

**TELESSAÚDE EM TEMPO DE PANDEMIA DE COVID-19: PERSPECTIVA
DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UMA REGIÃO DE
FRONTEIRA**

**TELEHEALTH IN TIME OF COVID-19 PANDEMIC: PERSPECTIVE OF
USERS AND HEALTH PROFESSIONALS IN A BORDER REGION**

Aline Renata Hirano¹

Daiane Nunes de Melo²

Eduarda Alves³

Janaina Palma de Lima⁴

Maria Aparecida Baggio⁵

Resumo: Medidas de mitigação do contágio pelo coronavírus ocasionaram redução de atendimentos presenciais na Atenção Primária à Saúde. A telessaúde possibilita a manutenção da continuidade do cuidado nesse contexto. Diante disso, objetivou-se conhecer a perspectiva de usuários e profissionais de saúde acerca da telessaúde em uma região de fronteira, durante a pandemia de 2019. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-exploratório, realizado com usuários e profissionais de saúde da Atenção Primária de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, nos meses de agosto a dezembro de 2020. A coleta de dados ocorreu por ligação de voz com o registro por audiogravação cuja análise ocorreu por meio da Análise de Conteúdo. Os resultados contemplaram as categorias: Telessaúde: implantação e organização; Telessaúde: pontos positivos; Telessaúde: dificuldades e ações para a sua manutenção; Telessaúde na região de fronteira. Apesar das dificuldades vivenciadas, a telessaúde mostrou-se complementar ao atendimento presencial e tende a ser mantida no contexto do estudo após a pandemia.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Covid-19; Telessaúde; Telemonitoramento; Equipe de saúde.

Abstract: Measures to mitigate the contagion of the coronavirus led to a reduction in face-to-face consultations in Primary Health Care. Telehealth makes it possible to maintain continuity of care in this context. In view of this, the objective was to know the perspective of users and health professionals about telehealth in a border region, during the 2019 pandemic. This is a qualitative, descriptive-exploratory study, carried out with users and health professionals from the Primary Care in Foz do Iguaçu, Paraná, Brazil, from August to December 2020. Data collection took place by voice connection with the audio recording whose analysis took place through Content Analysis. The results covered the following categories: Telehealth: implementation and organization; Telehealth: positive points; Telehealth: difficulties and

¹ Mestra em Saúde Pública em Região de Fronteira pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu (PMFI), Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. E-mail: alinerenatahirano@gmail.com

² Especialização em Atenção à Saúde das Pessoas com Sobrepeso e Obesidade pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu (PMFI), Foz do Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: daia_nm@hotmail.com

³ Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Centro de Nutrição Infantil (CENNI), Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. E-mail: eduardaalvesnutri@hotmail.com

⁴ Especialização em Preceptoría no SUS pelo Hospital Sirio Libanês (HSL). Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu (PMFI), Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. E-mail: janaina.pl@gmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: mariabaggio@yahoo.com.br

actions for its maintenance; Telehealth in the border region. Despite the difficulties experienced, telehealth proved to be complementary to face-to-face care and tends to be maintained in the context of the study after the pandemic.

Keywords: Primary health care; Covid-19; Telehealth; Telemonitoring; Health team.

1 Introdução

As autoridades de saúde da China confirmaram em janeiro de 2020 a existência de um novo tipo de Coronavírus causador da Covid-19. No final do mesmo mês, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que o surto deste vírus se constituía uma emergência de saúde pública de importância internacional e em março a Covid-19 foi caracterizada por esse órgão como uma pandemia (OPAS/OMS, 2020).

Após quase dois meses do primeiro caso notificado na China, a doença foi reportada pela primeira vez no Brasil e alcançou, após dois anos de pandemia, mais de 32 milhões de casos e mais de 670 mil mortes no país. No Paraná, considerando o mesmo período, esses números superaram dois milhões e meio de casos e mais de 43 mil mortes. Em Foz do Iguaçu, esses números ultrapassaram 258 mil casos e 1.284 óbitos (PARANÁ, 2022).

Diante dessa realidade, em que o distanciamento social foi preconizado, a tecnologia se apresentou como uma aliada da população mundial. Ela favoreceu a permanência da interação entre as pessoas - ainda que de forma remota, a aquisição de bens e consumo, assim como garantiu renda às pessoas que trabalhavam de forma digital. Além disso, ela possibilitou acesso ao sistema de saúde para orientações qualificadas e acompanhamento de saúde por meio de telessaúde, tanto para os atendimentos voltados aos casos suspeitos e confirmados da Covid-19 quanto para outras necessidades de atenção à saúde, aumentando a capacidade de atendimento dos serviços e consequente redução de sobrecarga da Atenção Primária à Saúde (APS) (SARTI *et al.*, 2020).

Telessaúde se refere à prestação de serviços de atenção à saúde por meio do uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC), de forma a superar a barreira da distância e aproximar os serviços de saúde; promover acesso e melhorar a qualidade da assistência com apoio à tomada de decisão pelos profissionais; compartilhamento e coordenação de recursos geograficamente distribuídos, otimizando seu uso e garantindo a oferta qualificada de diferentes especialidades em saúde (SILVA, 2017).

Medidas de mitigação do contágio pela Covid-19 ocasionaram redução de consultas e suspensão de procedimentos presenciais eletivos. Contudo, o teleatendimento

e ou telemonitoramento permitiram a manutenção de atendimentos aos usuários da APS, que demandavam cuidado continuado, evitando complicações de saúde (SANTOS; FRANÇA; SANTOS, 2020). Assim, profissionais de saúde puderam manter o exercício de suas funções e os usuários, o acesso aos serviços, sem exposição ao SARS-Cov-2. Usuários em isolamento por Covid-19 ou por contato com pessoa portadora da doença também puderam ser acompanhados sem colocar outras pessoas em risco de contágio (SARTI *et al.*, 2020).

