

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

JESSICA PALOMA CHAGAS DOS SANTOS

CONTRIBUIÇÃO DA TELESSAÚDE PARA O ATENDIMENTO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS AÇÕES VINCULADAS À
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

PONTA GROSSA

2023

JESSICA PALOMA CHAGAS DOS SANTOS

CONTRIBUIÇÃO DA TELESSAÚDE PARA O ATENDIMENTO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS AÇÕES VINCULADAS À
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Área de concentração: Cidadania e Políticas Públicas. Linha de pesquisa: Estado, Direito e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dra. Lislei Teresinha Preuss.

PONTA GROSSA

2023

S237 Santos, Jessica Paloma Chagas dos
Contribuição da Telessaúde para o atendimento na Atenção Primária à Saúde: uma análise a partir das ações vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná / Jessica Paloma Chagas dos Santos. Ponta Grossa, 2023.

127 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Lislei Teresinha Preuss.

1. Telessaúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Acesso à saúde. I. Preuss, Lislei Teresinha. II. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Cidadania e Políticas Públicas. III.T.

CDD: 362.1

TERMO DE APROVAÇÃO

JESSICA PALOMA CHAGAS DOS SANTOS

"Contribuição da Telessaúde para o atendimento na atenção primária à saúde: uma análise a partir das ações vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná".

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 22 de setembro de 2023.

Assinatura pelos membros da Banca



Documento assinado digitalmente

LISLEI TERESINHA PREUSS

Data: 27/09/2023 23:32:05-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dra. Lislei Teresinha Preuss - UEPG-PR - Presidente

Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich – UFPR-PR - Membro Externo



Documento assinado digitalmente

RICARDO ZANETTI GOMES

Data: 26/09/2023 17:35:51-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Ricardo Zanetti Gomes - UEPG-PR – Membro Interno

Prof. Dr. Manoelito Ferreira Silva Junior - UESB-BA – Suplente Externo

Prof. Dr. Carlos Eduardo Coradassi - UEPG-PR – Suplente Interno

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que me deu forças nos dias difíceis, sabedoria e entendimento nesse percurso de formação e aquisição de conhecimento.

Aos meus pais, Irene e Gilberto, por todo apoio e palavras de incentivo, amor e carinho, amo vocês.

Aos meus irmãos Jackson e Joice por sempre estarem comigo, também amo muito vocês.

Ag meu companheiro, Lucas Viana por sempre estar ao meu lado e me apoiar nos momentos que precisei, amo você.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior por todo recurso destinado nesse percurso do mestrado, pois, sem a bolsa eu não conseguiria realizar esse sonho de cursar o mestrado.

À minha Orientadora, professora Doutora Lislei Teresinha Preuss, por me proporcionar essa experiência única de cursar o mestrado, obrigada por todo apoio e empatia nos meus momentos de crise, por sempre reconhecer o meu potencial mesmo quando eu não me sentia capaz. Obrigada pela oportunidade de ser sua orientanda, co-orientar pesquisas da graduação e por cada momento que destinou para me orientar.

Ao Professor Doutor Ricardo Zanetti Gomes, por me inserir no grupo de pesquisa que deu origem a minha temática de pesquisa e por aceitar fazer parte da minha banca de qualificação e defesa, bem como pelos apontamentos e sugestões feitos na qualificação.

Ao Professor Doutor Rafael Gomes Ditterich por aceitar fazer parte da minha banca de defesa e pelos apontamentos realizados na banca de qualificação, principalmente pelo incentivo de me posicionar na pesquisa.

Aos profissionais da Secretaria Estadual de Saúde que participaram e contribuíram direta e indiretamente para construção desta dissertação.

À minha amiga Simone Cristina Campos, que me incentivou, me ouviu e sempre me ajudou em tudo o que precisei, você mora no meu coração.

À Professora Maria Iolanda de Oliveira, pelas palavras de motivação, apoio e todo conhecimento compartilhado comigo.

À minha amiga e colega Elisangela, saiba que sua amizade foi um dos presentes mais lindos desse mestrado, obrigada por todo incentivo, apoio e por compartilhar comigo todos os momentos bons e difíceis durante o processo, saiba que te admiro muito.

A todos que tive contato durante o mestrado, desde os professores que ministraram aulas maravilhosas, aos meus colegas que compartilharam seus conhecimentos durante apresentação de trabalhos.

RESUMO

As tecnologias de informação e comunicação (TICs) têm desempenhado um papel importante na área da saúde no Brasil, promovendo avanços significativos na prestação de serviços e no acesso aos cuidados de saúde. A telessaúde se destaca como uma abordagem inovadora para a prestação de serviços de saúde à distância, utilizando as TICs como ferramentas facilitadoras, retomada no Estado do Paraná após o período pandêmico. Considerando as potencialidades das TIC's na área da saúde, esta dissertação possui como tema as ações de telessaúde e sua relação com a Atenção Primária à Saúde (APS). Sabe-se que a APS é a ordenadora do cuidado, a porta de entrada, o primeiro contato dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). Diante disto, acredita-se que esta dissertação poderá contribuir para que os usuários, profissionais de saúde e gestores visualizem as contribuições da telessaúde, benefícios e desafios que se apresentam diante desta abordagem inovadora no contexto do estado do Paraná. Para sua construção utilizou-se do método crítico dialético para nortear o caminho do pensamento, desde o referencial teórico à análise dos resultados. Para tanto, a pesquisa partiu das seguintes perguntas norteadoras: Existem ações de telessaúde vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde do estado do Paraná? Como essas ações estão organizadas? Qual a contribuição destas ações para o atendimento na APS? Assim, desenvolveu-se esta pesquisa de natureza qualitativa, que se classifica enquanto exploratória e descritiva, e delimitou-se o universo da pesquisa ao Estado do Paraná e a amostra os municípios pertencentes a primeira regional de saúde do estado. Foi utilizado enquanto instrumento de coleta de dados uma entrevista semi-estruturada com um profissional da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, bem como a aplicação de um questionário a seis profissionais da APS dos municípios da primeira regional de saúde. A coleta de dados foi direcionada para alcançar o objetivo geral de analisar a implantação da telessaúde nas Regionais de Saúde do Estado do Paraná e sua contribuição no atendimento da APS dos municípios e específicos, quais são: Mapear as iniciativas e a utilização da telessaúde vinculadas às Regionais de Saúde do Estado do Paraná; identificar, a partir do escopo da telessaúde, quais são as ações desenvolvidas nas regionais de saúde; e analisar se a implantação da telessaúde, nas regionais de saúde, pode contribuir para o atendimento na APS de saúde dos municípios. Por fim, as respostas destes profissionais foram analisadas seguindo a metodologia da análise de conteúdo.

Palavras-Chave: Telessaúde. Atenção Primária à Saúde. Acesso à Saúde.

ABSTRACT

Information and communication technologies (ICTs) have played an important role in the area of health in Brazil, promoting significant advances in the provision of services and access to health care. Telehealth stands out as an innovative approach to providing health services at a distance, using ICTs as facilitating tools, resumed in the State of Paraná after the pandemic period. Considering the potential of ICTs in the health area, this dissertation has as its theme telehealth actions and their relationship with Primary Health Care (PHC). It is known that the APS is the originator of care, the gateway, the first contact of users with the Unified Health System (SUS). In view of this, it is believed that this dissertation will be able to help users, health professionals and managers to visualize the contributions of telehealth, benefits and challenges that are presented in the face of this innovative approach in the context of the state of Paraná. For its construction, the critical dialectical method was used to guide the path of thought, from the theoretical framework to the analysis of results. Therefore, the research started from the following guiding questions: Are there telehealth actions linked to the State Health Department of the state of Paraná? How are these actions organized? What is the contribution of these actions to PHC care? Thus, this qualitative research was developed, which is classified as exploratory and descriptive, and the universe of the research was delimited to the State of Paraná and the sample to the municipalities belonging to the first health regional of the state. A semi-structured interview with a professional from the Paraná State Health Department was used as a data collection instrument, as well as the application of a questionnaire to six PHC professionals from the municipalities of the first health regional. Data collection was aimed at achieving the general objective of analyzing the implementation of telehealth in the Health Regions of the State of Paraná and its contribution to PHC care in municipalities and specific areas, which are: Mapping the initiatives and use of telehealth linked to Health Regional Offices of the State of Paraná; identify, from the scope of telehealth, which are the actions developed in the health regions; and to analyze whether the implementation of telehealth, in the health regions, can contribute to the assistance in the health PHC of the municipalities. Finally, the responses of these professionals were analyzed following the methodology of content analysis.

Keywords: Telehealth. Primary Health Care. Health Access.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	–	Relação entre os domínios de Tecnologias de Informação e Comunicação na saúde	29
FIGURA 2	–	Dados da CETIC sobre os serviços de telessaúde disponíveis em 2019	45
FIGURA 3	–	Dados sobre uso da Tecnologia nas Unidades Básicas de Saúde.....	45
FIGURA 4	–	Mapa do Estado do Paraná segundo as Macrorregiões e Regionais de Saúde	81
FIGURA 5	–	Dados sobre o atendimento à saúde no Estado do Paraná de acordo com cada estabelecimento de saúde	85
FIGURA 6	–	Apresentação do percentual de cobertura da APS de acordo com cada programa	86
FIGURA 7	–	Vinculação do Núcleo Estadual de Telessaúde dentro da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná	87
FIGURA 8	–	Interrelação colaborativa entre as universidades, os serviços de saúde e a gestão.....	98

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Escopo da Telessaúde	28
QUADRO 2 – Linha do tempo: O acesso à saúde no Brasil	52
QUADRO 3 – Regionais de Saúde do Estado do Paraná e municípios de abrangência	82
QUADRO 4 – Regionais e municípios do Paraná que recebem ações de tele espirometria	90
QUADRO 5 – Número de pacientes atendidos por ações de telessaúde na APS dos municípios da Primeira Regional de Saúde do Paraná	92
QUADRO 6 – Perfil dos participantes da pesquisa	95
QUADRO 7 – Ações de Telessaúde disponíveis nos municípios da primeira regional de saúde do Paraná	96
QUADRO 8 – Pacientes atendidos por ações de telessaúde no Paraná.....	99
QUADRO 9 – Pontos positivos e negativos das ações de telessaúde	101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agentes de Combate a Endemias
CS	Agentes Comunitários de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção primária à Saúde
ATA	Admission Temporaire – Temporary Admission
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEE	Conselho Estadual de Educação de São Paulo
CETIC	Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIBs	Comissões Intergestores Bipartites
CIT	Centro de Informações Toxicológicas
CNES	Centro Nacional de Estudos Espaciais
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DEGE	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EAB	Equipes de Atenção Básica
EAD	Educação a distância
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GM/MS	Gabinete do Ministro – Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano

IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Programa Alimenta Brasil
PAB	Programa Alimenta Brasil
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Plano Nacional de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RES	Registro Eletrônico de Saúde
RNP	Rede Nacional de Ensino e Pesquisa
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RUTE	Rede Universitária de Telemedicina
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SF	Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
TICs	Tecnologias de Informação e da Comunicação
TS	Tecnologia em Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UIT	União Internacional de Telecomunicações
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

USP

Universidade de São Paulo

UFPR

Universidade Federal do Paraná

SUS

Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 – A REGULAMENTAÇÃO DA TELESSAÚDE NO BRASIL	17
1.1 TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE	17
1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DA TELESSAÚDE NO CENÁRIO INTERNACIONAL	31
1.3 TELESSAÚDE: REGULAMENTAÇÃO NO BRASIL	35
CAPÍTULO 2 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	51
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	51
2.2 PANDEMIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	67
CAPÍTULO 3 – AÇÕES DE TELESSAÚDE NO PARANÁ E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	76
3.1 PERCURSO METODOLÓGICO	76
3.2 O ESTADO DO PARANÁ E A DISPONIBILIDADE DE AÇÕES DE TELESSAÚDE	80
3.3 PERFIL DOS/AS SUJEITOS DA PESQUISA	95
3.4 AÇÕES DE TELESSAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS RESPOSTAS DE PROFISSIONAIS DA PRIMEIRA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ	96
CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS	108
APÊNDICE A – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA	118
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	120
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA SESA	122
APÊNDICE D – PERGUNTAS DIRECIONADAS AOS PROFISSIONAIS DA APS DA PRIMEIRA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ	124
ANEXO A – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	126

INTRODUÇÃO

As tecnologias de informação e comunicação (TICs) têm desempenhado um papel importante na área da saúde no Brasil, promovendo avanços significativos na prestação de serviços e no acesso aos cuidados de saúde. Nesta dissertação, destaca-se o uso das TICs na saúde, com enfoque na telessaúde e sua relação com a Atenção Primária à Saúde (APS).

No contexto brasileiro, a telessaúde tem se destacado como uma abordagem inovadora para a prestação de serviços de saúde à distância, utilizando as TICs como ferramentas facilitadoras. A telessaúde engloba diversas modalidades, como por exemplo a teleconsulta, telemonitoramento, telediagnóstico, telemedicina entre outros.

Diversos estudos e pesquisas realizados por autores brasileiros têm evidenciado a importância do uso das TICs na saúde no Brasil. Por exemplo, Lopes et al. (2019) realizaram uma revisão sistemática que analisou a implementação da telessaúde no país, destacando seus benefícios no acesso a serviços de saúde em áreas remotas e com recursos limitados. Os autores concluíram que a telessaúde tem o potencial de superar barreiras geográficas e melhorar o acesso a cuidados de qualidade, especialmente em regiões desassistidas.

Além disso, a telessaúde tem sido apontada como uma estratégia promissora para fortalecer a APS no Brasil. Um estudo realizado por Silva et al. (2020) enfatizou o impacto positivo da teleconsulta na APS, destacando que essa modalidade permite o acesso oportuno a serviços especializados, reduzindo o tempo de espera e melhorando a resolutividade dos problemas de saúde. Os autores ressaltaram que a teleconsulta pode ser particularmente útil para populações em áreas rurais e comunidades vulneráveis, proporcionando um cuidado mais abrangente e eficiente.

Um estudo conduzido por Fontenelle et al. (2018) investigou o uso de prontuário eletrônico na APS, evidenciando os benefícios dessa ferramenta na organização do cuidado, no acesso a informações clínicas e no suporte à tomada de decisões. Os resultados demonstraram que a utilização do prontuário eletrônico na APS pode melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, promovendo uma abordagem mais integrada e centrada no paciente.

