

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES

Programa de Pós-Graduação em Administração  
Mestrado

Edenia Santos Garcia Oliveira

**PROGRAMA NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL REDES:**  
análise dos resultados em municípios remotos de Minas Gerais

Belo Horizonte

2018

**Edenia Santos Garcia Oliveira**

**PROGRAMA NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL REDES:  
análise dos resultados em municípios remotos de Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração do Centro Universitário Unihorizontes, como requisito parcial para aprovação no Mestrado em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Reynaldo Maia Muniz  
Coorientadora: Profa. Dra. Lidiane A. P. Sousa

Linha de pesquisa: Estratégia, Inovação e Competitividade

Área de concentração: Organização e Estratégia

Belo Horizonte

2018

## Folha de Aprovação

## Folha de Revisão

## AGRADECIMENTOS

À minha família que sempre me apoiou nos projetos e me mostrou a importância da educação na vida das pessoas.

Aos homens da minha vida: Anderson, Rafael e Lucas, que colheram mais de perto o ônus deste trabalho. Obrigada por suportarem com compreensão a ausência e o *stress* inerentes a este processo. Ao Anderson, meu companheiro de vida, que tanto me ajudou para que esse objetivo se concretizasse, meu amor e gratidão!

Ao professor e orientador Prof. Dr. Reynaldo Maia Muniz que me guiou nesta jornada e acreditou sempre em mim, às vezes, mais do que eu mesma, minha gratidão, meu respeito e minha admiração!

À minha amiga de longa data e coorientadora Profa. Dra. Lidiane Aparecida Pereira de Sousa meus agradecimentos por tudo. Seu apoio foi fundamental! Sou sua fã!

Ao meu querido amigo Alessandro, obrigada pela ajuda e generosidade de sempre!

A toda a equipe do Centro de Telessaúde, em especial, ao Prof. Dr. Antonio Luiz Pinho Ribeiro e Maria Beatriz Moreira Alkmim coordenadores do Centro que gentilmente me abriram as portas da instituição para a realização do trabalho. A Maria Cristina da Paixão coordenadora administrativa do Centro, pelo apoio e confiança. Aos amigos, Aline, Cristiane, Gleice, Hellen, Léo Bonisson e Léo Vascelos, meu muito obrigada por tantas vezes que gentilmente pararam o trabalho de vocês para me auxiliarem! Aos teleconsultores e médicos e enfermeiros dos municípios atendidos pelo programa, minha gratidão!

À direção do Hospital das Clínicas na pessoa do Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira, Gerente de Ensino e Pesquisa, meu sincero agradecimento.

Ao Centro Universitário Newton Paiva, na pessoa da amiga e coordenadora do Curso de Fisioterapia Aline Cristina Souza, minha gratidão pelo incentivo e confiança de sempre!

Aos professores do mestrado do Centro Universitário Unihorizontes que lapidaram a minha formação, em especial à Profa. Dra. Maria Elizabeth e o Prof. Dr. Luciano Zille. Suas contribuições foram fundamentais!

Aos meus queridos colegas de mestrado meu agradecimento por terem tornado esta jornada mais leve. Foi difícil, mas foi divertido!

## RESUMO

Em um país com as dimensões do Brasil, o uso das tecnologias de informação e comunicação é fundamental para vencer as barreiras geográficas e facilitar o acesso aos serviços, minimizando, assim, as desigualdades regionais. Diante da necessidade de fortalecer e ampliar a Atenção Primária na Saúde (APS), o Ministério da Saúde, em parceria com universidades e hospitais universitários, instituiu, em 2007, o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (PNTSBR). O programa tem como foco a teleassistência e a tele-educação para ampliação e qualificação da Estratégia de Saúde na Família (ESF). Sendo assim, buscou-se, com o presente trabalho, identificar os resultados do PNTSBR na percepção de médicos teleconsultores do Centro de Telessaúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, além de médicos e enfermeiros das equipes de ESF dos municípios atendidos pelo programa. A pesquisa realizada foi do tipo descritiva, com abordagem qualitativa por meio de estudo de caso. Após a análise do conteúdo das entrevistas, foi possível identificar categorias como: encaminhamentos, segurança na decisão, educação permanente, utilização do sistema, qualidade, dificuldades, organização do serviço e fixação. No item dificuldades, foi feita a subcategorização em questões éticas, infraestrutura e incentivo à produção. Já, na organização do serviço, as subcategorias que emergiram foram médico regulador, regulação de encaminhamentos e contrarreferência. Provavelmente o principal resultado do PNTSBR seja a redução de encaminhamentos desnecessários. O acesso a especialistas, ainda que de forma remota, aumentou a capacidade de resolução das equipes de ESF e contribuiu para a integralidade do cuidado, fortalecendo, assim, as ações na APS. De acordo com os resultados, as teleconsultorias têm potencial para resolver a maioria dos casos encaminhados no local de residência do paciente. O uso da telessaúde favoreceu a confiança e a segurança dos profissionais das áreas remotas nas condutas a serem tomadas em relação aos pacientes. A formação de uma rede colaborativa é essencial para a qualificação do trabalho. Avanços na tecnologia e na legislação são necessários para que a TS possa crescer no País. São necessários estudos na área sobre a percepção dos usuários da telessaúde.

Palavras-chave: telessaúde, telemedicina, políticas públicas, serviços de saúde.

## **ABSTRACT**

In a country with the dimensions of Brazil, the use of Information and Communication Technologies is fundamental to overcome geographical barriers and facilitate access to services, thus minimizing regional inequalities. In view of the need to strengthen and expand Primary Health Care (PHC), the Ministry of Health, in partnership with universities and university hospitals, instituted in 2007 the National Telessaude Brasil Redes Program (PNTSBR). This focuses on teleassistance and tele-education for the expansion and qualification of the Family Health Strategy (ESF). Therefore, we sought to identify the results of the PNTSBR in the perception of teleconsulting doctors of the Telehealth Center of Hospital das Clínicas of the Federal University of Minas Gerais, as well as physicians and nurses of the ESF teams of the municipalities served by the program. The research was descriptive, with a qualitative approach through a case study. After analyzing the content of the interviews, it was possible to identify categories such as: referrals, security in the decision, permanent education, use of the system, quality, difficulties, organization of the service and fixation. In the item difficulties was the subcategorization in ethical issues, infrastructure and production incentive. Already in the organization of the service the subcategories that emerged were medical regulator, regulation of referrals and counterreference. Probably the main result of PNTSBR is the reduction of unnecessary referrals. Access to specialists, albeit remotely, increased the resolving capacity of the FHS teams and contributed to the integral care, thus strengthening the actions in the PHC. According to the results, teleconsultations have the potential to resolve the majority of cases referred to the patient's place of residence. The use of telehealth favored the confidence and safety of the professionals of the remote areas in the conducts to be taken in relation to the patients. The formation of a collaborative network is essential for the qualification of work, but advances in technology and legislation are necessary for TS to grow in the country. Studies are needed in the area on the perception of telehealth users.

**Keywords:** telehealth, telemedicine, public policies, health services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### 1. Lista de quadros

Quadro 1 - Municípios atendidos pelo PNTSBR em ordem crescente de IDH.....	20
Quadro 2 – Benefícios do programa de telessaúde .....	44
Quadro 3 - Perfil dos entrevistados .....	55



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS - Atenção Primária em Saúde

CTSHC-UFMG - Centro de Telessaúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

CFM – Conselho Federal de Medicina

ESF - Estratégia de Saúde na Família

HC-UFMG - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

PSF - Programa de Saúde da Família

PNTSBR - Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes

RTMG - Rede de Teleassistência de Minas Gerais

SES/MG - Secretária Estadual de Saúde de Minas Gerais

SMS/BH - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUS - Sistema Único de Saúde

TS - Telessaúde

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1.1</b>	<b>Objetivos</b> .....	14
1.1.1	Objetivo geral .....	14
1.1.2	Objetivos específicos.....	14
<b>1.2</b>	<b>Justificativas</b> .....	15
<b>2</b>	<b>AMBIÊNCIA DO ESTUDO</b> .....	18
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	23
<b>3.1</b>	<b>Análise de políticas públicas</b> .....	23
<b>3.2</b>	<b>O ciclo das políticas públicas</b> .....	27
<b>3.3</b>	<b>Avaliação de políticas públicas</b> .....	30
<b>3.4</b>	<b>Políticas públicas no Brasil</b> .....	34
<b>3.5</b>	<b>O SUS como política pública</b> .....	37
<b>3.6</b>	<b>O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes</b> .....	40
<b>3.7</b>	<b>Experiências em telessaúde no Brasil</b> .....	45
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	48
<b>4.1</b>	<b>Caracterização da pesquisa: tipo, abordagem e método</b> .....	48
<b>4.2</b>	<b>Unidade de análise, unidade de observação e sujeitos da pesquisa</b> .....	48
<b>4.3</b>	<b>Coleta dos dados</b> .....	50
<b>4.4</b>	<b>Análise e tratamento dos dados</b> .....	51
<b>4.5</b>	<b>Considerações éticas</b> .....	53
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	54
<b>5.1</b>	<b>Encaminhamentos</b> .....	56
<b>5.2</b>	<b>Segurança na decisão</b> .....	58
<b>5.3</b>	<b>Educação permanente</b> .....	59
<b>5.4</b>	<b>Utilização do sistema</b> .....	63
<b>5.5</b>	<b>Qualidade</b> .....	65
<b>5.6</b>	<b>Dificuldades</b> .....	67
5.6.1	Questões éticas.....	67
5.6.2	Infraestrutura .....	71
5.6.3	Incentivo à produção .....	74
<b>5.7</b>	<b>Organização do serviço</b> .....	76
5.7.1	Médico regulador.....	76
5.7.2	Regulação de encaminhamentos .....	78
5.7.3	Contrarreferência .....	79
<b>5.8</b>	<b>Fixação</b> .....	81
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	84
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	92
	<b>APÊNDICES</b> .....	102

## 1 INTRODUÇÃO

Nos anos 80, o País vivenciou o processo de descentralização do poder o qual levou a um novo desenho de prestação de serviços sociais. Após a reforma política de 1988, houve uma redistribuição do poder tornando estados e municípios politicamente responsáveis pelas demandas sociais da população. Esse cenário se tornou, porém, um grande desafio para os gestores, uma vez que o Brasil é marcado por grandes diferenças regionais com muitos municípios fracos do ponto de vista fiscal e administrativo (ARRETCHE, 1999).

A heterogeneidade do País, dentre outros fatores, confere às políticas públicas em nível nacional papel fundamental para a sociedade. As políticas públicas são desenvolvidas pelo Estado para solucionar determinados problemas ou suprir uma demanda social. Restrição dos recursos públicos, maior participação e conscientização da sociedade impulsionaram, nos últimos anos, o interesse por estudos na área de políticas públicas no Brasil. A sociedade e suas relações se modificam ao longo da história. Dessa forma, os programas e as políticas de governos precisam estar adequados a essas mudanças para que possam produzir resultados positivos. Espera-se que os programas sejam eficientes, alcançando resultados com menor custo, e que sejam eficazes, atendendo ao objetivo ao qual foram propostos (COSTA; CASTANHAR 2003).

No Brasil existem vários programas de governo, que estão em atividade no momento, e que foram implementados há muitos anos. Alguns, por se revestirem de um forte apelo social, são mantidos como uma *herança* de governo, em uma perspectiva incrementalista. Aspectos relacionados à efetividade, à eficiência, à *accountability* e ao desempenho da gestão pública justificam o crescente interesse nos estudos de avaliação de políticas públicas e programas de governo. Estudos dessa natureza podem ser um instrumento para gestores, formuladores e implementadores de programas e políticas públicas para tomada de decisões com maior grau de conhecimento. Dessa forma, é possível otimizar o uso dos recursos

públicos, identificando êxitos e superando pontos de estrangulamento (CUNHA, 2006).

No Brasil, a realidade socioeconômica demanda do Estado o desenvolvimento de políticas públicas e programas de governo que favoreçam ao cidadão o acesso aos serviços essenciais como a saúde. Diante desse quadro, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi estruturado e garantido pela constituição brasileira, em 1988, que determinou a saúde como direito de todo cidadão. Em um Brasil de contrastes e enormes desigualdades sociais, esse passou a ser um grande desafio para o poder público (MACHADO, BAPTISTA e NOGUEIRA, 2011).

Vários programas sociais foram implementados pelo governo na área da saúde na tentativa de minimizar as dificuldades de acesso e melhorar a qualidade do serviço prestado. O Programa de Saúde da Família (PSF) que mais tarde, passou a se chamar Estratégia de Saúde na Família (ESF), foi desenvolvido com o intuito de fornecer um atendimento de saúde mais próximo à população. A equipe de saúde da família composta essencialmente por médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde, é responsável por realizar atendimento às famílias na unidade de saúde e no domicílio de forma integral, contínua e resolutiva, além de favorecer a educação em saúde, com foco na Atenção Primária em Saúde (APS). Se, por um lado, a ESF minimizou o problema de acesso à atenção primária, por outro, não resolveu a questão do acesso às consultas especializadas nem o acesso dos profissionais de saúde, particularmente os vinculados ao PSF, à capacitação e possibilidade de educação permanente. Fatores como esses, se presentes, favorecem a qualidade do serviço e podem auxiliar na fixação dos profissionais de saúde nas áreas mais remotas do Brasil (SANTOS *et al.*, 2009; GÉRVAS; FERNÁNDES, 2011).

Em um País de dimensões continentais como o Brasil, o uso da Telessaúde (TS) vem sendo uma aposta para superar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde com qualidade (NUNES *et al.*, 2016). As enormes distâncias territoriais e diferenças socioeconômicas do País dificultam a fixação do médico e demais profissionais de saúde em áreas distantes dos grandes centros urbanos. Dessa forma, os princípios do SUS como integralidade, equidade e universalidade ficam comprometidos (SANTOS *et al.*, 2009). Apesar da melhoria nos indicadores de

saúde no Brasil, persistem problemas como dificuldade de acesso a serviços especializados, pobre capacidade de resolução da APS além de falta de profissionais qualificados nos municípios remotos (MARCOLINO *et al.*, 2016).

O uso da rede colaborativa, por meio das estratégias da TS, pode minimizar essas dificuldades. Ao favorecer, aos usuários do SUS de locais mais distantes dos grandes centros urbanos, o acesso a serviços especializados, a TS contribui para melhoria do fluxo de pacientes na rede de saúde. Outro aspecto importante é a possibilidade de educação continuada aos profissionais de saúde e formação de uma rede de colaboração que pode, dessa forma, auxiliar na fixação do profissional na região e melhorar a qualidade do serviço prestado (FACCHINI *et al.*, 2006; NUNES *et al.*, 2016).

O Programa de Telessaúde foi iniciado, pelo Ministério da Saúde, em 2007, intitulado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (PNTSBR). Foi desenvolvido como projeto-piloto em apoio à Atenção Básica, e implantado em nove Núcleos de TS, localizados nas universidades federais ou estaduais dos estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Em 2011, o programa foi ampliado e implementado em outras 22 regiões do País. Atualmente, o Programa está em funcionamento em 25 dos 26 estados brasileiros, com alcance de 60% dos municípios, com mais de 13 mil estabelecimentos de saúde. O Programa tem como objetivos: qualificar profissionais das equipes de Saúde da Família, por meio da utilização de modernas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), capazes de promover a TS; possibilitar maior resolutividade de casos na APS; melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população por meio de uma qualificação permanente; otimizar o fluxo de pacientes na rede de saúde; ampliar o acesso aos serviços especializados; favorecer rede de cooperação e intercâmbio de informações entre os profissionais; favorecer a fixação dos profissionais e reduzir os custos na área da saúde (BRASIL, 2007).

Segundo Gérvas e Fernádes (2011) em relatório sobre a APS brasileira, apenas 15% dos médicos que fazem parte da ESF mantêm residência médica relacionada com a APS ou Saúde Pública. Em relação às instalações das unidades básicas de

saúde, os autores observaram que existem computadores para atendimento clínico, porém esses são voltados para gestão dos encaminhamentos, evolução de prontuários e pedidos de exames. Ou seja, não existem instalações exclusivas para capacitação das equipes e troca de informações com outros profissionais por meio das tecnologias de informação e comunicação. Quanto à TS, os autores observaram que o apoio à saúde, por meio do programa, ocorre de forma desigual nos municípios atendidos em relação ao seu desenvolvimento e a sua implementação. Outro aspecto que merece destaque é a forma pela qual o serviço de TS foi organizado.

Segundo Silva e Moraes (2012) a TS, no Brasil, foi desenvolvida em uma rede de cuidado à saúde fragmentada e exclusivamente articulada ao ensino e à pesquisa nos hospitais universitários. Segundo os autores essa interação pode comprometer o objetivo maior do programa que é a conexão operacional com os sistemas de informação do SUS, caso não haja uma interface sistêmica entre as redes de serviços, pois podem criar fluxos de referências e contrarreferências de pacientes em paralelo, sem integração. Além disso, os hospitais universitários dispõem de tecnologia, porém essa não é a realidade dos municípios nacionais. Faz-se necessária a inovação em tecnologias de informação e comunicação no SUS e inclusão digital no território nacional para que a TS possa auxiliar no alcance dos princípios de equidade, universalidade, integralidade da saúde.

Podem ser muitos os problemas encontrados nas políticas públicas e nos programas de governo implementados como forma de solucionar as demandas sociais. A avaliação dos mesmos se torna relevante para conhecimento dos problemas e das adequações necessárias. As avaliações de políticas públicas e de programas de governo não devem, porém, focar apenas na eficiência, seguindo somente a lógica do setor privado (SANTOS *et al.*, 2014). Em um país como o Brasil, com grandes desigualdades sociais e regionais, a avaliação deve focar também a eficácia dos programas. As diferenças regionais podem influenciar o alcance dos objetivos, principalmente nos programas desenvolvidos em nível nacional. Sendo a avaliação um meio capaz de confrontar a situação real com a idealizada, permite verificar se os objetivos propostos na formulação foram alcançados após a implementação. Para tanto, faz-se necessário conhecer a repercussão do programa, particularmente, a

partir da experiência dos atores envolvidos, uma vez que esses têm maior legitimidade para avaliá-lo de maneira plena, já que o conhecem na sua essência (COSTA; CASTANHAR, 2003).

Programas de governo são desenvolvidos geralmente por gestores ou especialistas, que, muitas vezes, não estão envolvidos diretamente nas ações a serem implantadas. Nesse processo, criam-se expectativas que podem não corresponder à realidade e, dessa forma, o programa pode não alcançar os objetivos esperados (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Diante dessa realidade, faz-se o seguinte questionamento: — *Como os atores envolvidos no Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes percebem os resultados alcançados pelo programa?*

## **1.1 Objetivos**

Com o intuito de responder ao questionamento da pesquisa, estabeleceram-se os objetivos (geral e específicos).

### **1.1.1 Objetivo geral**

Analisar e descrever os resultados do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na percepção dos atores envolvidos: médicos e enfermeiros da equipe de saúde da família dos municípios usuários da telessaúde com baixo índice de desenvolvimento humano e teleconsultores do centro de telessaúde.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

Como específicos, elencam-se os seguintes objetivos:

- a) identificar os fatores associados à qualidade do atendimento ao paciente na percepção dos profissionais envolvidos;

- b) descrever como a telessaúde pode contribuir para a formação em educação permanente do profissional;
- c) identificar e descrever, na percepção dos profissionais envolvidos, aspectos relacionados aos encaminhamentos;
- d) descrever qual a percepção dos profissionais quanto ao acesso aos serviços especializados na rede de saúde;
- e) analisar os aspectos relacionados à fixação do profissional nos municípios atendidos.

## **1.2 Justificativas**

Segundo Souza (2003) do ponto de vista acadêmico, há um crescimento nos estudos em políticas públicas no Brasil, não somente em números, mas em qualidade dos trabalhos desenvolvidos. A autora destaca, porém, a necessidade de avançar em relação ao foco da análise, uma vez que os trabalhos, em sua maioria, concentram-se na implementação das políticas públicas. Para a autora os trabalhos devem avançar no melhor entendimento dos resultados das políticas e dos programas de governo.

Portanto, o presente estudo justifica-se, do ponto de vista acadêmico, uma vez que a maior parte dos trabalhos na área de políticas públicas são voltados para a formulação e implementação; poucos se preocupam em analisar o desempenho dos programas que foram implementados. Dessa forma, o estudo poderá contribuir para minimizar a lacuna existente quanto a estudos que avaliem o resultado de programas e ações do governo. Faz-se necessária a produção de conhecimento técnico científico, a partir da avaliação das ações da gestão pública, para que se possa melhorar os padrões de gerenciamento do setor. Dessa maneira, a importância acadêmica na área reforça a relevância do aspecto social do trabalho, uma vez que a dimensão socioeconômica demanda uma utilização responsável dos recursos públicos.

Na perspectiva institucional, este estudo justifica-se, pois poderá contribuir para a reorganização administrativa. O desenvolvimento de trabalhos que avaliem as políticas públicas e os programas de governo se faz necessário para que se



verifique se as ações implementadas atendem as demandas por efetividade, eficiência e eficácia que se espera da gestão pública. A partir dos resultados, pode-se identificar possíveis falhas organizacionais do programa. Dessa forma, os gestores poderão realizar ajustes, melhorias e adequações no mesmo ou na estrutura organizacional, ou ainda optar pela manutenção do que já foi implementado.

Para Costa e Castanhar (2003) faz-se necessária a avaliação sistemática dos programas de governo para que se possa obter maior eficiência nos investimentos públicos. A avaliação pode ser um meio para melhores utilização e controle dos recursos investidos. Dessa forma, poderá fornecer aos formuladores de políticas e programas de governo informações relevantes e consistentes para uma gestão pública mais eficaz.

A compreensão acerca do alcance dos resultados do programa da TS é de grande relevância social. A avaliação de programas do governo possibilita a sua adequação para que os recursos públicos sejam utilizados com efetividade. Assim, o benefício social é importante, já que o País sofre de escassez de recursos públicos. Além disso, a compreensão do alcance dos resultados do programa, a partir da percepção dos atores envolvidos, poderá favorecer indiretamente aos indivíduos que necessitam das ações do programa, uma vez que as melhorias feitas no mesmo poderão ser revertidas em maior qualidade e especificidade no atendimento das equipes de saúde da família (SANTOS *et al.*, 2014).

Segundo a *World Health Organization* (2010) estudos que forneçam evidências práticas a respeito da utilização da TS, podem auxiliar na geração de dados confiáveis sobre o tema. Dessa forma, o presente estudo poderá ajudar no aperfeiçoamento e na agilidade na implementação do programa e na sua utilização pela sociedade. Segundo Carpintero *et al.* (2016) a TS representa uma boa estratégia para melhorar o acesso aos serviços especializados, principalmente para populações em áreas mais remotas. Sendo assim, novos trabalhos na área são necessários para que se possa consolidar as práticas nessa modalidade e verificar a sua eficácia.

Este trabalho está estruturado em capítulos com introdução, ambiência do estudo, referencial teórico, metodologia, análise e apresentação dos resultados. As considerações finais, as referências e apêndices completam esta dissertação de mestrado.

## 2 AMBIÊNCIA DO ESTUDO

Neste capítulo, apresentam-se informações sobre a realidade empírica pesquisada. Detalham-se a estrutura e a organização do serviço, bem como a missão, os valores e as políticas organizacionais para que se possa melhor compreender a dinâmica do local a ser estudado. Todas as informações que se seguem foram retiradas da *home page* do Hospital das Clínicas<sup>1</sup> e do Centro de Telessaúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (CTSHC-UFMG)<sup>2</sup>, além de documentos citados ao longo do texto.

O centro de TS é a unidade técnico-científica e administrativa responsável pelo planejamento, pela execução, monitoração e avaliação das atividades em TS. Em Minas Gerais, o CTSHC-UFMG, local onde o presente estudo foi desenvolvido, é formado por uma equipe de profissionais de saúde, de informática e de gestores em saúde, que tem como objetivo fornecer serviços e desenvolver pesquisas no campo da TS, com ênfase na teleassistência. É o CTSHC-UFMG que coordena a Rede de Teleassistência de Minas Gerais (RTMG), formada pela parceria entre sete universidades públicas localizadas no estado. Atua em fina sintonia com as políticas públicas nacionais, estaduais e dos municípios mineiros, sempre com o objetivo de facilitar o acesso dos pacientes aos serviços de saúde e dos profissionais ao conhecimento em saúde. A transparência, a sustentabilidade, a qualidade e a inovação são os pilares organizacionais do CTSHC-UFMG e da RTMG.

O CTSHC-UFMG faz parte da gerência de ensino e pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). Sendo esse um hospital universitário, realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, nas áreas de medicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, odontologia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição, fonoaudiologia, gestão em saúde e tecnologia em radiologia. A gerência de ensino e pesquisa tem como áreas de competência o ensino, a pesquisa, a extensão e inovação tecnológica. Dessa forma, tem como objetivos estratégicos formar recursos humanos para a saúde; gerar conhecimento e inovação

---

<sup>1</sup> <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/nossa-historia>

<sup>2</sup> <http://www.telessaude.hc.ufmg.br/quem-somos/historia>

por meio da pesquisa e avaliar novas tecnologias; promover ações de extensão universitária. Sendo assim, o CTSHC-UFMG presta serviço de assistência à saúde e formação profissional.

