

Nota Técnica Substitutivo PL 1998/20 -Telessaúde
Posicionamento Público ITS Rio em coautoria com o IEPS
02/Maio/2022

Resumo: Esta Nota Técnica apresenta sugestões ao Substitutivo (SBT 1 CSSF) ao Projeto de Lei 1.998/2020 (PL 1.998/20), aprovado pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania em 20.04.2022 e publicizado no portal da Câmara dos Deputados em 27/04/2022. O referido Substitutivo propõe a alteração da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) para "autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional". Neste documento, faz-se apontamentos ao texto aprovado, Em particular, recomenda-se a adoção de mecanismos para que: **i) a terminologia “telessaúde” seja substituída por "teleassistência", mais adequada à finalidade do PL; ii) a expansão do modelo de teleassistência ocorra de maneira equânime e inclusiva; iii) a implementação do modelo de teleassistência tenha como princípio o cuidado centrado na pessoa; iv) os parâmetros de segurança digital em saúde sejam aprimorados visando a manutenção da ética e da bioética.**

I) Da terminologia adequada aos serviços de saúde ora disciplinados - De que tipo de assistência à saúde estamos falando?

O Substitutivo ao Projeto de Lei nº PL 1.998/20 traz mudanças significativas ao texto original. A principal delas é a ampliação do escopo da prestação de serviços de saúde na modalidade remota para as mais diversas áreas da saúde como um todo.

Nota-se, no entanto, a inexistência de um consenso entre especialistas quanto à terminologia a ser empregada para se referir às diferentes prestações de serviços de atendimento em saúde a distância¹. Logo, a precisão da nomenclatura empregada é nevrálgica para fins de delimitação e alcance do escopo legislativo e ulterior comunicação entre diplomas diferentes, de modo a favorecer o desenvolvimento, comparação e propagação do conhecimento técnico-científico [1].

Considerando o substitutivo em análise, **a terminologia "teleassistência" aparenta ser mais apropriada para fins do que se pretende regulamentar**, pois o termo "telessaúde" é difundido no âmbito do Programa Telessaúde Brasil Redes, do Ministério da Saúde, para se referir aos meios de integração do ensino e serviço na Atenção Básica, por meio de ferramentas e tecnologias da informação e da comunicação [2].

Neste programa, estão contempladas as modalidades de teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa, e tele-educação. Entretanto, tais conceitos não aparecem de maneira clara na proposta de substitutivo. Por outro lado, a expressão “remote consultation” (“consulta

¹ Em uma revisão sistemática realizada em 2007 encontrou 104 definições distintas somente para o termo de telessaúde [1].

remota" ou "teleassistência") indexada no Medical Subject Headings² é definida como a assistência à saúde mediada por tecnologias em que profissional de saúde e paciente estão em espaços físicos diferentes [1].

Sendo o Substitutivo SBT 1 CSSF dedicado a disciplinar “os serviços de saúde à distância, por meio de tecnologias da informação e da comunicação” (ART.26-B), **o emprego do termo telessaúde, por abranger diversas outras modalidades de serviços de assistência à saúde de modo remoto, parece não ser o mais adequado à proposta, devendo, pois, ser substituído pelo termo ‘teleassistência’.**

II) Expansão do modelo de teleassistência de maneira inclusiva e equitativa

O Brasil possui um expressivo desafio no que se refere à cobertura de assistência em saúde com equidade. Há uma concentração territorial da oferta de serviços de saúde no Centro-Sul do País, mais especificamente em metrópoles e capitais regionais; enquanto nas regiões Norte e Nordeste, a cobertura é concentrada em torno de capitais estaduais. [3][4]. Ilustrativamente, a demografia médica para o ano de 2020 aponta que a região Norte, que agrupa 8,8% de toda a população do país, conta apenas com 4,6% dos médicos em atividade. Por sua vez, somente no Sudeste há mais da metade dos médicos do país – 53,2% – que atendem 42,1% da população brasileira [5].