Essas pesquisas e estudos, conduzidos por autores brasileiros, ressaltam a importância das TICs na área da saúde no Brasil, especialmente na telessaúde e sua

relação com a APS. As TICs têm o potencial de superar barreiras geográficas, melhorar o acesso a serviços especializados, fortalecer a coordenação do cuidado e promover uma abordagem mais abrangente e eficiente na prestação de cuidados de saúde. (TAQUES et al, 2023).

Nesse contexto, esta pesquisa aborda sobre o uso das TICs, em específico a telessaúde e sua relação com a APS. Acredita-se que poderá contribuir para que os usuários, profissionais de saúde e gestores visualizem as potencialidades da telessaúde, seus benefícios e desafios que se apresentam diante desta abordagem inovadora no contexto do estado do Paraná.

Destaca-se a relevância e originalidade desta dissertação, diante de seu caráter inédito no contexto do estado do Paraná, pois, durante o estado da arte, foi realizado um levantamento das pesquisas a respeito da temática, utilizando os descritores “Estado do Paraná” and “Telessaúde” and “Atenção Primária à Saúde”, nas seguintes plataformas: Portal de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); Portal de Periódicos da CAPES; Repositório Institucional da Fiocruz – ARCA; Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Scielo; PubMed (para busca nesta plataforma utilizou-se os descritores da seguinte forma: (Paraná) AND (telehealth OR telemedicine) AND (primary care OR basic health care); e Teses e Dissertações do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

A busca indicou que não há estudos sobre a telessaúde e a Atenção Primária à Saúde considerando o contexto do Estado do Paraná. Tal levantamento, indica que a presente dissertação se constitui num aporte referencial inicial, apresentando-se enquanto ponto de partida para futuras pesquisas, levando a uma discussão crítica sobre as ações de telessaúde e sua relação com a APS no estado do Paraná, o que se acredita ser uma discussão de extrema relevância para a comunidade usuária.

Destaca-se, ainda, sua implicação no âmbito social, pois identificar se há e quais são as ações de telessaúde no Estado, significa desvelar necessidades, demandas e recursos que corroborem para a ampliação do acesso à saúde e consolidação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, fundamentais diante das novas demandas impostas pela pandemia da Covid-19. Para construção desta dissertação utilizou-se do método crítico dialético para nortear o caminho do pensamento, desde a construção teórica à análise dos resultados,

compreendendo a área da saúde enquanto um espaço permeado de poder e conflitos de interesses de ordem econômica, política e ideológica.

Parte-se da concepção de que na contemporaneidade, o desenvolvimento das tecnologias, bem como sua utilização, pode instigar à criação de espaços de disputas por poder e interesses econômicos. Na análise desse processo, deve-se considerar os aspectos históricos, culturais e biológicos e como descrito por Minayo (2008, p.123) “Saúde e Doença, portanto, precisam ser tratadas como processos fundamentados na base material de sua produção, além de se levar em conta as características biológicas e culturais em que se manifestam.”

Nesse sentido, a pesquisa desenvolvida é de natureza qualitativa pela possibilidade de desvelar processos sociais que ainda não se conhecem, instigando a revisão crítica de novos conceitos e categorias que podem se revelar durante a investigação. (MINAYO, 2008). Deslandes e Gomes (2004), destacam que a pesquisa qualitativa nas Ciências Sociais possui o enfoque de estudar grupos, movimentos sociais, instituições e interações pessoais, se constituindo enquanto base das pesquisas de natureza qualitativa, afirmando que seu objetivo reflete historicidade, consciência histórica, identidade entre sujeito e objeto e um caráter ideológico.

Além disso delimitou-se a abordagem qualitativa, esta pode ser utilizada a partir de diversas vertentes teóricas, no entanto, a escolha do método crítico dialético expressa a ausência da neutralidade diante dos fenômenos sociais. Denzin e Lincoln (2000 apud DESLANDES; GOMES, 2004, p. 103), destacam que este método de pesquisa pode ser conceituado como uma “[...] atividade que demarca o lugar do observador no mundo e que consiste num conjunto de práticas materiais e interpretativas que tornam o mundo visível”.

A utilização deste método de abordagem, que considera a realidade enquanto um todo dinâmico a partir da dialética, significa que esta dissertação apresenta uma análise e interpretação crítica sobre a temática, partindo do entendimento de que as ações de telessaúde voltadas para a APS envolve alocação de recursos e interesses. Sabe-se que a sociedade é permeada por diversos projetos societários, que podem corroborar com o acesso à saúde seguindo os princípios do SUS, ou, para a precarização, sucateamento e mercadorização da saúde pública.

Esta pesquisa também se classifica enquanto exploratória e descritiva, pois, por meio do caráter exploratório, foi possível delimitar a pesquisa e identificar a existência, classificação e organização das ações da telessaúde na atenção primária

à saúde no Estado do Paraná. Diante deste processo, foi utilizado enquanto instrumento de coleta de dados uma entrevista semi-estruturada bem como a aplicação de um questionário, a fim de identificar as ações e compreender como os agentes envolvidos percebem e interpretam o uso dessa tecnologia.

O percurso metodológico foi delimitado com vistas a responder às seguintes perguntas norteadoras: Existem ações de telessaúde vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde do estado do Paraná¹? Como essas ações estão organizadas? Qual a contribuição destas ações para o atendimento na APS?

A pesquisa possui, enquanto objetivo geral, analisar a implantação da telessaúde nas Regionais de Saúde do Estado do Paraná e sua contribuição no atendimento da APS dos municípios. Os objetivos específicos são: Mapear as iniciativas e a utilização da telessaúde vinculadas às Regionais de Saúde do Estado do Paraná; identificar, a partir do escopo da telessaúde, quais são as ações desenvolvidas nas regionais de saúde; e analisar se a implantação da telessaúde, nas regionais de saúde, pode contribuir para o atendimento na APS de saúde dos municípios.

Para fins de apresentação, a dissertação está estruturada em três capítulos. O primeiro, em linhas gerais, apresenta-se o conceito de Tecnologias da Informação e Comunicação na área da saúde e da telessaúde. O segundo, descreve sobre a Atenção Primária à Saúde no Brasil e sua importância para o acesso à saúde. E o terceiro, apresenta de modo detalhado sobre o método, os procedimentos metodológicos utilizados para o alcance dos objetivos e a apresentação dos resultados.

¹ Destaca-se que a nomenclatura correta conforme documentos oficiais é Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

CAPÍTULO 1 – A REGULAMENTAÇÃO DA TELESSAÚDE NO BRASIL

Neste primeiro capítulo apresenta-se o conceito de Tecnologia de Informação e Comunicação (TICs) na Área da Saúde, compreendendo suas várias modalidades e conceitos, bem como, sua crescente utilização e algumas interpretações do impacto de seu uso na saúde.

Num segundo momento descreve-se algumas considerações sobre o uso da telessaúde no cenário internacional, com informações sobre seu surgimento e modalidade mais utilizada, no contexto Dinamarquês, Canadense, Mexicano, Americano e Asiático. Destaca-se também algumas barreiras para avanços no uso da telessaúde.

A partir dessas considerações a nível internacional, o terceiro subitem deste capítulo apresenta sobre a regulamentação da telessaúde no Brasil, sua concepção de modo mais detalhado, seu escopo e diversas outras modalidades de utilização das TICs na saúde, bem como a variedade de nomenclaturas.

Retoma-se o surgimento do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, portarias, decretos, ofícios e notas que corroboraram para expansão do Programa e algumas considerações sobre o uso e/ou planejamento de incorporação da telessaúde conforme os Planos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde.

1.1 TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

O conceito de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), é definido como o conjunto das tecnologias que possibilitam e/ou viabilizam a produção, propagação, acesso à informação e comunicação entre as pessoas. O surgimento e propagação de novas tecnologias pelo mundo a partir do processo da evolução tecnológica, apresenta indícios positivos na contribuição para a difusão do conhecimento e para interação entre pessoas, rompendo barreiras geográficas. (RODRIGUES, 2014 apud, RODRIGUES, 2016).

O uso das TICs não se restringe apenas a uma área, podendo ser utilizada na educação, comércio, setor econômico, saúde, dentre outras. Em todas as áreas sua utilização compartilha de um mesmo objetivo principal, “[...] proporcionar o acesso à automação da informação e comunicação”. (RODRIGUES, 2016, p. 15).

Santos (2016), pontua que o uso da tecnologia vem sendo cada vez mais requisitado para colaborar na construção do conhecimento, ou seja, a tecnologia referida pela autora é compreendida como um instrumento para viabilizar o entendimento e a aplicação de uma determinada ação. Em termos etimológicos, “tecno” é um termo derivado de *techné*, que significa saber fazer, e “logia” vem de *logos* que é razão, assim, “[...] significa a razão do saber fazer”. (SANTOS, 2016, p. 12).

Nesse sentido, a tecnologia é criada, alimentada, aprimorada e utilizada a partir de conhecimento técnico e científico. Quando esses conhecimentos são aplicados e transformados em tecnologia, cria-se ferramentas, instrumentos, métodos, processo de construção de trabalho e processos para solução de problemas. É considerando a aplicação desses conhecimentos que o uso da tecnologia adquire sentido. (SANTOS, 2016).

Esse processo de emergência de um conjunto tecnológico abarca o desenvolvimento, uso e aprimoramento de softwares e hardwares para operacionalização e concretização do objetivo das TICs, tomando uma proporção e difusão mais ampliada com o surgimento da internet. (PACIEVITCH, 2014 apud RODRIGUES, 2016).

Martins e Sasso (2008), destacam que dentre as concepções sobre o que é, e qual é a função da tecnologia, há o desejo de influenciar as pessoas e o mundo como um todo. Tradicionalmente a tecnologia é utilizada por meio de objetos e/ou recursos, sejam antigos ou atuais, manifestando-se contemporaneamente de modo aligeirado e crescente, dentro de um sistema tecnológico em que governos, organizações e pessoas são integradas entre si, a luz do objetivo da maximização de eficiência e racionalidade. Porém, as autoras partem do entendimento de que “[...] é um erro supor que a inovação tecnológica tem apenas um efeito unilateral”. (MARTINS; SASSO, 2008, p. 11).

As TICs surgem no intuito de romper barreiras sociais, culturais, geográficas, temporais, dentre outras, modificando o teor da comunicação, elevando-a a um patamar de complexidade. Rodrigues (2016), faz uma ressalva de que a evolução tecnológica surge no ambiente corporativo, retomando as palavras de Lévy (1993), enunciando que novas maneiras de conviver e de pensar são construídas a partir do mundo das telecomunicações e da informática.

Tais maneiras tornam as relações entre os homens, simples e acessíveis a todos, promovendo a integração cultural e a troca de conhecimento com pessoas do mundo todo. Muitos estudiosos relatam que a evolução da tecnologia em informação e comunicação se deve à libertação social das minorias na sociedade. Na atualidade, qualquer pessoa pode publicar ou divulgar a sua opinião sobre determinado assunto e, em questão de segundos, ganhar milhares de seguidores. Apesar dessa e de outras inúmeras vantagens, muitos conservadores discutem as tendências negativas advindas dessa evolução tecnológica, como a migração da vida social para as redes sociais. (RODRIGUES, 2016, p.17).

Destaca-se que na visão otimista das TIC's, elas podem contribuir para troca de conhecimentos, porém a "libertação social das minorias" seria um projeto ambicioso. Para tanto, faz-se necessário retomar o que Lévy (1993), descreve sobre a importância do conhecimento e identificação de que a evolução tecnológica está permeada por conflitos de interesse.

Nesta conclusão, nosso propósito consiste antes de mais nada em designar as tecnologias intelectuais como um terreno político fundamental, como lugar e questão de conflitos, de interpretações divergentes. Pois é ao redor dos equipamentos coletivos da percepção, do pensamento e da comunicação que se organiza em grande parte a vida da cidade no cotidiano e que se agenciam as subjetividades dos grupos. (LÉVY, 1993, p.113).

Sem perder de vista as possibilidades que o uso das TIC's apresentam para o cotidiano, faz-se necessário considerar o conflito de interesses que se acirra a partir de seu uso, compreensão e operacionalização. Nesta pesquisa o olhar sobre as TIC's é delimitado a sua utilização na área da saúde especificamente, para as ações de telessaúde vinculadas a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná.

A utilização das TIC's na saúde vem sendo cada vez mais discutida ao decorrer dos anos. No Brasil, a definição do que é considerado Tecnologia em Saúde (TS), foi apresentada pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 2.510 de 19 de dezembro de 2005, a qual institui a Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando que TS são os medicamentos, os sistemas organizacionais, os programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população e equipamentos e procedimentos técnicos, informacionais, educacionais e de suporte. (BRASIL, 2005).

Partindo da definição de que a tecnologia pode ser concebida como conhecimento aplicado, na área da saúde, esse conhecimento é direcionado à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde. Assim a tecnologia engloba saberes e habilidades, de modo que se pode diferenciá-la do aparelho

tecnológico, pois “[...] se caracteriza como expressão de uma tecnologia, decorrente desses saberes que viabilizaram esse produto, convertido então em equipamento”. (SANTOS, 2016, p. 12).

Para atingir o objetivo desta pesquisa, tecer reflexões sobre a aplicação da tecnologia na área da saúde é essencial, sendo esta uma discussão que antecede o conceito de ações de telessaúde e a discussão sobre a importância delas na Atenção Primária à Saúde.

Compartilha-se do entendimento de Santos (2016, p.13), de que a tecnologia envolve dimensões distintas e resulta em um produto, podendo vir a ser, ou não, um bem durável, um novo modo de fazer algo, uma teoria, ou produtos simbólicos. A autora retoma o conceito de Tecnologia em Saúde segundo Panerai e Peña-Mohr (1989), destacando que ela é muito mais do que equipamentos, medicamentos, e procedimentos utilizados para assistência à saúde, seu conceito engloba “[...] todas as formas de conhecimento que podem ser aplicadas para a solução ou a redução dos problemas de saúde de indivíduos ou populações”.

Deve-se considerar que a “tecnociência”, ou estudos da ciência e tecnologia, constantemente exigirá profissionais preparados tanto para dirigir, quanto para acompanhar o desenvolvimento e o uso das tecnologias, a fim de promover a convergência entre desenvolvimento humano e tecnológico, para que minimamente, se alcance o que Martins e Sasso (2008), pontuam como competência social saudável e solidária.

