se houve alguma mudança ou planejamento. Se sim, quais?			
14.1 Reuniões frequentes com os profissionais			
14.2 Visitas domiciliares			
14.3 Campanhas de conscientização			
14.4 Outros? Quais:			
15. Houve a implementação/implantação de algum meio digital/remoto durante a pandemia para acompanhamento dos usuários			
15.A Sim 15.B Não			
Se sim, qual?	Público-alvo	Modalidade de Saúde Digital	Período (AP* ou DP**)
Chamadas telefônicas:			
Vídeochamadas:			
Portal do paciente:			
Mensagem de texto:			
Aplicativos de smartphone (WhatsApp, telegram, outros específicos, p.e., para agendamento de vacina da COVID-19) ou sites:			

Notas: AP* - antes da pandemia. DP** - depois da pandemia.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DIGITAL NA PARAÍBA: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

Pesquisador: Claudia Santos Martiniano Sousa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37420920.0.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.290.985

Apresentação do Projeto:

O projeto versa sobre a avaliação da qualidade de serviços focando na importância da telessaúde em tempos de pandemia.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Avaliar o acesso e qualidade do cuidado ofertado aos usuários por meio de Tecnologia de Informação e Comunicação (TICs) na Paraíba no contexto da pandemia Sars-Covid 19.

Objetivos Específicos

Avaliar se o cuidado primário mediado por TICs se constitui em um programa dentro da Política Nacional de Atenção Primária à Saúde Digital.

Mapear as experiências dos usuários e grau de adesão às TICs na Atenção Primária à Saúde.

Analisar a percepção dos/as usuários/as que vivenciaram o cuidado mediado por TICs na APS.

Apreender a opinião dos/as usuários/as que não passaram experiência acerca da APS digital.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente pesquisa pode ser identificada como de risco mínimo segundo a Resolução nº 466/12

(BRASIL, 2012), uma vez que, não realizará modificação nos comportamentos psicossociais, dos usuários participantes da pesquisa. Os riscos psicológicos estão relacionados ao tipo de conteúdo e a forma como ele será abordado, devido a experiências passadas e/ou situações vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde, especialmente no contexto enfrentado pelo país durante a pandemia do Sarscovid. Neste sentido o usuário que não desejar responder qualquer questão do questionário, poderão se recusar em qualquer momento da pesquisa e ainda solicitar exclusão da pesquisa. Os benefícios superam os possíveis riscos, uma vez que esta pesquisa poderá mapear as iniciativas de cuidados mediados por TICs, ajudar a melhoria do acesso em situações de crise e cotidianas; e ainda poderá identificar o nível de implantação do programa Telessaúde Brasil Redes e desafios para seu desenvolvimento nos serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta do projeto é relevante e de interesse, não apenas de cunho acadêmico, mas para os gestores, uma vez que tem a possibilidade de oferecer uma melhoria da qualidade de serviço ofertada a população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: anexada;

Autorização Institucional: anexada;

Declaração de concordância com projeto de pesquisa: anexada;

Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável: Anexado;

TCLE: anexado

Recomendações:

O projeto é relevante e atende ao que se propõe. Apresenta todos os termos de apresentação obrigatórios.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta os termos de apresentação obrigatórios, e está aprovado salvo melhor entendimento.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Continuação do Parecer: 4.290.985

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1624955.pdf	04/09/2020 21:10:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PR.doc	04/09/2020 21:09:47	Claudia Santos Martiniano Sousa	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	04/09/2020 21:07:31	Claudia Santos Martiniano Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/09/2020 16:14:28	Claudia Santos Martiniano Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TC.docx	04/09/2020 16:13:34	Claudia Santos Martiniano Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ACG.docx	04/09/2020 16:12:06	Claudia Santos Martiniano Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 21 de setembro de 2020

Assinado por:
Valeria Ribeiro Nogueira Barbosa
Coordenador(a)