Elementos como a vasta extensão territorial do país, comunidades situadas em áreas de difícil acesso e baixa infraestrutura, passando também por elementos que dificultam a alocação de recursos humanos como condições salariais, infraestrutura disponível e proximidade do local de moradia ou formação, que impactam na capacidade de fixação de profissionais de saúde.[6]

A principal vantagem da teleassistência, nesse sentido, é a facilitação do acesso a serviços de saúde pela eliminação do fator distância, que possibilita uma assistência à saúde em menor tempo e com menor custo [7][8]. Dados indicam que desde a década de 1960, o país possui larga experiência de atividades interligadas à telemedicina, instrumentalizadas pelo Exército Brasileiro que, em que se realizavam ações de saúde que permitiram a expansão do acesso nos estados do Pará, Rondônia, Roraima, Amapá e Amazonas [9].

Embora o contato presencial seja de grande importância para o cuidado em saúde, em casos selecionados, como os de populações isoladas, de pessoas que vivem acamadas, com dificuldades de locomoção ou com deficiências locomotoras —, um sistema de comunicação a distância elimina barreiras de acesso e torna possível a orientação e o acompanhamento adequado dessas pessoas [9].

Para que isso seja possível, a teleassistência deve ser implementada de maneira inclusiva e equânime para toda a população. No Brasil, embora se constate a crescente popularização do uso da internet e de dispositivos móveis, a exclusão digital, reverberada sob a falta de democratização no pleno uso das potencialidades cibernéticas, ainda é um desafio expressivo no país a ser enfratado, sendo mais atingidas as pessoas negras, pobres, do sexo feminino, com menos anos de educação formal, idosas e que vivem no meio rural [3].

² O Medical Subject Headings é um banco de dados de referência internacional, controlado pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, para fins de padronização de termos técnicos relacionados à produção científica das ciências biomédicas.

A pesquisa do Cetic.br de 2018 apontou que dos cidadãos das classes D e E já conectados 85% utilizam a internet só pelo celular e com pacotes limitados [10]. Também, quanto ao nível socioeconômico, há evidências de que a renda tem relação direta com o conhecimento da teleassistência à saúde e, conseqüentemente, com o acesso ao serviço: entre classes D/E o desconhecimento sobre a modalidade é duas vezes maior em comparação com a classe A [11].

No texto do substitutivo não há previsão de como democratizar e acessibilizar a prática de teleassistência às mais diversas variações socioeconômicas e promover esforços para a redução de assimetrias no acesso, tampouco menciona o papel que caberia aos prestadores de serviço na provisão desse modelo.

Assim, sugere-se as **seguintes adições ao texto, no “Título III-A:**

Art. 26-G. A prática da [*teleassistência*] deve seguir as seguintes determinações:
(...)

III - a assistência em saúde não deverá ser prejudicada pelas limitações de acesso à tecnologia, devendo a teleassistência ser utilizada como recurso complementar de assistência integral à saúde, sendo observada a necessidade de atendimento (se eletivo ou emergencial), a possibilidade de conversão (para o atendimento presencial) e a adequação do ambiente (em termos de infraestrutura e de segurança).

Além disso,
(...)

Art. 26-I. Caberá ao profissional/instituição provedora de serviço de teleassistência utilizar de espaço físico com privacidade e de banda de comunicação, equipamentos e softwares que atendam às exigências de segurança digital, bem como oferecer suporte ao usuário para o uso da ferramenta tecnológica escolhida, de maneira a instrumentalizar o acesso de forma simplificada e acessível, observando suas vulnerabilidades e eventuais dificuldades no caso concreto.

III) Implementação do modelo de teleassistência tendo como princípio o cuidado centrado na pessoa

Uma das promessas em torno da adoção da assistência de saúde a distância é o engajamento dos usuários por meio do princípio do cuidado centrado na pessoa [12]. Existem três pontos fundamentais para o sucesso de projetos desse tipo: i) realizar atendimento humanizado; ii) garantir que o usuário esteja no centro desse processo, bem como suas demandas e necessidades e; iii) dispor de tecnologia e capacidade para oferecer um cuidado integral[13].

Por décadas, problemas de comunicação e relacionamento com o profissional de saúde têm sido uma queixa frequente de usuários em todo o mundo. Em geral, esses problemas são atribuídos ao fato de que muitos profissionais de saúde concentram a atenção nas doenças e no seu tratamento e não na pessoa, isto é, em sua vida e sua condição de saúde [14].