Estudos realizados nos Estados Unidos e Itália confirmaram a eficácia dos atendimentos remotos durante a pandemia, uma vez que possibilitaram a redução do fluxo de pessoas nos serviços de saúde, minimizando o risco de infecção cruzada entre os usuários e os profissionais da saúde, sem, contudo, deixar de prestar a assistência necessária à população (OMBONI, 2020; KAHLON, 2021).

No Brasil, o município de Foz do Iguaçu, localizado ao sul do país, no oeste do Estado do Paraná, em região de fronteira compartilhada com o Paraguai e Argentina, realizou atendimentos remotos, na forma de teleatendimento - telessaúde - por profissionais de saúde da APS, na vigência da pandemia. O município em questão possui especificidades diferenciadas atreladas à região fronteira em vários seguimentos. Na saúde, por exemplo, comporta uma demanda aumentada de atendimentos em saúde, em detrimento dos municípios de fronteira dos outros dois países (AIKES; RIZZOTTO, 2018).

Contudo, no período pandêmico, o fechamento das fronteiras e o isolamento social influenciaram a saúde e a economia. Na saúde, em particular, alterações mentais e físicas foram evidenciadas. Embora as adversidades, uma parcela da população mostrou confiar no potencial de resolutividade dos serviços frente à Covid-19 (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2021).

O telessaúde, por meio de suas ferramentas, apresenta benefícios para o sistema de saúde, e aponta para a importância de que estas sejam adotadas de forma abrangente no Sistema Único de Saúde (SUS) e, em especial, de forma integrada à APS. Tal medida, se devidamente implementada nesse nível de atenção, pode levar a resultados positivos em termos de acesso, resolubilidade, integralidade e abrangência de cuidados, comodidade para as pessoas e qualificação do monitoramento de portadores de doenças crônicas já acompanhados nas unidades de saúde (SARTI *et al.*, 2020).

Diante do exposto, buscou-se responder por meio dessa pesquisa qual foi a perspectiva dos usuários e dos profissionais de saúde acerca do telessaúde, em uma região

de fronteira, durante a pandemia da Covid-19. Assim, o objetivo desse estudo foi conhecer a perspectiva de usuários e profissionais de saúde acerca do telessaúde em uma região de fronteira, durante a pandemia da Covid-19.

2 Materiais e métodos

Estudo de abordagem qualitativa, de cunho descritivo e exploratório, realizado com oito usuários e doze profissionais de saúde da APS, do município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, entre os meses de agosto e dezembro de 2020.

Para a coleta de dados, a seleção dos participantes foi por conveniência. Foram incluídos no estudo usuários adultos e profissionais de saúde da APS, dos cinco distritos sanitários do município, que receberam ou realizaram atendimento por meio de telessaúde, para condições de saúde diversas à Covid-19. Foram excluídos profissionais afastados do trabalho no período da coleta de dados, por licenças médicas ou férias.

Participaram do estudo duas nutricionistas, sete psicólogas, uma fisioterapeuta e dois fonoaudiólogos. Médicos e enfermeiros não participaram em razão de que, na época da coleta de dados, o atendimento por esses profissionais estava direcionado a casos suspeitos e confirmados de Covid-19, por telessaúde e de forma presencial, a gestantes e puérperas, renovação de receitas de uso contínuo, principalmente a portadores de doenças crônicas, testagem de casos suspeitos e imunizações. Os outros profissionais realizavam teleatendimento aos usuários que eram atendidos de forma regular, aos que estavam em lista de espera e aos novos que foram encaminhados por profissionais da rede de atenção à saúde.

O contato dos usuários de saúde foi obtido por meio dos profissionais que realizavam telessaúde. Estes eram contatados por telefone, para confirmar se receberam teleatendimento. Mediante confirmação, era efetuado o convite para participar do estudo. Dos onze usuários contatados, dois se recusaram a participar, alegando que não se sentiam confortáveis em serem entrevistados e uma entrevista foi excluída por não responder ao objetivo proposto. Todos os profissionais que realizavam telessaúde e foram convidados aceitaram contribuir com a pesquisa.

As entrevistadoras eram profissionais atuantes na APS, sendo uma delas mestre em saúde pública em região de fronteira. As entrevistas foram realizadas de forma individual, por ligação de voz, com garantia da privacidade e duração média de vinte minutos, orientadas por um roteiro semiestruturado submetido a teste piloto e iniciado

pela questão norteadora: Fale sobre sua experiência na realização/no recebimento de atendimento por telefone na APS?

O registro dos dados ocorreu por áudiogravação, os quais foram, posteriormente, transcritos, com fidelidade, garantindo a integridade das falas. Os participantes foram informados de que as transcrições das entrevistas seriam enviadas para conferência, contudo, todos referiram não ter interesse em seu recebimento. O fenômeno da saturação permitiu encerrar a coleta de dados (MINAYO, 2017).

A análise temática de conteúdo (MINAYO, 2014), composta por três etapas, orientou a análise dos dados. Na primeira, de pré-análise, foi realizada leitura flutuante das entrevistas, de constituição do *corpus* e de alinhamento do conteúdo de análise com o objetivo proposto. Foram determinadas as unidades de registro (palavra-chave ou frase) e de contexto, e realizados recortes teóricos para orientar a análise. Na segunda, de exploração do material, o conteúdo analítico foi organizado e reduzido, considerando as palavras ou expressões significativas. Na sequência, o conteúdo foi classificado e agregado, o que possibilitou a identificação das categorias teóricas, de acordo os temas. Na terceira e última etapa, de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, foram realizadas inferências e interpretações das categorias à luz literatura científica.

O estudo seguiu os preceitos éticos da Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, e tem parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob número 4.374.160 e CAAE 39469220.0.0000.0107. Para garantia do anonimato dos participantes, os usuários foram identificados com a letra “U” e os profissionais por letra que representa sua profissão (“N” para nutricionista, “P” para psicóloga, “Fi” para fisioterapeuta, “F” para fonoaudiólogo), cujas letras foram acompanhadas de número cardinal que representa a ordem da entrevista.