O CTSHC-UFMG, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS/BH), iniciou suas atividades de teleassistência e tele-educação em 2001. Em 2005, foi criada a Rede de Teleassistência de Minas Gerais (RTMG), uma parceria entre as Universidades Federais de Minas Gerais (UFMG), Uberlândia (UFU), Triângulo Mineiro (UFTM), Juiz de Fora (UFJF) e Estadual de Montes Claros (Unimontes), sob a coordenação do CTSHC-UFMG. Atualmente, além dessas instituições, passaram a integrar a RTMG a Universidade Federal de São João del Rei, campus Divinópolis e a Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Essa parceria foi fundamental para a implantação do serviço de TS em municípios remotos do estado, com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e pequena população. No presente estudo, será destacada apenas a atuação do CTSHC-UFMG, embora as demais instituições que compõem a RTMG também estejam envolvidas na oferta dos serviços em TS.

Em 2007 o CTSHC-UFMG foi convidado a participar do Projeto-Piloto Nacional de TS, do Ministério da Saúde. A participação no projeto e a aprovação de novos convênios com a Secretária Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) viabilizaram a expansão dos serviços na área. Atualmente, o serviço abrange 780 municípios e 1.000 pontos de TS, o que representa 91% de cobertura dos municípios do estado de Minas Gerais. Ponto de TS são serviços de saúde, a partir dos quais, os trabalhadores e profissionais do SUS demandam teleconsultorias e/ou telediagnósticos.

O PNTSBR foi instituído pela portaria n. 35 do Ministério da Saúde, de 04 de janeiro de 2007. Um dos fatores que motivou a criação do programa foi o desafio de implantar o SUS com qualidade de acordo com seus princípios (universalidade, integralidade, equidade). O programa é coordenado pela Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, em articulação com outros ministérios, outras universidades públicas e entidades das áreas de Saúde e Educação (BRASIL, 2007).

Dos 780 municípios atendidos pelo CTSHC-UFMG, 730 são atendidos por convênio firmado com a SES/MG e 50 municípios são atendidos pelo PNTSBR como se pode ver no quadro 1. Foram objetos deste estudo apenas os municípios atendidos pelo programa nacional.

Quadro 1 - Municípios atendidos pelo PNTSBR em ordem crescente de IDH

Município	IDH	População	Município	IDH	População
Ninheira	0,556	9.795	Senador Modestino Gonçalves	0,620	4.574
Santo Antônio do Itambé	0,558	4.135	Cônego Marinho	0,621	7.089
Congonhas do Norte	0,568	4.947	Dom Joaquim	0,622	4.535
Alvorada de Minas	0,572	3.548	Pavão	0,627	8.589
Santa Cruz de Salinas	0,577	4.397	José Gonçalves de Minas	0,632	4.577
Cachoeira de Pajeú	0,578	8.962	Veredinha	0,632	5.533
Aricanduva	0,582	4.770	Minas Novas	0,633	30.803
Coluna	0,583	9.024	Chapada Gaúcha	0,635	10.792
Cristália	0,583	5.760	Carbonita	0,638	9.158
Curral de Dentro	0,585	6.930	Machacalis	0,640	6.974
Frei Gaspar	0,590	5.880	São Gonçalo do Rio Preto	0,640	3.039
Comercinho	0,593	8.309	Itacarambi	0,641	17.739
Miravânia	0,593	4.561	Passabém	0,642	1.766
Ouro Verde de Minas	0,595	6.021	Serra dos Aimorés	0,651	8.419
Presidente Kubitschek	0,595	2.959	Capelinha	0,653	34.796
Chapada do Norte	0,598	15.165	Engenheiro Navarro	0,655	7.125
Águas Vermelhas	0,601	12.718	Couto de Magalhães de Minas	0,659	4.204
Berizal	0,604	4.371	Papagaios	0,666	14.171
Felício dos Santos	0,606	5.137	Leme do Prado	0,670	4.814
Divisa Alegre	0,608	5.884	Gouveia	0,681	11.687
Salto da Divisa	0,608	6.862	Turmalina	0,682	18.046
Divisópolis	0,609	8.970	Careaçu	0,683	6.302
Pedras de Maria da Cruz	0,614	10.310	São Sebastião da Bela Vista	0,692	4.948
Datas	0,616	5.210	Natércia	0,693	4.650
Jacinto	0,620	12.134	Diamantina / Senador Mourão	0,716	45.884

Fonte - Dados do IBGE do Censo, 2010 (<https://cidades.ibge.gov.br/>).

Os municípios atendidos pelo programa foram definidos conforme critérios estipulados pela Portaria n. 35 de 2007.

Art. 2º Definir os seguintes critérios para a indicação dos municípios e dos estados onde serão instalados os 900 pontos referentes ao Projeto-Piloto Nacional de Telessaúde Aplicada à Atenção Básica.

I - Critérios Obrigatórios:

- a) adesão e comprometimento do gestor municipal e estadual ao Projeto-Piloto Nacional de Telessaúde Aplicada à Atenção Básica;
- b) municípios com infraestrutura mínima de telecomunicação (acesso à Internet);
- c) municípios com estratégia de Saúde da Família implantada.

## II - Critérios Indicativos:

- a) municípios com barreiras de acesso geográfico;
- b) municípios com população menor ou igual a 100.000 habitantes;
- c) municípios com cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou maior que 50%;
- e
- d) municípios com IDH menor que 0,500 (BRASIL, 2007, p.1).

O PNTSBR trabalha em sintonia com especialistas de universidades brasileiras, da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino, do Ministério da Saúde, Educação, Ciência e Tecnologia e Secretarias Municipais de Saúde de municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Nessa parceria, o município é responsável por fornecer ponto de acesso de rede e uma infraestrutura mínima de comunicação via *Internet*. O programa nacional, por meio do centro de referência, provê o plantão de atendimento remoto às equipes de Saúde da Família, computador, câmera, microfone, impressora e máquina digital (RIBEIRO FILHO *et al.*, 2008).

No local onde está alocado o profissional de saúde solicitante é necessário um espaço físico adequado com equipamento para uso exclusivo ou preferencial à TS. É imprescindível que o acesso a *Internet* seja ofertado por cabo ou por tecnologia sem fio, servido por banda (lógica) nominal mínima de 640 Kbps para que, mesmo com oscilações, a média fique em torno dos 128 Kbps mínimos, para suportar transmissão de vídeos. Contudo, como a maioria das Unidades Básicas de Saúde não conta com tal tecnologia, recomenda-se que o computador que tenha acesso à *Internet* e seja disponibilizado para as atividades de TS fique em sala que permita a confidencialidade das informações (BRASIL, 2012a).

O projeto busca, dentre outros objetivos, qualificar as equipes de ESF, utilizando as tecnologias de informação e comunicação para promoção de ações em tele-educação e TS. Sendo assim, essas ações visam favorecer a resolubilidade na APS do SUS e, conseqüentemente, a melhoria na qualidade dos serviços de saúde prestados à população por meio da educação permanente dos profissionais de saúde (BRASIL, 2012a).

As atividades do CTSHC-UFMG são financiadas principalmente pelo Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), Fundação

de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), além do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH). As ações em TS desenvolvidas pelo CTSHC-UFMG são teleconsultoria, telediagnósticos, tele-educação.

O CTSHC-UFMG realiza teleconsultorias de forma assíncrona, ou seja, o profissional da equipe de saúde da família do município remoto acessa o sistema via *internet* e faz uma descrição do caso no qual precisa de ajuda. O teleconsultor do centro de TS recebe a solicitação e tem até 24 horas para responder ao profissional solicitante. As atividades de teleconsultoria têm caráter educacional e assistencial visando aumentar a capacidade de resolução do solicitante (BRASIL, 2012a).

A equipe de tecnologia da informação do CTSHC-UFMG desenvolveu o sistema de teleconsultorias considerando os desafios na oferta dos serviços em TS. O sistema foi pensado para ser utilizado por municípios com internet de baixa qualidade e profissionais pouco familiarizados com o uso das TIC na prática diária. Sendo assim, o sistema dispõe de telas simples de fácil navegabilidade, leve e seguro. A segurança é fundamental para garantir o sigilo das informações (MARCOLINO *et al.*, 2013).

Todas as solicitações de teleconsultoria são encaminhadas aos plantões reguladores presentes nas seguintes especialidades: medicina de família/clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria, dermatologia, enfermagem, odontologia, fisioterapia, farmácia, psicologia, nutrição e fonoaudiologia. Caso o plantonista tenha necessidade de uma terceira opinião, encaminha a teleconsultoria a um especialista para opinar no caso, de acordo com a lista de especialidades disponíveis no serviço. Esse é chamado de especialista focal. O teleconsultor plantonista responde em torno de 80% das solicitações de teleconsultoria, e os 20% restantes são encaminhadas ao chamado especialista focal, por exigirem uma abordagem mais específica (MARCOLINO *et al.*, 2014).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresenta-se o embasamento teórico sobre políticas públicas, seu ciclo e sua avaliação. Em seguida, abordam-se as políticas públicas no Brasil destacando-se o SUS e o PNTBR. Por fim, apresentam-se algumas experiências de TS no Brasil.

#### 3.1 Análise de políticas públicas

O campo de estudo das políticas públicas é muito amplo e teve início nos Estados Unidos, após a Segunda Grande Guerra Mundial. Naquele período, viu-se a necessidade de aplicar a racionalidade técnico-científica para a resolução de problemas governamentais (*policy science*). Segundo Capella (2015, p. 241) as *policy sciences* podem ser consideradas como uma “ciência social voltada para a produção de conhecimento direcionado à resolução de problemas governamentais por meio da expertise de técnicos treinados em métodos de análise e solução de problemas”. No Brasil, os estudos sobre políticas públicas são mais recentes e, em sua maioria, estão relacionados à análise das estruturas e instituições ou à caracterização dos processos de negociação das políticas setoriais específicas (TREVISAN e BELLEN, 2008).

Devido à diversidade da aplicabilidade das políticas públicas, torna-se difícil encontrar um conceito unânime. Segundo Meny e Thoenig (1992) existem em torno de cinquenta definições diferentes em estudos sobre políticas públicas. O termo política pode ter diferentes significados. Segundo Frey (1999) a literatura diferencia três aspectos da política sendo adotados na ciência política. Pode-se observar o emprego dos conceitos em inglês de *polity* para denominar as instituições políticas, *politics* para os processos políticos e *policy* para os conteúdos da política. O uso da política nas políticas públicas está relacionado a ações no campo de atividades políticas como saúde, educação, com propósitos sociais, ou seja, a política no sentido de *policy*. No presente trabalho tratar-se-á da política enquanto *policy*.

Segundo Dye (1992) política pública pode ser entendida como tudo aquilo que os governos decidem fazer ou não fazer. É considerada como o resultado da atividade



de uma autoridade com poderes públicos e governamentais (MENY e THOENIG, 1992). Ou seja, as políticas públicas podem ser consideradas como iniciativas governamentais para suprir uma demanda da sociedade (FERNANDES,1996). As políticas públicas foram classificadas por Theodor Lowy (1964,1972) em quatro tipos: distributivas, regulatórias, redistributivas e constitutivas.

Políticas distributivas são aquelas nas quais as decisões tomadas pelo governo desconsideram a restrição de recursos; os impactos não têm um enfoque no coletivo e podem privilegiar determinados grupos ou indivíduo. Tende a ter uma estrutura de poder centralizada, regida pela prática de *troca de favores*. A divisão dos recursos se dá mediante a separação em pequenas unidades, independentes umas das outras, e livres de toda regra geral. A coerção é exercida de forma indireta e remota sobre o comportamento dos indivíduos, e o que prevalece nessa área é o acordo entre as partes. As políticas distributivas, que se limitam a outorgar recursos públicos para a sociedade, são menos conflituosas e com maior conteúdo técnico (LOWY,1972; FERNANDEZ, 1996; MUNIZ, 1997; SOUZA, 2006).

As políticas regulatórias envolvem processos burocráticos, tendem a ter uma estrutura de poder policêntrica e o foco é nos grupos de interesse. São formadas por normas, e a coerção é exercida de forma direta e imediata sobre o comportamento individual. Estão presentes em relações em que há conflitos de interesses: o Código Civil e o Código Penal são exemplos (FERNANDEZ, 1996; MUNIZ, 1997; SOUZA, 2006).

Já as políticas redistributivas são consideradas as mais conflitantes. Implicam o estabelecimento de critérios, por parte do setor público, que levam ao favorecimento de grupos específicos. A coerção se exerce de forma imediata e direta sobre o contexto socioambiental. Costuma atingir maior número de pessoas e impõe benefícios, em curto prazo, para determinados grupos sociais e ganhos incertos e futuros para outros (FERNANDEZ, 1996; MUNIZ, 1997; SOUZA, 2006).

O último grupo é o das políticas constitutivas que estão relacionadas a procedimentos. Traduzem-se em definições, por parte do poder público, das regras do jogo em geral. Podem significar reformas constitucionais, institucionais ou

administrativas. A coerção é exercida de forma indireta e remota sobre o controle do comportamento dos indivíduos. Sua dinâmica é parecida com a das políticas regulatórias e tendem a apresentar um alto grau de conflitos. Os atores predominantes são os partidos políticos (FERNANDEZ, 1996; MUNIZ, 1997; SOUZA, 2006).

Este trabalho tratará da avaliação de políticas do tipo distributivas, uma vez que privilegiam um grupo específico e fornecem recursos públicos para a sociedade. A extensão territorial e as diferenças socioeconômicas e culturais das regiões do Brasil favorecem a discrepância no acesso aos serviços públicos. Dessa forma, o Estado é impelido a buscar ações que favoreçam a igualdade dos direitos aos cidadãos. A criação de políticas públicas é uma estratégia utilizada para minimizar esse quadro.

Uma vez que a definição de políticas públicas se mostra diversa, o enfoque teórico metodológico também se mostra amplo. Segundo Fernandez (1996) a grande separação seria em estudos que têm um caráter prescritivo (*policy analysis*) daqueles que têm uma característica explicativa (*policy sciences*).

Nos modelos de *policy analysis*, destaca-se o modelo racional. Neste, as políticas se formam a partir de decisões nas quais se busca maximizar os ganhos e minimizar os custos. Deve-se considerar todas as informações necessárias para se eleger a melhor alternativa, tendo em vista os objetivos e as estratégias claramente definidos. Os pressupostos desse paradigma foram estabelecidos pela obra clássica de Quade em 1975<sup>3</sup>. No modelo racional, a tomada de decisões é feita de maneira sistemática, a partir de um conjunto fixo de alternativas no qual se busca o mínimo de incertezas, em um ambiente controlado em que os objetivos, as alternativas e as consequências são conhecidos. A política adotada deve ser considerada ótima diante das condições existentes (MUNIZ, 1997). A utilização de modelos puramente analíticos e racionais para tomada de decisões de ações de políticas sociais sofreram várias críticas. Uma delas é a de que essas técnicas foram desenvolvidas para países industrializados e que essa lógica do instrumento analítico-conceitual (deficitário) deve ser vista com

---

<sup>3</sup> QUADE, E. S. **Análisis de formación de decisiones políticas**. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales, 1975.

cautela em países em desenvolvimento, levando-se em consideração as peculiaridades das condições socioeconômicas.

Outro modelo de *policy analysis* é o de processo organizacional que surgiu a partir da crítica do modelo racional realizada no trabalho de Simon. Nessa obra, o autor apresentou a ideia do *homem administrativo*, que seria o contrário do *homo economicus*, postulado no paradigma racionalista. No modelo organizacional, admite-se que a racionalidade é limitada, as políticas seriam resultado da interação entre as organizações, a tomadas de decisões pelos gestores depende da existência de rotinas operacionais padronizadas. As ações ou programas seriam decorrentes de situações previamente definidas. Leva-se em consideração, para a tomada de decisões, os problemas que estruturam e delimitam a situação em questão, tendo em vista os produtos e as soluções que as organizações são capazes de processar. Nesse modelo, as ações governamentais são baseadas no incrementalismo. Partem sempre de ajustes sobre decisões tomadas anteriormente, não apenas com base na racionalidade absoluta (FERNANDEZ, 1996; MUNIZ, 1997; SOUZA, 2006; SIMON, 1955). Sendo assim, essas são o resultado dos comportamentos organizacionais que constituem um processo de transição política. Um dos inspiradores dessa corrente foi Charles E. Lindbloom, em sua obra *O processo de decisão política*, que também criticou o método racionalista. O mesmo trouxe a ideia de que as políticas públicas devem estar alinhadas aos problemas sociais, permitindo, assim, estabelecer ações e objetivos que atendam às demandas da sociedade (FERNANDEZ, 1996; MUNIZ, 1997; SOUZA, 2006; SIMON, 1955).

Na *policy analysis* destaca-se também o modelo burocrático. Segundo Allison (1969) os pressupostos teóricos desse modelo estão baseados na concepção de que as políticas (*policy*), enquanto diretrizes, são essencialmente resultado das relações políticas (*politics*), negociações, acordos. O processo decisório está vinculado a vários atores. As decisões estão relacionadas aos *jogos de poder* nas instituições governamentais, nas barganhas entre os diferentes atores envolvidos. Dessa forma, as decisões não seriam escolhas racionais, mas, sim, fruto de um *jogo político*.

Essas ideias vão ao encontro do pensamento de Frey (2000) para quem os programas e as políticas públicas sempre serão influenciados pelos atores

envolvidos no processo de formulação da agenda política. Dessa forma, torna-se importante a participação da sociedade nesse processo para que os interesses dessa classe possam ser representados.

### **3.2 O ciclo das políticas públicas**

Para que se possa melhor compreender a relação e o processo político ou, ainda, verificar os ajustes necessários às políticas públicas, é de suma importância a sua análise. A elaboração e a análise de uma política devem estar inseridas em um contexto social e histórico e implicam observar um conjunto de ações e operações relacionadas. Dessa forma, o conhecimento da base teórica sobre a qual a política foi desenvolvida é essencial, seja esse o método racional, organizacional ou burocrático. Independentemente, porém, do paradigma que dá suporte à política pública, essa está sujeita a um ambiente marcado por relações de poder entre diversos atores, Estado, sociedade e grupos de interesses dentre outros. Esse ambiente multifatorial e de delicadas relações políticas (*politics*) tornam a análise das políticas públicas complexas. Uma forma de auxiliar na compreensão é associar a análise ao modelo sistêmico do ciclo de política (*policy cycle*). É importante salientar que o *policy cycle* pode ser dividido em fases distintas e sequenciais: definição do problema, formulação de alternativas para solução, escolha da melhor solução, implementação da solução e avaliação. Embora o modelo teórico possa ser dividido em fases, na prática as mesmas estão interligadas e sofrem influência mútua (MENY e THOENIG, 1992).

A definição do problema ou formação da agenda é um ponto importante do *policy cycle*. Um determinado problema ou situação é escolhido como uma condição política digna de integrar a agenda de discussão das autoridades de grupos decisórios de dentro e fora do governo. Alguns assuntos são capazes de chamar a atenção do governo e dos cidadãos para que possam ser discutidos. Os fatores que influenciam a agenda governamental são vários, dentre esses os participantes ativos diretamente ligados ao governo e as pessoas da sociedade, além dos processos pelos quais determinadas alternativas se tornam relevantes. O conflito de interesses entre os atores e a pressão exercida sobre os grupos, sejam esses governamentais ou não, têm influência decisiva na definição do problema que irá compor a agenda

de política. Além disso, levam-se em consideração, na escolha da definição do problema, o processo e as características dos órgãos, instituições, aparelhos vinculados e sua capacidade de resolução. A identificação de problemas pode se dar por indicadores, eventos emergenciais ou situações de crise, processo de *feedback* de trabalho burocrático e de elaboração de orçamento dentre outros (VIANA, 1996).

Outro aspecto importante na escolha de assuntos que comporão a agenda de políticas públicas é o meio socioeconômico e político. Estes irão fornecer as condições para o incrementalismo político. A agenda governamental muda muito pouco, muitas vezes, se torna difícil romper com determinadas políticas que já fazem parte da agenda, uma vez que a sociedade já se apropriou da mesma. A manutenção das condições socioeconômicas não permite alteração da agenda política que corresponde à externalidade da agenda. Fatores como onde surge a demanda e quem participa do processo decisório são relevantes, e a participação da sociedade nesse processo ainda é limitada (VIANA, 1996).

A definição do problema e a inclusão do mesmo na agenda são etapas interdependentes do *policy cycle* e incluem uma definição aceitável para o público e um tratamento possível por parte do governo. No processo de definição do problema é importante identificar em que medida se estrutura, de forma que será possível abordá-lo com os recursos intelectuais, legais, fiscais, políticos e administrativos disponíveis. Dessa forma, o processo de formulação de uma política deve levar em consideração os recursos disponíveis, os interesses, os valores, os ideais, a capacidade de representação e o acesso às autoridades públicas (MENY e THOENIG, 1992).

A fase de formulação de alternativas se constitui em um espaço político de trocas e conflitos de poder, expressa interesses diversos que devem ser combinados de forma a se encontrar uma solução viável para a maioria envolvida. Segundo Capella (2015) alternativas são as soluções ou ideias, para determinado problema, elaboradas por grupos de especialistas (*policy communities*). Estes devem transformar os dados em informações que sejam relevantes; combinar os dados com valores, princípios e ideologias para produção do conhecimento sobre a ação

orientada e transformar o conhecimento empírico e normativo em ações públicas. Martín (1991) propõe que, na etapa de formulação, exista uma percepção da necessidade, elaboração prévia de um plano com resolução da questão do financiamento, aprovação institucional, implementação e *feedback*.

A etapa de tomada de decisão é dependente da etapa de formação das alternativas. Somente após a análise das alternativas expostas pode-se avaliar qual a melhor para ser implementada. A tomada de decisão governamental é influenciada pelos partidos, pelas normas e pela opinião pública. Segundo Anderson (1975) a decisão pode ser estabelecida de três maneiras: por barganha, por persuasão ou por comando, sendo necessário estabelecer quem são os atores que estão envolvidos no processo. Dessa forma, o processo culminará numa variedade de decisões, algumas rotineiras e outras não. Quando há consenso, a decisão pode ser bastante abrangente, envolvendo vários aspectos. No entanto, quando existe muito conflito, as questões são complexas ou a decisão requer grande profundidade de conhecimentos e tende a cobrir um pequeno número de aspectos, pode-se adiar a decisão para o momento da implementação (VIANA, 1996; FARIA, 2003; RUA, 2009).

A implementação pode ser considerada a fase em que a política pública é posta em prática. Sendo essa um estágio intermediário entre a formulação e a avaliação. Na fase de implementação, as rotinas executivas, das organizações envolvidas nas políticas, são decisivas. Essa etapa é acompanhada de monitoramento dos procedimentos e resultados preliminares, como forma de gestão das políticas públicas. O acompanhamento da fase de implementação pode auxiliar na detecção de problemas e a possibilidade de corrigi-los durante o processo de implementação de um programa. Diversas variáveis podem influenciar a implementação de uma política pública. Gilson (2015) destaca a importância da chamada burocracia ao nível da rua, ou de linha de frente, que seriam os implementadores (*street-level bureaucracy*) termo desenvolvido por Liksky, em 1980<sup>4</sup>. Essa variável é considerada crucial uma vez que esses indivíduos estão em contato direto com os cidadãos e sofrem influência direta das questões relacionadas com a implementação. Dessa

---

<sup>4</sup> LIPSKY, Michael. **Street level bureaucracy**. New York, Russel Sage, 1980.

forma, deve-se dar atenção especial ao treinamento e à qualificação dos profissionais que estarão diretamente envolvidos na implementação da política pública, uma vez que esses podem tomar decisões relacionadas ao processo de implementação que poderão influenciar os resultados a serem obtidos.

A fase de avaliação é o momento de verificar os resultados da política ou do programa implementado. Nessa etapa, questionam-se os impactos, os déficits, os efeitos indesejados e as consequências para ações futuras dentre outros. A avaliação pode dar início a um novo *policy cycle*. Dessa forma, a fase de avaliação se torna imprescindível para uma gestão pública responsável. Existem várias formas de abordar a questão da avaliação da política pública e vários conceitos que precisam ser elucidados mais detalhadamente (SOUZA, 2006).

### **3.3 Avaliação de políticas públicas**

A avaliação de políticas públicas é um ponto importante na gestão do Estado, uma vez que traz transparência ao uso do recurso público, possibilita descobrir erros, melhorar estratégias ainda em execução ou, até, verificar a ineficácia de determinada política pública. Para que se possa desenvolver uma boa avaliação, faz-se necessário conhecer a natureza técnica do que se pretende avaliar. Dessa forma, é importante o envolvimento de especialistas que sejam capazes de auxiliar na escolha dos instrumentos e dos procedimentos mais adequados. Outro ponto relevante da avaliação é o conhecimento da situação-problema, o que se pretende avaliar, quais dados precisam ser pesquisados e quais variáveis são determinantes para o problema em questão (MENEQUIN; FREITAS, 2013).