Para as autoras, é de extrema relevância tecer considerações sobre o impacto do uso da tecnologia na prática profissional, dando destaque a necessidade de um equilíbrio, compreendendo que há momentos que podem ser utilizadas as TICs e momentos em que a presença profissional é indispensável para o sistema de cuidado em saúde. Mesmo as autoras se referindo especificamente a área da enfermagem, nesse contexto, considera-se que seus apontamentos podem ser relevantes também para outras profissões. (MARTINS; SASSO, 2008).

Esse equilíbrio mencionado pelas autoras relaciona-se com a preocupação do impacto negativo do uso das TIC's, que pode resultar na desumanização, despersonalização e objetificação do cuidado em saúde. Para Martins e Sasso (2008), o que concretiza esses pontos negativos para o cuidado em saúde, não é a utilização da tecnologia por si só, mas como elas são operadas e influenciam no contexto e na realidade das pessoas; qual a significação atribuída a seu uso; a maneira como

individualmente determinados grupos culturais definem o que é humano; e se o potencial da técnica prioriza e enfatiza a racionalidade ou a eficiência.

Logo, o uso das TIC's pode ser interpretado como uma estratégia para o cuidado em saúde, mas, a forma de produção, utilização e a quem ela favorece, são pontos relevantes que tornam as TIC's não apenas como algo palpável, concreto, mas também como resultado de trabalhos que envolvem várias ações abstratas e concretas, com uma finalidade específica. (SANTOS, 2016).

Pensar sobre o uso da tecnologia na saúde, não exclui o fato de identificar as relações de poder presente na sociedade. Conforme Martins e Sasso (2008, p.12), “[...] o poder que qualquer tecnologia exerce deriva de como ela atua em uma dada situação e de sua significância”.

Pode-se pensar essa concepção com mais elementos, ou seja, identificar que o poder que a tecnologia exerce deriva de como e qual a finalidade de sua utilização, num dado momento e em uma determinada conjuntura, bem como a tradução e a disputa em torno de sua significância. Como por exemplo, o uso das TIC's num sistema de saúde público pode ter uma significância e finalidade diferente do uso das TIC's na rede privada de saúde.

Entendendo que, em concordância com Martins e Sasso (2008, p.12),

[...] a tecnologia não é então um paradigma de cuidado oposto ao toque humano, mas, sobretudo, um agente e um objeto deste toque. A tecnologia por si só pode ser um fator que humaniza, mesmo nas arenas mais tecnologicamente intensas de cuidado em saúde. As dualidades da tecnologia como produto e significado; matéria e significado; produto e processo, repousam não em sua oposição necessária à humanização, mas, especialmente, em suas recursividades, isto é, na sua existência como ambas, força material objetiva e como uma realidade dinâmica e construída socialmente.

Marques et al (2016), pontua que o objetivo da tecnologia da informação é identificar o desenvolvimento e a implantação de novos sistemas e tecnologias, a fim de dar suporte à gestão do conhecimento, envolvendo, assim, aspectos estruturais e humanos que podem ampliar o conhecimento e disseminação de informações. Sua funcionalidade se dá pela velocidade das transformações que ocorrem no mundo, apresentando-se no período atual uma responsabilidade no trato eficaz, aligeirado e preciso das informações.

Os autores apresentam a tecnologia a partir de uma classificação que se constitui em: tecnologias de conectividade; de compartilhamento; e estruturação. A primeira, diz respeito ao grau de alcance da conexão; a segunda, da conectividade e

elaboração do conhecimento coletivo com associação ao empreendimento; a terceira, trata da criação do conhecimento a partir dos dados e informações. (MARQUES et al, 2016).

Para os autores Marques et al (2016), admite-se que em decorrência do uso e avanço tecnológico, originou-se a denominada “Sociedade da Informação”. Este é o espaço no qual a tecnologia facilita e predomina nas relações sociais, econômicas e culturais e justamente por sua rapidez na obtenção de informações independente de local, conseqüentemente, resulta na aceleração dos processos de produção.

De acordo com a União Internacional de Telecomunicações (UIT), agência especializada das Nações Unidas responsável por coordenar as questões globais de telecomunicações e tecnologia da informação, o acesso às tecnologias da informação e comunicação (TIC) está avançando em todo o mundo. De acordo com o relatório "Medindo a Sociedade da Informação 2019", a porcentagem da população mundial que utiliza a Internet aumentou de 20,7% em 2005 para 51,2% em 2018. Em termos absolutos, isso significa que o número de usuários da Internet no mundo cresceu de cerca de 1,15 bilhão em 2005 para 4,38 bilhões em 2018.

No entanto, esse crescimento não é uniforme em todo o mundo e há grandes diferenças entre os países em desenvolvimento e os países desenvolvidos. Em 2018, a porcentagem de indivíduos que utilizam a Internet era de 80,9% nos países desenvolvidos, em comparação com apenas 45,3% nos países em desenvolvimento.

O relatório "Medindo a Sociedade da Informação 2018" da UIT também destaca que o acesso à banda larga continua sendo um desafio para muitas pessoas em todo o mundo. Apenas 53,6% dos lares em todo o mundo têm acesso à Internet de banda larga, sendo que essa porcentagem é ainda menor em países em desenvolvimento. (CETIC, 2018).

Assim, identifica-se que por um lado há uma produção aligeirada dessas tecnologias, por outro, isso não é universal à medida que uma parcela da população não tem acesso.

Apesar dos grandes avanços da era tecnológica, a cada evolução no meio digital, um grande contingente populacional deixa de ter acesso às informações que estão sendo armazenadas. Fatores sociais, econômicos, educacionais e políticos tornam-se verdadeiras barreiras para a manipulação de máquinas digitais, e conseqüentemente para geração de novos conhecimentos. Esses entraves fizeram surgir a necessidade de “Inclusão Digital”, que objetiva, de acordo com Soares e Alves (2008), possibilitar o acesso às Tecnologias de Informação e Comunicação. O processo de inclusão digital deve gerar igualdade de oportunidades na sociedade da

informação, estimulando a capacidade das pessoas para utilizarem os recursos. Esse acesso deve ser entendido não apenas como ensinar as pessoas a utilizarem computadores e a navegarem na Internet, mas também utilizar esses recursos para benefício próprio e da sociedade, possibilitando qualificação profissional e melhoria da qualidade de vida. (MARQUES et al, 2016, p. 33).

Como mencionado pelos autores, o uso da tecnologia envolve várias considerações necessárias, pois, à medida em que se aprofundam as reflexões, é possível questionar sobre o contingente populacional que está à margem dessa “Sociedade da Informação”, não apenas por não possuir recursos físicos, mas principalmente pela ausência do acesso à informação de fato. Logo, a maneira de como a tecnologia é utilizada também é um fator extremamente relevante para se problematizar.

No Brasil, o acesso à tecnologia de informação e comunicação é marcado por contrastes. Nos grandes centros urbanos e áreas mais desenvolvidas do país, o acesso à internet é relativamente disseminado, ainda que com limitações em termos de qualidade e preço dos serviços. Por outro lado, em áreas rurais e regiões menos desenvolvidas, a falta de infraestrutura e conectividade é um desafio significativo. (CETIC, 2019).

Segundo a pesquisa TIC Domicílios 2019, realizada pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil, 70% dos domicílios brasileiros possuem acesso à internet. No entanto, o acesso é mais comum em domicílios urbanos (74%) do que em domicílios rurais (49%). Além disso, a qualidade da conexão também varia. A pesquisa revelou que apenas 42% dos domicílios brasileiros têm acesso à conexão de banda larga. (CETIC, 2019).

Outro desafio no Brasil é a falta de acesso à tecnologia por parte das camadas mais pobres da população. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua 2019, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, ANO), somente 34,1% das pessoas com renda per capita de até um salário-mínimo possuem acesso à internet em domicílio, enquanto a média geral é de 59,5%.

Esse dado é relevante quando se considera ações de aplicação das TICs na área da saúde em casos de contato direto entre profissional de saúde e paciente. Destaca-se que sua aplicação não se delimita apenas a esta modalidade, vez que envolve outras intervenções que não demandam desse contato direto, principalmente se tratando de ações da telessaúde que são apresentadas na sequência.

Outra questão que deve ser problematizada e relaciona-se com o acesso dos pacientes a tecnologia, é o caso dos aplicativos de saúde, pois, conforme Lamboglia et al (2016), o uso das TIC's possui pontos negativos e positivos para saúde; mas o estabelecimento de tecnologias na sociedade de maneira negativa, se dá pela má utilização dela pelo homem em sua vida cotidiana. Dentre as causas malélicas, fruto do mau uso da tecnologia, os autores destacam que ela pode contribuir para um estilo de vida sedentário, prejudicar a postura, modificar hábitos alimentares, lesões e síndromes musculoesqueléticas, exclusão social, estresse, entre outros.

Para além destes malefícios, também é possível considerar a situação inversa, ou seja, se a tecnologia pode ser utilizada de forma negativa a ponto de interferir e prejudicar a saúde mental e física, essas mesmas tecnologias podem ser direcionadas para o incentivo de práticas em saúde, corroborando para promoção da saúde aliada ao saber técnico-científico. (LAMBOGLIA et al, 2016). A exemplo dessa possibilidade, os autores apresentam os aplicativos móveis que constituem tecnologias já utilizadas na área da saúde e possuem um bom alcance populacional e corroborando para um acompanhamento e monitoramento do estado de saúde.

Lamboblia et al (2016, p. 53), destaca os apontamentos do Royal Tropical Institute (2012), que apresenta oito possibilidades a partir do uso dos mHealth application (aplicativos móveis de saúde):

[...] promoção da saúde e prevenção de doenças, ponto de suporte de atendimento e diagnóstico, monitoramento dos usuários, rastreamento de doenças infecciosas em tempo real, sistema de suporte médico em caso de acidentes, sistema de informação de saúde, plataforma móvel no suporte educacional de profissionais da saúde e aplicativo de pagamento/financiamento em saúde. Na prática, os usuários dos serviços públicos podem elaborar e receber chamadas, mensagem de texto ou de voz, relacionadas a promoção de saúde, adesão ao tratamento e contratar profissionais de saúde.

A utilização desses aplicativos móveis de saúde, apresenta uma possibilidade positiva da utilização da tecnologia para a área da saúde. No entanto, conforme sinalizado anteriormente, é pertinente indagar sobre a questão do acesso à tecnologia por parte dos usuários e a relação entre aplicativos públicos ou privados de saúde. Assim, retomando o objetivo desta pesquisa, identifica-se a importância da aplicação das TIC's para saúde pública e na modalidade gratuita, sem agravar iniquidades em saúde, ou seja, sem deixar uma parte da população que por vezes já se encontra em uma situação vulnerável e ofertar serviços para quem já acessa os serviços de saúde.

Neste sentido, a classificação das tecnologias em saúde é primordial para compreender que a tecnologia por si só, sem um processo de reflexão sobre o acesso à saúde, não atende as demandas da população. Pereira et al (2016), Santos (2016) e Nunes et al (2016) destacam a contribuição de Merhy (1997 e 2002), que classifica as tecnologias em saúde em três tipos: tecnologias duras, tecnologias leve/dura e tecnologias leves.

Considera-se tecnologia dura o material concreto, os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais, mobiliárias permanentes ou de consumo. A leve/dura inclui o modo de pensar e atuar a partir da apropriação de saberes, adquiridos, estruturados e representados em disciplinas que operam a saúde. Já as tecnologias leves abarcam o processo de produção e comunicação, encontro de subjetividades, estabelecimento de vínculos, autonomização e acolhimento, ou seja, “[...] relações que conduzem o encontro do usuário com necessidades de ações de saúde”. (PEREIRA et al, 2016, p. 66).

Assim, essa relação com os usuários e condução para suas demandas de cuidado em saúde é o que não se deve esgotar quando se fala de ações que envolvem a aplicação das TIC's. Identifica-se que sua utilização na área da saúde constitui-se num campo amplo de modelos, análises e considerações que devem ser desenvolvidas.

Partindo deste princípio, há que se destacar as diferentes modalidades de aplicação, suporte ou exercício da intervenção profissional a partir do uso de recursos tecnológicos e que transcendem o nível de contato direto entre profissional e paciente, mas que podem corroborar para melhoria do acesso à saúde.

Schmitz (2015), chama atenção à nuvem de conceitos que se tecem a partir dessas diferentes modalidades de aplicação das TIC's, as quais podem ser através de: Informática Médica; Telemedicina; Telesaúde; eSaúde; mSaúde; Saúde Conectada; Prontuários Eletrônicos do Paciente; Registro Eletrônico de Saúde; Interoperabilidade; Registro de Saúde Pessoal; Internet das Coisas; *Big Data*; e Computação em Nuvem. (SCHMITZ, 2015).

Informática Médica é um termo utilizado desde 1967, criado pelo fundador da *International Medical Informatics Association (IMIA)*, professor e cientista François Gremy. Esta terminologia passou a ser reconhecida como uma especialidade. (SCHMITZ, 2015).

A Telemedicina está intrinsecamente ligada à telessaúde, porém, seu surgimento é anterior, século XIX, com a utilização do prefixo “tele” em 1906, a partir da criação do telecardiograma criado por Willem Einthoven. Assim, refere-se ao uso da tecnologia para intervenção médica, desde o diagnóstico até o tratamento. (SCHMITZ, 2015).

A telemedicina, em seu escopo, integra o telediagnóstico, por exemplo, e utiliza-se das TICs para compartilhar informações médicas com a finalidade diagnóstica. A partir desse entendimento “[...] a telemedicina é o braço da telessaúde que se dedica ao suporte diagnóstico remoto, por meio de soluções como laudos médicos a distância e segunda opinião qualificada.” (MORSCH, 2019).

A telemedicina é:

[...] um ramo da medicina cuja categoria está englobada dentro do conceito da telessaúde - utilização de sistemas de informação, comunicação e tecnologias dentro da área da saúde. A primeira quando aplicada de forma responsável e eficiente, reflete no exercício das profissões vinculadas aos serviços de saúde, usa recursos de tecnologias interativas para possibilitar cuidados integrados e humanizados, aumenta o acesso dos pacientes e, com isso, melhora a logística da cadeia de saúde, como a promoção da saúde e prevenção das doenças. Dentre as possibilidades da telemedicina, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1990, estão disponibilizadas diversas ferramentas de prestação de serviços a distância, como teleconsulta (atendimento remoto), teleducação (aulas virtuais), telediagnóstico (análise de exames via internet), telelaudo (interpretação de imagens à distância), teleconsultoria (consultoria online), entre outros. (CORADASSI et al, 2020, p.3).