3 Resultados

Os resultados serão apresentados em quatro categorias temáticas, descritas a seguir.

3.1 Telessaúde: implantação e organização

A implantação do telessaúde teve o intuito de manter o acolhimento, as orientações em saúde e a continuidade de cuidados à população de forma remota, com

garantia de proteção contra a Covid-19. Desse modo, foi possível assegurar o isolamento social e, conseqüentemente, menor circulação do vírus.

[...] a forma que nós tivemos de atender os pacientes foi por teleatendimento para que [...] tivessem alguma orientação enquanto os atendimentos presenciais não retornassem [N2].

[...] não precisar me deslocar [...] até o posto [...] isso evitaria eu estar tendo contato, expondo ao vírus [U3].

[...] foi a estratégia que a gestão achou para proteger os profissionais e [...] usuário também de se expor a ir à unidade de saúde, procurar um atendimento [P1].

[...] o teleatendimento serviu, eu me senti satisfeita por não disseminar o vírus [U8].

[...] em meio a uma crise eu pude solicitar por telefone, [...] ela [psicóloga] permitiu que eu desabafasse bastante coisa ali, [...] me acolheu muito bem [...] [U7].

Para acolher as demandas da população relacionadas às questões de saúde mental significativas durante a pandemia, foi organizada inicialmente uma central telefônica. Usuários podiam ser atendidos por psicólogos para serem acolhidos e orientados de acordo com as queixas existentes. Profissionais de saúde também podiam receber teleatendimento em saúde mental. Além disso, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas referiram realizar atendimentos a partir de lista de espera existente anterior à pandemia.

O número era fornecido, passava por uma central, essa central encaminhava para as linhas, a gente atendia [P1].

[...] foi disponibilizado um serviço de plantão aos usuários da saúde e para que eles pudessem entrar em contato [...] para estar recebendo apoio [...] frente à situação pandêmica [P8].

[...] caso algum servidor da saúde também quisesse fazer por telefone, havia essa possibilidade [P11].

[...] a gente tinha uma lista de espera extensa, então eu aproveitei o telefone para fazer o acolhimento, em toda a lista [...] [P10].

[...] já conhecia esses pacientes tanto de visita domiciliar quanto de grupos terapêuticos [...] a gente ligava [...] queria saber [...] como é que estava a situação atual deles [F4].

De acordo com os profissionais, não foi ofertada formação para realizar teleatendimentos ou telemonitoramentos. Alguns relataram ter alguma experiência ou facilidade para sua realização ou ter procurado qualificação por iniciativa própria, além de informes recebidos por respectivos conselhos de classe ou da prefeitura do município.

[...] foram disponibilizados alguns cursos, que foram lá da Fiocruz [...] que falava sobre atendimento online [...] não foi uma formação que foi dada pela UBS [P3].

A gente recebeu alguns informativos [...] do conselho de classe [...], da prefeitura [...], mas a parte mais operacional [...] a gente contou com a experiência que a gente tinha [...] [F7].

Eu não senti a necessidade de ter um treinamento para isso. O que eu fiz foi só mudar de estar presencial para estar online [...], como a gente trabalha com a escuta, necessariamente você não precisa estar com a pessoa na sua frente, o que você tem que fazer é escutar [P11].

Os usuários apresentaram demandas semelhantes às do período anterior à pandemia. Contudo, houve maior dificuldade de aprendizagem de crianças e adolescentes em aulas remotas, aumento da violência doméstica e comprometimento da saúde mental, com destaque para a ansiedade, medo em relação à doença, uso ou abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Para casos urgentes, eram realizados atendimentos presenciais, respeitando as recomendações sanitárias, principalmente para os que envolviam saúde mental. Os encaminhamentos, quando necessários e possíveis, eram realizados por profissionais da rede de atenção.

Gestantes, obesidade, paciente diabético, hipertenso [...], as mesmas demandas de quando era o presencial [N12].

[...] dificuldades de aprendizagem e as crianças acabaram ficando atrasadas, não conseguiam desenvolver as atividades da escola em casa [F7].

[...] muitas pessoas extremamente ansiosas em função da questão da pandemia [...]. Angústia [...] por esse desconhecido [...], tentativa de suicídio [...], violência doméstica [...], aumento das drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas [...], inclusive das medicações [...]. No presencial eram tomados todos os cuidados. Nós tínhamos salas bem amplas [...], com bom distanciamento entre mim e o usuário, eram salas arejadas, o ambiente era sempre higienizado [...] [P11].

Eu tenho síndrome do pânico [...] com o início da pandemia eu fiquei ainda pior [U8].

[...] muitas vizinhas ligavam [...] “Ah, eu não posso mesmo visitar meu neto?”; “Eu estou ficando ansiosa porque não estou indo lá [...]” [P6].

[...] encaminhava para procurar as psicólogas que ainda estavam em atendimento presencial quando eram casos urgentes [...]. A gente encaminhava alguns casos para o CAPS [...] [P3].

Além dos teleatendimentos, outras formas de acesso dos usuários aos atendimentos foram *e-mail*, ligação de vídeo e voz e mensagem de voz por meio de aplicativo. Para atendimentos por voz ou por vídeo, o tempo de duração era de acordo com a demanda do usuário. As orientações em saúde eram enviadas por aplicativo de

mensagens (de forma escrita ou na forma de vídeo), por *e-mail*, ou eram disponibilizadas de forma impressa para os usuários retirarem na unidade de saúde.

[...] eram mais os registros via vídeos, mensagens de voz para auxiliar [...] ligação telefônica [F9].

[...] a gente fez uma chamada de vídeo e ela acompanhou eu dando o alimento para ele [filho], me orientando [U5].

[...] não tinha uma regra, de que você precisa ficar meia hora, ou menos ou mais, a demanda é do paciente. A gente estava lá para escutar [P1].

[...] encaminhávamos do nosso e-mail pessoal mesmo as orientações, algum material que a gente tivesse combinado que [...] enviaria [...]. Se o paciente não tivesse e-mail, a gente deixava impresso na unidade [N2].