A avaliação sistemática e contínua das políticas públicas é considerada uma forma de proporcionar melhor utilização dos recursos públicos. O objetivo da avaliação é auxiliar os tomadores de decisões quanto à continuidade, necessidade de correções ou suspensão de determinada política ou programa de governo (COSTA; CASTANHAR, 2003). Existem vários tipos de avaliação nos quais os objetivos, as perguntas, os critérios devem estar inter-relacionados e, dessa forma, determinam o desenho metodológico da avaliação (SOUZA, 2002).

A avaliação pode ser realizada no começo do programa (*ex-ante*). Quando utilizada nesse momento, o objetivo é dar suporte à decisão de implementar ou não determinada política. O ponto central é o diagnóstico. Nesta etapa deve-se fazer a análise custo-benefício, custo-efetividade, além de avaliar os recursos disponíveis de acordo com os objetivos traçados. Muitas vezes esse tipo de análise pode afetar políticas e programas sociais. Apesar de esse tipo de avaliação ser extremamente importante para se garantir uma melhor aplicação dos recursos públicos, a sua prática não é tão comum no governo (CUNHA, 2006).

Outro tipo que pode ser realizado é a avaliação após a implantação de determinada política pública (*ex-post*). Nesse tipo de análise, verifica-se a continuidade da política e seus programas de governo. Para tanto, é necessária a utilização de ferramentas metodologicamente bem definidas e apropriadas para abordar o problema. Pode-se avaliar o impacto, os resultados ou efeitos sobre a situação inicial. A avaliação também pode ser realizada durante o processo de implementação. Em tais casos, essa pode ser aplicada periodicamente ao longo do período, com o intuito de detectar possíveis falhas e efetuar as correções necessárias ao longo do processo (CUNHA, 2006, MENEGUIN; FREITAS, 2013).

O desempenho de determinado programa público também pode ser averiguado por meio de diferentes critérios. Pode-se medir a eficácia de um programa quando o intuito for verificar se os objetivos foram alcançados, em um determinado período, sem levar em consideração os custos envolvidos. Por outro lado, se a meta for avaliar a eficiência, o foco será verificar a relação custo e benefício (CASTRO, 2006). Nesse contexto, busca-se a redução do custo total para uma quantidade de produto. Ou seja, verifica-se se as atividades foram realizadas da melhor maneira possível, com a melhor utilização dos recursos disponíveis. Outra possibilidade é a avaliação da efetividade. Nessa perspectiva, o ponto central é se o programa atingiu os efeitos que se esperava com o menor custo e em que medida os resultados trouxeram benefícios para a população (MARTIN, 1991).

Para a realização de uma avaliação, o primeiro passo é se familiarizar com o programa ou serviço que se quer avaliar. Em seguida, deve-se verificar se a mesma



é viável. Em caso afirmativo, é importante determinar o tipo. Na avaliação de implementação, deve-se realizar análise de dados recolhidos, sejam esses por meio de sistemas adequados ao programa, observações sistemáticas com os participantes, aplicação de questionários aos usuários ou beneficiários do programa dentre outros. A avaliação de processos é realizada durante a fase de implementação de um programa e está relacionada à gestão. Nesta, procura-se detectar dificuldades para que se possa realizar as adequações necessárias. Essa verificação auxilia a eficiência e a eficácia dos programas. Pode-se utilizar métodos quantitativos e/ou qualitativos (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Na avaliação de monitoramento ocorre o exame contínuo de processos, produtos, resultados e impactos das ações realizadas. Nessa, há a geração de dados parciais que subsidiarão a tomada de decisão, sendo assim incorporada ao processo de gestão (RUA, 2009).

Quando se quer saber sobre quais resultados produzidos pelo programa, deve-se proceder pela avaliação de resultados. Esse modelo tem como foco o alcance do programa: o produto final. Para tanto, pode-se utilizar estudos científicos experimentais, controlados, com validade interna (RUA, 2009). A metodologia utilizada vai depender do que se pretende medir. Deve-se verificar qual o produto gerado pelo programa implementado. Os resultados podem ser imediatos, ao médio ou ao longo prazo (COSTA; CASTANHAR, 2003).

A avaliação de impacto, por sua vez, visa verificar qual o efeito do resultado de um programa na sociedade. Para tanto, pode-se fazer uso de indicadores sociais em modelos de equações estruturadas. Busca-se comprovar a relação causal do resultado encontrado com o programa implementado. De um modo geral, as políticas públicas são implementadas buscando-se gerar efeitos, transformar a realidade. Deve-se estabelecer se as mudanças encontradas na situação-problema estão relacionadas com a intervenção, se a solução se aplica a outras realidades, se as mudanças são permanentes ou cessariam com a interrupção do programa (RUA, 2009; RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Existem ainda outros tipos de avaliação dependendo dos critérios de classificação. Quando se considera a verificação quanto aos seus agentes, a mesma pode ser classificada em externa ou interna. A avaliação externa é aquela realizada por indivíduos que não fazem parte da estrutura da instituição responsável pelo programa. Nesse tipo, destacam-se como pontos positivos, a isenção e objetividade dos avaliadores e a possibilidade de comparação com outros programas similares avaliados. Em contrapartida, o acesso aos dados é mais difícil e há possibilidade de não cooperação por parte dos indivíduos avaliados. Na avaliação interna, realizada pela própria instituição, costuma haver maior colaboração. Pode-se, porém, perder em objetividade, uma vez que o avaliador está envolvido no programa (CUNHA, 2006).

Ainda segundo a autora quanto à natureza da avaliação, pode-se classificar em formativas e somativas. As formativas estão relacionadas à formação do programa. São utilizadas nas etapas iniciais, quando da implementação. Essas têm características de análise, melhoramento e adequação dos programas a serem implementados ou em fase de implementação. Já as somativas estão relacionadas a etapas mais avançadas dos programas. São utilizadas quando os mesmos já estão implementados e buscam verificar a efetividade e julgar o valor geral do programa (CUNHA, 2006).

Sendo assim, pode-se observar que a avaliação de políticas públicas tem uma diversidade de fins. O importante é saber o que se pretende com a avaliação para se escolher o modelo metodológico mais adequado. O Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD) defende essa prática nos países da América Latina e estimula a participação do cidadão na gestão das políticas públicas (SANTOS *et al.*, 2014). No Brasil, essa prática vem ganhando gradativamente mais relevância na implementação de políticas e programas governamentais. Avaliar as políticas públicas é importante para tornar os gastos do governo mais eficientes, além de trazer transparência para a administração pública. Ao se verificar uma política pública durante ou após seu curso, tem-se a oportunidade de averiguar os efeitos produzidos, comparar o que foi planejado com o executado, analisar as variáveis e as consequências para a sociedade (MENEGUIN; FREITAS, 2013). Neste trabalho, pretende-se realizar a avaliação de eficácia, interna e somativa, ex-

*post.* Como já exposto nos objetivos, busca-se saber se os objetivos almejados, pelos formuladores de políticas públicas, foram alcançados após a fase de implementação.

### **3.4 Políticas públicas no Brasil**

Estudos sobre políticas públicas no Brasil são importantes na medida em que a realidade socioeconômica demanda do estado soluções cada vez mais difíceis de serem encontradas frente à limitação de recursos públicos. Nesse sentido, é importante que se tenham ferramentas que possam auxiliar os gestores públicos na tomada de decisão. Leistner (2011) acredita que o aumento dos trabalhos acadêmicos na América Latina, nas últimas décadas, seja em função da transição de regimes autoritários para governos democráticos, das reformas dos sistemas de proteção social e das modificações governamentais decorrentes da necessidade de ajustes fiscais.

Até o início dos anos 80, as políticas públicas tinham um caráter centralizador, com as decisões financeiras ficando a cargo do governo federal. Estados e municípios eram considerados apenas executores das políticas desenvolvidas em nível do governo central. Além do caráter centralizador, as políticas públicas tinham uma característica de serem fragmentadas institucionalmente. Ou seja, como o crescimento da máquina do governo se deu de forma desordenada, as agências eram criadas se sobrepondo às preexistentes sem uma coordenação, dificultando a eficiência e a efetividade das políticas públicas (FARAH, 2001; SECCHI, 2009).

Além disso, na área social, a partir de 1960, houve uma discriminação de estruturas governamentais especializadas em educação, saúde e habitação dentre outros. Isso levou à necessidade de se buscar soluções para tais problemas sociais, porém de maneira desarticulada e independente. Com isso, as políticas públicas foram dirigidas a questões separadas ao invés de serem coordenadas como ações em conjunto a um mesmo público-alvo. Até os anos de 1980, a sociedade civil não participava do processo de formulação da agenda das políticas públicas, nem da implementação e do controle de programas do governo. Os atores envolvidos no processo seriam os gestores e os grupos de interesse governamentais ou privados

com relações de clientelismo, trocas e barganhas presentes no *jogo de poder* (FARAH, 2001; SECCHI, 2009).

O processo de democratização do País, que foi consolidado com a Constituição de 1988, levou à necessidade de mudanças nas esferas política e social. Buscaram-se ações que priorizassem a descentralização, a equidade nos resultados das políticas públicas, maior participação da sociedade na formulação da agenda do governo e implementação dos programas. A descentralização e a participação dos cidadãos foram fundamentais para a modificação nas políticas sociais. A escassez de recursos e a crise fiscal dos anos 90 pressionaram o Estado a repensar as políticas públicas em relação a questões como eficiência, eficácia, efetividade e qualidade dos serviços públicos prestados. Nessa perspectiva, o Estado se mostrava ineficiente, ineficaz e provedor de serviços de baixa qualidade. A crítica neoliberal aos países da América Latina vem em função da intervenção excessiva do Estado, o que o tornou responsável pela crise econômica e do próprio Estado (FARAH, 1998).

Na abordagem liberal ou neoliberal não cabe às políticas sociais o papel de universalização dos benefícios sociais, uma vez que as desigualdades seriam resultado de decisões individuais. Contudo, na visão social democrática, as políticas públicas têm o papel de equalizar as desigualdades, tendo, assim, um papel regulador nas questões econômicas e sociais. A falência do Estado protetor agrava a crise social levando à necessidade de desenvolver outras dimensões para as políticas públicas (SECCHI, 2009).

No início da década de 90, buscou-se mesclar as ideias neoliberais à agenda *democrática* dos anos 80, de maneira que os conceitos de eficácia, eficiência e efetividade fizessem parte das ações governamentais. O amadurecimento da sociedade para a participação de questões políticas e sociais impulsionou o Estado a melhorar a qualidade do serviço prestado (SECCHI, 2009).

Dessa forma, os trabalhos que avaliavam as políticas públicas se tornaram extremamente relevantes para a sociedade e para o próprio governo. É importante conhecer se os programas de fato produziram o efeito esperado, uma vez que são um mecanismo poderoso para a melhoria na *performance* das organizações (SILVA,

1999). As políticas públicas apresentam um aspecto relevante, uma vez que são voltadas para diferentes grupos e sofrem influência das relações de poder envolvidas. Em uma sociedade com uma diversidade cultural e desigual como a brasileira, as políticas públicas desempenham um papel fundamental para garantir a equidade nos serviços sociais (HOFLING, 2001).

Projetos de reformas sanitárias foram implementados no Brasil, com o intuito de minimizar as desigualdades na área da saúde. Segundo Machado, Baptista e Nogueira (2011) um dos maiores processos de descentralização no Brasil ocorreu na área da saúde com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), embora alguns elementos permanecessem centralizadores como a aprovação e análise de programas na área. Arretche (1999) destaca que, em 1997, 60% dos municípios brasileiros já haviam aderido ao SUS, sendo este responsável por mais da metade das consultas médicas no País. Entretanto, o processo de descentralização não ocorreu de maneira uniforme em todo o território nacional. Dentre os vários desafios enfrentados pelo SUS e os municípios, destaca-se a garantia da equidade nos atendimentos diante da heterogeneidade do território brasileiro. De acordo com a Constituição de 1988 a saúde é considerada como direito de todos e dever do Estado.

Sendo assim, a política de saúde nos anos 90 foi influenciada pela disputa entre a agenda da reforma sanitária e a agenda de reforma do Estado, com uma base liberal. Acredita-se que a implementação do SUS tenha sido dificultada pelo processo de reforma do Estado hegemônico que não concordava com a ideia de proteção social abrangente. Outro ponto a ser destacado na política de saúde é o federalismo brasileiro.

Em Estados federativos, estados e municípios— porque dotados de autonomia política e fiscal — assumem funções de gestão de políticas públicas ou por própria iniciativa, ou por adesão a algum programa proposto por outro nível mais abrangente de governo, ou ainda por expressa imposição constitucional (ARRETCHE, 1999, p.114).

Apesar da descentralização, o Ministério da Saúde ainda tem um papel importante na definição das políticas públicas na área, no financiamento e na regulação do sistema de saúde. Segundo os autores esse aspecto estaria relacionado com o fato

de o Estado brasileiro ser influenciado historicamente pelo executivo federal (MACHADO, BAPTISTA e NOGUEIRA, 2011).

### **3.5 O SUS como política pública**

A Constituição Federal de 1988 determinou a saúde como acesso universal e dever constitucional de todas as esferas do governo, ampliando o conceito de saúde e vinculando-a às políticas públicas. Dessa forma, a Lei n. 8080 e a Lei n. 8142, de 1990, regulamentaram um novo modelo de assistência à saúde: o SUS, cabendo ao poder público o dever de regulamentar e controlar as ações e os serviços de saúde por meio da descentralização do poder e participação da sociedade (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

O processo de integração da saúde foi influenciado pelo contexto político da década de 90, no Brasil, e foi marcado pela liberação econômica e pela democratização. A estruturação do SUS foi influenciada por questões políticas que repercutiram em seu processo de estruturação (MACHADO, BAPTISTA e NOGUEIRA, 2011).

O SUS foi preconizado com base em princípios doutrinários e organizativos. Como princípios doutrinários estão a universalidade, a integralidade e a equidade. De acordo com a universalidade o acesso à saúde deve ser garantido a todos os cidadãos sem distinção de sexo, raça, renda, ocupação dentre outras características pessoais e sociais. Conforme a integralidade o indivíduo deve ser atendido em todas as suas necessidades, dessa forma, torna-se relevante a articulação da saúde com as políticas públicas. Por fim, a equidade busca minimizar as desigualdades. Tratar de maneira diferenciada os desiguais. Esse está relacionado à justiça social (BRASIL, 1990).

Como princípios organizativos estão: a regionalização e hierarquização, a resolutividade, a descentralização, a complementariedade e a participação dos cidadãos. De acordo com o princípio de regionalização e a hierarquização, os serviços do SUS devem ser organizados de maneira que todas as regiões do País disponham de serviços de saúde nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) e que sejam articulados. Conforme o princípio da resolutividade espera-se

que o serviço de saúde correspondente seja capaz de enfrentá-lo e resolvê-lo em toda a sua complexidade. A descentralização representa a redistribuição das responsabilidades pelas ações e pelos serviços de saúde entre os vários níveis de governo. A complementariedade diz respeito ao setor privado e está prevista a sua contratação quando há a necessidade para a complementação dos serviços públicos (BRASIL, 1990).

Dessa forma, foram desenvolvidas muitas estratégias para garantir os princípios doutrinários do SUS como integralidade, universalidade e equidade. Dentre essas destaca-se o PSF. Esse foi criado em 1994 e buscou uma reorientação da APS de acordo com os princípios do SUS. Pode-se observar que o Estado, ao incorporar um modelo assistencialista à política de descentralização, em curso no Brasil, rompe com a lógica da autonomia na produção de serviços e cria uma dependência na transferência de recursos e na demanda políticas na Atenção Básica em nível federal (SANTOS *et al.*, 2009).

O financiamento da saúde pelo governo federal assegurou a implantação do PSF em diversas regiões do País e incorpora os pressupostos do SUS e amplia, assim, o acesso à Atenção Básica. No PSF o primeiro contato do paciente com a equipe de saúde ocorre na Atenção Primária. Dessa forma, melhora-se a qualidade do atendimento ao usuário promovendo o acolhimento e integração. Se, por um lado, o PSF favoreceu acesso à Atenção Básica em saúde, por outro, não solucionou a integração aos serviços especializados, a necessidade de troca de informação dos profissionais de saúde, nem a capacitação dos mesmos para que possam manter a qualidade nos serviços prestados (SANTOS *et al.*, 2009).

O PSF foi desenvolvido para reorganizar a Atenção Primária no Brasil de acordo com os preceitos do SUS. Considerando sua abrangência nacional e a necessidade de adequação, foi transformado, por meio da Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, em ESF. Dessa forma, a necessidade de profissionais capacitados para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondessem às demandas da sociedade e que fossem capazes de articular os diversos setores envolvidos na promoção da saúde continuava sendo um problema. A ESF é tida, pelo Ministério da Saúde e por gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão,

qualificação e consolidação da atenção primária por meio da sua reorganização. Espera-se uma reorientação do processo de trabalho com maior aprofundamento dos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliando a resolutividade e o impacto na situação da saúde das pessoas conduzindo, assim, a uma melhor relação custo-efetividade (BRASIL, 2006).

Em novembro de 2017, a ESF cobria 63,9% da população, com 42.596 equipes, porém de maneira heterogênea (BRASIL, 2017). As diferenças quanto ao acesso, qualidade e custo da atenção à saúde estão relacionadas, entre outros fatores, a deficiências na formação profissional, problemas na infraestrutura e dificuldades na incorporação tecnológica (FACCHINI *et al.*, 2006).

Sendo assim, faz-se necessário buscar soluções para que de fato as estratégias do SUS possam ser consolidadas. O investimento em informação, educação e comunicação foram apontados como estratégias necessárias para tal propósito. O uso de TIC poderia ser uma forma de minimizar as dificuldades impostas pelas características do País como áreas de difícil acesso, com baixo capital social e excluídas digitalmente. A apropriação desses recursos na área da saúde poderia ampliar a formação dos profissionais e melhorar o cuidado com os pacientes, na medida em que se utilizariam recursos de acesso remoto para apoio educacional, clínico e diagnóstico. Com esse intuito foi criado na Conferência Nacional de Saúde, em 1994, o Canal de Saúde que realizava teleconferências interativas, periódicas, em circuito fechado de TV com auxílio de telefones, fax e, posteriormente, correio eletrônico. Em 1998 todos os estados brasileiros já dispunham de teleconferências e, em 1999, os vídeos do canal já estavam na internet (ESCOREL *et al.*, 2007, SILVA; SOUZA, 2010).

Embora ações como o Canal de Saúde fossem criadas, dentre outras, não foram suficientes para suprir as dificuldades e deficiências do SUS. As diferenças quanto à qualidade nos atendimentos, ao acesso aos serviços de saúde, à formação dos profissionais continuavam a existir no território brasileiro. Acredita-se que essas diferenças estariam relacionadas à heterogeneidade do Brasil, ao baixo acesso a tecnologia, a precariedades das estruturas físicas e a redes de saúde



desestruturadas, bem como ao pouco ou nenhum suporte de níveis de atenção a saúde a serviços especializados (SOUZA; COSTA, 2011, GONÇALVES *et al.*, 2016).

Com a criação da ESF, a necessidade de capacitação dos profissionais e melhor estruturação da rede de saúde se tornaram mais amplas uma vez que a ESF tem como objetivo atingir o maior número de regiões no País. Dessa forma, fez-se necessário buscar soluções que contemplassem a educação permanente dos profissionais, a possibilidade de uma rede de cooperação e troca de experiência e que fosse voltada para APS. A ênfase do cuidado na Atenção Primária é uma das estratégias do SUS para minimizar as desigualdades na saúde tão frequentes entre as inúmeras regiões do Brasil. Um dos pontos importantes nesse caminho é superar o desafio de fornecer capacitação para os profissionais fixados em áreas remotas, melhorando, assim, a qualidade no atendimento. Uma das formas de prover essa capacitação pode ser por meio da formação a distância (ESCOREL *et al.*, 2007).

Nesse contexto, a TS seria uma alternativa para ampliar a prestação dos cuidados médicos de qualidade no Brasil e poderia, dessa forma, ajudar o País a superar desafio de qualificação por meio da tele-educação. Essa modalidade de atendimento representa a criação de um novo paradigma no qual se procura melhorar as condições dos usuários dos serviços saúde nos países em desenvolvimento e nos subdesenvolvidos. Apesar de a ESF ter trazido avanços importantes na saúde da população brasileira como redução na mortalidade infantil, redução nas internações por contextos ligados à atenção primária da saúde, demonstraram um caráter heterogêneo. Ou seja, nem todas as regiões do Brasil apresentaram o mesmo desempenho. A diversidade da qualidade dos serviços prestados pelas equipes da ESF e a necessidade de ações de educação permanente em saúde, para qualificação e ampliação do impacto positivo das ações em saúde, impulsionaram as ações em TS (FACCHINI *et al.*, 2006).

### **3.6 O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes**

Considerando as dificuldades de acesso a saúde, principalmente para atendimentos especializados, e a diversidade na formação dos profissionais de saúde, os serviços de TS parecem ser uma estratégia de política pública viável para minimizar essas

questões. Os termos TS e telemedicina, muitas vezes, são utilizados na literatura como sinônimos. Contudo, segundo o Conselho Federal de Medicina (2002) a telemedicina pode ser definida como “[...] o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde”. Já a TS é considerada o uso das tecnologias de informação e comunicação, em atividades de saúde, nos níveis primário, secundário e terciário, de forma abrangente, multidisciplinar e a distância (BRASIL, 2011a).

A TS permite uma nova forma de comunicação entre a atenção especializada e a APS, favorecendo a maior resolutividade na atenção básica por meio da teleconsultoria e apoio diagnóstico. A teleconsultoria pode ser definida como uma “[...] consulta realizada entre profissionais da saúde, por meio das tecnologias de informação e comunicação com o objetivo de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho” (BRASIL, 2011a). A solicitação e resposta a uma teleconsultoria pode ocorrer entre um ou mais profissionais de saúde solicitantes e/ou teleconsultores. As atividades de teleconsultoria são de apoio assistencial com caráter educacional, visam ampliar a capacidade resolutiva do solicitante. Devem ser baseadas na melhor evidência científica disponível, adaptada à realidade local. Podem ser síncronas (*online*), na qual a discussão ocorre em tempo real, ou assíncronas (*offline*) na qual os interlocutores fazem postagens em tempos diferenciados. Na forma assíncrona, a questão enviada pelo solicitante é posteriormente respondida pelo teleconsultor, sendo que este tem um prazo máximo de 48 horas para efetuar a resposta. Após o recebimento de uma solicitação de teleconsultoria, essa entra no processo de regulação. O profissional regulador recebe, analisa, classifica e orienta o fluxo de solicitações, distribuindo-as aos teleconsultores de acordo com a área profissional de cada um. O regulador realiza também auditoria interna sobre as respostas produzidas para garantir o padrão de qualidade do serviço (BRASIL, 2013).

Já o apoio ao diagnóstico da atenção especializada para atenção básica pode ser realizado por meio de exames como eletrocardiograma, análise de imagens de lesões, dentre outros, que permitam o telediagnóstico. Ou seja, a APS envia os

dados para a atenção especializada e a mesma faz a análise e dá o retorno com o suporte necessário por meio das ferramentas de comunicação a distância. Segundo o Ministério da Saúde telediagnóstico pode ser entendido quando se utilizam as tecnologias da informação e comunicação para a realização de serviços de apoio ao diagnóstico a distância (BRASIL, 2011a). Vários exames diagnósticos da área da saúde podem ser realizados por meio das TIC. Dessa forma, o telediagnóstico pode beneficiar moradores de localidades distantes dos grandes centros urbanos que não teriam acesso aos métodos diagnósticos essenciais à atenção à saúde (BRASIL, 2012a).

A tele-educação é outro serviço preconizado pela TS, com foco na educação permanente dos profissionais. Pode ser definida como a utilização de ferramentas tecnológicas para a construção e o aperfeiçoamento de conhecimento dos profissionais de saúde, nas diferentes áreas do conhecimento. Essa é desenvolvida por meio de conferências, aulas e cursos, ofertados a distância por meio das TIC. No sentido de aprimorar o processo de educação permanente, a TS dispõe do serviço de Segunda Opinião Formativa. Segundo o Ministério da Saúde essa pode ser entendida como resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas a partir das perguntas originadas das teleconsultorias (BRASIL, 2011a).

O PNTSBR tem o apoio da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNEP) que foi criada em 1989 pelo Ministério da Ciência e Tecnologia com o intuito de criar uma infraestrutura de rede *internet* nacional com conexão gratuita para algumas instituições. Além disso, a Portaria n. 35, de 2007, assegurou ao programa a criação da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) para apoiar o aprimoramento da infraestrutura da telemedicina já existente em hospitais universitários e favorecer a integração entre as instituições participantes do programa. Esta foi a primeira iniciativa no âmbito nacional, em TS. A Portaria n. 35 definiu também Núcleo de Telessaúde.