Assim, o termo "cuidado centrado na pessoa humana" é utilizado para se referir a um dos atributos da qualidade em saúde definido como o "cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes" [14]. Também, é utilizado em alguns sistemas de saúde para definir uma abordagem de orientação, suporte e informação necessários para pessoas terem condições de tomar decisões sobre sua própria saúde e gerenciar seu tratamento [14].

Duas das principais estratégias utilizadas pelos países dizem respeito: (i) à capacitação dos profissionais de saúde para mudar a forma de lidar com os pacientes e; (ii) a facilitar seu acesso às informações sobre sua saúde. Esta última, abarca iniciativas para informar os indivíduos sobre sua condição clínica e facilitar o seu engajamento no cuidado [14].

O item I do artigo 26-G do substitutivo prevê que a prática de telessaúde deverá ser realizada por consentimento livre e esclarecido do paciente, ou de seu representante legal, e sob responsabilidade do profissional de saúde. Entretanto, não há na proposta menção sobre como de fato engajar o paciente como protagonista da sua saúde, nem há previsão de meios de mitigação de possíveis falhas de assistência em saúde.

Nesse sentido, **sugere-se que seja adicionado ao texto do substitutivo no "Título III-A:**

(...)

Art. 26-J. Compete ao Ministério da Saúde a realização de campanhas informativas com o objetivo de informar e esclarecer a população sobre a modalidade de telessaúde no Sistema Único de Saúde.

§1º Profissionais e respectivas instituições provedoras de saúde deverão de igual modo dar publicidade e prestar informações a pacientes, acompanhantes e demais pessoas que busquem atendimento físico de saúde, sobre a viabilidade do atendimento a distância, prestando eventuais esclarecimentos necessários.

Art. 27-J. É obrigatório ao profissional de saúde que adotar a telessaúde como modalidade de atendimento a realização de curso de formação ou de aperfeiçoamento profissional com conteúdo programático mínimo que abarque temas relacionados, mas sem se limitar a, Bioética e Responsabilidade Digital, Segurança Digital, LGPD, Pilares para a Teleconsulta Responsável, Tele-propedêutica, Media Training Digital em Saúde.

IV) Parâmetros de segurança digital em saúde aprimorados para a manutenção da ética e da bioética

- **Proteção de dados relativos à saúde**

A proteção de dados pessoais possui notória relevância para fins de asseguramento dos direitos e liberdades civis dos cidadãos, especialmente no contexto on-line. Sob a sistemática da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/18), é cediço que a tutela de dados relativos à saúde se enquadra como na definição de dado pessoal sensível (Art. 5º, II). Compreende-se esta categoria como sendo as informações pessoais capazes de revelar a esfera mais íntima da personalidade humana, capazes de deflagrar potenciais atos ilícitos, discriminatórios e preconceituosos.

Ainda que existam hipóteses taxativas para o tratamento de tais dados sensíveis (Art. 11), a lei autoriza o tratamento, de modo geral, na hipótese de tratamento exclusivamente à tutela da saúde, em procedimentos realizados por profissionais de saúde, serviços de saúde (Art. 7º, VIII).

Além disso, a legislação de dados tece considerações acerca da vedação ao compartilhamento de dados sensíveis relativos à saúde para fins de obtenção de vantagem econômica, exceto nos casos de assistência farmacêutica ou de saúde, observados os interesses dos pacientes e, ainda, para permissão de portabilidade ao titular de dados (Art. 11, §4º).

No âmbito das atividades relacionadas à teleassistência, tem-se uma pluralidade de modalidades (atendimentos particulares, via planos privados e públicos, via SUS) e agentes (profissionais autônomos, profissionais contratados e pessoas jurídicas, como clínicas e redes de atendimento) envolvidos na logística operacional, traduzindo-se em inevitável complexidade. Nesse sentido, deve ser reforçada a responsabilidade dos atores que confluem para o funcionamento adequado, especialmente no tocante à confidencialidade e privacidade das videochamadas, a teor do próprio da responsabilidade digital do substitutivo ao PL (Art. 26-A, IX).