A nutricionista [...] passou a relação de alimentos [...], de como fazer [...], por e-mail [U5].

3.2 Telessaúde: pontos positivos

A avaliação quanto à modalidade de atenção à saúde foi positiva, de acordo com a maioria dos entrevistados, principalmente o atendimento por telefone. Essa forma de atendimento em saúde possibilitou a escuta e a valorização das queixas dos usuários. Usuários e profissionais de saúde sinalizaram que deve ser mantida essa forma de atendimento em saúde.

[...] achei até melhor do que ir lá presencial [U4].

[...]foi uma ideia sensacional, uma solução rápida e sucinta e que não deveria retroceder, não deveria acabar [U8].

E foi ótimo [...]. Em momento de pandemia, eu carrego essa experiência para adiante [P10].

[...] O paciente se sentiu muito valorizado, apesar da distância, apesar da gente não conseguir a eficiência no toque [...] ou da terapêutica do paciente em grupo [Fi4].

[...] só esse acolhimento mesmo de dizer que “olha ele tá aqui, [...], ele não tá esquecido, a gente vai voltar”, eles já agradeciam bastante [...] e já se sentiam bem acolhidos [...] [F7].

[...] o atendimento via telefone ele foi muito bem-visto pelos pacientes, eles se sentiram acolhidos, [...] muitas pessoas estavam sofrendo em casa e não sabiam como lidar com isso [P5].

[...] quando eu ligava, eu me identificava, explicava o motivo de estar fazendo esse teleatendimento [...]a maioria sempre agradecia muito [...]. Eles perguntavam, tiravam as dúvidas [...] participavam bastante [...] [N12].

O acesso à atenção à saúde na APS - diante de limitações físicas e financeiras, a otimização do tempo dos profissionais e dos usuários bem como a praticidade ganhou destaques como pontos positivos relacionados ao teleatendimento.

[...] o tempo que eu tenho que sair do trabalho para chegar em casa e levar meu filho no médico, [...] leva tempo [...]. E sempre você não vai ter dinheiro para estar se deslocando só de UBER [U1].

Eu entendo que isso pode ajudar muitas pessoas que não tem condições de vir à UBS, [...], mas tem condição de falar e escutar, pode ser feito um acolhimento para ela naquele momento [P11].

[...] às vezes esse paciente está tão debilitado [...], vem andando, não é tão longe assim, mas só o fato de ele sair andando para ele é muito dificultoso [Fi4]

[...] você pode estar em qualquer local, [...]. É uma coisa mais acessível [...] a maioria das pessoas já tem telefone móvel [...] [U3].

[...] o fato de estar ofertando um atendimento por telefone deu a oportunidade das pessoas terem esse atendimento [P11].

[...] poder prestar o atendimento para o paciente de uma maneira mais rápida [...] [N2].

[...] com o teleatendimento eu consegui atender um número maior de pessoa do que eu conseguia no presencial. [...] fazia o dobro [...] [N12].

Conforme os profissionais, o teleatendimento tornou possível a redução das extensas listas de espera, *a priori* por psicólogas da rede. Os atendimentos por telefone favoreceram a escuta das queixas dos usuários, a realização de orientações e encaminhamentos necessários para outros serviços da rede de atenção à saúde, além da exclusão daqueles em que o contato não foi efetivo ou que não precisavam mais do atendimento. Isso possibilitou uma melhor organização e agilidade nos atendimentos.

[...] o que mais visivelmente foi ponto positivo, foi realmente essa redução da fila de espera [...] a gente já direcionava para o atendimento certo [...] [F7].

[...] a gente tinha uma lista de espera extensa, então eu aproveitei o telefone para fazer o acolhimento, em toda a lista [...]. Desde novembro até final de março, temos 200 crianças em espera. E hoje em um mês, nós zeramos [P10].

[...] eu consegui quebrar pela metade a minha lista de espera, ela estava ali em 450 mais ou menos, caiu para uns 200 e alguma coisa, porque também tiveram muitos desses pacientes que mudaram o contato, que não atualizaram [...] muitos que já não precisavam mais também [...] [P8].

O teleatendimento apresentou-se como um suporte emocional em um momento em que a comunicação física ficou limitada. Possibilitar a conexão entre as pessoas, ainda que de forma remota, fortaleceu a confiança e a segurança no profissional, promovendo um conforto em um período de tantas incertezas.

[...] ele [paciente] se sentia mais seguro quando ele tinha uma referência de contato. Então, eu vejo que essa parte emocional tinha bastante conforto para eles [F9].

[...] a necessidade dessas pessoas que eu atendi era de escuta [...] através dos atendimentos por telefone, eu pude oferecer essa escuta. E também para aqueles meus pacientes que estavam sem o suporte presencial, eu penso que também foi resolutivo no sentido de que eu pude ajudá-los naquele momento, em momento de crise inclusive [P11].

[...] em épocas pandêmicas como as que estamos vivendo agora, não tem como você fazer de outra maneira. E é melhor você estar conectado com alguém via internet, telefone ou etc., do que você não estar conectado com ninguém [U8].

Além disso, dependendo do contexto e do público a ser atendido, alguns profissionais e usuários relataram que ele pode favorecer o cuidado pela liberdade em relatar as queixas por telefone sem ter a exposição presencial e, ainda, pela afinidade com as mídias utilizadas.

[...] o celular é o prolongamento da mão deles [adolescentes] [...] eu percebia que era o divã, não olhavam na minha cara, não viam o meu olho, sem crítica né, lá falavam [P10].

Você está ali justamente por causa dos seus medos, dos seus traumas, então é muito mais difícil você olhar na cara da pessoa que você nunca viu na sua vida e despejar toda a sua bagagem emocional [...] esse atendimento em especial deu mais resultado do que os outros [...], porque eu não precisava encarar ela [U8].