Núcleo de Telessaúde: são as instituições universitárias, com experiências em telemedicina e telessaúde, responsáveis pela coordenação e implantação do projeto nos estados definidos no projeto piloto. Ponto do projeto piloto: É um conjunto computacional (microcomputador com DVD, impressora e webcam) com conexão à Internet por banda larga, para ser

utilizado por equipes de saúde da família para fins de tele-educação interativa, segunda opinião educacional, uso de objetos de aprendizagem (projeto homem virtual), acesso à Biblioteca Virtual da Saúde e Comunidade Virtual. Ponto da RNP: É um conjunto computacional (microcomputador com câmera, servidor de rede e roteador) conectado a ponto de transmissão de dados com velocidade de 1 ou 2 Mbps (BRASIL, 2007 p.3).

Essas definições são importantes para que se possa compreender o apoio e a articulação entre os vários níveis de governo. A necessidade de ampliação do programa fez com que o governo publicasse a Portaria n. 2.546, de 27 de outubro de 2011, que redefiniu e ampliou o Programa Telessaúde Brasil, que passou a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (PNTSBR) e passou a apoiar, não somente a atenção primária, mas todos os níveis de atenção. Atualmente, o programa está sendo desenvolvido em 22 estados, com cerca de 6.000 pontos de Telessaúde localizados em 2.600 municípios envolvendo 50.000 profissionais de equipes de atenção básica/saúde da família (BRASIL, 2012a).

Em 28 de outubro de 2011 foi instituído, pela Portaria n. 2.554, o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o objetivo de fomentar a qualificação da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família. Um dos componentes do programa foi o Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, que visou ampliar o acesso a determinadas ações de saúde, favorecer a resolutividade na atenção básica e ser uma ferramenta de educação permanente (BRASIL, 2011b). De acordo com a Portaria n. 2.488 do Ministério da Saúde na Política Nacional de Atenção Básica, as expressões: Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (APS) são considerados sinônimos. Esses são o primeiro nível de acesso ao sistema de saúde, tendo como características: a existência de uma atenção contínua à saúde, ações que ofereçam atenção integral no processo saúde-doença, ações de promoção de saúde, além de encaminhamento a serviços especializados (BRASIL, 2011c).

Segundo a Portaria n. 35 do Ministério da Saúde os serviços de telemedicina e TS devem ser desenvolvidos considerando a necessidade de integração entre as diversas instituições no intuito de desenvolver ações de saúde que possam melhorar a qualidade do atendimento da APS do SUS por meio da ampliação da capacitação das equipes de ESF. Sendo assim, o PNTSBR tem como objetivo a realização de

ações com foco na assistência e educação permanente na ESF. Dessa forma, espera-se contribuir para mudanças nas práticas de trabalho e aumento na qualidade do atendimento na APS do SUS (BRASIL, 2007). As ações previstas no PNTSBR têm como foco a melhoria da qualidade do atendimento e a formação do profissional. Sendo assim, resultam em benefícios diretos na APS, como descritos no quadro 2.

Quadro 2 – Benefícios do programa de telessaúde

Ações	Benefícios para atenção primária
Telemonitoramento de doenças crônicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- redução da mortalidade e comorbidades</li> <li>- melhor controle das doenças</li> <li>- redução das morbidades e comorbidades</li> <li>- melhor qualidade de vida</li> <li>- redução com gastos públicos com hospitalizações</li> </ul>
Telediagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- envio e discussão de casos clínicos a distância</li> </ul>
Telerregulação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diminuição de traslados ou transferências desnecessárias</li> <li>- suporte assistencial para seleção de pacientes para encaminhamento</li> </ul>
Teleconsultorias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- melhora na assistência aos pacientes</li> <li>- retenção do profissional de saúde na área rural</li> <li>- diminuição do deslocamento dos pacientes</li> <li>- acesso a especialistas</li> <li>- oportunidade de compartilhar conhecimentos</li> <li>- diminuição das filas de esperas para consultas com especialistas</li> <li>- diminuição de traslados de pacientes com transferências desnecessárias</li> <li>- melhor relação profissional com paciente</li> </ul>
Tele-educação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- capacitação sem necessidade de deslocamento dos profissionais</li> <li>- interação e criação de rede social</li> <li>- espaço compartilhado de construção e desenvolvimento de conhecimento</li> </ul>

Fonte - SANTOS *et al.* In: CAPELLI. **Primary care at a glance**: hot topics and new insights. Rijeka, Croácia: INTHEC; 2012. p. 137-150 (adaptado).

O Ministério da Saúde tem a responsabilidade de coordenar, em nível nacional, as ações do PNTSBR, além de realizar o monitoramento e a avaliação dos indicadores de produção, a partir das informações fornecidas pelos núcleos de TS. Por sua vez, estes devem ofertar serviços como teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e tele-educação. Além disso, devem enviar periodicamente relatórios acerca das ações para o sistema de monitoramento do Ministério da Saúde e

estimular e orientar os profissionais das equipes de saúde em relação à oferta dos serviços nessa área (BRASIL, 2012a).

### **3.7 Experiências em telessaúde no Brasil**

A TS surge no Brasil de maneira fragmentada. As primeiras experiências aconteceram no final dos anos 80 de forma isolada em universidades federais e em centros de pesquisas. Essas iniciativas tinham como foco a ampliação do acesso à saúde com qualidade. A primeira iniciativa mais ampla de telessaúde, ou seja, em nível nacional, foi a criação da Rede Universitária de Telemedicina – RUTE (SILVA; MORAES, 2012).

Em Minas Gerais a TS se iniciou em 1998 quando a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) foi inserida no projeto REMAVE (Rede Metropolitana de Alta Velocidade) e teve a coordenação do Laboratório de Computação Científica (LCC/CENAPAD/UFMG). Posteriormente, o HC-UFMG aderiu ao projeto para auxiliar no desenvolvimento de um modelo de TS para apoio à APS (ALKMIM *et al.*, 2010). Com investimentos dos governos federal, estadual, municipal e agências de fomento à pesquisa, as ações em teleassistência se expandiram nos anos 2000. Vários projetos foram desenvolvidos no estado e os resultados mostraram que os serviços em TS foram capazes de superar barreiras físicas no acesso à assistência e uma estratégia importante e eficiente de educação permanente (MARCOLINO *et al.*, 2014).

Uma das experiências em TS em Minas Gerais que merece destaque é o Projeto Minastelecardio. Foi iniciado, em 2006, em 82 municípios mineiros. Por meio do projeto foram implantados serviços de telecardiologia. Os serviços foram prestados a partir do estabelecimento da rede de telecardiologia, constituída por cinco hospitais universitários que recebem a transmissão de eletrocardiogramas pela *Internet*. O projeto foi bem-sucedido no que se refere à implantação e à manutenção, sendo bem avaliado pelas equipes de saúde dos municípios e reduzindo substancialmente os encaminhamentos desnecessários (ANRADE *et al.*, 2011).

Outra experiência que se pode destacar é a de Pernambuco. O PNTSBR é desenvolvido em Pernambuco, desde 2007, pelo Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco, embora já ofertasse serviços nessa modalidade desde 2003. O núcleo fornece a teleassistência por meio das teleconsultorias e da tele-educação. Esta é desenvolvida por meio de webconferências e seminários virtuais dentre outras. Uma atividade que merece destaque foi o seminário sobre saúde mental que contou com a participação de 1.422 profissionais com 87% de satisfação. Observou-se, porém, uma baixa participação de médicos, apenas 5% dos participantes. Os autores acreditam que um programa de capacitação contínua possa contribuir para a melhoria da resolutividade do SUS uma vez que a Atenção Primária é o primeiro contato do paciente com a rede de cuidados, sendo fundamental a preparação do profissional (NOVAES *et al.*, 2012).

Na Bahia, a TS foi implantada com o objetivo de levar o acesso à saúde a populações de áreas remotas como comunidades quilombolas e áreas rurais distantes dos centros urbanos. Nesse estado, o serviço teve início em 2011, porém, em 2013 foi que houve maior adesão dos profissionais de saúde, uma vez que perceberam o potencial das ações nessa área para qualificação dos profissionais da ESF em todo o território baiano. A TS foi importante para superar as barreiras físicas e geográficas da região que tem uma grande extensão territorial. Dessa forma, foi importante para formação, atualização e ampliação da prática profissional em saúde diminuindo as desigualdades existentes (PIROPO; AMARAL, 2013).

Campos *et al.*, (2009) apresentaram um estudo no qual detalharam as ações em TS desenvolvidas nos diversos municípios brasileiros. Os autores destacaram a contribuição do PNTSBR para ações destinadas a equipes de médicos, de enfermagem e odontologia. Para tanto, desenvolveram recursos como teleconsultoria, educação continuada, recursos educacionais como modelagem 3D, animação e vídeos para os mais de 900 municípios integrantes do programa.

A TS vem se mostrando também como um instrumento transformador das relações em saúde, por favorecer assistência à saúde a distância e fomentar o

desenvolvimento de redes colaborativas entre os profissionais (ALKMIM *et al.*, 2009).

Segundo Nunes *et al.* (2016) os ganhos com a TS, em São Paulo, são inquestionáveis. Com os serviços nessa área foi possível desenvolver um modelo de atenção à saúde de baixo custo e com maior agilidade nos serviços especializados. Além disso, há mais rapidez nas respostas dos especialistas da rede de saúde do município de Ribeirão Preto, por meio da parceria com a Universidade de São Paulo. Com a implantação da rede de teleassistência, os benefícios se estenderam para os Departamentos Regionais de Saúde de Franca e Araraquara, e a criação do Núcleo de Telessaúde (NUTES) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP/USP).

Foi realizado, em 2014, um estudo a respeito do uso das TIC na saúde em instituições de saúde brasileiras, com o foco mais específico nos indicadores que permitissem delinear um cenário sobre o uso da TS no Brasil. Os resultados mostraram que há um uso crescente das TIC nas instituições de saúde, porém que há um uso limitado dos serviços de teleassistência, especialmente para atividades de interação assíncrona. O estudo apontou ainda que, nos serviços público de saúde, o uso de serviços de educação e pesquisa a distância foram frequentes, enquanto, nos serviços privados, o uso de atividade de TS se mostrou ainda incipiente. Ou seja, a TS se revela como uma estratégia bem-sucedida de atendimento a saúde para áreas remotas e nova forma de atendimento para conseguir resultados cada vez mais exitosos (SENNE *et al.*, 2016).

Pode-se destacar também ações de parceria entre o Brasil e outros países na implantação da TS. O programa Saúde para Todos América Latina tem como objetivo implementar em três locais: Demonstrativo - Distrito de Potosí (Bolívia), Vitória da Conquista, no estado da Bahia (Brasil), e cidade de Pudahuel, na região de Santiago (Chile), uma forma de aprendizagem a distância inovadora, que possa efetivamente apoiar as Equipes de Saúde da Família de áreas geográficas remotas (COSTA *et al.*, 2009).



## **4 METODOLOGIA**

Este capítulo apresenta os elementos metodológicos relacionados ao estudo como: tipo, abordagem e método de pesquisa, unidade de análise, unidade de observação e sujeitos, estratégias de coleta e análise dos dados.

### **4.1 Caracterização da pesquisa: tipo, abordagem e método**

Este estudo é do tipo descritivo. A pesquisa descritiva busca verificar fatos, registrá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los sem a interferência do pesquisador (GIL, 2008). Para Triviños (1987), os trabalhos descritivos buscam conhecer fatos e fenômenos de determinado contexto ou realidade. No presente estudo, busca-se descrever os resultados do PNTSBR na percepção dos atores nele envolvidos.

A abordagem adotada no estudo foi a qualitativa. Segundo Triviños (1987) a pesquisa qualitativa permite a significação dos dados, uma vez que tem como base a percepção do fenômeno no contexto no qual está inserido. Para Minayo (2005) a abordagem qualitativa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos e opiniões que permitem analisar o significado e a intencionalidade que lhe atribuem os atores. Portanto, a abordagem qualitativa se mostrou adequada ao propósito.

Em relação ao delineamento da pesquisa, o método utilizado foi o estudo de caso, uma vez que este permite um conhecimento amplo e detalhado do objeto de estudo. “É caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos” (GIL, 2008, p. 57).

### **4.2 Unidade de análise, unidade de observação e sujeitos da pesquisa**

Segundo Collis e Hussey (2005, p. 73), unidade de análise “[...] é o tipo de caso aos quais as variáveis ou fenômenos sendo estudados se referem, e sobre o qual se coletam e analisam os dados”.

A unidade de análise deste estudo foi o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, instituído pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de utilizar ações de TS e

tele-educação para qualificar os profissionais das equipes de saúde da família, otimizar o fluxo de pacientes, ampliar o acesso a serviços especializados, favorecer a fixação do profissional de saúde e reduzir custos.

Segundo Collis e Hussey (2005) o local onde a pesquisa será realizada, numa perspectiva fenomenológica, é um ambiente no qual se tenta não controlar nenhum aspecto.

No presente estudo, a unidade de observação foi o CTSHC-UFMG e os municípios do estado de Minas Gerais atendidos pelo CTSHC-UFMG por meio do PNTSBR.

O CTSHC-UFMG é uma das instituições que fazem parte do PNTSBR. Esse presta assistência em TS a 50 municípios mineiros.

Só participaram do estudo os municípios considerados ativos, ou seja, que realizaram alguma teleconsultoria nos seis meses anteriores à coleta dos dados.

Foram considerados como unidade de observação os municípios com os menores IDH dentre os 50 municípios atendidos pelo PNTBR, apresentados previamente no quadro 1. Acredita-se que nos municípios com os menores IDH o programa tenha uma relevância maior. Os municípios foram classificados em ordem crescente de IDH e serviram de referência para a seleção dos sujeitos até atingir o ponto de saturação.

Fizeram parte desta pesquisa teleconsultores plantonistas CTSHC-UFMG e profissionais solicitantes considerados usuários (que tenham realizado, pelo menos, uma teleconsultoria nos últimos seis meses antes da coleta de dados), sendo esse médico ou enfermeiro da equipe de ESF dos municípios ativos.

Foram convidados a participar do estudo os teleconsultores plantonistas das áreas com maior número de demanda por teleconsultoria solicitadas pelos municípios nos últimos seis meses antes do início da coleta de dados. Para identificação desses profissionais, foi feita análise do número de teleconsultorias realizadas.

Em relação aos médicos e enfermeiros da equipe de saúde da família, foram identificados aqueles que realizaram o maior número de solicitações de teleconsultoria. Apenas um profissional da equipe de saúde da família, desses municípios de menores IDH, participou do estudo. A ordem para início da categoria foi definida por sorteio. O primeiro profissional sorteado foi médico, sendo o segundo enfermeiro e assim seguiu-se sucessivamente. De posse da listagem dos profissionais que atenderam aos critérios de inclusão, iniciou-se o contato com os mesmos. Poucos profissionais retornaram o contato que foi feito por *e-mail* e telefone celular. Aqueles que aceitaram participar do trabalho foram incluídos na listagem para participar da pesquisa.

### **4.3 Coleta dos dados**

Os participantes da pesquisa foram convidados a participar de uma entrevista com perguntas norteadoras (APÊNDICE A) sobre a percepção em relação aos resultados do PNTSBR. A entrevista é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizada nas pesquisas em ciências sociais, sendo adequada para obter informações acerca do conhecimento, crenças, sentimentos dos indivíduos em profundidade (GIL, 2008).

Aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B).

Assim que o participante concordou em fazer parte da pesquisa, foi marcado um encontro com dia, local e hora de melhor conveniência para o mesmo. Os participantes que não moravam em Belo Horizonte realizaram a entrevista por telefone ou via *Skype*, em dia e hora de melhor conveniência.

A entrevista foi gravada e depois transcrita para servir de base de dados para análise. Na gravação e transcrição, os participantes foram identificados por código, por exemplo, T1, para entrevistado um (1) do grupo de teleconsultores e M1 para médico solicitante e E1 para enfermeiro solicitante e assim sucessivamente. Dessa forma, foi mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. A gravação da entrevista será mantida em posse do pesquisador por cinco anos. Após esse período, o material será descartado.

As entrevistas foram interrompidas quando atingiram o ponto de saturação, ou seja, quando as ideias começarem a se repetir. Segundo Thiry-Chequer (2009) não se deve realizar menos que seis observações e nem se estender além de 12. As categorias saturam quando, em torno de 1/3 das observações realizadas, não acrescentam novos conteúdos.

#### **4.4 Análise e tratamento dos dados**

Os dados da pesquisa foram interpretados por meio da análise de conteúdo e organizados em categorias, tendo como base o material extraído das entrevistas. Segundo Bardin (2016, p. 48) a análise de conteúdo consiste em

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens a indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) dessa mensagem.

A análise do conteúdo organiza-se em torno de três polos cronológicos: “[...] pré-análise; exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação” (BARDIN, 2016 p.125).

Na fase pré-análise ocorre o contato inicial com o material de estudo e é feita a *leitura flutuante*. É o momento no qual se organizam os dados. Este contato inicial permite construir o escopo do trabalho e induzir aos outros processos de análise (BARDIN, 2016).

Na etapa da exploração do material são realizados recortes nos textos, agrupamentos, classificações, categorizações conforme similaridades e significados (BARDIN, 2016).

A última etapa é a fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nessa etapa, deve-se realizar inferência fundamentada, ir além da frequência de aparição, deve-se interpretar os dados com fundamentação teórica (BARDIN, 2016).

Na pré-análise das entrevistas transcritas foi feita inicialmente a *leitura flutuante* tendo como eixo norteador os objetivos do trabalho. Nessa etapa, foi possível identificar elementos que poderiam ser considerados como recortes do conteúdo para, posteriormente, serem agrupados em categorias.

Os elementos recortados devem estar relacionados entre si para que possam servir de unidade de análise ou classificação. Podem ser palavras ou expressões, frases ou orações ou temas (LAVILLE; DIONE, 1999).

No presente trabalho, optou-se por fazer recortes do conteúdo com base nos temas que emergiram na fala dos entrevistados. Foram identificados como ideias ou conceitos que fizessem alusão a possíveis resultados do PNTSBR. Segundo Laville e Dione (1999) o recorte por temas pode oferecer dificuldades para o pesquisador, uma vez que, muitas vezes, não apresenta uma delimitação clara e pode estar misturado a outros temas. Por outro lado, aproxima o pesquisador do conteúdo do trabalho uma vez que o leva a construir as unidades de análise a partir da sua compreensão.

Após a identificação dos recortes por temas, seguiu-se a fase de exploração do material na qual foram identificadas as categorias de análise. O recorte do conteúdo por temas similares favoreceu o processo de sua identificação.

No presente trabalho, optou-se pelo modelo aberto de análise em que as categorias não são prefixadas. Essas emergem no processo de análise do material numa abordagem indutiva. O pesquisador agrupa as unidades de análise por significação aproximada para, então, obter uma categorização inicial (LAVILLE; DIONE, 1999).

A categorização inicial foi feita pela análise qualitativa dos recortes buscando significações e semelhança de ideias e aspectos. Em seguida, foi feita a leitura crítica do material organizado buscando identificar distorções e inadequações na categorização. Nesse processo foram identificadas subcategorias que foram incorporadas à organização dos dados. Vários ajustes se fizeram necessários até se chegar à categorização final. Laville e Dione (1999) pontuam que o retorno crítico deve ser feito quantas vezes forem necessárias até que as categorias se estabilizem

e os critérios de pertinência fiquem claros constituindo, assim, a própria grade de análise.

Após a categorização final procedeu-se à fase de tratamento dos dados. Nessa etapa, optou-se por realizar a construção interativa de uma explicação. Essa é “desenvolvida e verificada, ainda que em parte, em um vai e vem entre reflexão, observação e interpretação, à medida que a análise progride” (LAVILLE; DIONE, 1999 p. 228).

No processo de análise e interpretação, por meio da construção interativa da explicação, buscou-se realizar inter-relações entre as categorias e o referencial teórico sobre o assunto.

#### **4.5 Considerações éticas**

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e pela Gerência de Ensino Pesquisa e Extensão (GEPE) sob o Parecer n. 2.223.232/ CAAE 71684117.0.0000.5149. Este estudo seguiu os preceitos éticos preconizados pela Resolução n. 510/2016 CNS que dispõe sobre as normas para pesquisas em ciências humanas e sociais e a Resolução n. 466/2012 do CNS/CONEP.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados ora apresentados referem-se à percepção de médicos teleconsultores do CTSHC-UFMG, enfermeiros e médicos da ESF de municípios atendidos pelo PNTSBR. A média do IDH dos municípios que fizeram parte da pesquisa foi de 0,582, sendo categorizado como médio de acordo com a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Conforme essa classificação considera-se IDH baixo valores até 0,499, médio de 0,500 até 0,799 e alto maior ou igual a 0,800 (BRASIL, 2013a).

Só participaram do estudo os municípios considerados ativos, ou seja, que fizeram uso dos serviços de teleconsultoria até seis meses antes do início da pesquisa. A média do IDH dos municípios atendidos pelo PNTSBR é de 0,622 considerando todos os 50 municípios. Contudo, a média dos municípios do presente estudo ficou menor porque foram priorizadas as cidades com menor IDH. Em alguns casos, não foi possível seguir a ordem crescente do IDH, no estudo ou porque os municípios não estavam de acordo com o critério de inclusão, ou porque não foi possível o contato com o profissional da equipe da ESF. Os profissionais contatados por *e-mail* não retornaram o convite. Tentou-se o contato via celular, mas, ou não atendiam ou não havia sinal de serviço telefônico. Embora o PNTSBR tenha sido desenvolvido principalmente para municípios com IDH baixo, nos quais se acredita que o programa seria mais necessário, tem-se que refletir o quanto a tecnologia disponível no local suporta tal ferramenta. Algumas considerações sobre esse aspecto serão tecidas mais adiante no trabalho.

Em relação ao perfil dos entrevistados pode-se observar que a média de idade foi de 41,2 anos, com 17,2 anos de tempo médio de formação e média de 8,8 anos de trabalho no CTSHC-UFMG. Além disso, verificou-se que a maioria dos teleconsultores tinha residência médica, enquanto os profissionais das áreas remotas não a apresentavam. É o que se pode ver no quadro 3. Esses achados vão ao encontro dos resultados de Gérvas e Fernândes (2011) os quais encontraram uma pequena parcela de profissionais nas equipes de ESF com residência profissional na área de Saúde da Família e Comunidade ou Saúde Pública.

Quadro 3 - Perfil dos entrevistados

Entrevistado	Sexo	Idade	Tempo de formado	Residência	Tempo no CTSHC-UFMG	Ocupação
C1	M	65 anos	42 anos	Sim	10 anos	Médico teleconsultor
C2	M	36 anos	10 anos	Sim	1 ano	Médico teleconsultor
C3	M	41 anos	17 anos	Não	4 anos	Médico teleconsultor
C4	F	34 anos	11 anos	Sim	3 anos	Médico teleconsultor
C5	M	56 anos	29 anos	Sim	2 anos	Médico teleconsultor
E1	F	33 anos	10 anos	Não	7 anos	Enfermeiro ESF
E2	F	29 anos	7 anos	Não	3 anos	Enfermeiro ESF
E3	F	30 anos	4 anos	Não	4 anos	Enfermeiro ESF
M1	M	59 anos	37 anos	Não	10 anos	Médico ESF
M2	F	29 anos	5 anos	Não	3 meses	Médico ESF

Fonte - Dados da pesquisa.

A residência médica é importante para aumentar o conhecimento do profissional na área específica de atuação e, conseqüentemente, ampliar a qualidade do cuidado. Acredita-se que seja necessária uma regulação da formação médica com grande oferta de vagas de residência para a medicina da família e comunidade, semelhante ao que ocorre em países com APS forte (GUSSO *et al.*, 2015). Além disso, deve-se ampliar o cuidado da APS para pessoas de classe média a alta, uma vez que essas agregam prestígio ao atendimento, motivando, assim, o profissional a buscar essa formação (GÉRVAS, 2008).

A qualidade do trabalho está diretamente relacionada á maior qualificação da equipe. Alves, Andrade e Santos (2016) avaliaram o desempenho de 17.201 equipes de APS que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e observaram que a qualificação do profissional enfermeiro influenciou o alcance dos indicadores. Nas equipes nas quais



os enfermeiros tinham residência multiprofissional em saúde da família, o desempenho foi melhor.

O resultado do trabalho será apresentado, a seguir, estruturado em categorias e subcategorias que emergiram após a análise do material.

### **5.1 Encaminhamentos**

A APS é considerada coordenadora do cuidado no SUS. Desempenha papel estratégico na gestão do cuidado em saúde, uma vez que dispõe de condições que podem favorecer a organização do fluxo e a sua integralidade. A formação das Redes de Atenção à Saúde é fundamental, uma vez que essas são organizadas de maneira poliárquica, com objetivos comuns e de forma interdependente. No entanto, no centro da rede de cuidado deve estar a APS, quanto maior a resolutividade menor a necessidade de encaminhamentos (MENDES, 2011). Para Gérvas (2008) deve-se buscar a regionalização da APS, espera-se fornecer o cuidado com a máxima qualidade, em mínima quantidade, utilizando-se a tecnologia apropriada a cada caso e o mais próximo possível da casa do paciente.