Ressalta-se ainda a perspectiva para maior participação da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), de modo a manter a higidez no funcionamento das atividades de tratamento de dados de saúde a distância. Isso porque, da forma como está prevista no substitutivo ao PL, o estabelecimento das diretrizes técnicas poderia ser limitada ao escrutínio dos Conselhos Federais de saúde (Art. 26-D). No entanto, deve-se ampliar o diálogo entre os órgãos fiscalizadores para salvaguardar interesses e direitos multifacetados, a teor do próprio Art. 55-J, XXIII da LGPD, a qual compete à ANPD articular-se com autoridades reguladoras públicas, de modo a exercer sua atribuição em setores específicos sujeitos à regulação (Art. 55-J, XXIII).

Nesse sentido, de modo tornar expresso o dever de proteção (e de confidencialidade onde aplicável) aos diversos atores envolvidos nas atividades de teleassistência, assim como observar os preceitos relacionados ao tratamento de dados pessoais sensíveis e o necessário diálogo com a ANPD, **sugere-se que seja ajustado o texto do substitutivo no “Título III-A”, Art. 26-G:**

Art. 26-G. A prática da [*teleassistência*] deve seguir as seguintes determinações:

I - ser realizada por consentimento livre e esclarecido do paciente, ou de seu representante legal, **com especial destaque à confidencialidade do atendimento**, e sob responsabilidade do profissional de saúde **e de demais agentes prestadores de serviços envolvidos**;

II - prestar obediência aos ditames das Leis n.º 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet), **especialmente às disposições relativas à guarda**,

armazenamento e confidencialidade das comunicações, Lei n.º 12.845, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), **especialmente às disposições relativas ao tratamento de dados pessoais sensíveis, e pautado no diálogo com a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD)** e, nas hipóteses cabíveis, aos ditames da Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018 (Lei do Prontuário Eletrônico).

- **Validade de assinaturas eletrônicas**

As atividades de teleassistência compreendem, além das hipóteses elencadas no Art. 4º do substitutivo do PL, a emissão de documentos eletrônicos subscritos por profissionais de saúde - tais como receituários, atestados médicos, laudos e declarações em meio eletrônico. Por isso, torna-se importante que o PL também disponha sobre a forma adequada para garantir a identificação digital e a validade jurídica de tais documentos.

A identificação digital e a assinatura eletrônica andam de braços dados, e a última é a forma pela qual atribuímos a identificação a alguém em ambientes digitais.

As assinaturas eletrônicas são reguladas pela Lei de Assinaturas Eletrônicas (Lei nº 14.063/2020), que trata das formas de identificação e manifestação de vontade em ambientes digitais. A lei dispõe ainda sobre as três espécies de assinatura eletrônicas, a saber, a forma: (i) simples; (ii) avançada e; (iii) qualificada (Art. 4º).

No apensado PL nº 313/2022, de autoria de Sidney Leite (PSD/AM), há menção ao uso de assinatura *qualificada* como única forma de identificação válida para reconhecimento de documentos médicos eletrônicos (Art. 8º).

A espécie de assinatura qualificada é caracterizada pela exigência do certificado digital emitido pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileiras (ICP-Brasil). O certificado digital, apesar de eficiente e seguro, é uma espécie de assinatura pouco abrangente e inclusiva. Hoje, 3% da população possui o certificado, sendo ainda custoso.³

Condicionar a validade de receitas e atestados ao uso de certificado digital limita sobremaneira o alcance dos recursos de teleassistência, que são fundamentais para garantir o acesso à saúde aos brasileiros e brasileiras.

Isto posto, sugere-se que se adicione ao texto do substitutivo do PL nº 1.998/2020 a possibilidade de uso também da assinatura *avançada*, que é tão segura e eficiente quanto à assinatura qualificada, e é também regulamentada pela supracitada Lei das Assinaturas Eletrônicas.

A diferença fundamental entre as assinaturas, qualificada e a avançada, está apenas na participação do ICP-Brasil no processo. Os critérios de segurança e eficiência obrigatórios para as duas são os mesmos. Inclusive, determina a Lei que a assinatura avançada é caracterizada por (Art. 4º, inciso II): “a) estar associada ao signatário de maneira unívoca; b) utilizar dados para a criação de assinatura eletrônica cujo signatário pode, com elevado nível de confiança, operar sob o seu

³ Em torno de R\$ 200 reais ano ano. Vide valores de Certificado Digital em diferentes Autoridades Certificadoras responsáveis pela emissão desse documento:

<https://nfe.io/blog/assinatura/quanto-custa-certificado-digital/>

controle exclusivo; c) estar relacionada aos dados a ela associados de tal modo que qualquer modificação posterior é detectável”.