O protótipo da telessaúde foi criado em 1968 com auxílio de um circuito de televisão, porém, considera-se que esta emergiu a partir da década de 1970 nos Estados Unidos e na Europa. Sua característica era a mesclagem de ações de educação e assistência à distância. As TICs foram responsáveis pelo suporte às ações de telessaúde, antes da criação da internet, ou seja, mesclando o uso do telefone, rádio e telégrafo, que podem ser considerados TIC's, embora essa expressão tenha sido utilizada apenas em 1997. (SCHMITZ, 2015).

Entende-se que a telessaúde é a utilização das TIC's para atividades na área da saúde, podendo ser utilizada em todos os níveis de atenção à saúde, deste a atenção primária à terciária. O CFM (2021), destaca que a telessaúde é uma ferramenta que pode possibilitar a interação entre profissionais da saúde ou entre profissionais e pacientes, além de viabilizar a acessibilidade a recursos de apoio diagnóstico ou terapêutico, configurando-se, também, enquanto logística e apoio na área da saúde.

Conforme Morsch (2019), a terminologia telessaúde e telemedicina são utilizadas por vários autores como sinônimos, porém, possuem dimensões distintas. Ambas dizem respeito a utilização das tecnologias na área da saúde, mas o nível de operacionalização entre elas às diferem. Segundo o autor, a telessaúde é um conceito mais amplo, que engloba serviços de assistência remota, educação, pesquisa em saúde e diagnóstico, por exemplo, cursos de ensino a distância (EAD) e orientação profissional são viabilizados pela telessaúde.

Segundo Harzheim (2018), a telessaúde é a realização de atividades em todos os níveis de atenção da área da saúde por meio do uso das TICs, na modalidade à distância. Assim, seu entendimento corrobora com os apontamentos de Morsch (2019), Coradassi et al. (2020) e Silva (2014) de que seu conceito é mais amplo em relação a telemedicina.

Souza et al. (2020), retoma o conceito de telessaúde segundo a *American Telemedicine Associations (ATA)*. Destaca que esta terminologia é utilizada para definição da aplicação ampla das TICs, podendo ser utilizada para realização de atividades de educação a distância, de acompanhamento de usuários pelos serviços de saúde, troca de informações sobre diagnóstico e tratamentos, pesquisas e avaliações, bem como para a formação continuada de profissionais de saúde.

Nilson (2018), apresenta o conceito, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS,2016), que a telessaúde consiste na interação entre quem provê cuidados em saúde e quem necessita desse cuidado; ambos se encontram em lugares distintos. Essa interação poderia ser possibilitada pelo uso da tecnologia, podendo ocorrer de maneira síncrona (em tempo real), ou assíncrona (armazenamento e compartilhamento posterior de informações).

O formato dessa interação depende da sua intencionalidade de uso, ou seja, deve considerar alguns aspectos, tais como: tipo da informação, urgência, recursos, privacidade, segurança, natureza e quantidade dessas interações. As interações mediadas pelo uso das TIC's podem ser utilizadas por diversas especialidades da área da saúde, compreendendo desde questões clínicas, administrativas a questões educacionais de saúde a distância. (NILSON, 2018).

Para Harzheim (2018), a telessaúde deve ser direcionada para as necessidades de pacientes, profissionais e sistemas de saúde (seja por questões de acesso, atendimento, uso entre outros) e não guiada pela tecnologia por si. Esta tem que se adaptar aos cenários e contextos, além de seu impacto ser dimensionado em cada

uma das áreas envolvidas. No que tange ao planejamento da telessaúde, este deve envolver a prestação de serviços, plano de negócios e desenvolvimento tecnológico, além de ser aplicada posteriormente a uma definição de necessidades, visando resultar num serviço em saúde com valor agregado. (HARZHEIM, 2018).

Caetano et al. (2020) e Harzheim (2018) apresentam o escopo da telessaúde (além da telemedicina), ou seja, o que ela engloba. A partir dos autores e da nota técnica nº 50/2015 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), optou-se por construir o quadro 1, sistematizando algumas das modalidades de ações da telessaúde:

QUADRO 1 - Escopo da Telessaúde

MODALIDADES	EXECUSSÃO DAS AÇÕES
Teleconsultoria	Consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, objetivando esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho.
Teleassistência	Discussão assíncrona e síncrona de casos pelos teleconsultores. Envio de resposta ou agendamento da teleconsulta. Casos e/ou dúvidas esclarecidas pelos teleconsultores. Caso clínico esclarecido.
Teleconsulta	Realização de consulta médica ou de outro profissional de saúde à distância por meio de TIC, que até a epidemia, no Brasil, só era permitida pelo Conselho Federal de Medicina, em situações de emergência.
Telediagnóstico	Utilização das TIC em serviços de apoio ao diagnóstico por meio de distâncias geográficas e/ou temporais, que inclui telerradiologia, teleECG, teleespirometria, telepatologia etc.
Telemonitoramento	Monitoramento à distância de parâmetros de saúde e/ou doença de pacientes, incluindo coleta de dados clínicos, transmissão, processamento e manejo por profissional de saúde.
Telecirurgia	Realização à distância de cirurgia ou procedimento por um cirurgião por meio de um sistema robótico conhecida como cirurgia remota
Telerregulação	Ações em sistemas de regulação, avaliação e o planejamento das ações, fornecendo à gestão uma inteligência reguladora operacional. Possibilita a redução nas filas de espera no atendimento especializado.
Teleeducação	Aulas, cursos ou disponibilização de objetos de aprendizagem interativos sobre temas relacionados à saúde.
Segunda Opinião Formativa	Resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica das melhores evidências científicas a perguntas originadas das teleconsultorias.

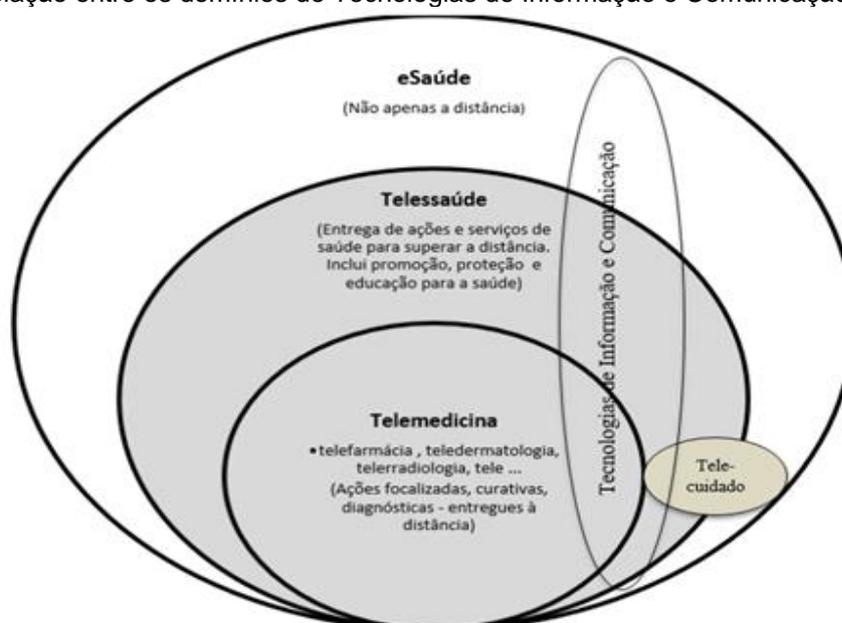
Fonte: A autora

Observa-se que, no que diz respeito à eSaúde, não existia um consenso sobre o seu conceito, sendo uma das definições, o uso da telessaúde suportada pela

internet. A partir de 2004 a OMS passou a utilizar o termo, o considerando hierarquicamente maior que a telessaúde, lançando em 2005 como prioridade mundial e priorizando discussões a nível internacional de padrões de eSaúde. (SCHMITZ, 2015).

Nilson (2018, p.30) baseado nos estudos de Meneses, Oliveira e Nascimento (2016), apresenta através de uma figura, a hierarquia entre eSaúde, telessaúde e telemedicina, considerando ainda o uso das TIC's e o telecuidado. A figura demonstra que a eSaúde abrange as TIC's, a telessaúde, telemedicina e o telecuidado. Dentro da telessaúde encontra-se a Telemedicina, que envolve o uso das TIC's e o telecuidado².

FIGURA 1 - Relação entre os domínios de Tecnologias de Informação e Comunicação na saúde.



FONTE: NILSON, L. G. Avaliação de Telessaúde para Apoio Assistencial na Atenção Primária à Saúde, 2018. (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2018.

Observa-se que a telemedicina foi incorporada pela telessaúde e ambas fazem parte da eSaúde, utilizam das TIC's, embora o uso da terminologia telemedicina ter sido o primeiro termo a se referir ao uso das TIC's com a finalidade de ampliar a promoção de cuidados em saúde.

O termo mSaúde foi lançado no ano 2000 e trata de um novo rumo da telessaúde, emergente da produção dos aplicativos móveis, bem como, aumento da

² Morch (2019), descreve que o telecuidado é o acompanhamento e prestação de assistência médica à pacientes “[...] que sofram de doenças crônicas, distúrbios mentais, idade avançada, ou que estejam localizados em lugares inóspitos ou de difícil acesso pelos instrumentos de assistência à saúde.

cobertura, redução de custos para acesso a internet e desenvolvimento de aplicativos gratuitos ou de baixo custo voltados para a saúde. Salienta-se que, não há consenso sobre sua definição, de modo geral pode ser compreendido enquanto prática médica de saúde apoiada por dispositivos sem fio. (SCHMITZ, 2015).

A Saúde Conectada é um conceito de saúde que em síntese refere-se a conexão. Este termo passou a ser utilizado em 1995 e abrange as tecnologias mencionadas acima, as tecnologias domésticas e os prontuários eletrônicos do paciente. Esses prontuários são responsáveis pelo armazenamento do processo de assistência à saúde, tanto dados quantitativos, quanto qualitativos, ou seja, resultados de exames, prescrições e anotações clínicas. Sua finalidade é facilitar e possibilitar o cruzamento de dados e geração de informações. (SCHMITZ, 2015).

No que diz respeito ao Registro Eletrônico de Saúde (RES), este é mais amplo do que os prontuários, integrando dados clínicos de vários pontos de atendimento e de diversas fontes, como organizações de saúde, dados administrativos, sociodemográficos e de vigilância. Comumente é de base federal e depende da interoperabilidade entre os sistemas, subsistemas municipais, regionais, estaduais e/ou nacionais de saúde. (SCHMITZ, 2015).

Além do RES, existe o Registro de Saúde Pessoal, que apesar de semelhanças entre ambos, este último armazena informações do paciente, porém, é o paciente que gerencia e detém direitos sobre os dados, podendo ou não socializar o acesso a outras pessoas. (SCHMITZ, 2015).

A interoperabilidade é quando há associação de vários sistemas de informação com vistas a atingir um objetivo, sem interferir ou prejudicar a autonomia de cada e sem alterar suas características, ou seja, é a capacidade de trocar informações baseadas em dados e protocolos informacionais. A interoperabilidade é dividida em três dimensões de complexidade, que se constituem em: técnica (como interoperar), semântica (o que interoperar) e organizacional (porque interoperar). (SCHMITZ, 2015).

A Internet das Coisas é compreendida enquanto a conexão e a troca de informações entre sensores individuais e objetos domésticos. Por exemplo, sensores de temperatura corporal e pressão arterial. (SCHMITZ, 2015).

O termo *Big Data* começou a ser citado na década de 1990. Diz respeito a um grande volume de dados e armazenamento que requer velocidade da geração e incremento de dados, que podem ser variados, não estruturados e padronizados, além

de possuir uma precisão no que tange sua veracidade. Em síntese, consiste no tratamento de um contingente de dados, formas de analisá-los e convertê-los em informações úteis a partir de técnicas definidas. Relacionada com o *Big Data* e com a telessaúde destaca-se a Computação em Nuvem que possibilita o acesso a informações armazenadas de modo remoto. (SCHMITZ, 2015).

Observa-se, diante da sistematização apresentada no quadro acima, que há várias tecnologias que são utilizadas na área da saúde. Para esta pesquisa em específico, com vistas ao alcance dos objetivos propostos, delimita-se a discussão à telessaúde, apresentando na sequência algumas considerações sobre seu uso, no cenário internacional e posteriormente a nível de Brasil.

1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DA TELESSAÚDE NO CENÁRIO INTERNACIONAL

Alguns autores destacam que esse processo de utilização da tecnologia na área da saúde inicia-se com a telemedicina, a qual foi posteriormente incorporada no conceito de telessaúde. Lung (2020), destaca que foi no final do século XIX que a aplicação das ferramentas das telecomunicações elétricas e eletrônicas começou a ser utilizada. O emprego de uma terminologia específica marca semanticamente o conceito desse fenômeno.

Conforme destacado por Lung (2020), vários autores consideram o surgimento da telemedicina em 1974, a partir da publicação do artigo do autor R. G. Mark. Porém, em 1970, R. L. Murphy et al, foram os primeiros a utilizar na literatura científica o termo tecnologia telemédica.

Ainda de acordo com Lung (2020), na Europa, especificamente na Dinamarca, tem-se um exemplo de sistema de saúde universal, baseado no livre e igualitário acesso à saúde por todos os cidadãos, sendo os serviços de saúde financiados pelo governo. Esse sistema não ficou alheio a incorporação tecnológica, pelo contrário, contou com estratégias para que inicialmente houvesse a digitalização do setor de saúde, por meio do desenvolvimento e implementação de prontuários eletrônicos em hospitais e na APS. A Dinamarca tornou-se altamente digitalizada e conta com uma base sólida para dar continuidade ao processo de digitalização.

No decorrer dos anos, o país contou com estratégias de incorporação tecnológica que pode ser referenciado como e-Saúde, baseando-se em algumas

políticas básicas: a liberdade de escolha de aplicativos do e-saúde de acordo com sua preferência, garantindo a diversidade de assistência médica e a partir da não integração de sistemas de Tecnologia e Informação, desenvolveu-se estratégias nacionais padronizadas e obrigatórias para o compartilhamento de dados com a finalidade de apoiar o compartilhamento e intercâmbio de dados, as organizações de saúde de modo geral devem não apenas aderir, mas também implementar as interfaces, terminologias, classificações e os padrões em comum acordo para manutenção da interoperabilidade técnica e semântica para compartilhamento de dados; e por fim adotou perfis e interfaces de troca eletrônica para comunicação na saúde, o que faz parte de um processo de desenvolvimento consensual no setor. (LUNG, 2020).