Dessa forma, o compartilhamento de casos para serviços especializados têm papel fundamental na gestão do cuidado. Quanto maior a capacidade de resolução das equipes na ESF, menor será a necessidade de encaminhamentos para atenção secundária (BRASIL, 2000). Para Campos (2007) a capacidade resolutiva da APS deve ser de 80% dos problemas de saúde. Porém, para que isso aconteça deve haver investimentos na área e adoção de modelo organizacional que permita alcançar essa meta. De acordo com os entrevistados, o principal resultado do PNTSBR é a redução de encaminhamentos desnecessários. Com o suporte da TS, o médico que fica nas áreas remotas tem a possibilidade, por meio das teleconsultorias, de ter uma segunda opinião entre médicos, sobre o caso do paciente. A partir dessa interação, o médico solicitante pode decidir com mais segurança sobre a real necessidade de encaminhamento do paciente para um especialista e sobre a necessidade de exames especializados. As falas a seguir exemplificam essa característica do programa.

“80% das teleconsultorias são resolvidas na atenção primária. Nesse sentido de encaminhamentos desnecessários, eu acho muito importante, qualifica muito”. (C3)

“Houve sim redução nos encaminhamentos, naqueles que você não daria andamento por desconhecimento teórico sim, tem redução porque você já consegue resolver”. (M1)

“Só vai se tiver a real necessidade, dá para dar uma filtrada bem bacana! Não é tiro no escuro”. (E2)

“Com esse programa eu tenho um diagnóstico precoce, porque eu posso enviar uma foto e o quadro clínico do caso e ter uma orientação sobre a conduta, o paciente não precisa ficar esperando a consulta com o especialista. O paciente não precisa ficar esperando por encaminhamento”. (M2)

Um dos problemas da ESF é o excesso de encaminhamentos para especialistas (GÉRVAS; FERNÁNDES, 2011). O uso da TS os reduziu sensivelmente, talvez por favorecer a segurança na tomada de decisão e por facilitar o acesso a especialistas, ainda que de forma remota.

Espera-se que a APS forneça serviços básicos à população por meio de equipes multidisciplinares de saúde, de maneira descentralizada e longitudinal. Ao ampliar o cuidado e a resolutividade na atenção básica, otimizam-se os recursos e favorece-se a maior eficácia no SUS (MACINKO; HARRIS, 2015). O compartilhamento dos casos clínicos e a formação da rede de assistência pode minimizar o excesso de intervenções desnecessárias no paciente. A prevenção quaternária definida como “[...] a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis” (JAMOULLE, 1999), se faz necessária na atenção primária como em qualquer outro nível de atenção. Nessa perspectiva, busca-se o uso racional do cuidado em saúde de forma a favorecer a redução dos gastos por meio da utilização mais criteriosa dos recursos. Outro aspecto discutido na prevenção quaternária é a possibilidade de reduzir as incertezas que são inerentes à prática médica. Muitas vezes, o médico solicita exames complementares desnecessários na tentativa de minimizar as incertezas (NORMAN; TESSER, 2009).

## 5.2 Segurança na decisão

O PNTSBR tem potencial para auxiliar na prevenção quaternária uma vez que possibilita a troca de informação entre profissionais e o acesso ao especialista, contribuindo, assim, com ações mais assertivas. A segurança na tomada de decisão foi outro ponto forte nos resultados do programa. O fato de ter uma rede colaborativa na qual o profissional pode trocar ideias, sanar dúvidas e ter a opinião de colegas sobre a melhor forma de condução do caso faz com que os profissionais das áreas remotas se sintam mais confiantes e resolutivos, como exemplificados nas falas a seguir.

“Assim, pensando um pouco mais do ponto de vista médico, mesmo, eu acho que o programa auxilia muito na tomada de decisão pelos colegas que estão no interior, quando tem uma dificuldade maior de disponibilidade de especialistas, na solução de algumas dúvidas clínicas. Nesse sentido, eu acho que beneficia o usuário do sistema de saúde público, também, porque o profissional vai poder oferecer um cuidado mais qualificado”. (C2)

“Dá muita segurança.... na capital o médico está bem respaldado, nos hospitais com professores para tirar dúvida. Quando o médico vai para os centros distantes, acaba ficando sozinho, esse programa veio para ajudar muito nisso. Ele traz muita segurança”. (M1)

“Para mim é um programa ótimo! Porque em um município pequeno que não tem acesso direito a especialidades pelo SUS, é um modo rápido que eu tenho para chegar a um diagnóstico e elaborar uma conduta”. (M2)

“Para mim o TS ele é de grande importância, principalmente, para quem trabalha no interior. Ele tem profissionais qualificados, eles sabem prestar assistência de qualidade para a gente em um bate-papo bem bacana e muito ajuda no nosso atendimento e na conduta que vamos tomar com o paciente”. (E3)

A tomada de decisão está presente em qualquer profissão. Para tanto, é importante ter acesso à informação para que a ação seja assertiva. A experiência e o conhecimento na área também são aspectos relevantes nesse processo. As TIC favorecem o compartilhamento de informação, porém apenas o uso das mesmas não irá garantir geração de conhecimento. É necessário que haja formação, aprofundamento e vivência na área em questão. Esses fatores, atrelados a modelos e protocolos decisórios, podem gerar maior segurança na tomada de decisão (PINHEIRO *et al.*, 2016).

### 5.3 Educação permanente

Um dos fatores que auxiliam no processo decisório é o conhecimento. Na medida em se conhece determinado assunto, a segurança para a tomada de decisão aumenta. O conhecimento na área da saúde, tradicionalmente, pode ser adquirido por diversas formas como participação em congressos, livros, artigos e cursos de formação dentre outros. A TS se apresenta como uma possibilidade de aquisição do conhecimento por meio da educação a distância, a tele-educação e teleconsultorias educacionais. No presente trabalho, observou-se que o PNTSBR é uma das formas de educação permanente que os profissionais dos municípios atendidos têm para se atualizar, como apontado pelos entrevistados.

“A gente que fica no interior que não tem muita oportunidade de participar em congresso, com o TS qualquer dúvida que tem a gente tem respostas imediatas....eu fico muito atualizado. Leio muito, tiro muita dúvida, devo fazer em média umas 10 perguntas por semana”. (M1)

“A gente evolui como profissional, a gente consegue aprender coisas novas”. (E3)

Um dos objetivos do programa é favorecer a educação permanente. Sendo assim, é importante refletir em que medida esse objetivo está sendo alcançado. É importante que o profissional tenha nas TIC uma ferramenta para crescimento e aprofundamento do saber, que favoreça ao indivíduo a sair da zona de conforto. Espera-se que o teleconsultor seja um mediador do processo de aprendizagem. Nessa interação, o aprendizado pode ser mútuo.

Segundo Vygotsky (1991) em sua teoria sobre aprendizagem, a zona de desenvolvimento proximal é considerada a distância entre o nível real de desenvolvimento e o nível de desenvolvimento potencial, sendo este determinado pela capacidade de resolução de problemas sob orientação ou em colaboração com indivíduos mais capacitados. Embora esse conceito tenha sido aplicado ao desenvolvimento infantil, não se limita a esse público. Sendo assim, pode-se inferir que o teleconsultor deve atuar como facilitador no processo de aprendizagem, fazendo com que cada vez mais os profissionais das áreas remotas possam ampliar a capacidade de resolução dos problemas de maneira autônoma ampliando o nível real de desenvolvimento.

O aprendizado por meio da interação é interessante, porém pode gerar uma relação de dependência, não contribuindo para o protagonismo no processo de aprendizagem. Essa dependência pode ser percebida nos relatos a seguir.

“Eles tentaram fazer educação médica continuada com o TS, mas eu acho complicado, porque a motivação tem que estar lá na outra ponta, hoje, na internet, tem tudo, você vai lá e procura. Aquele médico mais antigo que já está inserido no interior, já se acomodou e é difícil... se tiver algum que fique estimulado para aprender outra coisa é exceção. Eles querem mais é resolução. Eles não querem aprender”. (C1)

“A consultoria, no meu entendimento, é a minha impressão, ela é uma forma de capacitação continuada e é uma forma muito objetiva e muito clara de resolver problemas. Eu sou um ótimo livro, com muita experiência, entendeu? Então, eles me têm para resolver problemas. E isso incomoda muitos consultores e muitos médicos”. (C5)

A interação do profissional do interior com os teleconsultores gera aprendizado, uma vez que a informação está relacionada com resoluções de problemas específicos da realidade de cada pessoa. No processo de educação continuada, seja por meio das TIC, seja de forma presencial, pode-se encontrar características da *educação bancária* a que alguns profissionais estão acostumados. Nessa perspectiva, o saber está com o emissor, e o receptor apenas acolhe e reproduz a informação. Independentemente do meio pelo qual ocorre a aprendizagem, faz-se uma transformação no processo de aprender e ensinar. Para tanto, é importante ter tempo para o diálogo e a troca de informação, para que essa possa ser construída na interação dialógica entre os pares. É necessária a generosidade de quem ensina e a curiosidade de quem quer aprender fundamentadas na crença da mudança. A educação deve favorecer a autonomia do sujeito e, não, a dependência (FREIRE, 1996). Nessa perspectiva, deve-se refletir a estrutura da tele-educação; o quanto as teleconsultorias estão favorecendo a autonomia e o crescimento dos profissionais envolvidos, uma vez que a aprendizagem é uma via de mão dupla.

Segundo Vygotsky (1991) a mediação é considerada a base dos processos psicológicos superiores essa se dá por meio de instrumentos e símbolos e é influenciada social e culturalmente. Dessa forma, a linguagem e a escrita são utilizadas para a criação de um conceito e de uma ideia. A aprendizagem mediada

gera conhecimento mútuo entre o mediador e o mediado, como pode ser visto nas falas a seguir.

“As teleconsultorias que foram mais gratificantes foram aquelas que geraram réplicas, trélicas e por aí vai. O profissional, realmente mergulhou na discussão, apresentou resultados do que ele fez. Se a gente evolui nesse sentido, a gente consegue fazer um trabalho de rede mesmo. Cada um exercendo o seu papel mesmo, no sistema. E eu acho que isso é muito útil. Eu acho que aprendi muito com as perguntas dos usuários e eu acho que isso pode ser muito aproveitado”. (C2)

“A educação permanente é uma formação contínua, não é o momento que está no curso que vai aprender, é tudo que faz no serviço que te qualifica e te educa, o teleconsultor é muito assim. Você faz uma teleconsultoria com um tema, obtém uma resposta, duas, três, na quarta você não encaminha mais, ou na primeira, geralmente eu faço uma teleconsultoria com um artigo de revisão para o profissional aprofundar no tema. A partir das teleconsultorias, o profissional já identifica o material de apoio, uma necessidade que a pessoa tem de conhecimento e a dúvida passa a ser endereçada do ponto de vista educativo. A teleconsultoria tem dois aspectos, educacional e assistencial”. (C3)

“A nossa resposta, eu acho que é um dos instrumentos mais poderosos para a educação continuada, existe muita demanda educacional. Por exemplo: ‘O que você me sugere de material, ou de bibliografia, porque eu estou querendo montar um grupo de diabéticos, como eu poderia fazer isso?’. Então a gente tenta...eu já recebi algumas, assim, realmente...” (C4)

Percebe-se que o programa tem potencial para favorecer a educação permanente. Esbarra, porém, nas características próprias da educação como a necessidade da interação, da formação de vínculo, da individualidade do processo. A educação por meio das TIC, por mais que permita a interação por meio de fóruns, *chats*, dentre outras ferramentas, não substitui a interação presencial. O CTSHC-UFMG disponibiliza vários materiais por meio da tele-educação. No entanto, a sua utilização para aprofundamento pessoal foi praticamente inexistente nos profissionais entrevistados. Alguns alegaram desconhecimento do material e outros relataram que tinham conhecimento, mas nunca fizeram uso por falta de tempo e/ou desinteresse.

A capacitação dos profissionais tem um impacto direto na qualidade do serviço ofertado. A educação permanente e melhoria na qualidade dos serviços é um dos objetivos do PNTSBR. Porém, para que essa meta seja alcançada, não basta ofertar programas de capacitação, disponibilizar materiais educativos, ou mesmo, fornecer possibilidade de trocas em redes colaborativas. É necessária estruturação do trabalho de forma que o profissional tenha tempo para realizar a capacitação. Com uma demanda alta e poucos funcionários para desempenhar o trabalho, o

profissional das áreas remotas, muitas vezes, não consegue parar para participar das capacitações ofertadas. Sendo assim, é necessário que haja uma organização do trabalho por parte da gestão, de forma que possa existir um momento específico para que o profissional desempenhe sua capacitação. Essa dificuldade de utilizar as ferramentas da tele-educação, por causa da gestão do tempo, pode ser observada na fala dos profissionais.

“Eu vejo que o serviço disponibiliza várias aulas e discussões com especialistas de várias áreas, mas nunca participei”. (C4)

“Falta um pouco de interesse de nós que temos o TS, sabe? Eu vejo que a página do TS sempre divulga coisas, visando a educação continuada. Mas eu vejo que os profissionais não fazem o treinamento, não fazem as capacitações que são oferecidas. Eu acho que isso é uma deficiência nossa. Na minha instituição, é falta de RH, porque é muito serviço para pouca gente”. (E3)

“Eu só gostaria que houvesse mais capacitações. Na verdade, até tem, tem muita capacitação, mas tem pouca divulgação. Eu só sei por que eu entrei. Eu fui lá e pesquisei. Mas todo mundo tem o e-mail de cada um e dá para enviar do celular ou alguma coisa assim. Eu acho que os profissionais deveriam realmente utilizar mais, eu deveria utilizar mais, mas eu acho que a gente deveria ter um fator facilitador. Talvez o aplicativo, por exemplo, que a gente consiga ter mais mobilidade no sistema. Com certeza seria muito útil”. (E2)

“Sim, eu sempre recebo informações sobre a programação dos cursos..... já fiz alguns cursos, mas faço em casa, aqui não dá para parar não! Depende muito da rotina, do fluxograma. Para eu fazer uma formação, eu tenho que fazer em casa. Aqui eu tenho que fazer a parte assistencial, gerencial, administrativa. Todo o profissional do PSF hoje acaba se sobrecarregando, no caso do médico, ele não trabalha somente em um lugar. Então, a sobrecarga atrapalha um pouco na formação continuada pela tele-educação”. (E1)

A ocorrência de encontros presenciais para capacitação não foi preconizada pelo PNTSBR. No processo de educação, é importante a formação do vínculo. Em muitos programas de capacitação a distância, existe a ocorrência de encontros presenciais. Talvez fosse interessante para a tele-educação a marcação de alguns encontros presenciais com especialistas. Levar profissionais de referência para a capacitação dos solicitantes nas regiões remotas poderia fortalecer a rede colaborativa e sensibilizar o usuário para a formação continuada por meio da tele-educação.

Segundo Valente e Moran (2011) uma das maneiras de melhorar a educação a distância seria a utilização de encontros presenciais esporádicos e de um maior número de atividades síncronas que permitisse a interação em tempo real. Dessa

forma, haveria um favorecimento das relações interpessoais e da formação do vínculo que são fatores importantes na aprendizagem. A educação a distância é de suma importância para um país com as dimensões do Brasil, pois essa pode auxiliar na superação da defasagem educacional existente, uma vez que por meio das TIC é possível a flexibilização do tempo e dos espaços de aprendizagem.

Apesar da educação a distância por meio da tele-educação ser um propósito do PNTBR, a mesma fica em segundo plano para os gestores. O objetivo maior das teleconsultorias é a resolutividade em detrimento da aprendizagem. A própria legislação que fundamenta a tele-educação apresenta um enfoque menor no aspecto pedagógico como pode ser observado na Resolução n. 35, de 2007, que institui o PNTSBR que é apresentado sob uma perspectiva técnica e instrumental, sem muita definição na parte educacional. Os próprios profissionais solicitantes têm uma preocupação maior em resolver a demanda momentânea, e a tele-educação fica em segundo plano (SILVA; CARNEIRO; SINDICO, 2015).

Talvez uma forma de favorecer à tele-educação seja a melhor gestão do tempo das equipes de saúde da família para que os profissionais possam se qualificar e aumentar a qualidade do trabalho ofertado. Seidl *et al.* (2014) encontraram resultado insatisfatório de profissionais que realizaram ações de educação permanente no ano da pesquisa, embora tenham admitido que houve oferta por parte da gestão municipal. Entre os que afirmaram ter participado das ações de educação permanente, 23,7% foram por meio da TS e 18,7% via cursos presenciais. A oferta de capacitação profissional é importante para minimizar a rotatividade e qualificar o trabalho. É necessário, porém, buscar estratégias que possam fortalecer e ampliar o acesso à qualificação para os profissionais na APS.

#### **5.4 Utilização do sistema**

Nas entrevistas pode-se perceber que, dentre os profissionais da área da saúde, o médico é o que menos utiliza os serviços de TS. Acredita-se que um fator determinante para seu uso seja o tempo. Com uma demanda alta de serviços, o profissional não consegue parar para utilizar o sistema. Muitas vezes, esse serviço é delegado por ele para outros membros da equipe que fazem a teleconsultoria em



seu nome. Um dos profissionais que utilizam com frequência o serviço são os enfermeiros, como confirmado nas fala a seguir.

“Na maioria das vezes, sou eu quem faz as teleconsultorias. Mas, em situações que aguçam a curiosidade do médico no sentido de fechar o diagnóstico, de ter a melhor conduta, de encaminhar para uma especialidade eles fazem”. (E1)

“Nós recebemos muitas teleconsultorias, especialmente de enfermeiros”. (C2)

“Tem um aspecto na organização do cuidado no uso ou não da telessaúde que é determinante. Se você não tem tempo de fazer uma teleconsultoria de qualidade, o sistema não funciona. Tive contato com profissionais que deixavam para fazer a teleconsultoria quando chegava em casa, porque, no horário de trabalho, ele tinha que atender. Ora a teleconsultoria é tão importante quanto os atendimentos, ela evita encaminhamentos desnecessários. .... É importante ter um olhar de gestão, determinar o tempo que o profissional vai ter para usar o sistema, enfim em um modelo de gestão hierárquico, que as pessoas fazem aquilo que é determinado, tem que ter uma melhor qualificação das práticas”. (C3).

Schmitz e Harzheim (2017) avaliaram a adequação do PNTSBR em relação às teleconsultorias, a partir da Plataforma Nacional de TS e identificaram uma baixa utilização do sistema por profissionais, principalmente médicos, o que leva a um subaproveitamento da TS como ferramenta de suporte à APS. Os enfermeiros foram os profissionais que mais realizaram teleconsultorias. Todavia, a maioria delas foi respondida pelo médico teleconsultor e uma pequena parcela, pelo teleconsultor enfermeiro.

É notório que a TS é relevante para a resolutividade do cuidado, formação de rede colaborativa, diminuição da sensação de isolamento e aumento da confiança na tomada da decisão (CARPINTERO *et al.*, 2016). Entretanto, mesmo assim, muitos profissionais não utilizam o sistema. É importante a reflexão sobre as causas que levam o médico a não utilizar o serviço.

Alkmim *et al.* (2015) observaram, em seu trabalho, que o serviço de teleconsultoria não era utilizado em todo o seu potencial pelos municípios atendidos em Minas Gerais. Fatores como realização de treinamento e possibilidade de discussão dos casos clínicos fora do sistema de teleconsultoria foram considerados como impacto positivo no uso das teleconsultorias. Além disso, foi observado também que

aspectos como simplicidade do sistema de TS e capacidade para aumentar a resolutividade no cuidado foram identificados como intensificadores do uso da TS.

Em outro estudo, profissionais de saúde da atenção primária de Belo Horizonte, que utilizavam teleconsultoria, apontaram dificuldades relacionadas ao uso do sistema, resposta inadequada aos pedidos de teleconsultoria, problemas de infraestrutura, falta de praticidade para o uso do programa, dificuldade em incorporar o programa na cultura organizacional e falta de suporte gerencial. Como sugestão para aumentar o uso dos serviços de TS, foi indicada melhoria da infraestrutura; organização do tempo e da agenda do profissional da APS, além de treinamento dos profissionais para seu uso (MELO et al., 2017).

## 5.5 Qualidade

A qualidade nas teleconsultorias foi um ponto abordado nas entrevistas. Os profissionais atendidos pelo programa destacaram a alta qualidade nas respostas recebidas pelos médicos teleconsultores. A rapidez e o embasamento teórico foram realçados como agregadores de qualidade ao serviço como exemplificado nas falas.

“Existem situações que o paciente chega para você, se você não tiver o conhecimento naquela área, você não deixa o paciente ir embora sem resposta.... você faz a teleconsultoria e dá um direcionamento para o paciente”. (E1)

“Tudo a gente tem resposta satisfatória e dá para tentar resolver de alguma forma aqui primeiro. Com relação à proposta do programa e as respostas que a gente tem, são bem satisfatórias”. (E2)

“A gente vê que é um trabalho organizado, você tem que confiar no médico, tem que confiar bastante.... Eu acredito que todos os profissionais estão qualificados. Eu já fiz consultoria com enfermeiras por causa de feridas. Mesmo que a gente viva no interior e não viva tanto com o assunto, você tem a opinião do especialista, é outra coisa. Todo o trabalho melhora em função da relação com o TS”. (E3)

“Em 24 ou 72 horas eles me respondem. Dessa forma, tenho um diagnóstico precoce e uma conduta terapêutica”. (M2)

“Eu acho que os teleconsultores, de maneira geral, são muito bem qualificados e dedicados, gosto das respostas. Acho que são adequadas, tanto do ponto de vista técnico, quanto do ponto de vista ético. Eu acho que é um serviço com profissionais muito bons e qualificados”. (C4)

Segundo Marcolino *et al.* (2016) a experiência com TS, em Minas Gerais, é uma iniciativa bem-sucedida, porém depende de fatores como integração dos serviços ofertados na rotina de trabalho dos profissionais das áreas remotas; monitoramento das ações visando adequação à realidade local e da busca por qualidade rotineiramente. Para garantia da mesma nos atendimentos das teleconsultorias e de um serviço clínico descentralizado, é importante a implementação de protocolos-padrão, avaliação por meio de auditorias internas e pesquisas clínicas.

A satisfação dos usuários geralmente está associada à qualidade dos serviços. Pessoa *et al.* (2016) realizaram estudo sobre a satisfação dos profissionais usuários dos serviços de teleconsultoria em 619 municípios em Minas Gerais atendidos pelo CTSHC-UFMG. Os resultados mostraram que 23,8% estavam muito satisfeitos e 66,3% consideraram-se satisfeitos, sendo que 98,7% dos profissionais respondentes recomendariam o serviço a outros colegas. O estudo apontou ainda que fatores como treinamento, suporte e motivação foram determinantes para o uso da teleconsultoria.

Embora os teleconsultores também concordem com a alta qualidade do corpo clínico, destacam que o serviço é subaproveitado por causa da baixa qualidade das perguntas do usuário. Para que uma teleconsultoria resulte em uma resposta de qualidade, é necessário que o profissional solicitante faça o questionamento com informações acerca do caso do paciente que sejam relevantes. Quanto melhor a qualidade da pergunta, melhor a qualidade da resposta. Como o médico não está presencialmente com o paciente, é necessário que as informações sejam completas e detalhadas. Talvez seja preciso um maior treinamento dos solicitantes ou, talvez, o problema seja a falta de tempo para fazer um relato de qualidade. Essa deficiência impacta diretamente o trabalho dos teleconsultores como pode ser observado nos relatos a seguir.

“Fazer uma teleconsultoria de boa qualidade dá trabalho, demora, não é fácil. Não é chagar lá e falar: O zé tá com dor de cabeça, você tem que falar o que fez, o que já examinou, ... Isso dá qualidade de um lado e dá qualidade do outro. Os estudos de coordenação do cuidado falam isso. Quanto melhor a qualidade da referência, maior será a chance de uma boa qualidade da contrarreferência aumenta. No modelo formal vai o paciente

junto com o papel, na TS o paciente é virtual, ou você tem as informações ou não, se as informações não forem satisfatórias, você faz uma interação, orienta onde possa começar a investigar para complementar as informações... e tentar qualificar as informações do colega”. (C3)

“Eu vejo que a gente pode contar com um time muito qualificado. Muito qualificado mesmo. Agora, onde eu acho que a coisa esbarra? É na dificuldade que a maioria dos usuários do sistema tem de colocar suas dúvidas, a forma de se comunicar, tudo... assim, 80% das teleconsultorias não dá para responder com aquelas informações ou, pelo menos, não nos dá segurança para tal. Frequentemente meu trabalho é pedir mais informações antes de encaminhar, ou às vezes peço mais informações e encaminhamento para o especialista. Às vezes dou uma pequena resposta que motiva a pessoa a dizer mais, também. Então, em relação à qualidade, eu vejo uma qualidade muito grande no corpo dos teleconsultores que, muitas vezes, não é aproveitada pela qualidade muito baixa das perguntas das teleconsultorias, das questões que são feitas”. (C2)

Dificuldades como as expostas talvez possam ser minimizadas com treinamento frequente dos usuários. A tele-educação pode ser utilizada para minimizar a dificuldade dos usuários com o sistema em si. É necessária, porém, uma reorganização do serviço, para que os profissionais possam ter tempo para qualificação como já discutido anteriormente.

## 5.6 Dificuldades

As falas dos entrevistados apontaram algumas dificuldades em relação ao programa. Essas estão apresentadas nas subcategorias que se seguem.