Dessa forma, em sentido complementar às recomendações ao art. 26-G, II, **sugere-se ainda as seguintes adições (em destaque) ao texto, no “Título III-A, quanto às assinaturas eletrônicas:**

Art. 26-G. A prática da telessaúde deve seguir as seguintes determinações:

II - prestar obediência aos ditames das Leis n.º 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet), especialmente às disposições relativas à guarda, armazenamento e confidencialidade das comunicações, Lei n.º 12.845, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), especialmente às disposições relativas ao tratamento de dados pessoais sensíveis e pautado no diálogo com a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), **na Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020 (Lei das Assinaturas Eletrônicas), especialmente às disposições relativas aos pressupostos de validade de assinaturas avançadas** e, nas hipóteses cabíveis, aos ditames da Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018 (Lei do Prontuário Eletrônico).

Como conclusão, tem-se:

É salutar a proposta do substitutivo de ampliar a atuação em teleassistência para outras categorias profissionais em saúde, para além da categoria médica. No entanto, há elementos que podem ser melhor explorados, particularmente no tocante à melhor articulação de medidas que visem mitigar possíveis distorções de acesso e de qualidade no cuidado a distância, a exemplo de aspectos como a prestação de serviços inclusivos e equitativos às desigualdades socioeconômicas, disponibilização de um modelo centrado na pessoa humanamente considerada e que garanta a manutenção dos padrões de ética e bioética aplicáveis à segurança digital em saúde.

Finalmente, pelas razões anteriores, **insta-se pela substituição da terminologia “telessaúde” por “teleassistência”** e para que as seguintes sugestões de melhoria ao texto do Substitutivo (SBT 1 CSSF) ao Projeto de Lei 1.998/2020 :

TEXTO ORIGINAL SBT 1 CSSF	TEXTO SUGERIDO
Art. 26-G, inciso I I - ser realizada por consentimento livre e esclarecido do paciente, ou de seu representante legal, e sob responsabilidade do profissional de saúde;	Art. 26-G, inciso I I - ser realizada por consentimento livre e esclarecido do paciente, ou de seu representante legal, com especial destaque à confidencialidade do atendimento , e sob

	responsabilidade do profissional de saúde e de demais agentes prestadores de serviços envolvidos;
<p>Art. 26-G, inciso II</p> <p>II - prestar obediência aos ditames das Leis n.º 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet), Lei n.º 12.845, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), e, nas hipóteses cabíveis, aos ditames da Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018 (Lei do Prontuário Eletrônico).</p>	<p>Art. 26-G, inciso II</p> <p>II - prestar obediência aos ditames das Leis n.º 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet), especialmente às disposições relativas à guarda, armazenamento e confidencialidade das comunicações, Lei n.º 12.845, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), especialmente às disposições relativas ao tratamento de dados pessoais sensíveis, e pautado no diálogo com a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) e, nas hipóteses cabíveis, aos ditames da Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018 (Lei do Prontuário Eletrônico).</p>
Item não existente.	<p>Art. 26-G, inciso III</p> <p>III - a assistência em saúde não deverá ser prejudicada pelas limitações de acesso à tecnologia, devendo a teleassistência ser utilizada como recurso complementar de assistência integral à saúde, sendo observada a necessidade de atendimento (se eletivo ou emergencial), a possibilidade de conversão (para o atendimento presencial) e a adequação do ambiente (em termos de infraestrutura e de segurança).</p>
Item não existente.	<p>Art. 26-I, inciso I</p> <p>Art. 26-I. Caberá ao profissional/instituição provedora de serviço de teleassistência utilizar de espaço físico com privacidade e de banda de comunicação, equipamentos e softwares que atendam às exigências de segurança digital, bem como oferecer suporte ao usuário para o uso da ferramenta tecnológica escolhida, de maneira a instrumentalizar o acesso de forma simplificada e acessível, observando suas</p>