Conforme Schmitz (2015), o Relatório Oficial Canadense apresentou as principais experiências em telessaúde a partir de três grandes áreas: a primeira é a videoconferência, englobando consultas, consultoria, educação para usuários e provedores de saúde e acesso de pacientes à especialistas; a segunda é o diagnóstico a distância; e a terceira o monitoramento na modalidade remota, direcionado para cuidado em domicílios. Esse documento, segundo o autor, menciona o provimento da equidade no acesso à saúde, pensando no atendimento a povos indígenas e usuários das zonas rurais e áreas remotas. O documento aponta que, as especialidades que mais utilizaram serviços da telessaúde foram saúde mental, endocrinologia (principalmente diabetes), cardiologia, oncologia crônica, genética, reabilitação (fisioterapia e terapia ocupacional), e neurologia. Diante disto, o uso da telessaúde partiu de três objetivos: ampliação do acesso, ampliação da qualidade e redução de custos per capita.

A experiência Canadense indica as possibilidades de romper as barreiras geográficas e ampliar o acesso à saúde, incluindo a oferta de serviços de saúde aos povos originários e usuários que residem em zonas rurais de maneira equânime, o que seria de suma importância para a realidade brasileira. O relatório também menciona a necessidade de cautela em decorrência da escassez de estudos sobre custo-efetividade e dos potenciais riscos no uso indiscriminado, além da possibilidade de elevação de custos para agregar novas tecnologias, que por sua vez podem não ser mais efetivas do que as tradicionais. (SCHMITZ, 2015).

No que diz respeito às discussões sobre a telessaúde no contexto norte americano, publicou-se um documento semelhante, apresentando que embora possa

ser utilizada por várias áreas, locais e pessoas, há necessidade de padronização. As experiências nacionais apresentadas foram: patologia, radiologia, farmacologia, saúde bucal, saúde mental, saúde rural e de áreas remotas e indígenas, cuidados intensivos, doenças infecciosas, oftalmologia e situações classificadas como agudas e situações crônicas, sendo o último caso abordado a partir de uma experiência transnacional, o Modelo *Extension for Community Healthcare Outcomes (ECHO)*. (SCHMITZ, 2015).

O ECHO, com sede na Universidade do novo México, possui o intuito de “[...] incrementar a capacidade clínica de médicos de APS norte-americanos e de vários países com a tutoria de especialistas focais em problemas selecionados”, o que compreende problemas frequentes de manejo, efetivos, de alto impacto social e de risco de desfechos mais graves. (SCHMITZ, 2015, p. 34). Destaca-se que esta modalidade (tutoria) se aproxima à teleconsultoria existente no Brasil, especificamente relacionada ao Sistema Único de Saúde, cujo intuito é o suporte de especialistas para qualificação do atendimento da APS.

Bashshur, Shannon e Smith (2014, apud SCHMITZ, 2015), através de seus estudos de revisão dos efeitos das ações da telessaúde e de telemonitoramento, os autores apresentaram pontos positivos no que tange ao acesso, a qualidade e custos do manejo de três doenças crônicas: acidente vascular cerebral; insuficiência cardíaca; e doença pulmonar obstrutiva crônica. Conforme esses autores, o uso da tecnologia contribuiu tendencialmente para a redução de internamentos e de atendimentos emergenciais, pelo seu caráter preventivo, contando com poucas exceções de redução de custos em comparação com o tradicional. Pode-se considerar que, assim como esta experiência, a teleconsultoria no Brasil pode culminar na redução de custos para o SUS e investimento e resolutividade na APS. (SCHMITZ, 2015).

Alkimin (2010), descreve que a dificuldade de expandir os serviços de telessaúde se dá justamente pela sua baixa utilização. Outro ponto importante é sobre a socialização de estudos, pois estes dificultam “[...] comparações em função do baixo detalhamento nas publicações sobre a produção dos serviços”. (SCHMITZ, 2015, p. 36). Ao analisar dezessete serviços mundialmente distribuídos, Schmitz (2015) identificou que apenas em dois países foi possível estabelecer comparações considerando a média mensal de solicitações de teleconsultoria. A Rússia em 2006 e

o Brasil em 2009 atingiram a média de 1,9 e 1,5 solicitações mensais de teleconsultorias. (SCHMITZ, 2015).

A publicação dos resultados da segunda pesquisa global em telessaúde no ano de 2010, apresenta que umas das primeiras áreas a utilizar de recursos da telessaúde, foi a radiologia com expressivo desenvolvimento a nível global incorporada por 60% dos países membros da OMS. Na sequência aparece a dermatologia com 40%, patologia com 25% e psiquiatria com 13%. Conforme Schmitz (2015), 15% dos países membros da OMS operam os três primeiros serviços simultaneamente.

No que tange aos aspectos regionais,

[...] a maior parte das experiências estabelecidas dentro desses quatro serviços concentrou-se no Sudeste Asiático, seguido pela Europa e Américas. Além desses, os dez serviços mais referidos na pesquisa foram, em ordem decrescente: cardiologia/eletrocardiograma (28 países), ultrassonografia (15), mamografia (12), cirurgia (11), consultas a distância (7), oftalmologia (6), nefrologia (5), obstetrícia/ginecologia (5), diabetes (4) e monitoramento (4). (SCHMITZ, 2015, p. 36).

Identificou-se a partir da publicação dos resultados desta pesquisa acima mencionada e sistematizada por Schmitz (2015), que em linhas gerais, o maior desenvolvimento da telessaúde até o ano de 2010 concentrava-se em países desenvolvidos do que em países de baixa renda ou em desenvolvimento. Mesmo em países com um grau maior de desenvolvimento, houve iniciativas sedimentadas de telessaúde e demanda de suporte tecnológico para armazenamento e compartilhamento de dados. Para tanto, o documento recomendou adoção de políticas de telessaúde a nível nacional como instrumento facilitador do desenvolvimento.

Schmitz (2015, p. 35), apoiado nos estudos de Lustig (2014), retoma as barreiras para o avanço da telessaúde:

1) custo, em função dos poucos estudos a respeito; 2) regulamentação, pois a maioria dos sistemas de telessaúde opera em apenas um estado, mas a movimentação de pacientes entre as divisas estaduais é frequente para moradores fronteiriços e pacientes portadores de doenças graves ou multimorbidade; 3) promoção: falta divulgação realista do que pode e do que não pode ser feito por telessaúde; 4) resistência à adoção de inovações pelos provedores de saúde; 5) complexidade tecnológica; 6) falta de evidências de efetividade e; 7) isolamento dos sistemas de telessaúde, pela falta de interoperabilidade.

Partindo de experiências a nível internacional, para responder aos objetivos da presente pesquisa faz-se necessário identificar como se deu o surgimento e desenvolvimento da telessaúde no Brasil, bem como o que é a telessaúde a partir de

documentos, legislações, políticas etc., a nível nacional e sua relação com a Atenção Primária à Saúde.

1.3 TELESSAÚDE: REGULAMENTAÇÃO NO BRASIL

No Brasil, a incorporação da telemedicina teve início em 2002, quando o Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Portaria nº 1.643, definiu a telemedicina e sua prestação de serviços 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.” (BRASIL, 2002).

Além da definição, restou estabelecido questões de infra-estrutura e orientações quanto a sua utilização, pautando-se na autonomia do médico para decidir utilizar ou não a telemedicina conforme o Art. 2º descrito a seguir:

[...] Os serviços prestados através da Telemedicina deverão ter a infraestrutura tecnológica apropriada, pertinentes e obedecer às normas técnicas do CFM pertinentes à guarda, manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e garantia do sigilo profissional. (BRASIL, 2002).

A utilização da tecnologia passou a ser contemplada no Plano Nacional de Saúde (PNS) a partir de 2004, pois um dos objetivos do plano era “[...] formular e implementar a política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde, orientada por padrões éticos, buscando a equidade e a regionalização, com valorização de tecnologias nacionais.” (BRASIL, 2005). Nesse período partiu-se da compreensão da importância de pesquisas para demonstrar as potencialidades da tecnologia para melhorar a saúde no país. Entre as diretrizes do plano foi previsto o fomento para desenvolvimento tecnológico, com as seguintes metas “Gestão federal do SUS, cerca de 1.500 pesquisas e desenvolvimento de inovações tecnológicas em diferentes campos (clínica e biomédica, medicina tropical, meio ambiente, saúde pública, história da saúde etc.)” e “Promover a estruturação de cerca de 28 núcleos regionais de ciência, tecnologia e economia da saúde”. (BRASIL, 2005).

No Brasil um acontecimento importante para utilização e reconhecimento da telessaúde foi a reunião realizada em 7 de novembro de 2005, na sede do Ministério da Educação (MEC), quando a partir das experiências de telemedicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e da discussão sobre como melhorar o atendimento à saúde em municípios que contavam com a inexistência ou

escassez de médicos que residiam e trabalhavam na região, que ensejou a criação do Programa Nacional de Telessaúde.

Para concretizar a ideia, representantes de vários órgãos do Ministério da Educação, da Ciência, da Defesa, das Comunicações, a Casa Civil, Universidades Públicas, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Organização Panamericana da Saúde (OPAS), OMS, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido por seu nome original, Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e CFM, reuniram esforços para realizar um levantamento das experiências de telemedicina no país. Após esse processo, foi instituída pela Portaria GM nº 561/2006 a Comissão Permanente de Telessaúde, cujo objetivo era a estruturação de um programa a nível nacional. (BRASIL, 2005).

Esse processo ocorreu paralelamente à elaboração do Projeto Piloto de Telemática e Telemedicina em Apoio à APS, que se constituiu na primeira ação do Programa de Telessaúde, com a finalidade de atender necessidades urgentes de saúde no país. Uma das metas desse Projeto foi a capacitação da APS, em específico de 2,7 mil equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), atuantes em todas as regiões do país, por meio de cursos introdutórios, a fim de que estas adquirissem condições de prestar assistência em conformidade com os princípios do SUS. (BRASIL,2017)

Em 7 de julho de 2006 foi lançado o Projeto Piloto de Telessaúde no estado do Amazonas, na cidade de Parintins. A partir do êxito dessa experiência, se deu a elaboração da Portaria que estabeleceu a criação do Programa Nacional de Telessaúde, mediante minuta aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta por representantes do MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, CONASS e CONASEMS. (BRASIL,2017)

A expansão do Programa Nacional de Telessaúde contou com avanços significativos a partir de articulações e parcerias com outros projetos que estavam em desenvolvimento, sob responsabilidade de diversas instituições e órgãos de todo país, especificamente somando esforços para formação e educação permanente dos profissionais e trabalhadores da saúde. Destaca-se que, ainda em 2006 a partir de uma reunião no Rio de Janeiro, foi decidido pelo secretário da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e pelo diretor executivo da Rede

Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) que haveria a integração do Programa Telessaúde com a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). (BRASIL,2017)

No final de 2006, o MS firmou contrato de colaboração com a RNP, com vistas a viabilizar a conectividade de 32 unidades de rede de alta velocidade (backbone), de educação e pesquisa da RNP, que foi denominado de Rede Ipê. O objetivo dessa colaboração foi incentivar a criação de Núcleos de Telessaúde em estados que não haviam sido contemplados pelo Projeto Piloto de Telessaúde em Apoio à Atenção Primária no Brasil. As 32 unidades foram estabelecidas pela mesma Portaria que criou o Programa Nacional de Telessaúde. Posteriormente o MS entrou em contato com as instituições convidadas a receber os pontos. (BRASIL, 2017)

A Portaria GM nº 35/2007, publicada em 4 de janeiro de 2007 instituiu o Programa Nacional de Telessaúde, bem como descreveu os critérios para implantação do Projeto Piloto em apoio à Atenção Primária à Saúde. Esse projeto englobou nove Núcleos de Telessaúde, que estavam localizados em universidades, nos seguintes Estados: Ceará, Amazonas, Pernambuco, Minas Gerais, Goiás, Rio de Janeiro, Santa Catarina, São Paulo e Rio Grande do Sul. (BRASIL, 2007).

A meta inicial estabelecida pelo MS, era de que os núcleos fossem responsáveis pela implantação de cem pontos de telessaúde. Os primeiros começaram a funcionar em 2008 com vistas a:

[...] reduzir os custos, com acréscimo de qualidade dos serviços prestados à população, evitar deslocamentos desnecessários, valorizar e qualificar os profissionais de saúde do SUS, melhorar a resolubilidade dos serviços de atenção à saúde, garantir inclusão social e digital, fixar os profissionais de saúde em locais de difícil acesso, áreas remotas e vulneráveis, agilizar o atendimento prestado e otimizar os recursos dentro do sistema de saúde como um todo. (BRASIL, 2017, p. 20).

Para seleção dos municípios que receberam pontos de telessaúde, foram definidos critérios estabelecidos e indicativos, sendo: o comprometimento e a adesão do gestor municipal e estadual ao projeto piloto; para ser selecionado os municípios devem ter infraestrutura mínima de telecomunicação, em especial o acesso a internet; e ter implantada a ESF. (BRASIL, 2017). No que diz respeito aos critérios indicativos dos municípios: municípios com barreira de acesso geográfico; com população menor ou igual a 100 mil habitantes com foco nas regiões que não tivessem o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF); cidades com cobertura igual ou superior a 50% da ESF e; municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), menor que 0,5. (BRASIL, 2017).

A Portaria GM/MS nº 402 também foi responsável pela expansão do Programa Telessaúde Brasil, partindo das metas estabelecidas pelo programa criado pelo MS em 2007, denominado Mais Saúde. No texto da Portaria foram definidas ações dos núcleos, dos pontos de telessaúde que estavam funcionando nas UBS, dos pontos das Escolas Técnicas do SUS e nos 32 pontos conectados pela RNP. No que tange às metas apresentadas na Portaria, encontra-se a conclusão da implantação do projeto piloto, viabilização da expansão da rede a outros estados e apoio a manutenção de núcleos e pontos que já existiam. (BRASIL, 2017).

Em 2009, a partir da publicação do novo código de ética, em específico o artigo 37 da Resolução do CFM nº 1.931/2009, impôs restrições para utilização da telemedicina no Brasil, vedando aos médicos a prescrição de procedimentos ou tratamento sem exame direto nos pacientes, salvo em casos de urgência/emergência, sendo indispensável posteriormente o atendimento presencial.