### 5.6.1 Questões éticas

O PNTSBR foi desenvolvido inicialmente para dar suporte aos profissionais da ESF e, dessa forma, aumentar a resolutividade e a integralidade. Sendo assim, a organização do cuidado e a qualificação das práticas são fundamentais. A TS está submetida às normas dos conselhos profissionais, respeitando, assim, todos os preceitos éticos das profissões. O fato de o médico, nas áreas remotas, não ter disponibilidade de tempo para utilizar o sistema de TS coloca, muitas vezes, o médico teleconsultor em situações difíceis.

O sistema foi desenhado para uma interação entre profissionais da mesma área. Muitas vezes, porém, outros profissionais não médicos utilizam o sistema com

dúvidas médicas sobre as condutas terapêuticas a seguir. Isso pode acontecer porque o médico não tem tempo para usar o sistema de teleconsultorias e designa algum membro da equipe mais disponível. Outra possibilidade é que outros profissionais estejam utilizando o sistema para desenvolver condutas médicas, caracterizando, assim, um desvio de função. Essa distorção deixa os médicos teleconsultores em situações bastante delicadas, tanto do ponto de vista ético, quanto pessoal, como pode ser observado nas falas.

“Tem uma dificuldade também para quem é enfermeiro, porque, às vezes, a gente tem um tratamento, a gente pesquisa e recebe uma opinião de tratamento e a gente tem que conversar com o médico ainda, para o médico fazer o tratamento. Aí é mais complicado”. (E2)

“Como o programa é aberto a todos os profissionais do programa de saúde da família, eu pego algumas teleconsultorias que são feitas por enfermeiro, psicólogo que são inerentes à área de outro profissional, principalmente da área médica. Às vezes, as questões estão bem formuladas, mas eu me sinto um pouco sem respaldo ético para responder ao colega de outra profissão até onde ele pode ir nesse caso, uma vez que o questionamento é de uma ação de responsabilidade do médico. Os limites não são claros, às vezes, eu coloco para entrar em contato com o profissional da equipe”. (C3)

“Eu acho que menos de 50% é de profissional médico, que chega para a gente. Juntando todas, menos da metade é de médico. Tem muito enfermeiro, nutricionista, muito mesmo. Assistente social, farmacêutico, dentista. Eles aproveitam... eu acho muito legal. É toda a equipe de saúde envolvendo, mas, às vezes, tem umas... por exemplo, a assistente social perguntando o efeito colateral da medicação, se deveria suspender ou não. Não é raro acontecer”. (C4)

“Agora qual que é o grande nó disso tudo aí? Seria o profissional não médico. Seria o enfermeiro, o dentista, o farmacêutico, o curioso etc... Que muitos fazem pergunta do interior para cá. Ou por não ter um médico que interessa ou por não ter, mesmo um médico naquela região. Então, do ponto de vista ético, é muito difícil eu orientar uma pessoa que é não médico para tomar uma atitude médica. Essa que é a grande dificuldade. Que é o grande nó que existe na telessaúde. Do ponto de vista ético, isso não pode ser feito... Às vezes, eu fico com dificuldades na resposta e eu tenho que responder por linhas tortas”. (C1)

“Um enfermeiro me pergunta, enquanto plantonista de clínica médica, uma pergunta que é uma que vai gerar um ato médico. Eu não sei então se é o treinamento para que ele pergunte melhor ou se o fluxo de questões está dimensionado de forma eticamente correta. Por exemplo, eu não sei se as perguntas feitas pelos enfermeiros chegassem primeiro a enfermeiros e eles dizendo 'isso eu vou responder sobre a nossa ótica, aquilo que é a nossa atuação, nosso jeito de enxergar nossa responsabilidade no serviço, mas eu peço que você converse com o médico da sua equipe, para que ele faça a pergunta específica, peço que você converse com o fisioterapeuta para que ele faça a pergunta específica'. Eu não sei se é só treinamento, eu acho que falta uma linha melhor de fluxo de questões relacionadas às áreas de atuação no sistema”. (C2)

“O problema é que nem sempre a coisa é tão clara. Nesse sentido, isso me preocupa muito. Se a gente está contribuindo para... eu, como médico, que eu consigo pegar melhor, se eu estou contribuindo para o exercício ilegal da medicina, não é? Se há profissionais que agem de forma temerária e que nós não temos acesso, quando a gente pode ser imputado por isso, né? É uma preocupação que eu tenho, porque a grande maioria das teleconsultorias é feita por profissional não médico, e, muitas vezes, não se atendem mesmo a sua área de atuação”. (C5)

A questão da estruturação do fluxo de teleconsultorias é um ponto importante para ser repensado no sistema de TS. É importante que o médico teleconsultor se sinta confortável para responder aos questionamentos sem ter que ficar preocupado em estar cometendo alguma infração ética. Esse é um ponto importante para a gestão e a organização do trabalho. Outro aspecto relevante é que o médico solicitante precisa ter tempo e interesse e usar o sistema de TS. O sistema, por sua vez, deve estar organizado para que as práticas ocorram da melhor maneira.

Os profissionais das equipes precisam ter o seu papel bem delimitado no sistema. É importante que o programa seja usado para dar suporte ao profissional de áreas remotas. É importante, porém, salientar que o mesmo não vai conseguir resolver todos os problemas de saúde da região. Se não houver médico na região, não se pode utilizar o sistema como uma segunda opinião entre médicos. A teleconsulta (interação a distância entre médico e paciente) é proibida no Brasil pelo Código de Ética Médica, salvo em situações de emergência, sendo as ações reguladas pela Resolução n. 1.643/02 do CFM.

A Declaração de Tel Aviv (1999) sobre responsabilidades e normas éticas na utilização da telemedicina, adotada pela Associação Médica Mundial, preconiza uma interação entre o médico e o paciente geograficamente isolado ou que não tenha acesso a um médico local apenas em situações emergenciais. Permite, porém, a interação entre dois médicos sendo que um esteja fisicamente presente com o paciente e o outro a distância, desde que os preceitos éticos e legais sejam cumpridos. O CFM aprovou a Resolução n. 1639/2002 que corrobora a declaração de Tel Aviv e regulamenta a telemedicina no País.

Cabe destacar também o fato de que, se um profissional não médico pergunta a outro profissional sobre uma conduta médica, esse pode colocar os profissionais em

uma situação difícil. A informação pode ser usada para auxiliar em uma conduta inadequada com o paciente, mas também como forma de denúncia sobre uma ação médica que outro profissional não médico julgue inadequada com base no posicionamento do médico teleconsultor como visto nas falas a seguir.

“Teve uma situação bem polêmica que o médico queria tratar de uma maneira que eu sabia que não podia, no momento não tínhamos obstetra disponível que pudesse realizar a consulta no município e, por meio da teleconsultoria, eu consegui mostrar que não poderia ser assim e o médico mudou a conduta com a paciente”. (E1)

“Eu fico sempre me perguntando por que acontece”. Não sei se é uma demanda do médico que pede para outro profissional escrever na teleconsultoria, porque, às vezes, isso fica até explícito, vem o nome do outro profissional, mas na hora da assinatura vem ‘Dr. Fulano’. Acontece isso algumas vezes. Algumas vezes o próprio profissional fala. ‘Estou perguntando a pedido do médico x’. Mas algumas vezes rola, não sei se é por carência de médico no município, ou se porque já esgotaram as possibilidades com aquele médico do município e aí o profissional fica ansioso tentando ter uma segunda opinião a respeito daquele caso do paciente diretamente. Contorna o médico e vem diretamente. ‘Precisa encaminhar?’ Ou, às vezes, falam: ‘O médico acha que não’, mas a família fala ‘O senhor precisa encaminhar’. (C4)

“O sistema identifica se é um médico, um farmacêutico etc. Mas eu sei que tem médico no interior que passa a senha para profissionais internos. Eles têm senha, às vezes, para entrar por outras áreas. Então, você tem a dificuldade na resposta. Muitas vezes eu tenho que fazer comentários ou fazer uma resposta por linhas tortas e tentando ver se eu coloco o médico lá. Mas, ao mesmo tempo, eu fico preocupado com o paciente. Porque, às vezes, é uma coisa adulta que tem uma solução mais rápida, e aí? Então, isso é um cuidado que tem que ter, esse que é o grande dilema da TS”. (C1)

Situações como essas têm um lado positivo que é o bem-estar do paciente, porém, ao mesmo tempo, coloca o médico teleconsultor em uma posição delicada em relação ao colega de profissão, podendo gerar complicações éticas em relação ao ato médico. A Resolução n. 1.718/2004, do CFM, preconiza que “[...] é vedado o ensino de atos médicos privativos, sob qualquer forma de transmissão de conhecimentos, a profissionais não médicos”.

A forma como o PNTSBR foi desenvolvido favorece a um predomínio da área médica. Essa estruturação pode dificultar a ordenação do cuidado na atenção básica, uma vez que existe uma carência desse profissional nas áreas remotas (SILVA; CARNEIRO; SINDICO, 2015).

Segundo Gérvas e Fernandes (2011) em seus achados da pesquisa de campo observaram que a ESF é centrada na figura do médico, apesar da mesma não ter sido concebida sobre esse viés. Muitas condutas não podem ser realizadas sem a presença do médico, mesmo que outro profissional da equipe tenha conhecimento para tal. Como nem sempre a equipe conta com a presença do médico a APS se torna *incompetente* e pouco resolutive, uma vez que várias ações necessárias no cuidado são de ato médico. Em locais remotos, mesmo com a presença da TS, se não há um médico, o paciente tem que ser encaminhado, ao passo que o mesmo poderia ser atendido com orientação do médico teleconsultor, caso a legislação o permitisse.

Resende *et al.* (2010) destacam o crescimento e a importância da TS no Brasil e a necessidade de se ampliar a discussão ética acerca da mesma. Ressaltam a necessidade da criação de protocolos e de normas específicas para as diferentes áreas envolvidas na teleassistência, inclusive, para gestores e técnicos de informática. É importante ressaltar que responsabilidade ética e legal quanto à confidencialidade e à privacidade das informações em saúde dos pacientes é dever, não somente do médico, mas de toda a equipe envolvida no cuidado.

A ética na TS passa por diversos aspectos como o uso da tecnologia, relacionamento médico-paciente, confidencialidade e segurança de dados, consentimento informado, satisfação do paciente e da família com os serviços. Sendo assim, é importante o estabelecimento de diretrizes que possam nortear e padronizar as condutas para que se estabeleça uma relação de confiança e qualidade nos serviços (LANGARIZADEH; MOGHBELI; ALIABADI, 2017).

#### 5.6.2 Infraestrutura

A tecnologia é ponto crucial quando se trata de TS. As TIC são fundamentais para o acesso dos profissionais, distantes dos grandes centros urbanos, às atualizações e à formação de rede colaborativa. A condição mínima para os municípios que fazem parte do PNTSBR é ter acesso à *Internet*. Contudo, a qualidade da conexão e a disponibilidade de computador no local de trabalho vão influenciar o uso dos serviços em TS. Alguns profissionais destacaram esses fatores como dificultadores



para o uso e apontaram algumas soluções como o uso de serviço via telefone como 0800, o desenvolvimento do sistema em formato de aplicativo disponibilizado no celular dos profissionais e a criação de *chat* para comunicação de forma síncrona, como expressos nas falas a seguir.

“Dependendo da qualidade da internet dificulta o acesso ao sistema. A internet aqui é via rádio, choveu, acabou o sinal. Se tivesse o contato via telefone, quando tivesse dificuldade com a internet, não a gente não ficaria sem o serviço de TS, poderia usar o telefone.... seria interessante associar um *chat* em tempo real, nos ajudaria bastante. Porque, mesmo que a resposta seja rápida, seria bom em alguns casos você ter um direcionamento imediato, minimizaria o fato de ser a distância, você teria ali um corpo a corpo virtual”. (E1)

“Parece que a forma que a gente tem de pesquisar, eu não sei... eu acho que, até mesmo, por ser um *site*, mais difícil de entrar, alguma coisa assim, a tendência é o pessoal até esquecer que o TS existe. Eu comecei a abrir pelo celular. Ficou mais fácil para mim porque eu salvei a senha e toda vez eu entrava. Mas se houvesse, por exemplo, um aplicativo, seria ótimo.... se fosse um aplicativo, por exemplo, que a gente pudesse colocar no celular que tivesse o *login* de cara, a gente tivesse o aplicativo onde a gente fosse e tal, ia mudar muito”. (E2)

“A gente não tem um computador disponível o tempo inteiro para fazer. O único que tem, a internet é muito lenta. Tem que colocar o *login* toda hora, às vezes, a pessoa esquece o *login*, para daí ela tentar achar a senha e ela já não quer mais. Eu acho que isso dificulta bastante o acesso”. (M1)

“O uso do 0800 é muito interessante que um resposta direta, em algum lugares tem essa possibilidade como no RS. Um outro ponto é a questão de exames de imagens a TS tem um grande potencial nessa área, a gente precisar crescer com o uso dos laudos a distância que vem atender bem à características do país de dimensões continentais”. (C3)

O núcleo de TS do Rio Grande do Sul presta atendimento à teleconsultoria, de forma síncrona, por meio de ligação telefônica 0800 desde 2013. São atendidos nessa modalidade médicos da ESF do Rio Grande do Sul além de médicos de todos os estados do Brasil cadastrados no Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e no Programa Mais Médicos. A ferramenta 0800 surgiu como uma estratégia para a baixa demanda dos médicos em teleconsultorias via plataforma eletrônica do programa de TS, na região. Nesse serviço, o solicitante é atendido por um profissional telerregulador que responde a maioria das dúvidas no momento da ligação ou agenda uma ligação de retorno. Caso seja necessário, o profissional telerregulador entra em contato com a equipe de especialistas focais para a resolução da demanda. Acredita-se que, ao oferecer maior diversidade de

ferramentas de TIC para a TS, pode-se atender melhor às especificidades regionais de um país heterogêneo como o Brasil (HARZHEIM et al., 2013).

Segundo o Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde é necessária uma estrutura mínima nos pontos de TS, as quais foram especificadas na ambiência deste estudo e quando da ausência dessas a utilização dos serviços fica comprometida (BRASIL, 2012a). Parece ser um contrassenso, a TS é uma estratégia extremamente relevante para o acesso à saúde a populações de áreas remotas, porém essas mesmas regiões são carentes de recursos tecnológicos e infraestrutura de qualidade que são necessárias para o acesso a mesma. No presente estudo, alguns municípios não foram contatados porque não fizeram uso dos serviços em TS durante, pelo menos, seis meses. Pode ser que tal fato tenha ocorrido porque o profissional da região não se interessou pelo serviço ou porque as condições de infraestrutura não eram adequadas para o uso de tal.

De acordo com o estudo de Alkmim *et al.* (2015), apesar de a internet ter sido considerada de baixa qualidade pelos usuários da TS, 89% dos municípios participantes do programa utilizavam o sistema. Sendo assim, pode-se concluir que, embora as condições tecnológicas encontradas não tenham sido as ideais, essas seriam suficientes para a utilização da TS.

Entretanto, cabe salientar que os serviços de TS no País estão inseridos e articulados a universidades e a hospitais universitários, os quais utilizam e desenvolvem tecnologia de ponta para a oferta de seus serviços. Essas melhorias acabam não sendo plenamente aproveitadas uma vez que as limitações tecnológicas das áreas remotas beneficiárias são uma barreira. Para que a TS possa qualificar a APS no SUS, favorecendo a assistência universal e integral ao usuário, principalmente de regiões distantes dos grandes centros urbanos, faz-se necessário que a mesma seja discutida em nível do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (SILVA; MORAES, 2012).

No presente trabalho, outra dificuldade apontada pelos entrevistados foi a questão da infraestrutura dos municípios para o atendimento adequado ao paciente. O fato

de ter acesso à orientação do especialista não resolve a questão do cuidado integral. As ações e sugestões dos médicos teleconsultores esbarram na falta de estrutura do município para o atendimento. Sendo assim, muitos pacientes precisam ser encaminhados porque o médico da região não dispõe de recursos para consolidação do atendimento de forma satisfatória. É o que demonstra a fala dos entrevistados.

“Eles acham que o médico na atenção primária é muito ruim, é muito precário e isso é um equívoco. É um serviço muito bom! Inclusive é referência no mundo todo. É um dos melhores serviços de atenção primária no mundo! O que falta é recurso, só”. (C5)

“O TS diminui muito o número de encaminhamento, poderia diminuir mais se a estrutura nos municípios fosse melhor. O que adianta eu ter a teoria se eu não consigo aplicar na prática! Falta estrutura. O TS me ajuda com o que fazer, mas eu não consigo, tenho que encaminhar! Na fila influenciou um pouco, porque, às vezes, o paciente precisa de determinado exame mais completo, aí a fila emperra porque o exame não sai, não tem disponível no município, então ele continua esperando”. (M1)

O processo de descentralização ocorrido nos anos 90 conferiu aos municípios maiores responsabilidade e liberdade na oferta dos serviços em saúde. Essa autonomia, porém, não foi acompanhada de desenvolvimento para suportar tal demanda. Sendo assim, o governo federal continuou sendo o grande responsável pelas políticas públicas em áreas essenciais à sociedade como a saúde (GUSSO *et al.*, 2015).

A ESF foi uma forma de favorecer de maneira abrangente o acesso a APS. Contudo, não ocorreu de forma homogênea no País. Além disso, a ESF tem um caráter ordenador no SUS. No entanto, se os municípios não tiverem uma atenção secundária e terciária desenvolvidas, não conseguem resolver de maneira integral as necessidades de saúde do indivíduo comprometendo a resolutividade do cuidado (MENDES; MARQUES, 2014).

### 5.6.3 Incentivo à produção

A teleconsultoria é um instrumento de grande valor agregado. Essa permite a interlocução entre profissionais separados geograficamente sanar dúvidas, adquirir conhecimento e, principalmente, evitar encaminhamentos desnecessários. Uma teleconsultoria bem feita pode gerar conhecimento mútuo entre o solicitante e o

emissor, sendo que o principal beneficiário é o paciente. Acredita-se que, quanto mais se utiliza essa ferramenta, maiores serão a qualidade e a resolutividade do serviço prestado. Contudo, quando um instrumento como esse não for utilizado ou for feito de forma desqualificada, pode se tornar uma dificuldade para o serviço de TS.

De acordo com a fala de alguns teleconsultores, uma das dificuldades encontradas é quando os gestores tentam aumentar o uso dessas por meio de incentivos financeiros ou estipulando metas. Tal característica pode ser verificada nas falas a seguir.

“Fazer teleconsultorias com o objetivo de produção, também, depois que isso aconteceu, aumentou, de repente, muito, a demanda. Ela, agora, me parece que está um pouco menor. Ano passado, foi bem marcante e acontece que, com isso, muitas perguntas que se via que não tinham propósito”. (C3)

“Teve uma época, exatamente há um ano, que teve um pico de teleconsultoria. A gente respondia 20, 30 teleconsultorias por dia e a gente começou a responder 70, 80, aí não tem jeito. Então, eu acho que o que influenciaria, mesmo no resultado, tanto para cá, para a gente, na qualidade das nossas respostas, quanto do usuário, é selecionar os casos, adequar os casos à proposta da teleconsultoria, porque ficam as coisas todas misturadas ali”. (C4)

“Teve uma época que estava tanto que eu falei com os caras, eu acho que isso é muito legal, você pedir uma informação, mas uma informação descontextualizada, sem um caso objetivo, dificilmente ela gera um conhecimento efetivo. Fica muito amplo, fica muito vago”. (C5)

É importante salientar o caráter educativo da teleconsultoria se a dúvida encaminhada não for de fato algo que mereça uma discussão entre profissionais ao aspecto pedagógico da ferramenta fica comprometido. Segundo Alkmim (2017) o incentivo financeiro como estratégia para fomentar o uso dos serviços em TS não é adequado uma vez que favorece a prática do envio de dúvidas de baixa qualidade ou desnecessárias. Além disso, o aumento da demanda leva a congestionamento do sistema prejudicando o atendimento das teleconsultorias com prioridade alta, comprometendo o cuidado do paciente.

Quando as soluções para os problemas são estruturadas por atores que não estão diretamente envolvidos na questão, algumas disfunções podem ocorrer. Muitas vezes, o que deveria ajudar se torna um dificultador nas relações de trabalho e organização do serviço. Sendo assim, destaca-se o caráter centralizador e *top-*

*down*, na formulação da política pública, observado no PNTSBR. Os projetos locais de implantação de serviços de TS no SUS são acompanhados pela esfera federal, porém a responsabilidade de acompanhar e criar estratégias de avaliação do trabalho é de esfera estadual. Os gestores municipais, responsáveis por operacionalizar a APS no sistema, só foram incorporados ao processo quando o mesmo já estava bem desenvolvido. Dessa forma, as decisões são tomadas sem se levar em conta as especificidades e necessidades de cada região. Em um país com as dimensões do Brasil, faz-se necessário que as ações sejam organizadas e apropriadas aos diversos contextos (SILVA; CARNEIRO; SINDICO, 2015).

## **5.7 Organização do serviço**

A forma como o serviço está organizado foi outro aspecto relevante na pesquisa. A organização do trabalho no CTSHC-UFMG, bem como a utilização das teleconsultorias para organizar o fluxo de serviços nos municípios e a contrarreferência foram subcategorias que emergiram da análise.

### **5.7.1 Médico regulador**

O modelo ideal para o fluxo do serviço é um aspecto que precisa ser melhor investigado. Não existe um consenso entre os entrevistados a esse respeito. Alguns veem o médico de saúde da família e comunidade como o profissional de referência para filtrar as teleconsultorias que realmente necessitam da intervenção do especialista focal. Como o foco do PNTBR é na APS, esse profissional estaria mais capacitado para atender as demandas dos municípios nessa área.

Todavia, como boa parte dos médicos que estão nos municípios remotos são médicos da família, alguns profissionais acreditam que seria mais interessante a interlocução inicial ser realizada com um médico da clínica médica. Dessa forma, acredita-se que a interação seria mais rica. Por sua vez, o usuário questiona o fato de não ter uma interlocução direta com o médico especialista. Talvez o profissional se sinta mais seguro quando o direcionamento do caso é feito pelo especialista com o qual ele buscou orientação. No entanto, boa parte das teleconsultorias é atendida pelos médicos reguladores (clínico geral ou médico da família e comunidade).

Apenas uma parcela menor das teleconsultorias é encaminhada para os médicos especialistas, pois são classificadas como dúvidas pertinentes aos especialistas focais. Essas características são elucidadas nas falas a seguir.

“O médico de família, o médico que está na ponta, ele é o cara com uma formação específica. Ele não é clínico. Politicamente, quem está dominando esse processo é a medicina de família e, na verdade, é uma repetição. Você colocar o mesmo médico especialista, fazendo o processo, é como se eu estou perguntando para o mesmo. Eu acho que o clínico de formação ele tem essa condição e esta atitude para resolver qualquer problema. Inclusive de criança, de saúde de mulher”. (C5)

“Eu acho que deveria pesquisar melhor as experiências do papel do médico da atenção primária como teleconsultor. É importante ter modelos como esse do HC que o principal médico interlocutor é o médico de saúde da família, tem que estudar melhor esses modelos. Eu acho que é válido porque, como a gente tem uma rede de atenção primária muito heterogênea, tem questões que o médico de saúde da família consegue filtrar e resolver sem precisar encaminhar para um especialista. Caso contrário, você começa a ter uma enchente de teleconsultorias para o especialista que é desnecessária, elas podem ser resolvidas passando pelo filtro de um médico generalista, e apenas as específicas são encaminhadas para o especialista. Quando você tem muito especialista focal olhando para a teleconsultoria, o foco não é na atenção primária, que é mais ampla tem uma visão global”. (C3)

“Quando eu faço uma pergunta e escolho uma especialidade imagino que isso cairia direto nesse especialista e, muitas vezes, a pergunta vai primeiro para um clínico e, depois, é que vai encaminhar para o endócrino, por exemplo, se eu escolho a especialidade deveria ir direto para esse profissional”. (M1)

No início do PNTSBR (2007-2008) o atendimento ao usuário, estruturado pelo CTSHC-UFMG, era feito diretamente pelo especialista focal. Todavia, em 2009, foi instituído o plantão regulador de clínica médica no serviço de teleconsultoria. Neste modelo, o profissional plantonista recebe todas as solicitações de teleconsultoria e responde em torno de 80% das mesmas. O restante que necessita de uma resposta mais aprofundada é encaminhado para o profissional especialista focal. Em 2011, foi feita outra reestruturação. O plantão da clínica médica foi substituído pelo plantão da medicina da família e da comunidade, uma vez que o foco do atendimento é o suporte aos profissionais da APS. Dessa forma, acredita-se que o serviço atenderia de forma mais específica as demandas relacionadas a APS (MARCOLINO *et al.*, 2014).

Segundo Gusso *et al.* (2015) em seu texto sobre a reforma sanitária, o primeiro filtro do paciente na APS deve ser realizado por um médico generalista. Esse pode ser

um clínico geral, um médico da família e comunidade, sendo os especialistas focais o profissional que vai assessorar o serviço. Dessa forma, os preceitos da APS (acesso, coordenação, longitudinalidade e cuidado abrangente) são fortalecidos.