	<i>vulnerabilidades e eventuais dificuldades no caso concreto.</i>
Item não existente.	<p>Art. 26-J, caput e §1º</p> <p><i>Art. 26-J. Compete ao Ministério da Saúde a realização de campanhas informativas com o objetivo de informar e esclarecer a população sobre a modalidade de teleassistência no Sistema Único de Saúde.</i></p> <p><i>§1º Profissionais e respectivas instituições provedoras de saúde deverão de igual modo dar publicidade e prestar informações a pacientes, acompanhantes e demais pessoas que busquem atendimento físico de saúde, sobre a viabilidade do atendimento a distância, prestando eventuais esclarecimentos necessários.</i></p>
Item não existente.	<p>Art. 26-J, caput</p> <p><i>Art. 27-J. É obrigatório ao profissional de saúde que adotar a teleassistência como modalidade de atendimento a realização de curso de formação ou de aperfeiçoamento profissional com conteúdo programático mínimo que abarque temas relacionados, mas sem se limitar a, Bioética e Responsabilidade Digital, Segurança Digital, LGPD, Pilares para a Teleconsulta Responsável, Tele-propedêutica, Media Training Digital em Saúde.</i></p>

REFERÊNCIAS

- [1] Schmitz, Carlos André, A. et al. Consulta Remota: Fundamentos e Prática. Available from: VitalSource Bookshelf, Grupo A, 2020.
- [2] Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. BVS Atenção Primária em Saúde, 2022. Disponível em: <https://aps.bvs.br/programa-nacional-telessaude-brasil-redes/>. Acesso em: 26, abril e 2022.
- [3] Aita Schmitz, C. A., Rodrigues Gonçalves, M., Nunes Umpierre, R., Martins Costa, M., Harzheim, E., Souza da Silva, R., Goulart Molina-Bastos, C., Ambrosini Mendonça, M. V., & Katz, N. (2021).

Eighteen years in two days: the next steps for remote consultation in Brazil. In SciELO Preprints. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3126> (Original work published 2021)

[4] Machado, Carolina Silveira Rocha; DA CRUZ LIMA, Ana Carolina. Distribuição espacial do sus e determinantes das despesas municipais em saúde. Revista Econômica do Nordeste, v. 52, n. 4, p. 121-145, 2021.

[5] SCHEFFER, M. et al., Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8

[6] COSTA, Francisco; NUNES, Letícia; SANCHES, Fábio Miessi. How to attract physicians to underserved areas? Policy recommendations from a structural model. 2019.

[7] Who, 2016. Global difusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. Geneva, World Health Organization. Disponível em: <http://library.health.go.ug/sites/default/files/resources/Global%20diffusion%20of%20eHealth%20C%20making%20Universal%20health%20coverage%20achievable.pdf>. Acesso em: 26 de abril de 2022.

[8] SSA. 2019. Is there a doctor? Addressing the challenge of medical deserts. Geneva, International Social Security Association. Disponível em: <https://ww1.issa.int/analysis/there-doctor-addressing-challenge-medical-deserts>. Acesso em: 26 de abril de 2022.

[9] Urtiga, Keylla Sá; LOUZADA, Luiz AC; COSTA, Carmen Lúcia B. Telemedicina: uma visão geral do estado da arte. In: IX Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. 2004.

[10] Soprana, Paulo. 70 milhões de brasileiros têm acesso precário à internet na pandemia do coronavírus. Folha de São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/05/cerca-de-70-milhoes-no-brasil-tem-acesso-precario-a-internet-na-pandemia.shtml>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

[11] Medicina S/A. Nível socioeconômico tem relação direta com acesso à telemedicina. Disponível em: <https://medicinasa.com.br/acesso-telemedicina/>. Medicina S/A, 2021. Acesso em: 26 de abril de 2022.

[12] Al-Shorbaji, Najeeb. Improving Healthcare Access through Digital Health: The Use of Information and Communication Technologies. 2021.

[13] ICOS, 2022. Diálogos Brasil-Reino Unido em Saúde Digital: Desafios e oportunidades em Telessaúde. Disponível em: <http://icos.org.br/dialogos-brasil-reino-unido-em-saude-digital-desafios-e-oportunidades-em-tele-saude/>. Instituto Coalização Saúde, 2022. Acesso em: 26 de abril de 2022.

[14] Gomes, Patricia Helena Goulart et al. O cuidado centrado no paciente (na pessoa?) nos serviços de saúde: as estratégias utilizadas pelos governos. 2016. Tese de Doutorado.