Paralelo a esta resolução, observa-se que o PNS de 2008/2009 passou a incorporar a telessaúde, vinculado a demanda de educação permanente dos profissionais de saúde

[...] a demanda constante de uma educação permanente dos trabalhadores do SUS, o que indica a necessidade de construção e consolidação de uma política específica que articule os gestores e as instituições de ensino e pesquisa para o desenvolvimento dos profissionais e a melhoria constante da atenção à saúde e do SUS. Tal política possibilitaria a reflexão crítica sobre os processos de educação em saúde e a transformação dos modos de organização da atenção à saúde por meio de técnicas pedagógicas inovadoras e em larga escala, tais como: telessaúde e ensino a distância. (BRASIL, 2008, p. 98)

A telessaúde, conforme o documento, passou a ser compreendida enquanto uma estratégia para gestão do trabalho e educação em saúde, com vistas a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva de ações prestadas à população. Esse reconhecimento restou explícito na seguinte meta:

Promover a especialização de 52.000 profissionais de nível superior das equipes de saúde da família, por intermédio da universidade aberta de educação permanente em saúde, do Telessaúde e programas de especialização e residências até 2011. (BRASIL, 2008, p.136)

Concomitante a vigência do PNS (2008/2009), após a avaliação das atividades de telessaúde que haviam sido realizadas até 2009, a Portaria GM/MS nº 402, publicada em 24 de fevereiro de 2010 oficializou mais uma ampliação do Programa Telessaúde, que passou a ser denominado Programa Telessaúde Brasil, com

previsão de implantação de mais 1.230 pontos de telessaúde em 18 estados que não foram contemplados no Projeto Piloto. (BRASIL, 2007).

Para essa iniciativa de expansão, oficinas técnicas foram realizadas nos estados com vistas a apoiar articulações e discussões para novos projetos que deveriam ser elaborados e enviados DEGES/SGTES, para receber apoio financeiro.

O compromisso assumido a partir dessa expansão foi “[...] acelerar a redução das desigualdades na Região Nordeste e na Amazônia Legal, com foco na redução da mortalidade infantil.”. (BRASIL, 2017, p. 22). Além da redução de desigualdades e redução da mortalidade infantil, realizou-se um trabalho para encorajar estados e municípios a aderirem e instalar novos pontos de Telessaúde e melhorar a conectividade nas UBS. O primeiro estado a encaminhar proposta de implantação do Programa ainda em 2009 foi o Acre, em 2010 os estados Mato Grosso do Sul, Espírito Santo e Tocantins e em 2011 Rio Grande do Norte, Bahia, Alagoas, Sergipe, Rondônia, Mato Grosso, Pernambuco e Paraná. (BRASIL, 2017).

Em 2011 a Resolução nº 1.974 do CFM reforçou e estendeu a proibição também a consultas, diagnósticos e prescrição por meio de qualquer meio de comunicação a distância, proibindo os profissionais de atendimento a pacientes com a substituição da consulta presencial. (HARZHEIM, 2018).

Em 27 de outubro de 2011 a CIT aprovou a Portaria MS nº 2.546 que novamente redefiniu e ampliou o Programa Telessaúde Brasil, revogando a anterior e alterando sua nomenclatura para Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Além dessa alteração a Portaria também corroborou para adequação do Programa às exigências previstas no Decreto nº 7.508/2011. (BRASIL, 2011).

Esse Decreto regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre a organização do SUS, planejamento da saúde, assistência à saúde, articulação interfederativa, diretrizes das redes de atenção à saúde e dá outras providências, o que significou uma expansão para o Programa. (BRASIL, 2017).

Outros pontos positivos dessa expansão foi a inserção dos locais que ofereciam serviços de telessaúde no Brasil no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), detalhando suas atividades. Outros pontos positivos foram a ratificação da coordenação nacional do Programa, que passou a ser cargo da SGTES e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a previsão de apoio para a consolidação das redes de atenção à saúde, o estabelecimento de estrutura de

funcionamento e a definição de normas que deveriam ser adotadas para ações de Telessaúde no SUS. (BRASIL, 2011).

Em 28 de outubro de 2011 foi publicada a Portaria nº 2.554/GM/MS, que prevê a introdução no Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, a informatização e integração ao Telessaúde Brasil Redes. Restou estabelecido por esta Portaria, a possibilidade de apresentação de projetos por parte dos municípios, ao Departamento de Atenção Básica (DAB), podendo estes contar com o apoio e cooperação técnica dos Núcleos. Outra definição, foi a respeito do conjunto de ações integrantes ao Telessaúde Brasil Redes, cuja coordenação realizada pelas Secretarias Estaduais de Saúde e Comitês Gestores Estaduais do programa, devidamente pactuado nas Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs). (BRASIL, 2011).

Outro momento de expansão do Programa Telessaúde Brasil Redes se deu por meio da Portaria nº 2.073/GM/MS de 31 de agosto de 2011, que descreve sobre “[...] padrões de interoperabilidade de sistemas de informação em saúde” (BRASIL, 2011), e sua inserção no PNS 2012 - 2015, com previsão de implantação de pontos de telessaúde nas unidades atenção à saúde mental e retomada da educação permanente a partir do uso da tecnologia.

O uso das tecnologias de informação e comunicação para conectar em rede os profissionais em localidades remotas com as instituições formadoras e os diversos serviços que compõem as redes de atenção foram testadas no Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, que será ampliado para todo o País, oferecendo teleconsultorias e segunda opinião formativa aos profissionais, em articulação com o UNA-SUS, que oferta cursos e módulos de aprendizagem a partir das necessidades formativas dos profissionais de saúde do SUS, disponibilizados no seu acervo colaborativo. (BRASIL, 2012, p. 91).

A expansão do Programa também passou a ser contemplado em uma das metas da diretriz de fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde, propondo a implantação de “[...] 18 núcleos estaduais de telessaúde Brasil até 2015, cobrindo todos os estados.” (BRASIL, 2012, p. 93).

Devido ao aumento do número de pontos de telessaúde, em 2013 houve integração entre núcleos já existentes e novos núcleos que se localizavam em regiões com sobreposição no financiamento e cobertura. Passam também a ser considerados prioritários nas RAS e nos programas de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB) e de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde

(Requalifica UBS). Observou-se que nos anos seguintes a Teleconsultoria passou a ser mais utilizada e ganhou força, mediante o entendimento de que esta constitui-se em uma ferramenta para articulação e uma nova forma de comunicação entre os níveis de atenção à saúde, em especial, entre atenção especializada e APS. (BRASIL, 2017).

No ano de 2014 houve a normalização da Telerradiologia com a Resolução nº 2.107/2014, viabilizando o uso da tecnologia para compartilhar imagens radiológicas e para dar suporte às atividades desenvolvidas em âmbito local. Nesta mesma Resolução, ficou definida a possibilidade de os especialistas emitirem relatórios à distância, compartilhar imagens e dados clínicos com anuência do paciente. Resolução, esta, pode ser compreendida como paradigma para atividades de telediagnóstico. (HARZHEIM, 2018).

Em 2015 o MS publica na Nota nº 50, em conformidade com o disposto nas Portarias nº 2.546 de 27 de outubro de 2011 e nº 2.859 de 20 de dezembro de 2014, às diretrizes para oferta das atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Neste documento, apresentam-se as atividades do programa, realizadas pelos núcleos de telessaúde, descrevendo que estes desenvolvem atividades técnicas, científicas e administrativas com a finalidade de planejar, executar, monitorar e avaliar as ações de telessaúde, especialmente a oferta de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação. (BRASIL, 2015)

O terceiro item desta nota discorre que, de acordo com a estrutura e capacidade de oferta de serviço de cada núcleo, este pode realizar as seguintes atividades:

Teleconsultoria: consulta/pergunta e resposta registrada para esclarecer dúvidas sobre manejo, condutas e procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, baseadas em evidências científicas, mas adequadas às características loco-regionais. Funciona de duas maneiras: A) Síncrona - teleconsultoria realizada em tempo real: i. teleconsultoria realizada por meio de chat, e ferramentas síncronas como webconferência ou videoconferência; ii. Teleconsultoria realizada por serviço telefônico gratuito 0800. Funciona por meio de um call center, que remete o profissional da Atenção Básica solicitante, a profissionais do telessaúde com experiência em Atenção Básica ou em outras especialidades e com experiência no desempenho clínico. B) Assíncrona - teleconsultoria realizada por meio de mensagens off-line, que deverá ser respondida em até 72 horas pelos teleconsultores do Núcleo Telessaúde. Segunda opinião formativa: resposta sistematizada às perguntas originadas de teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS, tais respostas são construídas com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas. Telediagnóstico: serviço de apoio ao diagnóstico, onde os exames são realizados em uma determinada localidade e enviados para emissão de laudo por meio de tecnologias da informação e comunicação. O laudo será

emitido por um especialista vinculado ao Núcleo de Telessaúde. Tele-educação: atividades educacionais ministradas a distância por meio de tecnologias de informação e comunicação. A tele-educação é uma atividade educacional que utiliza as ferramentas tecnológicas como meio para apoiar a formação de trabalhadores do SUS, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. São atividades de tele-educação: cursos, módulos educacionais, webaulas/palestras em modalidade à distância. (BRASIL, 2015, p. 2).

O documento define que para um Núcleo de Telessaúde ofertar a teleconsultoria, deve utilizar de uma Plataforma de Telessaúde que seja aprovada pelo MS e integrada pelo Sistema de Monitoramento e Avaliação de Resultados do Programa Telessaúde Brasil Redes (SMART). Além disso, possuir minimamente os seguintes profissionais: Telerregulador, Teleconsultor, Coordenador de Campo e Monitor de Campo. (BRASIL, 2015).

A nota também apresenta que a telessaúde é uma ferramenta que possibilita articulação entre APS e atenção especializada, pois estimula a comunicação entre ambos, o que é essencial para ampliação do cuidado clínico e para a resolutividade da APS, evitando a exposição dos usuários a consultas e até mesmo procedimentos que não são necessários, aperfeiçoar o uso de recursos em saúde evitando deslocamentos desnecessários e qualificar a atenção especializada. (BRASIL, 2015).

Torna-se mais claro o fato de que a telessaúde se apresenta enquanto uma estratégia para melhoria dos serviços a partir de 2016, quando em decorrência da crise econômica, conforme pesquisa desenvolvida pela Confederação Nacional da Indústria (CNI), 34% dos brasileiros passaram a não ter mais plano de saúde e ser atendidos pelo SUS, levando o MS a tomar decisões estratégicas de auxiliar e melhorar a qualidade dos serviços de telessaúde prestados pelos núcleos. (BRASIL, 2017).

Dentre essas estratégias se destacam:

[...] expansão da Oferta Nacional em Telediagnóstico no SUS, nas especialidades de Pneumologia, Dermatologia, Oftalmologia e Cardiologia que serão disponibilizadas às Secretarias de Estado da Saúde em conjunto com o Núcleo Telessaúde Estadual. Assim, com o maior número de laudos realizados pela mesma instituição, o custo do exame deverá ser reduzido, trazendo economia de escala. (BRASIL, 2017, p. 23).

Observa-se que o avanço da telessaúde não foi contemplado no PNS 2016-2019. Este documento apresenta algumas discussões referentes ao uso da tecnologia, mas não discorre sobre o uso da telessaúde. Mesmo não entrando

enquanto meta no PNS 2016-2019, no ano de 2017 existiam 30 núcleos ativos, distribuídos nos seguintes estados: Acre, Amazonas, Roraima, Pará, Bahia, Pernambuco Tocantins, Piauí, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Maranhão, Goiás, Ceará, Rio Grande do Norte, Sergipe, Minas Gerais, Espírito Santo, São Paulo, Alagoas, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul. (BRASIL, 2017).

A Resolução do MS, publicada em 19 de junho de 2017, aprovou o documento Estratégia e-Saúde para o Brasil, o qual propôs uma “visão de e-Saúde” e mecanismos contributivos para incorporação do SUS até 2020, partindo do conceito da OMS e destacando que:

De forma mais ampla “e-Saúde” representa o contexto da prática de atenção à saúde facilitada e aperfeiçoada pelo uso de tecnologias modernas de Informação e Comunicação (TIC), considerando as aplicações dessas tecnologias na organização, gestão e agilidade dos processos de atendimento ao paciente, no compartilhamento de informações, na garantia de maior qualidade e segurança das decisões clínicas, no acompanhamento de pacientes, em políticas de Saúde pública, na compreensão dos fatores determinantes do bem estar do cidadão, na detecção e controle de epidemias, entre tantas outras possibilidades. (BRASIL, 2017, p. 17).

A chamada visão de e-Saúde apresentada no documento foi:

Até 2020, a e-Saúde estará incorporada ao SUS como uma dimensão fundamental, sendo reconhecida como estratégia de melhoria consistente dos serviços de Saúde por meio da disponibilização e uso da informação abrangente, precisa e segura que agilize e melhore a qualidade da atenção e dos processos de Saúde, nas três esferas de governo e no setor privado, beneficiando pacientes, cidadãos, profissionais, gestores e organizações de saúde. (BRASIL, 2017, p. 9).

No que tange o objetivo central da e-Saúde,

[...] aumentar a qualidade e ampliar o acesso à atenção à saúde por meio do uso das tecnologias de informação e comunicação que contribuam para agilizar os processos assistenciais, qualificar as equipes de saúde e tornar mais eficaz e eficiente o fluxo de informações para apoio à decisão em saúde, incluindo tanto a decisão clínica, de vigilâncias em saúde, de regulação e promoção da saúde, quanto a decisão de gestão e políticas públicas. (BRASIL, 2017, p. 9).

Para alcançar esse objetivo, foram elaboradas nove ações estratégicas: Reduzir a fragmentação das iniciativas no SUS e aprimorar a governança da estratégia de e-Saúde; Fortalecer a intersectorialidade de governança de e-Saúde; Elaborar o marco legal de e-Saúde no país; Definir e implantar uma arquitetura para a e-Saúde; Definir e implantar os sistemas e serviços de e-Saúde integrados ao SUS; Disponibilizar serviços de infraestrutura computacional; Criar arquitetura de referência para

sustentação dos serviços de infraestrutura; Criar a certificação em e-Saúde para trabalhadores do SUS e; Promover a facilitação do acesso à informação em saúde para a população. (BRASIL, 2017)

Em 2017 o Parecer nº 14 do CFM ao discorrer sobre o uso do aplicativo WhatsApp e de plataformas similares “[...] reforça que é permitido o seu uso entre médicos e seus pacientes, ou entre médicos e médicos para tirar dúvidas ou enviar dados ressaltando o caráter confidencial e o uso somente dentro dos limites do próprio grupo”. Este Parecer pontua que a comunicação entre médico e paciente tem que ser restrita a usuários que já gozam de assistência médica, no intuito de sanar dúvidas, para tratamento de aspectos evolutivos e repasse de orientações ou intervenções emergenciais. (HARZHEIM, 2018, p.15).