3.3 Telessaúde: dificuldades e ações para a sua manutenção

Para a realização de telessaúde foram apontadas dificuldades inerentes à APS como deficiência no sinal de *internet*, insuficiência de aparelhos celulares e de computadores e falta de estrutura física adequada nos serviços para assegurar privacidade nos atendimentos, principalmente, por psicólogos. O insuficiente conhecimento da população acerca do acesso a atenção à saúde - telessaúde - também foi uma fragilidade.

[...] a internet que [...] dá umas osciladas nas UBS [...], cai o vídeo, o áudio trava [...] a gente não tinha computadores [P3].

[...] eu conseguiria fazer mais teleatendimentos se tivesse mais acesso aos celulares [...]. O que faltou mais talvez a gente divulgar o trabalho [...], muitas pessoas não ficaram sabendo do serviço [...] [P6].

[...] no atendimento psicológico [...] a pessoa tem que estar em um lugar para ficar sozinha [...], às vezes [...] queriam falar alguma coisa, mas não podia porque tinha mais gente perto dela [P5].

[...] eu usei só em emergência mesmo [...] minha família inteira é meio complicada, então tudo que eu falo eles podem usar contra mim depois [...] eu prefiro no consultório porque daí ninguém escuta, nem nada [U1].

A falta de interação por meio do contato visual, de afinidade com a tecnologia, de acesso à *internet* pelo usuário, impossibilidade de avaliação física, dificuldade de melhor compreensão das orientações pelos usuários, características do público atendido representaram empecilhos para a telessaúde.

[...] eu não gosto muito de falar no telefone, mas o problema é comigo não com o profissional [U1].

[...] às vezes a pessoa não tem na sua casa acesso à internet, computador [P3].

[...] pessoas que falavam que não se sentia bem falando por telefone [...] não gostavam [...] [P5].

[...] olhar [...] tocar [...], é muito mais humanizado quando é presencial [...]. Alguns pacientes têm mais dificuldade para falar por telefone, não sei se isso entra o nível de escolaridade, a idade também [...]. A avaliação física, o teleatendimento acaba limitando isso [...] [N12].

[...] resistência de alguns profissionais em realizar o telemonitoramento [F9].

[...] pacientes idosos[...] a gente percebeu uma certa dificuldade [...] de alguns em relação ao uso de algumas ferramentas virtuais, o WhatsApp, ou mesmo o próprio manuseio do celular [Fi4].

[...] crianças muito pequenas [...] não dá [...], mas os adolescentes [...] foi bem positivo [P6].

Os participantes acreditam que o telessaúde deveria ser mantido. Para isso, estratégias de melhoria foram apontadas, como uma formação dos profissionais para sua realização, o acesso a aparelhos celulares, *internet* e ambientes adequados, utilização de chamada de vídeo e uma agenda própria para tal atendimento, além do suporte administrativo no planejamento e organização dessa ação.

[...] o atendimento telefônico poderia ser o novo normal daqui para frente [...] [U7].

[...] nessas partes que não tem necessidade de ter uma avaliação física [...] seria muito válido [...] mais prático [U4]

[...] tem que ter essa opção: Você quer ser atendido pessoalmente ou pelo telefone? [U8].

[...] seria interessante que também fosse incluída a chamada de vídeo. [...] Se fosse colocado na logística do dia a dia da atenção teria que ser feito uma agenda também para o teleatendimento [P1].

[...] um treinamento [...] para gente poder atender de uma forma melhor o paciente [...] as imagens, [...] já ajudaria [...] planejar muito bem, quais tecnologias utilizar, se as pessoas que moram no distrito [...] tem acesso a isso [...] complementar muito bem o atendimento presencial. [...] [N2].

[...] como uma ferramenta de triagem é muito boa e até de orientação mesmo, acompanhamento, [...] ia agilizar o trabalho e ia direcionar bastante [...] tem queixas, e problemas, dificuldades que a gente consegue monitorar a distância [...] [F7].

[...] aumentar os recursos de acesso, de eletrônicos, de suporte, internet e tudo mais, e que tivesse um suporte administrativo [...] [F9].

Além do atendimento remoto individual realizado, os entrevistados sugerem ações de promoção da saúde como grupos *on-line* e canais de livre acesso aos usuários a informações de saúde sobre diversos assuntos de interesse.

[...] dava para fazer palestra para as gestantes [U2].

[...] fazer um grupo por vídeo [...], grupo no WhatsApp para poder enviar as orientações [...] pode ser uma importante estratégia de educação em saúde, favorecendo a promoção da saúde e prevenção de agravos a públicos de difícil alcance pela APS. [...] esse seria um caminho extremamente viável para atingir essas pessoas que vêem certos assuntos como tabu, sabe, que tem medo ou vergonha de vir à UBS [...] tirar a sua dúvida, mas que on-line ou por telefone, conseguiria tranquilamente [U8].

3.4 Telessaúde na região de fronteira

Atendimento de não residentes ou imigrantes favorece o aumento da demanda dos serviços de saúde do município de fronteira. Contudo, a telessaúde facilitou o acesso à atenção à saúde do público desse contexto, como estrangeiros, brasileiros residentes no Paraguai, turistas, estudantes do país vizinho, entre outros que ficaram impossibilitados de atravessar a fronteira por alguns meses.

[...] os pacientes de fora falsificam documento de comprovante de residência e acabam se tratando aqui [...]. Por ser fronteira, turística [...], tem turistas na cidade [...] temos as faculdades no Paraguai, que muita gente veio para cá para estudar lá e que agora está só parado aqui [...] [U8].

[...] uma facilidade não ter que sair do seu país numa época de pandemia para fazer o atendimento. Conseguir resolver o que precisava, muitas vezes, pelo telefone [...] [P3].