Para Gérvas (2008) a função do filtro é ajustar a intensidade do cuidado à gravidade e à raridade da doença. Sendo assim, o atendimento especializado é direcionado para quem realmente necessita e evitam-se encaminhamentos desnecessários. Ao se evitar o desperdício econômico e os possíveis danos causados à saúde por iatrogenia, está se praticando a prevenção quaternária na APS.

### 5.7.2 Regulação de encaminhamentos

Com base nos depoimentos dos entrevistados fica evidente que a teleconsultoria tem uma relação direta na redução de encaminhamentos desnecessários, uma vez que, por meio dessa, pode-se resolver dúvidas com especialistas e, assim, sanar o problema sem o deslocamento do paciente. Contudo, a teleconsultoria também pode confirmar a real necessidade do encaminhamento para um serviço especializado. Sendo assim, funciona como reguladora do fluxo de encaminhamentos. De acordo com os entrevistados, alguns gestores, percebendo o impacto dessa regulação na economia do município, adotaram o uso da teleconsultoria como condição para autorização de encaminhamentos.

Alguns entrevistados salientaram o entrave que essa condição gera para o profissional. Muitas vezes, o mesmo não tem dúvida sobre a real necessidade do encaminhamento, porém, devido a uma exigência dos gestores dos serviços de saúde local, precisa submeter o caso a uma teleconsultoria e, para assim, obter a autorização. Situações como essa desvirtuam o objetivo do serviço, que é uma segunda opinião, quando há dúvidas. Além disso, tiram a autonomia do profissional dos municípios remotos na condução dos pacientes. Por mais que o teleconsultor oriente o profissional sobre determinada conduta, o ato de seguir ou não a recomendação é do profissional de referência; ele é o responsável pelo paciente e pela condução do caso. Condições como as descritas contribuem para as teleconsultorias de baixa qualidade e repetidas já que não permitem que o profissional utilize o conhecimento aprendido em situações similares. As falas a seguir exemplificam tais fatos.

“Eles perguntam mesmo: ‘— É preciso encaminhar?’. Eles perguntam às vezes... é muito direto... Eu respondia sempre uma determinada médica, sempre. Ela perguntava: ‘— É preciso fazer endoscopia? Eu falava: ‘— Gente, mas a pergunta dela, todos os dias é isso’, ‘é preciso fazer endoscopia?’ Eu falei: ‘— Mas eu já te expliquei’. Eu falei... eu falei assim... você está me mandando muitos casos semelhantes. A resposta é sempre a mesma e ela: ‘— Doutora, eu preciso dessa resposta para o meu municipal autorizar a solicitação da endoscopia’. Então, parecia que precisava de uma validação do teleconsultor, que eu também achei uma distorção. Não é o objetivo de jeito nenhum, um instrumento para poder validar. A profissional era médica também”. (C4)

Tem municípios que possuem experiências bem interessantes no uso da TS como regulação. Por exemplo, se eu avalio um paciente e ele tem uma determinada patologia e, na teleconsultoria, o especialista indica que ele tem que fazer x, y, exames e, mesmo que não conste no rol dos exames que devem ser pedidos na atenção primária, esse pedido é afixado no pedido de exame e isso organiza o fluxo. Ou seja, na atenção primária, eu não poderia pedir esses exames, mas como o paciente passou por uma teleconsultoria é como se ele tivesse sido atendido por um especialista e isso endossa o pedido dos exames uma vez que não poderia fazer essa solicitação nesse momento. Então, eu acredito que tem um potencial enorme de organização do fluxo, por tudo que eu já falei. “Todas as informações que circulam no sistema o TS orienta o fluxo”. (C3)

O uso da TS como reguladora do fluxo de pacientes é um aspecto importante que pode ser explorado pelos gestores para maior eficiência do sistema de saúde do município. Cabe, no entanto, avaliação criteriosa de modelos de telerregulação, para que a escolha do que melhor se aplica ao contexto.

Segundo o protocolo de telerregulação desenvolvido pelo Ministério da Saúde, as teleconsultorias devem passar por um profissional telerregulador que irá orientar o fluxo da solicitação. Dessa forma, o profissional solicitante não precisa direcionar a teleconsultoria a um profissional específico, uma vez que essa demanda fica a cargo do telerregulador. Esse profissional deve ter formação e experiência APS para definir qual é o melhor teleconsultor para cada caso (BRASIL, 2013b).

### 5.7.3 Contrarreferência

A referência e a contrarreferência são comuns na prática médica presencial. O paciente é encaminhado a um profissional para complementar algum cuidado de que o profissional de referência não dispõe ou necessita de uma segunda opinião e, posteriormente, o mesmo retorna ao inicial para dar prosseguimento ao tratamento. Na teleassistência, esse fluxo acontece por meio da plataforma do sistema de TS.



Os médicos das regiões remotas encaminham, por meio da teleconsultoria, uma dúvida, um questionamento, nos quais gostaria de uma segunda opinião, juntamente com o caso clínico do paciente. O teleconsultor, por sua vez, responde ao solicitante sugerindo a conduta mais adequada com base nas melhores evidências científicas. Porém, não existe o fluxo de retorno para o teleconsultor. Nas entrevistas, pode-se observar que o mesmo se sente incomodado com a ausência da contrarreferência mútua. Para ele, o retorno é importante. Ao se envolver no caso dos pacientes e buscar a melhor solução, cria-se uma expectativa em torno do desfecho. Como o sistema não preconiza a retroalimentação do teleconsultor, são poucos os profissionais que o fazem. As falas descrevem o relatado.

“Uma melhoria do programa seria a contrarreferência. Por mais que a pessoa fique satisfeita, ela está satisfeita, mas eu não tenho essa noção. Então a gente orienta o que se vai fazer com um determinado paciente e eu não sei o que foi feito. Raro são aqueles que respondem e dão uma resposta de que ocorreu tudo bem, que esclareceu o diagnóstico etc., etc., então, teoricamente eu estou tratando no escuro. Do ponto de vista otimista, eu acho que foi bom, mas eu não tenho essa informação”. (C1)

“Você vê que tem uns que ficam tão satisfeitos que ficam 'nossa, me ajudou demais. A paciente voltou e ela trouxe esse exame, e agora aconteceu isso... ' E aí você vê que cria uma relação muito legal. Porque ele traz o retorno, mesmo que o retorno você não precise intervir. E só realmente trazer a notícia da evolução. Mas isso é o mínimo. O mínimo mesmo. Menos de 10% acontece isso. Eu acho que tem o tempo que você tem que gastar para dar o retorno. Eu não sei como são as demandas lá. Então, eu acho que não dá para exigir. Mas acho importante demais. Porque, às vezes, eu fico muito curiosa. Às vezes, eu peço. Quando estou muito na dúvida do caso, acho que pode ser uma coisa ou outra, e eu quero saber para depois pontuar, eu falo: '— Por favor, me retorne assim que o resultado estiver pronto’”. (C4)

“Eu já falei para o pessoal e eu sou muito pouco retroalimentado em relação aos resultados objetivos. Se o sistema o faz, eu desconheço. Isso é lamentável, 99% das vezes eu não acompanho o processo porque eu não sou retroalimentado. Não existe na nossa cultura e nem mesmo no sistema, porque isso pode até gerar problemas de funcionamento, porque pode complicar o sistema em termo de volume, do cara que atende o paciente, a paciente volta e fala que resolveu. Ele não vai no sistema de novo para me falar que resolveu”. (C5)

A dificuldade da contrarreferência para o médico da ESF é facilitada no sistema de TS, uma vez que o especialista dá o retorno imediato ao profissional solicitante. Entretanto, observa-se pelos relatos que a contrarreferência mútua seria algo interessante para ser incorporado ao sistema e, dessa forma, poderia favorecer o armazenamento de informações sobre o usuário. Carpintero *et al.* (2016) destacam que o uso da TS favorece a continuidade do cuidado uma vez que a informatização

e o uso de arquivos eletrônicos propiciam uma melhoria na comunicação e no compartilhamento de informações.

A referência e a contrarreferência na APS são ferramentas importantes para o cuidado longitudinal do paciente, porém alguns estudos destacaram a má qualidade no retorno dos serviços especializados para as equipes da ESF (SERRA; RODRIGUES, 2010; SILVA *et al.*, 2014). Embora a APS seja a porta de entrada e tenha papel ordenador no sistema, é importante ter a informação do paciente para evitar que o mesmo se perca no sistema, que, muitas vezes, leva ao cuidado de maneira vertical e desarticulada. O profissional da ESF deve coordenar o fluxo do usuário no sistema, buscando o melhor atendimento, garantindo a longitudinalidade e resolutividade do cuidado (GÉRVAS, 2008).

## 5.8 Fixação

A fixação de médicos longe dos grandes centros urbanos sempre foi um desafio para os gestores na área da saúde. Segundo dados do Conselho Regional de Medicina (2017) na região metropolitana de Belo Horizonte, encontra-se uma relação de 280 habitantes por médico, enquanto, na região do Jequitinhonha, essa relação é de 1.702 habitantes por médico. Um dos objetivos do PNTSBR é favorecer a permanência dos profissionais nas regiões carentes. Uma das estratégias é a criação de rede colaborativa, acesso a serviços especializados, ainda que a distância, utilizando para tal as ferramentas de TIC.

Contudo, o resultado do presente trabalho demonstrou que ter a TS no município remoto é importante para o profissional de saúde, mas não é decisivo para a sua fixação na região. O TS agrega valor ao serviço, traz segurança, respaldo, resolutividade, mas não a ponto de influenciar na decisão de se fixar ou não. Conforme relatado pelos entrevistados, a questão fixação é multifatorial e está relacionada a fatores pessoais, ao crescimento profissional e a aspectos financeiros dentre outros. Esses pontos podem ser observados nas falas a seguir.

“O médico, quando fixa no interior, ele fixa por outros motivos. Ou por ele se casou lá, ou porque ele tem outros interesses, tem uma fazenda etc. ou, então, porque ele trabalha em uma cidade pequena e aquela é cidade é

polo e atende outras cidades. Então, ele fica lá por três motivos: quando ele tem ligações familiares, quando ele tem ligações, por exemplo, fazendeiro etc., ele pode não estar ganhando bem, se não tiver essas três coisas, o resto é balela”. (C1)

O fator principal é o financeiro. Porque o profissional, quando vai para o interior, ele vai para trabalhar no PSF, e o PSF nas cidades menores pagam bem mais que nas cidades maiores. Tanto que tem muito modismo, o profissional vai não fez residência ainda, vai para o interior para gastar pouco e ter um salário melhor fica uns dois anos lá e depois volta para a cidade grande para fazer residência. Na verdade, esse profissional não está fixado lá! Ele vai para lá para fazer um pé de meia”. (M1)

“A minha percepção de adesão é... isso é um fator importante, é significativo, mas não é o mais importante, entendeu? O que define a adesão de uma pessoa na região, você pode pagar a ele os tubos, pode dar uma razoável condição de trabalho, que normalmente está vinculada com a questão do local que ele trabalha, mas ele precisa ter relacionamentos sociais, não se sentir abandonado, entendeu”? (C5)

“A questão da fixação profissional é muito multifatorial, parte pequena diz respeito a apoio a distância. Tem questões culturais o que a pessoa entende como lugar bom para se morar, ou não. Questões logísticas ou familiares, a pessoa precisa de um tipo de estrutura para criação dos filhos, o modelo de contratação, modelos de contratos precários, tipo de prática, uma unidade muito boa ou muito ruim... influência essa análise não pode ser simplista, ela é multifatorial. A equipe profissional do TS é muito abrangente, você tem especialidades que muito difícil você ter nos municípios, mas não acho que seja decisivo para fixar o profissional, nenhum profissional nunca falou para mim que vai ficar aqui porque tem TS, é um fator a mais pela qualidade do trabalho, mas não é o principal para fixação, não acho que seja decisivo”. (C3)

“O que eu observo dos meus colegas que se aventuraram em áreas mais remotas, era a oportunidade de aquele momento estar ganhando muito bem. Agora, o que eu acho que nos leva a estar lá, a chegar lá e ficar por um tempo. Agora, fixar, seria mesmo quando a pessoa casa ou se identifica muito com uma determinada comunidade, o que é muito incomum. É muito incomum pelo que eu tenho visto. O que eu acredito que fixaria o profissional é o plano de carreira bem estruturado”. (C2)

“Seria ótimo ir para uma cidade que tivesse TS, mas não tem haver com ter ou não TS, não é decisivo para isso”. (M2)

Nas equipes de ESF, a maior parte dos médicos e enfermeiros permanece nessas por menos de dois anos, comprometendo, assim, as ações em APS que requerem continuidade do cuidado (SEIDL *et al.*, 2014). A qualidade dos serviços está intimamente ligada ao tempo de permanência nos locais. Alves, Andrade e Santos (2016) constataram em seu estudo que as equipes de ESF com os melhores indicadores de desempenho foram aquelas que tinham mais tempo de implantação e permanência dos profissionais nas mesmas.

Um dos pontos fortes da ESF é a integralidade no cuidado. Em regiões com baixo IDH, o *turnover* dos profissionais de saúde é alto. Fatores como condições geográficas, culturais e sociais estão associados à alta rotatividade (GÉRVAS; FERNANDES, 2011). Dessa forma, a formação do vínculo com o paciente e a comunidade fica comprometida e influencia a qualidade e a resolutividade do cuidado aliado à perda da continuidade das ações (SILVA *et al.*, 2014).

Aspectos como salário, infraestrutura, possibilidade de capacitação e atualização, além da flexibilização da jornada de trabalho foram considerados como fatores atratores para a fixação em municípios remotos (STRALEN *et al.*, 2017). Prover e fixar profissionais da área da saúde em locais de maior vulnerabilidade é um desafio para gestores, pois essa é uma questão importante para o alcance dos princípios do SUS como universalidade do acesso com qualidade. Sendo a questão da fixação multifatorial, várias ações devem ser realizadas para o enfrentamento. Devem englobar aspectos financeiros, de gestão e regulação do trabalho, além da formação e atualização profissional com ênfase nos aspectos relevantes para APS como humanização e resolutividade do cuidado (BRASIL, 2012a).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um país com as dimensões do Brasil, o uso das TIC é fundamental para vencer as barreiras geográficas e facilitar o acesso aos serviços, minimizando, assim, as desigualdades regionais. Após a reforma sanitária, no processo de descentralização da saúde, estados e municípios se viram com a responsabilidade de prover os serviços nessa área. Contudo, diante das dificuldades sociais e financeiras enfrentadas, os gestores se veem dependentes do auxílio federal que, por meio das políticas públicas nacionais, ajuda a suprir tal demanda.

Diante da necessidade de fortalecer e ampliar a APS no País, o Ministério da Saúde, em parceria com universidades e hospitais universitários instituiu, em 2007, o PNTSBR. Esse tem como foco a teleassistência e tele-educação articulados com as políticas públicas nacionais. Fez-se necessário como estratégia para ampliação e qualificação da ESF, principalmente nas áreas remotas do Brasil para fortalecimento da APS. A TS tem potencial para melhorar o acesso aos serviços em saúde, favorecer a educação permanente, contribuir para equidade, universalidade, integralidade e resolutividade do cuidado, que são preceitos do SUS.

Uma das instituições responsáveis por prover a teleassistência no estado de Minas Gerais é o CTSHC-UFMG, que participou do projeto-piloto do Ministério da Saúde, em 2007, para implantação do programa na região. O centro é responsável por prover serviços de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação para os 50 municípios de Minas Gerais que são atendidos pelo PNTSBR. Essas cidades têm como características terem menos de 20.000 habitantes, baixo IDH e estarem localizadas em regiões remotas e isoladas, além de contarem com cobertura de, no mínimo, 70% da ESF. Esses critérios foram estipulados *a priori* pelo Ministério da Saúde nas diretrizes do programa.

As políticas públicas são constituídas de vários programas de governo que são implementados numa tentativa de suprir determinadas demandas da sociedade. Muitas vezes, dentro de uma cultura incrementalista, são mantidos pelo apelo político, coersão social e interesse dos atores envolvidos. Entretanto, em um país com dificuldade de recursos públicos, é necessário que as políticas sejam avaliadas

quanto a características como eficácia, eficiência e efetividade. Dessa forma, são necessários o desenvolvimento de trabalhos que avaliem os programas de governo para que se possa refletir sobre os mesmos e o seu impacto na população atendida.

Sendo assim, buscou-se com o presente trabalho identificar os resultados do PNTSBR na percepção de médicos teleconsultores do CTSHC-UFMG, além de médicos e enfermeiros das equipes de ESF dos municípios atendidos pelo programa. A pesquisa realizada foi do tipo descritiva com abordagem qualitativa por meio de estudo de caso. Diante da exploração das entrevistas realizadas, foi possível descrever e analisar os resultados do programa e agrupar os aspectos relevantes em categorias, tendo por base a análise de conteúdo.

Foram levados em conta no estudo apenas os municípios mineiros contemplados pelo PNTSBR considerados ativos, ou seja, que realizaram, pelo menos, uma teleconsulta nos seis meses antes do início da coleta dos dados. Além disso, buscou-se priorizar os municípios com o IDH mais baixo por acreditar que o programa seria mais relevante nesses municípios remotos. Houve, porém, dificuldade com o contato dos profissionais desses municípios. Sendo assim, seguiu-se a ordem crescente do IDH até que se atingisse o ponto de saturação dos dados. Em relação aos teleconsultores, foi feito contato com todos e aqueles que concordaram e se disponibilizaram a responder a entrevista foram incluídos no estudo.

Após a análise do conteúdo das entrevistas, foi possível identificar categorias como: encaminhamentos, segurança na decisão, educação permanente, utilização do sistema, qualidade, dificuldades, organização do serviço e fixação. Na categoria dificuldades e organização do serviço, foi possível identificar subcategorias. No item dificuldades, foi feita a subcategorização em questões éticas, infraestrutura e incentivo à produção. Já, na organização do serviço, as subcategorias que emergiram foram médico regulador, regulação de encaminhamentos e contrarreferência.

Talvez o principal resultado do PNTSBR seja a redução de encaminhamentos desnecessários. Os entrevistados foram unânimes em reconhecer esse potencial do

programa. Em um país com municípios carentes de recursos financeiros, evitar deslocamentos da população das regiões remotas para os grandes centros urbanos é um benefício considerável. O acesso a especialistas, ainda que de forma remota, aumentou a capacidade de resolução das equipes de ESF e contribuiu para a integralidade do cuidado, fortalecendo, assim, as ações na APS. Usuários do SUS que, por vezes, passavam meses nas filas de espera para uma consulta com o especialista têm a possibilidade, com a TS, de serem atendidos prontamente por meio da intermediação entre profissionais. De acordo com os resultados, as teleconsultorias têm potencial para resolver a maioria dos casos encaminhados no local de residência do paciente.

A possibilidade de trocar informações com especialistas auxiliou os profissionais das equipes de ESF na tomada de decisão. O uso da TS favoreceu a confiança e a segurança dos profissionais das áreas remotas nas condutas a serem tomadas em relação aos pacientes. A formação de uma rede colaborativa é essencial para a qualificação do trabalho.

Outro ponto que qualifica o trabalho é o conhecimento. A educação permanente é um dos objetivos do PNTSBR, porém, de acordo com os resultados do estudo esse item merece uma reflexão. Apesar de o uso das TCI minimizarem as dificuldades com relação ao tempo e espaço para o acesso à informação, não é suficiente para que tal ocorra. Foi notório o conhecimento dos usuários do programa quanto à existência de material de formação e informação por meio da tele-educação, porém muitos nunca os acessaram.

Sendo a formação das equipes de ESF um ponto importante para minimizar as diferenças entre as equipes no País e uma forma de aumentar a qualidade do cuidado, é inerente a necessidade de adequar a gestão do trabalho a tal objetivo. Percebe-se a existência de aspectos pessoais como a motivação do profissional para a formação. No entanto, é necessário que tenha condições para isso como tempo disponível, local e infraestrutura adequados.

É importante que gestores e provedores dos serviços em tele-educação busquem estratégias para aumentar o seu uso. Talvez uma das formas de fomentar o uso da

educação a distância seja ir na contramão do processo. Ou seja, desenvolver encontros presenciais com especialistas nas áreas remotas para a formação de vínculo e o atendimento de demandas específicas. São considerados pontos importantes no processo educacional o vínculo entre os pares e a relevância da informação. Quanto mais próximo e inserido na realidade do usuário estiver o programa, maiores serão a sua significância e sua adesão. O uso da teleconsultoria para formação foi um ponto positivo destacado. Deve-se explorar ao máximo o potencial educacional da mesma, uma vez que essa se mostrou sensível para fomentar a aprendizagem. Programas desenvolvidos de maneira vertical podem apresentar dificuldades para sua plena implementação, considerando-se a heterogeneidade do Brasil. Entretanto, estratégias bem consolidadas, envolvendo formuladores, desenvolvedores e usuários, tendem a minimizar os problemas relacionados à sua inadequação.

Outro aspecto que chamou a atenção no trabalho foi quanto à utilização do sistema de teleconsultoria. Embora o sistema tenha sido desenvolvido para uma segunda opinião entre profissionais da saúde, o enfoque maior é no profissional médico, uma vez que a teleconsultoria auxilia na tomada de decisão e evita encaminhamentos desnecessários. No presente trabalho, observou-se que o médico da ESF não utiliza de forma rotineira o sistema, tendo o enfermeiro como o seu principal usuário .

Faz-se necessária uma reflexão acerca do não uso ou pouco uso do sistema pelo profissional médico. Vários fatores podem estar relacionados como interesse pessoal, conhecimento do sistema uma vez que é alta a rotatividade de profissionais, organização do trabalho e dificuldades de acesso dentre outros. Cabe destacar que essa não é uma dificuldade exclusiva das equipes de ESF mineiras. Outras localidades enfrentam o mesmo problema. Talvez a diversificação da forma de acesso possa corroborar a maior utilização. Pode-se pensar em oferta de suporte por telefone tipo 0800 ou desenvolvimento de aplicativos para plataformas que permitam o acesso por dispositivos móveis como *smartphones e tablets*.

Um ponto forte do trabalho foi quanto à qualidade do serviço ofertado pelo CTSHC-UFMG. Os profissionais das equipes de ESF se mostraram satisfeitos com o atendimento recebido e destacaram o alto nível dos teleconsultores. Esse aspecto é



primordial para a segurança na tomada de decisão do profissional dos municípios remotos. Independentemente da sugestão do profissional especialista, a responsabilidade na condução do caso do paciente é do médico solicitante. Dessa forma, a confiança na qualidade do profissional que o está assessorando é primordial para minimizar a possibilidade de iatrogenia no atendimento e aumentar a resolutividade do cuidado.

Embora o programa tenha apresentado vários aspectos positivos quanto ao cuidado com os pacientes nas áreas afastadas, algumas dificuldades foram apontadas. As questões éticas foram expressas em relação ao ato médico. Como o sistema foi desenvolvido para uma segunda opinião entre médicos e esse profissional tem um acesso pequeno ao sistema, isso acarretou dificuldades nas relações profissionais. O médico só pode orientar condutas relativas ao fazer médico para outro profissional também médico.

Contudo, existe uma carência desse profissional nos municípios remotos o que pode, muitas vezes, levar o enfermeiro à necessidade de buscar orientação sobre o cuidado do paciente com um teleconsultor. Ou ainda, o médico da equipe pode não ter tempo de acessar o sistema, devido à alta demanda de serviços e autorizar o enfermeiro da equipe ou outro profissional mais disponível para fazê-lo. O teleconsultor, porém, não tem certeza de quando essas situações estão ocorrendo, uma vez que as relações são virtuais e de maneira assíncrona. Ou seja, essa situação merece uma reflexão mais aprofundada para que os profissionais possam exercer suas funções da melhor maneira possível. Talvez seja necessária uma discussão mais ampla do programa, uma vez que esse foi desenvolvido com um foco central no profissional médico e que o País apresenta uma carência desse profissional fora dos grandes centros urbanos.

É necessária uma reflexão sobre o próprio ato médico, uma vez que as ações em APS têm um enfoque multidisciplinar e, por vezes, as abordagens quanto ao paciente são redundantes em relação aos profissionais. Ou seja, há determinadas funções que podem ser realizadas por diferentes profissionais da saúde sem infringir nenhum código de ética profissional. É necessário determinar quais ações outros profissionais, como o enfermeiro, pode realizar com respaldo legal e, assim,

flexibilizar a estrutura para que a TS possa auxiliar as demandas do País de maneira mais bem aproveitada. É importante que a política em saúde não seja centrada no profissional médico porque, dessa forma, pode criar obstáculos para que a APS seja ordenadora do fluxo de atenção no SUS.

Outra dificuldade apontada é a infraestrutura dos municípios atendidos. A TS utiliza-se de tecnologias de ponta para melhor atender as demandas por teleassistência e tele-educação. Dessa forma, é necessário o investimento e o desenvolvimento tecnológico das regiões atendidas pelo programa. Deve haver uma ampliação do PNTSBR em nível de políticas de desenvolvimento científico e tecnológico no Brasil.