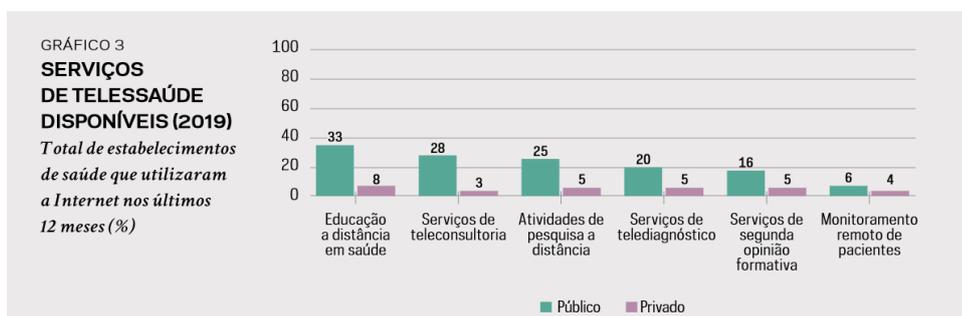
Em 6 de fevereiro de 2018 o CFM publicou a resolução nº 2.227, autorizando os médicos a realizarem consultas na modalidade à distância, on-line, telecirurgias e telediagnóstico. (BRASIL, 2018). Esta Resolução foi revogada no mesmo mês, dia 22 de fevereiro, em decorrência do número elevado de propostas encaminhadas pelos profissionais, retomando-se, assim, a vigência dos termos contidos na Resolução nº 1.643/2002, o que indica um retrocesso para regulamentação da telessaúde no Brasil.

No ano de 2019, conforme a pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros, realizada pelo Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC), os serviços de telessaúde autorizados no período pré-pandêmico eram públicos em sua maioria, com enfoque na educação a distância, teleconsultoria e pesquisa a distância. Assim, os dados dos serviços de telessaúde tabulados pela CETIC (2019), foram organizados no gráfico apresentado na figura 2.

Conforme as informações da pesquisa, dentre as ferramentas de telessaúde, identifica-se que a educação a distância foi a mais disponível para os profissionais; a pesquisa a distância, a teleconsultoria e a segunda opinião formativa foram disponibilizadas para cerca de um quarto dos profissionais.

Esta pesquisa também destacou os resultados sobre a utilização das TIC's nas UBS, enfatizando a importância deste avanço por se constituírem porta de entrada para o SUS e pelo caráter de ações preventivas e longitudinais. Os avanços foram mensurados em comparação com o ano de 2018, evidenciando que neste ano 82% dos equipamentos tinham computadores e em 2019 esse percentual subiu para 91%. (CETIC, 2019).

FIGURA 2 - Dados da CETIC sobre os serviços de telessaúde disponíveis em 2019



FONTE: CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO. TIC Domicílios 2019 - Pesquisa Sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros. 2019. Disponível em: <https://cetic.br/pt/pesquisa/domicilios/publicacoes/>. Acesso em 10 fev. 2023.

A adoção dos sistemas eletrônicos para registro de informações dos pacientes aumentou de 69% para 78% em 2019, refletindo positivamente no percentual de dados de pacientes disponíveis eletronicamente. Outro ponto apresentado pela pesquisa foi a possível transição das UBS para saúde digital, o que pode ser visualizado no gráfico elaborado pela CETIC (2019, p. 7). apresentado na figura 3.

FIGURA 3 – Dados sobre uso da Tecnologia nas Unidades Básicas de Saúde



FONTE: CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO. TIC Domicílios 2019 - Pesquisa Sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros. 2019. Disponível em: <https://cetic.br/pt/pesquisa/domicilios/publicacoes/>. Acesso em 10 fev. 2023.

A pesquisa também destacou a presença do uso de computador e internet em estabelecimentos de saúde, apresentando por região o percentual maior de disponibilidade de ambas. A região com maior percentual de uso do computador foi o

sudeste, seguido pelo sul e centro-oeste, norte e nordeste. Já o uso da internet, o Nordeste utiliza mais a internet do que a região norte³. (CETIC, 2019).

Sobre o acesso a computador e internet pelos profissionais, entre os médicos, 93% tinham acesso à internet e 88% tinham acesso ao computador. Dentre os que possuíam acesso a computador, 54% realizavam prescrição em formato eletrônico e 31% relataram realizar tanto eletrônica quanto manual (já o percentual de assinatura manual foi de 71%). (CETIC, 2019)

No que diz respeito à percepção dos profissionais sobre o impacto do uso das TIC's, evidenciou-se o seguinte:

[...] 83% dos médicos avaliaram que houve redução dos erros na administração de medicamentos e também melhora da qualidade do tratamento como um todo. Entre os enfermeiros, 91% acreditam que houve maior eficiência nos atendimentos e 88% que houve melhora no atendimento como um todo. (CETIC, 2019, p. 6).

Durante o contexto pandêmico (que teve início em 2019 e será abordado no segundo capítulo desta dissertação), outro fator positivo para incorporação da telessaúde foi a elaboração do Plano de Ação de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028. Esse Plano conta com três grandes eixos e sete prioridades (detalhadas em sub prioridades), na perspectiva de implementação da Visão de Saúde Digital. As sete prioridades estabelecidas são: Governança e Liderança para Estratégia de Saúde Digital; Informatização dos três Níveis de Atenção; Suporte à Melhoria da Atenção à Saúde; O usuário como Protagonista; Formação e Capacitação de Recursos Humanos; Ambiente de Interconectividade e; Ecossistema de Inovação. (BRASIL, 2020).

Especialmente, a terceira prioridade, suporte à Melhoria da Atenção à Saúde, conta com três sub prioridades: Apoio à Continuidade da Atenção em todos os níveis; Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças e Promoção da Telessaúde e Serviços digitais. (BRASIL, 2020). Com isso, identifica-se que a telessaúde vem sendo compreendida enquanto uma ferramenta que pode contribuir com a melhoria da

³ A baixa utilização da internet na região norte conforme o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (2022, p.3), se dá por uma série de fatores, tais como: “[...] desigualdades regionais fomentadas pelo histórico de políticas nacionais de industrialização, [...] inóspitas distâncias, [...] falta de infraestrutura, que demanda grandes investimentos – algo pouco vantajoso em termos de custo-benefício para o setor privado [...] baixa qualidade da conexão [...] cobertura limitada e os preços exorbitantes”, essas são as principais características destacadas no que diz respeito ao acesso à internet na região Norte do Brasil. Diante da proposta da telessaúde ser dependente do uso das TICs e da internet, identifica-se que esses fatores podem repercutir negativamente na qualificação dos profissionais de saúde por meio desta ferramenta, bem como, no acesso à saúde da população residente nesta região.

atenção à saúde e fortalecimento da APS.

Diante do contexto pandêmico, em 19 de março o CFM reconheceu a eticidade e possibilidade da utilização da telemedicina, destacando que seu uso, em caráter de excepcionalidade, nos seguintes termos:

(i) teleorientação, para que profissionais da medicina realizam à distância a orientação e encaminhamento de pacientes em isolamento; (ii) telemonitoramento, ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigência à distância de parâmetros de saúde e/ou doença; e (iii) teleinterconsulta, exclusivamente para troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico. (BRASIL, 2020)

Identifica-se que além deste reconhecimento a ampliação do uso da telessaúde, foi fortalecida com a portaria nº 526 de 24 de junho de 2020, a qual incluiu na lista de procedimentos do SUS a teleconsulta na Atenção Primária à Saúde, possibilitando o registro por parte dos profissionais da APS utilizando o código 03.01.01.025-0.

Destaca-se também a Resolução n.º 2.229 do CFM, publicada em 2021, que regulamentou e normatizou a emissão dos seguintes documentos médicos eletrônicos: prescrição, atestado, relatório, solicitação de exames, laudo e parecer técnico. Destaca-se o cuidado com os dados dos pacientes, apresentado no Art. 3º desta Resolução:

Os dados dos pacientes devem trafegar na rede mundial de computadores (internet) com infraestrutura, gerenciamento de riscos e os requisitos obrigatórios para assegurar registro digital apropriado e seguro, obedecendo às normas do CFM pertinentes à guarda, ao manuseio, à integridade, à veracidade, à confidencialidade, à privacidade e à garantia do sigilo profissional das informações. (BRASIL, 2021, p. 2).

Em 2022 a Resolução do CFM nº 2.314 publicada em 20 de abril, regulamentou a telemedicina como forma de serviços médicos, mediados pelo uso das TIC's para fins de “[...] assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, gestão e promoção de saúde”. (BRASIL, 2022). Observa-se uma ampliação dos serviços de telemedicina em comparação com a Portaria de 2020, já que esta regulamentação descreve que a telemedicina pode ser exercida nas seguintes modalidades: Teleconsulta; Teleinterconsulta; Telediagnóstico; Telecirurgia; Telemonitoramento ou televigilância; Teletriagem; e Teleconsultoria.

Outro marco importante para regulamentação da telessaúde no Brasil se deu a partir da Portaria nº 1.348 de 2 de junho de 2022, que dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo foi de

regulamentar a operacionalização e uso das tecnologias de informação e comunicação na gestão, assistência remota, pesquisa, educação, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde do cidadão.

Destaca-se também a importância da Lei nº 14.510 de 27 de dezembro de 2022, que incluiu a telessaúde na Lei nº 8.080, disciplinando a prática em todo o território nacional e instituiu os princípios para prestação de serviços remotos relacionados a todas as profissões da área da saúde, quais são:

- I - autonomia do profissional de saúde;
- II - consentimento livre e informado do paciente;
- III - direito de recusa ao atendimento na modalidade telessaúde, com a garantia do atendimento presencial sempre que solicitado;
- IV - dignidade e valorização do profissional de saúde;
- V - assistência segura e com qualidade ao paciente;
- VI - confidencialidade dos dados;
- VII - promoção da universalização do acesso dos brasileiros às ações e aos serviços de saúde;
- VIII - estrita observância das atribuições legais de cada profissão;
- IX - responsabilidade digital. (BRASIL, 2022)

Entende-se que a garantia desses princípios é essencial para a execução das ações de telessaúde, bem como, para o atendimento do paciente e autonomia dos profissionais de saúde.

Além destas regulamentações do uso da telessaúde, cabe destacar a importância da criação da Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI), por meio do Decreto 11.358, de 1º de janeiro de 2023, a qual é responsável por formular políticas públicas orientadoras para a gestão da saúde digital, incluindo a telessaúde, interoperabilidade, proteção dos dados, desenvolvimento de software, infraestrutura e disseminação de informações.

Diante do cenário e contexto aqui descrito, considera-se que no Brasil, o uso das TIC's na área da saúde vem crescendo com o passar dos anos. A telessaúde acompanha esse movimento e os estados apresentam interesse de modo geral em sua utilização.

Destacando a realidade do Paraná, o Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011, reconheceu a telessaúde como uma ferramenta que pode viabilizar a troca de conhecimentos entre profissionais da saúde, com vistas a fortalecer a educação permanente no SUS, resultando na elevação da qualidade da política de saúde. (PARANÁ, 2008).

Como descrito no documento devido ao crescimento da demanda de ações em saúde, já se identificava a necessidade de uma profissionalização eficiente e dinâmica, com difusão de tecnologias que assegura o seguinte:

[...] atualização e prestação de serviços de qualidade à população bem como para a implementação de processos de educação permanente que possibilitem a revisão dos processos de trabalho vigentes, aproximando cada vez mais quem executa de quem decide, permeado pela capacidade técnica desenvolvida. (PARANÁ, 2008, p. 94).

O Plano destacou também a importância da criação de uma Política de Informação e Informática em Saúde para romper com a fragmentação dos sistemas de informação do SUS, com a finalidade de conduzir o processo de informatização do trabalho em saúde, tanto no que diz respeito a cuidados individuais, quanto às ações de saúde coletivas. (PARANÁ, 2008).

Já o Plano Estadual de Saúde 2012-2015, também mencionou o Programa Nacional de Telessaúde, reconhecendo-o como estratégia para Educação Permanente, mais especificamente com enfoque na qualificação da APS, em específico voltada à profissionais da Saúde da Família. A partir disso, encontra-se dentre as ações do Plano a implantação da segunda opinião formativa e telessaúde para apoio aos profissionais das equipes da APS e de atendimentos em saúde mental. (PARANÁ, 2012). O Documento destacou que até 2011, no sul do País o Estado do Paraná era o único que ainda não tinha telessaúde e ensino a distância, diante dessa realidade, uma das metas do plano consistia na implantação da Telessaúde no Paraná.

Conforme o Plano Estadual de Saúde Paraná 2016 – 2019, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), instituiu por meio da Resolução nº 40/2013, aprovada pela Deliberação CIB/PR nº 142/2013, o Telessaúde Paraná Redes, cuja finalidade é a inserção do Estado no Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes e desenvolver ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente das equipes de saúde. (PARANÁ, 2016).

A Resolução nº 1.048/2021 da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) em seu Art. 1º instituiu o Núcleo Estadual de Telessaúde da SESA/PR, sendo este o responsável pelo desenvolvimento do Projeto Telessaúde Paraná e conforme Art. 3º “[...] responsável pela formulação, proposta e gestão da Política Estadual de Saúde Digital, bem como pelas estratégias para implementação das ações em Saúde Digital.” (PARANÁ, 2021).

Restou estabelecido que o núcleo ofertaria por meio do Telessaúde Paraná os seguintes serviços: tele-educação; teleconsultoria; telediagnóstico; e telerregulação, via portal www.telessaude.pr.gov.br. Para adesão dos serviços por parte dos municípios, estes devem assinar o Termo de Adesão disponibilizado pela SESA. (PARANÁ, 2021).

Diante disto, esta dissertação apresenta as ações vinculadas a SESA no Paraná, bem como, sua contribuição e aplicação no atendimento da APS. Antes de descrever estas ações, apresenta-se na sequência aspectos históricos da APS, sua importância para o acesso à saúde no SUS e se descreve sobre as considerações de autores sobre o uso da telessaúde na APS.