[...] teve bastante ligação que o parceiro, por exemplo, ficou no Paraguai e a mulher ficava aqui [...] ela estava sozinha, preocupada [...] teve bastante procura de estudantes de medicina do Paraguai [...], inclusive àqueles que começaram o curso de medicina esse ano e teve que parar porque não tinha mais a “ponte” [ponte que liga as fronteiras foi fechada]. Então começaram, assim, a se perceber sem perspectiva. Vieram, largaram as suas cidades e vieram aqui estudar. Aí chegou aqui e logo começou a pandemia. Então, começou a faltar dinheiro [...] [P6].

[...] eu atendi pais paraguaios, atendi muito árabe [...] argentino também [...] que residiam aqui no município, mas que eram de outra nacionalidade [...] [F7].

[...] o teleatendimento atendendo essa população [...] vem como um ponto positivo, até para estar facilitando o acesso, não estar deixando de atender [...] [N12].

A telessaúde permitiu acesso à saúde, sem distinção de território. O telefone foi o principal meio de comunicação para atendimento das demandas de populações imigrantes e flutuantes.

4 Discussão

Outras doenças continuaram a existir concomitante à Covid-19 e, diante da necessidade de evitar a transmissão desta doença altamente transmissível, a telessaúde, no âmbito da APS, permitiu a assistência aos usuários com comorbidades crônicas ou outras necessidades de saúde; garantiu que o direito à saúde fosse assegurado e que os atributos da APS fossem considerados para a prevenção de agravos e para a promoção à saúde (CAETANO *et al.*, 2020).

A telessaúde permitiu a continuação do cuidado, em um momento em que o serviço público de saúde estava sobrecarregado, com escassez de insumos, de medicações e de mão de obra de profissionais da saúde. Diante disso, uso do teleatendimento e telemonitoramento apresenta-se como importante ferramenta de acolhimento, tratamento, acompanhamento e promoção de saúde (OMBONI *et al.*, 2020; POLICARPO; MACHADO; CORTEZ-PINTO, 2021).

Embora alguns profissionais tenham referido facilidade com uso da tecnologia e não sentirem necessidade de formação para realização de telessaúde, são recomendadas ações de educação acerca dos aspectos de caráter ético e legais envolvidos nesse processo para o manejo seguro com os usuários. Soma-se a isso a importância de as tecnologias leves serem consideradas, como a empatia e o acolhimento – necessários no cuidado aos usuários, em especial, em momentos de tantas incertezas, medo, estresse e solidão (CAETANO *et al.*, 2020, KAHNOLN *et al.*, 2021, KAPLAN, 2020).

Para comunicação remota entre profissionais de saúde e usuários se confirma o uso das diversas possibilidades de interação, seja *e-mail*, ligações de voz ou vídeo e/ou textos de mensagem, para fortalecer a manutenção dos objetivos traçados na rotina de cuidado. A ligação por vídeo, pela sua maior disponibilidade de informações, sejam visuais ou auditivas, tende a ser mais recomendada. Contudo, conforme relatos dos profissionais deste estudo, a ligação de voz foi a mais utilizada. Quanto ao tempo de atendimento, independente da via utilizada, foi considerado o perfil do público atendido, assim como suas demandas (ARAÚJO; ARRUDA, 2020; COLBERT; VENEGAS-VERA, LERMA, 2020; OMBONI *et al.*, 2020).

Convém salientar que, embora uma teleconsulta deva ser planejada, sempre que necessário e possível, pelo olhar multidisciplinar e intersetorial, os profissionais do estudo a realizaram empiricamente. No entanto, foi praticada, na maioria das vezes, a partir da queixa do usuário e da interpretação acolhedora dos profissionais. A escuta ampliada e o cuidado integral foram considerados pelos profissionais, pautados na singularidade de cada usuário, suas habilidades e afinidades com a tecnologia e sua posição frente ao atendimento remoto, garantindo sua autonomia (OMBONI *et al.*, 2020).

A avaliação positiva e a adesão à telessaúde, confirmados pelos dados, possuem relação com a possibilidade da manutenção do acesso à atenção à saúde em um período em que, além da importância e necessidade do isolamento social, existiam situações que dificultavam o deslocamento aos serviços de saúde. Cita-se a redução na disponibilidade de transporte público, vinculada à distância considerável de deslocamento, quando da ausência de transporte próprio e das dificuldades físicas e financeiras de locomoção, dentre outros (COLBERT; VENEGAS-VERA; LERMA, 2020; OMBONI *et al.*, 2020).

Por meio da prática de telessaúde, é possível beneficiar o gerenciamento dos serviços de saúde. Tais benefícios apontam para a otimização do acesso à resolução das demandas dos usuários, redução do tempo de espera para o atendimento e de custos, qualidade no cuidado dispensado e satisfação de usuários e de profissionais de saúde (ARAÚJO; ARRUDA, 2020). Isso justifica a indicação de manutenção dessa modalidade de atenção à saúde.

Os benefícios das ferramentas de telessaúde para o sistema sinalizam a importância de que estas sejam adotadas de forma mais abrangente no Sistema Único de Saúde (SUS) e, em especial, de forma integrada à APS. Tal medida, se devidamente implementada nesse nível de atenção, pode levar a resultados positivos em termos de acesso, resolubilidade, integralidade e abrangência de cuidados, comodidade para as pessoas e qualificação do monitoramento de portadores de doenças crônicas já acompanhados nas unidades de saúde (SARTI *et al.*, 2020).

No que concerne à saúde mental, a telessaúde demonstrou ser importante ação no combate à ansiedade e depressão, atreladas à solidão, durante a pandemia. Uma instituição de apoio a pessoas em condição de vulnerabilidade na cidade do Texas, Estados Unidos, realizou ligações diárias aos usuários assistidos durante um mês, uma vez que as visitas presenciais estavam interrompidas. O programa visou reduzir a solidão de pessoas que residiam sozinhas. Os resultados foram positivos na redução dos sintomas de ansiedade e depressão quando comparado ao grupo controle (KAHLON *et al.*, 2021).