Faz-se necessário pesquisar modelos de regulação para se estabelecer o mais apropriado para os objetivos do programa. Parece que a regulação pelo médico de família e comunidade é a mais adequada para o suporte na APS. Esse, porém, não foi um aspecto unânime no presente estudo. Assim como a contrarreferência mútua, alguns profissionais acham importante ter o retorno do médico da ESF sobre o caso para o qual houve uma solicitação; outros pensam que isso iria sobrecarregar o sistema e comprometeria a capacidade de respostas às demandas. Há que se refletir sobre o tema.

Uma das dificuldades para os gestores são a atração e a fixação dos profissionais médicos fora dos grandes centros urbanos. Parece que incentivos financeiros auxiliam na atratividade, mas exerce pouca influência na fixação. Um dos objetivos do PNTSBR é favorecer a fixação do profissional, uma vez que o mesmo permite a criação de rede colaborativa, minimizando, assim, a percepção do isolamento. Além disso, poderia auxiliar na formação permanente, por meio da tele-educação, para minimizar a defasagem em relação ao conhecimento. No presente estudo, porém, o fato de o município ter ou não ter o serviço de TS não foi fundamental para favorecer a fixação. Essa questão é multifatorial e, como tal, merece um enfrentamento em diversas áreas como infraestrutura, desenvolvimento de planos de salário e carreira e possibilidade de formação dentre outros. Sendo assim, o programa não consegue atingir esse objetivo, auxilia, mas sozinho é ineficaz.

O presente trabalho contribuiu, do ponto de vista acadêmico para o desenvolvimento de estudo na área de políticas públicas, para a avaliação de programas de governo a partir da percepção dos atores nele envolvidos. Além disso, acrescentou ao arcabouço teórico na área da TS que está em desenvolvimento no País.

Em relação ao aspecto institucional, o trabalho trouxe reflexões importantes quanto à gestão do tempo, estruturação do fluxo de trabalho e adequações que podem tornar a oferta do PNTSBR ainda mais relevante para os usuários. Além disso, explicitou os pontos fortes da organização na oferta do serviço de TS.

Do ponto de vista social, o trabalho contribuiu para corroborar a necessidade de expansão e adequação dos serviços em TS. O trabalho mostrou a sua relevância para minimizar problemas relacionados à oferta de serviços em saúde com qualidade e resolutividade. A TS tem uma importância social imensa, pois se mostrou com um grande potencial para diminuir as desigualdades e favorecer o acesso a serviços especializados. Realçou também a necessidade de se avançar em políticas públicas mais próximas dos contextos regionais. Em um país heterogêneo e de grandes dimensões, políticas nacionais verticalizadas correm o risco de não contemplarem de maneira igualitária a todos.

Diante do exposto, observa-se que o programa atingiu, em parte, seus objetivos. Foi possível identificar a qualificação na APS com favorecimento da universalidade, resolutividade e integralidade do cuidado; redução de encaminhamentos desnecessários inferindo, assim, redução dos custos; favorecimento da educação permanente em saúde, ainda que de maneira tímida. Não foi possível, porém, observar o favorecimento da TS na atração e fixação dos profissionais nas áreas remotas. Sendo o presente trabalho um estudo de caso, os resultados encontrados não podem ser generalizados, mas auxiliam na reflexão e para o melhor entendimento do PNTSBR.

Considerando que o usuário do sistema de saúde é o grande beneficiário das ações em TS, deve-se evoluir no entendimento do programa com estudos sobre a percepção dos pacientes que são atendidos pela mesma. Além disso, é importante desenvolver estudos na área com grupos específicos de profissionais usuários do

programa. Trabalhos com grupo focal apenas de médicos, ou enfermeiros para que se possa entender melhor as especificidades e dificuldades do programa para cada área.

Avanços na tecnologia e na legislação são necessários para que a TS possa crescer no País. Apesar de as relações virtuais dificultarem a questão do estabelecimento do vínculo entre profissional e o paciente, é necessário avançar na inclusão digital para que, cada vez mais, os usuários possam ter acesso aos serviços especializados, ainda que remotamente. Não adianta os serviços em TS se desenvolverem com tecnologia de ponta se os municípios e os usuários não acompanharem esse desenvolvimento. É necessário um desenvolvimento mútuo para que a TS possa ser utilizada em toda a sua plenitude.

## REFERÊNCIAS

- ALKMIM, M. B. *et al.* Simple solutions for big challenges: how to structure and keep a large scale telecare service. **Latin American Journal Telehealth**, v. 1, p. 78-89, 2009.
- ALKMIM, M. B. M. *et al.* Teleassistência para municípios remotos do estado de Minas Gerais: ampliando a atuação geográfica dos Hospitais Universitários. 2010. Disponível em: <[http://melhorespraticas.mec.gov.br/arquivos/ufmg\\_telemarketing.pdf](http://melhorespraticas.mec.gov.br/arquivos/ufmg_telemarketing.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2017.
- ALKMIM, M. B. *et al.* Factors associated with the use of a teleconsultation system in brazilian primary care. **Telemedicine and e-Health**, v. 21, n. 6, p. 473-83, June 2015.
- ALKMIM, M. B. *et al.* O incentivo financeiro deve ser uma estratégia para aumentar a utilização de teleconsultorias? In: 8º CONGRESSO BRASILEIRO DE TELEMEDICINA E TELESSAÚDE. **Anais** ... Manaus, 2017. Disponível em: <<http://www.cbtms2017.eventos.dype.com.br/site/anaiscomplementares2?AREA=17#M>>. Acesso em: 02 jan. 2018.
- ALLISON, G. Conceptual models and the cuban missile crisis. **The American Political Science Review**, v. LXIII, n. 3, Sept. 1969.
- ALVES, C. R.; ANDRADE, M. C.; SANTOS, C. L. S. Longitudinalidade e formação profissional: fundamentos para o desempenho das equipes de saúde da família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 268-78, out./dez. 2016.
- ANDERSON, J. E. **Public policy making**. New York: Thomas Nelson, 1975.
- ANDRADE, M. V. *et al.* Cost-benefit of the telecardiology service in the state of Minas Gerais: Minas Telecardio Project. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 97, n. 4, p. 307-16, 2011.
- ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n.40, p. 111-41, 1999.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BRASIL. Lei Orgânica de Saúde n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providencias. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1990.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 35 de 04 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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: **Diário Oficial da União**, 2011a.

BRASIL. Portaria n. 2.554, 28 de outubro de 2011, institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: **Diário Oficial da União**, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_telessaude.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_telessaude.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2016.

BRASIL. Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Brasil: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2013a. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o\\_atlas/idhm/](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/)> Acesso em: 02 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de telessaúde para a Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde: protocolo de telerregulação de teleconsultorias. Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/143220>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Histórico de cobertura da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reiHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 19 dez. 2017.

CAMPOS, G. W. S. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica-diretrizes. **Cadernos da Associação Brasileira de Educação Médica**. v. 3, p. 6-10, out. 2007.

CAPELLA, A. C. N. Análise de políticas públicas: da técnica às ideias. **Agenda Política**, v. 3, n. 2, p. 239-58, jul./dez. 2015.

CARPINTERO, E. R. J. *et al.* Benefits in using the telehealth: a necessary reflection. **Latin American Journal Telehealth**, v. 3, n. 2, p. 175-82, 2016.

CASTRO, R. B. Eficácia, eficiência e efetividade na administração pública. 30º Encontro da ANPAD, EnANPAD, **Anais...** Salvador, 2006.

CENTRO DE TELESSAÚDE HC-UFG. Resultados. Disponível em: <<http://www.telessaude.hc.ufmg.br/quem-somos/resultados/>>. Acesso: 03 nov. 2016.

CENTRO LATINO AMERICANO de Administração para o Desenvolvimento – CLAD. Uma nova gestão pública para América Latina. Documento do CLAD. 1998. Disponível em: <[http://www.campinas.sp.gov.br/arquivos/recursos-humanos/txt\\_apoio\\_documento\\_clad.pdf](http://www.campinas.sp.gov.br/arquivos/recursos-humanos/txt_apoio_documento_clad.pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2017.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1.643, de 07 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Brasília, DF. 2002. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1643\\_1992.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1643_1992.htm)>. Acesso em: 03 nov. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1.718/2004. Publicada no D.O.U. de 03.5.04, seção 1, p. 125. Disponível em: <[www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2004/1718\\_2004.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2004/1718_2004.htm)>. Acesso em: 19 dez. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. Relação do número de médicos por Mesorregiões. 2017. Setor de Tecnologia da Informação. Conselho Regional de Medicina. Disponível em: <<http://www.crmmg.org.br/>>. Acesso em: 19 dez. 2017.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-92, set./out. 2003.

COSTA, C. A. *et al.* La telesalud como instrumento del derecho a la salud para las poblaciones remotas. **Latin American Journal Telehealth**, v. 1, n. 2, p. 260-71, 2009.

CUNHA, C. G. S. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. Trabalho elaborado durante no curso “The Theory and Operation of a Modern National Economy”, ministrado na George Washington University, no âmbito do Programa Minerva, em 2006. Disponível em: <<http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper29.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2017.

DECLARAÇÃO DE TEL AVIV. **Sobre responsabilidades e normas éticas na utilização da telemedicina**, 1999.

DYE, T. D. **Understanding public policy**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. 1992.

ESCOREL, S. *et al.* programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2, p. 164-76, 2007.

FACCHINI, L. A. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 669-81, jul./set. 2006.

FARAH, M. F. S. Reforma de políticas sociais no Brasil: experiências recentes de governos subnacionais. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 33, n.1, p. 51-9, jan./mar.1998.

FARAH, M. F. S. Parceria, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 119-44, jan./fev.2001.

FARIA, C. A. P. Ideia, conhecimentos e políticas públicas. Um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, p. 21-9, fev. 2003.

FERNANDEZ, A. Las políticas públicas. In: BADIA, M. C.(Org.) **Manual de ciência política**. Madrid: Tecnos, 1996, cap. 4.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz & Terra, 1996.

FREY, K. Análise de políticas públicas: algumas reflexões conceituais e suas implicações para a situação brasileira. **Cadernos de Pesquisa**, v. 8, set.1999.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, p. 211-59, jun. 2000.



GERVAS, J. Atención primaria, de la teoría a la práctica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s24-s6, 2008 .

GÉRVAS, J.; FERNANDES, M. Uma atenção primária forte no Brasil: relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da estratégia de saúde da família. Projeto para avaliar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com ênfase em ambientes com baixo índice de desenvolvimento humano no Brasil, através da visita a Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), com médicos líderes e/ou tutores: relatório de pesquisa. Tradução de Rogério Machado, 2011. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal\\_portugues.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf)> Acesso em: 19 jun. 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed., São Paulo: Atlas, 2008.

GILSON L. Lipsky's street level bureaucracy. In: PAGE, E.; LODGE, M.; BALLA, S. (Orgs). **Oxford Handbook of the Classics of Public Policy**. Oxford: Oxford University Press, 2015.

GONÇALVES, R. G. *et al.* Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. **Family Practice**, v. 33, n. 3, p. 238-42, June 2016.

GUSSO, G. D. *et al.* Bases para um novo sanitarismo. **Revista Brasileira de Medicina Familiar e Comunidade**, v. 10, n. 36, p.1-10. 2015.

HARZHEIM, E. *et al.* Telessaúde para médicos de atenção primária por meio de chamada telefônica gratuita: o caso do 0800 do telessaúders. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TELEMEDICINA E TELESSAÚDE, 6., 2013, São Paulo. **Jornal Brasileiro de Telessaúde**, Rio de Janeiro, v. 2, Supl. 1, p. 83, 2013. Disponível em: <[http://www.jbtelessaude.com.br/jornal/volume/download\\_artigo/594](http://www.jbtelessaude.com.br/jornal/volume/download_artigo/594)>. Acesso em: 19 dez. 2017.

HOFLING, E. M. Estado e políticas públicas sociais. **Cadernos Cedes**, v. XXI, n. 55, p. 30-41, nov. 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br>> Acesso em: 02 jan. 2018.

JAMOULLE, M. Quaternary prevention: preventionas you never heard before (definitions for the four prevention fields as quoted in the WONCA international dictionary for general/family practice), 1995. Disponível em:<<http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

LAVILLE, C.; DIONE, J. A. **Construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LANGARIZADEH, M.; MOGHBELI, F.; ALIABADI, A. Application of ethics for providing telemedicine services and information technology. **Medical Archives**, v. 71, n. 5, p. 351–5, 2017.

LEISTNER, R. M. Resenha do livro Políticas públicas no Brasil. **Otra Economía**, v. 5, n. 8, p. 99-106, jan./jun 2011.

LOWI, T. J. American business, public policy, case studies, and political theory. **World Politics**, v. 16, n. 4, p. 677-715, mar. 1964. Disponível em: <[http://www.jstor.org/stable/2009452?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/2009452?seq=1#page_scan_tab_contents)>. Acesso em: 27 jan 2017.

LOWI, T. J. Four systems of policy politics and choice. **Public Administration Review**, v. 32, n. 4, p. 298-310, July/Aug. 1972. Disponível em: <[http://www.jstor.org/stable/974990?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/974990?seq=1#page_scan_tab_contents)>. Acesso em: 27 jan 2017.

MACHADO, V. C.; BAPTISTA, T. W.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-32, mar. 2011.

MACINKO, J.; HARRIS M. J. Brazil's family health strategy - delivering community - based primary care in a universal health system. **New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 23, p. 2.177-81, 2015.

MARCOLINO, M. S. *et al.* A rede de teleassistência de Minas Gerais e suas contribuições para atingir os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS - relato de experiência. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, jun., 2013. (online). Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/480/1130>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

MARCOLINO, M. S. *et al.* Teleconsultorias no apoio à atenção primária à saúde em municípios remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 5/6, p. 345-52, 2014.

MARCOLINO, M. S. *et al.* The telehealth network of Minas Gerais: a large-scale brazilian public telehealth service improving access to specialised health care. **Policy in Focus**, v. 13, n.1 p. 59-61, 2016.

MARTIN, F. A. **Metodología de la evaluación de programas**. Madrid: Centro de investigaciones Sociológicas, 1991. Cadernos metodológicos, n. 2.

MELO, M. D. C. *et al.* Belo Horizonte-Telehealth: incorporation of teleconsultations in a health primary care system. **Telemedicine and e-Health**. (Abstract), 2017.

MENDES, A. MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 900-16, out./dez. 2014.

MENEGUIN, F. B.; FREITAS, I. V.B. Aplicações em avaliação de políticas públicas: metodologia e estudos de caso. Núcleo de Estudos e Pesquisas do. Senado, n. 123, mar., Brasília, Senado Federal, 2013. Textos para discussão. Disponível em:

<<https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td-123-aplicacoes-em-avaliacao-de-politicas-publicas-metodologia-e-estudos-de-caso>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

MÉNY, I.; THOENIG, J. C. **Las políticas públicas**. Barcelona: Ariel, 1992.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. (org). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo, Simone Gonçalves de Assis e Edinilsa Ramos de Souza. Rio de Janeiro: Ed: Fiocruz, 2005.

MUNIZ, R. M. **Relaciones intergubernamentales y política de médio ambiente em Brasil**: um enfoque de gestión intergubernamental. 1997. 213fls. Tese de Doutorado - Universidad Complutense de Madrid, Madrid, .

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na Atenção Primária à Saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.9, p. 2.012-2.020, set. 2009.

NOVAES, M. A *et al.* Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil. **Comunicação Saúde Educação**, v. 16, n. 43, p. 1.095-106, out-dez, 2012.

NUNES, A. A. *et al.* Telemedicina na estratégia de saúde da família: avaliando sua aplicabilidade no contexto do PET Saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 99-104, 2016.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.197-06, jan. 2008.

PESSOA, C. G. *et al.* Description of factors related to the use of the teleconsultation system of a large telehealth service in Brazil – the telehealth network of Minas Gerais. **Journal of the International Society for Telemedicine and eHealth**, v. 3, n. e4, p. 1-9, 2016.

PINHEIRO, A. L. S. *et al.* Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 25, n.3, p. 1-9, 2016.

PIROPO, T. G. N.; AMARAL, H. O. S. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 279-87, jan./mar.2013.

RAMOS, M. P ; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 1.271-94, set./out. 2012.

REZENDE, E. J. C. *et al.* Ética e telessaúde: reflexões para uma prática segura. **Revista Panamericana De Salud Pública**, v. 28, n.1, 2010.

RIBEIRO FILHO, J. L. *et al.* Telemedicina e Telessaúde – a construção de redes colaborativas de ensino, pesquisa e assistência ao diagnóstico e ao tratamento em saúde no Brasil. **Informática Pública**, v. 10, n. 2, p. 97-104, 2008.

RUA, M. das G. Políticas públicas. Departamento de ciências da administração/UFSC; Brasília; CAPES: UAB, 2009. Disponível em: <[http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php?file=%2F145537%2Fmod\\_resource%2Fcontent%2F1%2FPolíticas%20Publicas%20GP%202%20Edicao%20Nacional%20Miolo%20Online.pdf](http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php?file=%2F145537%2Fmod_resource%2Fcontent%2F1%2FPolíticas%20Publicas%20GP%202%20Edicao%20Nacional%20Miolo%20Online.pdf)>. Acesso em: 26 jan. 2017.

SANTOS, A. F. *et al.* Estructuración del Sistema Único de Salud y el desarrollo de las acciones de telesalud en Brasil. **Latin American Journal Telehealth**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 5-38, 2009.

SANTOS, A. F. *et al.* In: CAPELLI, O. **Primary care at a glance: hot topics and new insights**. Rijeka, Croácia: INTHEC; 2012. p.137-50.

SANTOS, A.F.; D'AGOSTINO, M.; BOUSKELA, M.S.; FERNANDÉZ, A.; MESSINA, L. A.; ALVES, H. J. Uma visão panorâmica das ações de telessaúde na América Latina. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35 n.5/6, p. 465–70, 2014.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-69, mar./abr. 2009.

SEIDL, H. M. F. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-2012. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 94-108, 2014.

SENNE, F. J. N. *et al.* A look at the telehealth in Brazil from the ICT in health 2014 survey. **Latin American Journal Telehealth**, v. 3, n.2, p. 12-125, 2016.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na região metropolitana do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3.579-86, nov. 2010.

SCHMITZ, C. A. A.; HARZHEIM, E. Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes. **Revista Brasileira de Medicina e Farmácia Comunitária**, v.12, n. 39, p.1-11, 2017.

SILVA, P. L. B. **Modelo de avaliação de programas sociais prioritários: Programa de Apoio à Gestão Social no Brasil**. Campinas: NEPP-UNICAMP, 1999, relatório final.

SILVA, A. B.; SOUSA, A. F. G. Canal salute: experiencia pioneira de telesalud en Brasil. **Latin American Journal Telehealth**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 199-212, 2010.

SILVA, A. B.; MORAES, I. H. S. O caso da rede universitária de telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1.211-35, 2012.

SILVA, A. B.; CARNEIRO, A. C. M. G.; SINDICO, S. R. F. Regras do governo brasileiro sobre serviços de telessaúde: revisão integrativa. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 44, p. 167-88, jan./jun. 2015.

SILVA, S. A. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. esp., p. 126-32, 2014.

SIMON, H. A. A behavioral model of rational choice. *The Quarterly Journal of Economics*, v. 69, n. 1, p. 99-118, Feb. 1955. Disponível em: <[http://www.jstor.org/stable/1884852?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/1884852?seq=1#page_scan_tab_contents)>. Acesso em: 25 jan. 2017.

SOUZA, C. Políticas públicas: conceitos, tipologias e sub-áreas. Trabalho elaborado para a Fundação Luís Eduardo Magalhães, dez.2002. Disponível em: <<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3843/material/001-%20A-%20POLITICAS%20PUBLICAS.pdf>> Acesso em 30 jan. 2017.

SOUZA, C. Estado do campo da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, p. 15-20, fev. 2003.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n.16, p. 20-45, jul-dez. 2006.

SOUZA, L.; COSTA, J. S. D. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 765-72, 2011.

STRALEN, A. C. S. *et al.* Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p. 147-72, 2017.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, v. 3, p. 20-27, 2009.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 42, v. 3, p. 529-50, maio/jun. 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VALENTE, J. A.; MORAN, J. M. **Educação a distância**: pontos e contrapontos. São Paulo: Summus, 2011.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, mar./abr.1996.

VYGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 4. ed, São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Telemedicine: opportunities and developments in member states: report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth Series, 2. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em: <[http://www.who.int/goe/publications/goe\\_telemedicine\\_2010.pdf](http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf)> Acesso em: 06 jun. 2017.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A ROTEIRO DE ENTREVISTA NORTEADOR

Dados demográficos funcionais

\_\_\_\_\_ Teleconsultor      \_\_\_\_\_ Médico      \_\_\_\_\_ Enfermeiro

Município \_\_\_\_\_

Fez residência ( ) sim ( ) não área \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ idade \_\_\_\_\_

Tempo de formado \_\_\_\_\_

Tempo de relacionamento com o CTSHC/UFMG \_\_\_\_\_

Roteiro de perguntas

- 1) Quais são os resultados do programa de telessaúde?
- 2) Como o programa auxilia o profissional?
- 3) Como o programa auxilia o paciente?
- 4) O que influencia a fixação do profissional na região?
- 5) Como o programa de telessaúde influencia essa fixação?
- 6) Como avalia a qualidade dos serviços prestados?
- 7) Qual a relação da telessaúde com a qualidade dos serviços?
- 8) Que fatores influenciam a qualidade dos serviços ofertados?
- 9) Como a telessaúde se relaciona com a educação permanente em saúde?
- 10) Você já teve alguma formação por meio da tele-educação? Se sim, qual?
- 11) Como o programa de telessaúde influencia os encaminhamentos dos pacientes?
- 12) Você tem conhecimento de algum dado concreto?
- 13) Qual a relação do programa de telessaúde com os serviços especializados em saúde?



## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada *ANÁLISE DOS RESULTADOS DO PROGRAMA NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL REDES EM MUNICÍPIOS MINEIROS COM BAIXO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO*. Nesta pesquisa, pretende-se, como objetivo, analisar e descrever os resultados do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na percepção dos atores envolvidos: médicos e enfermeiros da equipe de saúde da família dos municípios usuários da telessaúde e teleconsultores do centro de telessaúde. Para esta pesquisa, serão adotados os seguintes procedimentos: o (a) Sr. (a) deverá responder a uma entrevista com perguntas norteadoras sobre o tema, elaboradas pela pesquisadora. As respostas serão gravadas e, posteriormente, serão transcritas para que possam ser analisadas. No momento da transcrição, o Sr. (a) não será identificado pelo nome. O Sr. (a) receberá uma sigla, por exemplo, T1 para teleconsultor ou M1 para médico da equipe de saúde da família ou E1 para enfermeiro da equipe de saúde da família e segue-se assim sucessivamente. A entrevista será realizada no dia e na hora marcados de acordo com a sua comodidade. A entrevista poderá ser realizada presencialmente, por telefone ou por Skype. Se optar por fazer a entrevista por Skype, a gravação será apenas do conteúdo de áudio, não haverá armazenamento de imagem. Após a defesa da dissertação de mestrado, esse material de áudio gravado será destruído. Os riscos envolvidos nesta pesquisa são mínimos. Talvez o Sr. (a) se sinta desconfortável ou constrangido por responder às perguntas e pelo fato de as suas respostas estarem sendo gravadas. Contudo, é importante que o Sr. (a) saiba que, em momento algum, será identificado. O conteúdo das respostas será utilizado de forma ética e responsável, mantendo o rigor científico. A pesquisa contribuirá para o melhor conhecimento acerca dos resultados do Programa de Telessaúde, conseqüentemente, esse entendimento permitirá a realização de ajustes e adequações nas ações em telessaúde para melhor atender aos objetivos do programa.

Para participar deste estudo, o Sr. (a) não terá despesa e nem compensação financeira relacionada à sua participação nesta pesquisa. Apesar disso, o Sr.(a) tem garantida a disponibilidade de tratamento médico e indenização em caso de danos que os justifiquem e que sejam diretamente causados pelos procedimentos da pesquisa (nexo causal comprovado). O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar em qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. O Sr. (a) tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo.

Os resultados obtidos nesta pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo. O Sr.(a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar.

Rubrica do pesquisador:\_\_\_\_\_

Rubrica do participante:\_\_\_\_\_

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados utilizados na pesquisa (material transcrito) ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos e, após esse período, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções ns 466/2012; 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde) utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos, métodos riscos e benefícios da pesquisa *ANÁLISE DOS RESULTADOS DO PROGRAMA NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL REDES EM MUNICÍPIOS MINEIROS COM BAIXO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO*, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nome completo do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Pesquisadora Responsável: Edênia Santos Garcia Oliveira.

Endereço: Rua Cassiterita, 691/401

CEP: 31080-150/ Belo Horizonte- MG

Telefones: 31 991917189/ 31 34661969

E-mail: edeniasg@yahoo.com.br

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador (mestrando)

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP- UFMG – Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade administrativa II – 2º andar – Sala 2005

Campus Pampulha. Belo horizonte, MG – Brasil. CEP 31270-901

E-mail: coep@prpq.ufmg.br Tel: 34094592