Estudo aponta que ansiedade e dores no corpo foram relacionados ao isolamento social durante a pandemia, revelando um paradoxo presente nessa situação em que medidas de prevenção da Covid-19 resultam no adoecimento da população por outros agravos à saúde, sobretudo, os relacionados à saúde mental. Diante disso, o teleatendimento surge como uma ferramenta essencial para orientações de tratamento de diversas condições de saúde, além da redução da ansiedade e do estresse por meio da escuta atenta, ainda que de forma remota (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2021).

Qualidade e disponibilidade de sinal de *internet*, recursos tecnológicos adequados, bem como estrutura física que favoreça a privacidade dos usuários são barreiras ao atendimento remoto. Para que este seja equivalente ou complementar ao presencial é essencial o apoio institucional por meio de investimentos na infraestrutura, na formação dos profissionais envolvidos e, ainda, na organização do fluxo de trabalho que possibilite uma rotina em que tanto profissionais quanto usuários sejam contemplados em seus papéis no processo de cuidado (COLBERT; VENEGAS-VERA, LERMA, 2020; OMBONI *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2020).

É importante que a qualificação para o uso da telessaúde considere a habilidade dos profissionais com a tecnologia da informação, a motivação para seu uso e o conhecimento quanto à utilidade clínica desta estratégia. Estes fatores representam uma das maiores barreiras culturais e sociais para sua utilização, na perspectiva de usuários e profissionais de saúde (OMBONI *et al.*, 2020).

A permanência do teleatendimento é esperada após o período emergencial da pandemia, vinculada ao atendimento presencial, uma vez que este atendimento já está incorporado à rotina de cuidado e promoção da saúde. A vivência exitosa durante a pandemia e a forma que a atenção à saúde foi organizada nesse período favoreceu para que não se visualize o modelo de atenção em saúde independente do atendimento remoto (CURFMAN *et al.*, 2021).

O acesso a informações de saúde, seja de forma coletiva ou individual, pode favorecer de forma ampla o cuidado ofertado na APS. Contudo, é importante conhecer como se dá o acesso da população à possibilidade de assistência remota. O desconhecimento e habilidade no uso da tecnologia, a ausência do sinal de *internet* e do aparelho de celular podem inviabilizar o uso dessa estratégia. Portanto, considerar os determinantes sociais da população a ser atendida é fundamental na organização do atendimento a ser ofertado e, conseqüente, qualidade na resolução das demandas existentes (RAMIREZ *et al.*, 2021).

Pesquisa realizada com moradores de Foz do Iguaçu, Paraná, revelou que o fechamento das fronteiras favoreceu o adoecimento físico e mental de sua população, consequência do isolamento social e redução de renda, vivenciada no período. Mesmo que apenas 35% deles tenham relatado dependência do Sistema Único de Saúde (SUS), os autores do estudo acreditam que esse número tende a aumentar frente aos prejuízos que a pandemia tem ocasionado às condições de vida das pessoas de forma geral. Fato que, possivelmente, também seja considerado pelos participantes dessa pesquisa, uma vez que 74,5% deles acreditam que o SUS poderia perder a capacidade de atender pessoas acometidas pelo vírus (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2021).

Acordos transfronteiriços de saúde possuem importante papel para a população residente nesse território. Durante a pandemia, pacientes americanos em estado crítico, residentes na fronteira com o Canadá, foram assistidos em hospitais desse país que, na época, possuíam maior capacidade de assistência. Esse atendimento foi possível a partir de um acordo realizado por esses dois países (GLASS *et al.*, 2022).

Para a população pendular existente em região de fronteira, dependente socioespacial desse território, ou seja, com residência em um país e trabalho noutro, com uma rotina diária entre países distintos, o fechamento das fronteiras se apresenta como uma barreira para sobrevivência. Recursos financeiros, vivência familiar, estudo e acesso à saúde podem ser comprometidos. Não obstante, a ausência de planejamento compartilhado entre os governos dos diferentes países, para o controle e combate à Covid-19, conduz ao impedimento da circulação de pessoas entre as fronteiras. Sobretudo, sabe-se que, independente dessa ação, as medidas protetivas individuais e coletivas, como o uso de máscara, a lavagem de mãos e o distanciamento social, juntamente com a vacinação estão como a principal forma de redução de casos da Covid-19 entre nações que são divididas por fronteira (NAGAMINE *et al.*, 2020; TALIC *et al.*, 2021).

5 Considerações finais

O estudo aponta, conforme a perspectiva de usuários e profissionais de saúde, que a estratégia de atenção à saúde por meio da telessaúde foi exitosa no contexto estudado, no período emergencial da pandemia por Covid-19.

Apesar das dificuldades relacionadas à estrutura física, acesso à *internet* e aparelhos eletrônicos necessários à comunicação remota, a estratégia permitiu acesso aos profissionais e serviços de saúde da APS e garantiu atendimento em saúde em momento

de isolamento social. Contudo, é sinalizada como complementar ao atendimento presencial, visto que não substitui avaliação física, procedimentos de saúde e outros que requerem o contato pessoa-pessoa.

Os dados indicam que a telessaúde seja mantida na APS. Para isso, se recomenda que sejam realizados investimentos em infraestrutura e formação de profissionais, maior organização dos fluxos de trabalho e ampla divulgação à população acerca da modalidade de atendimento remoto para condições específicas. Estas deverão ser definidas por profissionais e gestores, com base nas demandas da população, particularmente de região de fronteira, considerando suas singularidades.

O estudo se limitou a entrevistar usuários e profissionais de saúde de um único município, embora com particularidades inerentes à região de fronteira. Outra limitação foi a não participação de enfermeiros e médicos. Sugere-se novos estudos em outros municípios de fronteira e em municípios de outras regiões do Brasil para ampliar as perspectivas de usuários e profissionais da APS em diferentes contextos.

Referências

AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00182117, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00182117>. Acesso em: 11 jun. 2021.

ARAÚJO, A. D. I. R.; ARRUDA, L. S. N. S. Teleatendimento como ferramenta de monitoramento de casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v.6, n. 8, p. 57807-57815, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-259>. Acesso em: 10 jun. 2021.

CAETANO, R.; SILVA, A. B.; GUEDES, A. C. C. M.; PAIVA, C. C. N.; RIBEIRO, G. R.; SANTOS, D. L.; SILVA, R. M. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>. Acesso em: 10 jun. 2021.

COLBERT, G. B.; VENEGAS-VERA, A. V.; LERMA, E. V. Utility of telemedicine in the COVID-19 era. **Rev. Cardiovasc. Med**, Mercer Island, v. 21, n. 4, p. 583-587, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.31083/j.rcm.2020.04.188>. Acesso em: 26 mar. 2022.

CURFMAN, A.; MCSWAIN, D.; CHUO, J.; MCSWAIN, B. Y.; SHINASI, D. A.; MARCIN, J.; HERENDEEN, N.; CHUNG, S. L.; RHEUBAN, K.; OLSON, C. A. Pediatric Telehealth in the COVID-19 Pandemic Era and Beyond. **Pediatrics**, Springfield, v. 148, n. 3, p. 1-10, sep. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-047795>. Acesso em: 10 dez. 2020.

GLASS, L. T.; SCHLACHTA, C. M.; HAWEL, J. D.; ELNAHAS, A. I.; ALKHAMESI, N. A. Cross-border healthcare: A review and applicability to North America during COVID-19. **Health Policy OPEN**, Netherlands, v. 3, n. 100064, p. 1-8, dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2021.100064>. Acesso em: 10 jun. 2022.

KAHLON, M. K.; AKSAN, N.; AUBREY, R.; CLARK, N.; MORILLO, M. C.; JACOBS, E. A.; MUNDHENK, R.; SEBASTIAN, K. R.; TOMLINSON, S. Effect of layperson-delivered, empathy-focused program of telephone calls on loneliness, depression, and anxiety among adults during the Covid-19 pandemic: a randomized clinical trial. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 78, n. 6, p. 616-622, fev. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0113>. Acesso em: 11 jan. 2022.

KAPLAN, B. Revisiting health information technology ethical, legal, and social issues and evaluation: telehealth/telemedicine and Covid-19. **Int J Med Inform**, Shannon, v. 143, n. 104239, p. 1-17, nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104239>. Acesso em: 10 jun. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 01 mar. 2020.

OPAS/OMS. **Folha informativa - Covid-19**. Brasil, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875#historico. Acesso em: 20 jun. 2020.

OMBONI, S.; MCMANUS, R. J.; BOSWORTH, H. B.; CHAPPELL, L. C.; GREEN, B. B.; KARIO, K.; LOGAN, A. G.; MAGID, D. J.; BMCKINSTRY, B.; MARGOLIS, K. L.; PARATI, G. and WAKEFIELD, B. J. Evidence and Recommendations on the Use of Telemedicine for the Management of Arterial. **Hypertension**, United States, v. 76, n.5, p. 1368-1383, sep. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15873>. Acesso em: 10 jun. 2022.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Informe epidemiológico**. Curitiba: SESA, 2022. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-06/informe_epidemiologico_30_06_2022.pdf. Acesso em: 10 jul. 2022.

POLICARPO, S.; MACHADO, M.V.; CORTEZ-PINTO, H. Telemedicine as a tool for dietary intervention in NAFLD-HIV patients during the COVID-19 lockdown: A randomized controlled Trial. **Clinical Nutrition ESPEN**, Oxford, v. 43, p. 329-334, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2021.03.031>. Acesso em: 17 abr. 2022.

RAMIREZ, A. V.; OJEAGA, M.; ESPINOZA, V.; HENSLER, B.; HONRUBIA, V. Telemedicine in Minority and Socioeconomically Disadvantaged Communities Amidst COVID-19 Pandemic. **Otolaryngology-Head and Neck Surgery**, Alexandria, v. 164, n. 1, p. 91-92, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0194599820947667>. Acesso em: 16 abr. 2022.

SANTOS, A. B. S.; FRANÇA, M. V. S.; SANTOS, J. L. F. Atendimento remoto na APS no contexto da COVID-19: a experiência do Ambulatório da Comunidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. **APS em Revista**, Salvador, v.2, n. 2, p. 169-176, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.120>. Acesso em: 01 jul. 2021.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. L.; ALMEIDA, A. P. S. C. Qual o papel da atenção primária à saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? **Epidemiol. Serv.**

Saúde, Brasília, v. 29, n. 2, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>. Acesso em: 11 jun. 2021.

SILVA, E. A. A telessaúde e seus impactos na formação continuada dos profissionais de saúde em rede. **Em rede**, Porto Alegre, v.4, n.1, p. 116-129, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.53628/emrede.v4.1.151>. Acesso em: 04 ago. 2020.

SILVA-SOBRINHO, R. A.; ZILLY, A.; SILVA, R. M. M.; ARCOVERDE, M. A. M.; DESCHUTTER, E. J.; PALHA, P. F.; BERNARDI, A. S. Enfrentamento da COVID-19 em região de fronteira internacional: saúde e economia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, p.1-11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4659.3398>. Acesso em: 10 abr. 2022.

NAGAMINE, L.; FERREIRA, G.; KRÜGER, C.; MOURA, R. Disseminação da Covid-19 nas faixas de fronteira terrestre e litorânea do Brasil. **RTM**, Brasília, v. 23, p. 203-232, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.38116/rtm23art8>. Acesso em: 20 abr. 2021.

TALIC, S.; SHAH, S.; WILD, H.; GASEVIC, D.; MAHARAJ, A.; ADEMI, Z.; LI, X.; XU, W.; MESA-EGUIAGARAY, I.; ROSTRON, J.; THEODORATOU, E.; ZHANG, X.; MOTEE, A.; LIEW, D.; ILIC, D. Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis. **BMJ**, London, v. 375, p. 1-15, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068302>. Acesso em: 10 abr. 2022.

Recebido em: 04 de outubro de 2022.

Aceito em: 01 de março de 2023.