CAPÍTULO 2 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Neste segundo capítulo discorre-se sobre a APS no contexto brasileiro, partindo dos modelos de atenção à saúde que se fizeram presentes no país até chegar nas mobilizações que corroboraram para o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Lei n.º 8.080 de 1990.

Retoma-se a Conferência de Alma Ata descrevendo sobre sua influência no país e o surgimento de programas e políticas fundamentais para construção da APS como: Programa de Agentes Comunitários (PACS); Programa Saúde da Família (PSF); Estratégia Saúde da Família (ESF); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB - 2006, 2007 e 2011); e a instituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Na sequência, expõe-se o cenário de emergência sanitária vivenciada mundialmente, consequência da Pandemia do vírus Covid-19, sua repercussão na APS e a importância da utilização de novas estratégias para atendimento da população.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A APS é o primeiro nível de contato da população com o SUS e. O conceito de APS foi estabelecido e popularizado após a Declaração de Alma-Ata, adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela UNICEF em 1978. A declaração enfatizava a importância de uma abordagem abrangente, acessível e centrada na comunidade, para promover a saúde e o bem-estar de todos os indivíduos. (OMS; UNICEF, 1978).

Internacionalmente, a APS é vista como um componente essencial dos sistemas de saúde e um mecanismo importante para alcançar a equidade em saúde. De acordo com a OMS, este nível de atenção deve focar não apenas no tratamento de doenças, mas também na promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação e cuidados paliativos (OMS, 2008).

Além disso, Starfield (1994) argumenta que a APS é fundamental para aumentar a eficiência dos sistemas de saúde, proporcionando cuidados de saúde de qualidade e adequados às necessidades da população. Diante disso, é reconhecida internacionalmente como fundamental para sistemas de saúde eficazes e equitativos e tem sido central no modelo de saúde adotado pelo Brasil.

Como descrito por Paim (2012), a palavra modelo pode remeter a algo exemplar, normativo ou padronizado partindo de um entendimento do senso comum ou a partir das considerações feitas no campo técnico-científico. O sentido técnico-científico parte da compreensão de que modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial remetem a uma representação esquemática e simplificada da realidade, identificando traços principais, lógicas, fundamentos, razão e racionalidades que “[...] orientam ações de saúde, conduzindo à adoção de uma dada combinação de tecnologias ou meios de trabalho em cada situação concreta.” (PAIM, 2012, p. 549).

No contexto brasileiro, a APS é uma pedra angular do SUS i i. O SUS, instituído pela Constituição de 1988, foi concebido como um sistema de saúde universal, equitativo e integral, com a APS executando um papel central no acesso da população aos serviços de saúde.

O Brasil adotou a ESF como modelo prioritário de APS. A ESF, iniciada em 1994, foca em uma abordagem multidisciplinar que envolve médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e outros profissionais de saúde, trabalhando juntos, para oferecer cuidados de saúde de qualidade para a população, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças (MACINKO; HARRIS, 2015).

Identificar e descrever sobre os modelos de atenção à saúde no Brasil é importante para tecer reflexões e problematizações sobre a contribuição das ações da telessaúde para o atendimento na APS. Destaca-se que no país, diferentes modelos de atenção à saúde emergiram no decorrer da história, conforme apresentado na linha do tempo sistematizada no quadro 2.

QUADRO 2 - Linha do tempo: O acesso à saúde no Brasil

(continua)

INÍCIO DO SÉCULO XX Modelo sanitaria-campanhista: Preocupação com o controle de endemias, oferecendo atendimento à saúde de modo privado ou através da caridade	
1923	Criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS): Atendimento à Saúde voltado a trabalhadores com vínculo formal, pautado no modelo médico privatista, na medicina individual, privatista e curativa nos moldes do modelo biomédico. Influenciada pelo relatório Flexner, pois, não considerava os aspectos sociais e as especificidades de cada região, dando origem a “Programas Verticais”

QUADRO 2 - Linha do tempo: O acesso à saúde no Brasil

(continuação)

1930	Estruturação das redes estaduais de saúde direcionada aos pobres e alteração da CAPS para Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPS), cada instituto contava com uma rede ambulatorial e hospitalar, não numa perspectiva universal e de preocupação com a população, mas sim, voltada à assistência à doença para que o trabalhador retornasse ao trabalho.
1940	Forte influência do modelo flexneriano, na orientação e organização de hospitais estaduais e universitários bem como, na estruturação da assistência médica no país
1950	Investimento para continuidade aos projetos verticalizados, inaugurando outros serviços para atender os trabalhadores e seus dependentes
1964	Golpe militar: Houve a unificação dos IAPS, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A unificação dos IAPS, não alterando o modelo assistencial de atenção individual à saúde, permitindo a expansão do modelo biomédico, priorizando a compra e o financiamento de serviços de hospitais privados
1970	Surgimento de discussões a nível internacional sobre os modelos de assistência, considerando propostas de racionalização do uso das tecnologias para gerenciamento eficiente e para a própria atenção médica. Essa proposta de simplificação e racionalização gerou uma polarização de debates. Enquanto uma discussão identificava a medicina comunitária como uma estratégia racionalizadora e voltada para o acesso da população à saúde e aos avanços da tecnologia, a outra a caracterizava como medicina pobre para pobres.
1972	Elaboração do II Plano Decenal de Saúde para as Américas, recomendando que todos os países desenvolvessem estratégias de extensão de cobertura dos Serviços de Saúde e no Brasil, houve a criação de Programas de Extensão e cobertura decorrente de uma política prevista no II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND)
1975	Forte influência do modelo biomédico, voltado ao atendendo de demandas do sistema capitalista considerando a saúde enquanto mercadoria - atividades de saúde seguiam nos mesmos moldes mesmo com a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Também neste ano criou-se no país a primeira definição sistemática de uma política de saúde, com a promulgação da Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975, a Lei do Sistema Nacional de Saúde.
1978	Conferência de Alma Ata, que se constituiu um evento de suma importância para a idealização da Atenção Primária à Saúde. No Brasil, setor saúde em crise, baixas eficácia médica associada ao modelo médico-hospitalar, e cobertura oferecida pelos serviços de saúde, devido a questões econômicas, políticas e ideológicas, grupos de oposição ao governo militar identificaram a medicina comunitária enquanto estratégia para redemocratização e ampliação da assistência à saúde para toda a população
1979	Críticas ao Modelo de assistência médica curativa. Criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-saúde) e as Ações Integradas de Saúde (AIS), cuja transformação após o período de redemocratização resultou nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS).
1980	Movimento da Reforma Sanitária, criticando o modelo de assistência à saúde baseado na previdência social e buscando um sistema universal de saúde. Este movimento acabou por influenciar a criação do Sistema Único de Saúde.

QUADRO 2 - Linha do tempo: O acesso à saúde no Brasil

(conclusão)

1982	Centralização do governo federal na formulação das políticas, dando espaço às AIS que com suas experiências localizadas de organização de serviços no âmbito municipal possuía convênios nas três esferas governamentais.
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que viabilizou a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), cujas discussões e diretrizes desta Conferência transformaram-se em Lei, sendo incorporadas na Constituição Federal de 1988
1990	Lei Orgânica da Saúde: Esta lei regulamentou a operação do SUS, estabelecendo as diretrizes para a descentralização dos serviços de saúde e a integração dos cuidados de saúde.
1994	Criação do Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de reorientar a prática da Atenção Primária à Saúde, priorizando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em sua integralidade.
2004	Primeira Política Nacional de Atenção Básica.
2017	Nova Política Nacional de Atenção Básica, reconhecendo outros formatos de Equipe, como por exemplo a Equipe de Atenção Básica, alterando a nomenclatura do Núcleo Ampliado de Saúde da Família para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, incluindo a incorporação do Registro Eletrônico em Saúde e abrindo a possibilidade de ACE de compor a equipe de AB.
2011	Implantação do Programa Mais Médicos para enfrentar a escassez de profissionais de saúde, principalmente em áreas rurais e periféricas do país.
2020	Pandemia da COVID-19, destacando a importância do SUS como o principal meio de responder a uma crise de saúde pública em larga escala. Durante este tempo, a telessaúde também se tornou um componente importante da atenção à saúde no Brasil.

Fonte: A autora.

A Reforma Sanitária Brasileira pode ser entendida enquanto um fenômeno histórico e social, conforme Paim (2008, p. 35), mesmo com sua gênese no passado apresenta repercussões, transformações e cristalizações no presente. A história desse processo reflete a “[...] realização de sujeitos diante das circunstâncias, o que implica certa intencionalidade e, ao mesmo tempo, o reconhecimento das limitações estruturais e dos constrangimentos conjunturais”, não restringindo-se ao caráter temporal, desvelando constructos sociais estabelecidos por sujeitos em determinada conjuntura.

A RSB é considerada um fenômeno histórico e social, compreendida enquanto ideia, proposta, projeto, movimento e processo. Ideia porque expressa percepções, pensamentos e representações; proposta por suas articulações coletivas, tanto de princípios quanto de posicionamentos políticos; movimento enquanto congeminções de práticas ideológicas, culturais e políticas; processo por concatenar atos em

momentos e espaços distintos que executam práticas sociais, políticas, econômicas, ideológicas e simbólicas. (PAIM 2008).

A RSB não se resume apenas ao movimento sanitário, mas sim a uma proposta, um projeto, um processo de reforma social dentro de uma estrutura social em movimento, que abrangeu sujeitos e contradições do sistema capitalista, com mediações das condições práticas de saúde diante da divisão de classes e grupos sociais presentes na realidade, sem deixar de lado enfrentamentos que atravessaram o Estado. (PAIM, 2008).

A partir das mobilizações, a promulgação da Constituição Federal de 1988, contribuiu para o surgimento da APS, declarando a saúde como direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. A junção entre a instituição da saúde como direito e a efervescência das reivindicações por parte dos movimentos sociais culminaram na implantação do Sistema Único de Saúde, por meio da criação da Lei n.º 8.080 em 19 de setembro de 1990. A referida Lei dispõe “[...] sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990), dentre outras normativas e portarias.

Está estabelecido na Lei n.º 8.080/90, em seu Art. 2º, que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que cabe ao Estado garantir seu acesso por meio da formulação de políticas sociais e econômicas, visando reduzir riscos de doenças e agravos, fornecendo condições que assegurem o acesso igualitário e universal aos serviços de promoção, proteção e recuperação. O Art. 3º descreve que o nível de saúde do país, expressa sua organização econômica e social, considerando determinantes e condicionantes que influenciam na saúde da população. (BRASIL, 1990).

A definição do SUS expressa na Lei n.º 8.080/90, é de que este é um “[...] conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]”. Seus objetivos são: identificar e divulgar fatores que são condicionantes e determinantes da saúde; formular políticas de saúde que corroborem para o cumprimento do Art. 2º e 3º mencionados acima; e dar assistência aos usuários por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a partir da realização de ações assistenciais e atividades preventivas. (BRASIL, 1990).

Se constitui enquanto princípios organizativos e doutrinários do SUS: a Universalidade; Integralidade de Assistência; Equidade; Descentralização Político-

Administrativa com direção única em cada esfera de Governo; Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; Participação da comunidade e Regionalização e hierarquização. (BRASIL, 1990).

A implantação do SUS deu origem a um novo modelo assistencial no país, com a finalidade de atender as necessidades da população e garantir uma cobertura adequada, considerando o território e com profissionais atuando junto às famílias e a comunidade, ultrapassando paredes e consultórios. No entanto, seguida da promulgação da Constituição Federal e da construção de um novo modelo assistencial de saúde, na década de 1990 houve a expansão do projeto neoliberal, caracterizado enquanto uma contrarreforma, cujo objetivo voltava-se à redução de gastos públicos e viabilização da privatização da saúde e uma assistência à saúde fornecida pelo setor privado.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde desenvolveu ações que culminaram na descentralização da gestão e conseqüentemente na transferência da responsabilidade da atenção à saúde para o âmbito municipal. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). A partir disso, organizou-se a ampliação do primeiro nível de atenção à saúde, a APS. Com a intenção de garantir o cumprimento dos princípios do SUS, em 1991 surgiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), podendo ser compreendido enquanto marco da atenção primária, levando equipe multiprofissional para atuar nos territórios. (PORTAL DA REFORMA SANITÁRIA, 2022).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), subordinados às unidades básicas, administradas pela FNS e implantação do PACS, teve um caráter emergencial, visando oferecer suporte à assistência básica. Diante da cobertura médico-sanitária incipiente em algumas regiões, os ACS foram capacitados para desenvolver outras funções, como: diagnóstico comunitário; cadastramento da população; visitas domiciliares; promoção de ações de proteção à saúde para criança e para mulher (tendo em vista a vulnerabilidade desses usuários); e identificar áreas de risco individual e coletivo. Como os ACS não possuíam uma formação na área da saúde e contavam com ações restritas, o PACS correspondeu a um programa de atenção primária seletiva. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

No início da década de 1990, o país ainda não dispunha de um modelo de atenção que respondesse às necessidades da população, garantindo-lhe cobertura adequada. Tem-se, assim, de um lado, a carência de cobertura na saúde, associada à crise de financiamento do setor; de outro, os resultados positivos alcançados pelo Pacs quanto à diminuição da mortalidade infantil e materna. Tornou-se, então, pauta política no Ministério da Saúde a viabilização de uma proposta para a atenção básica capaz de ampliar a capacidade resolutive do Pacs e criar as condições para a sua expansão em direção aos centros de maior complexidade urbana. Essa proposta é criada em 1994, com formato de programa, o PSF, tendo como eixo lógico o marco da promoção da saúde, a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde. (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007, p. 81).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pela Portaria nº 692 de 25 de março de 1994, tendo como objetivo a priorização de ações de proteção e promoção à saúde. No que diz respeito a sua cobertura, este ainda contava com um caráter restritivo, oferecendo cobertura a municípios pequenos, com uma baixa capacidade de oferecer uma atenção à saúde contínua. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Morosini, Fonseca e Lima (2018), descrevem que a criação do PSF em 1994, possibilitou uma ampliação da cobertura em saúde, voltando-se inicialmente para população em situação de vulnerabilidade, a partir de uma organização pautada no território.

Foi a partir da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), que o PSF passou a ser considerado enquanto estratégia para reorientação da APS, com vistas a substituir modelos tradicionais de atenção à saúde. Com a NOB/96 estabeleceu-se o Piso da Atenção Básica (PAB) e o incentivo financeiro aos municípios, para que estes adotassem o PACS e o PSF, com financiamento automático e regular por meio da transferência de recursos federais. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Pensando na reorganização do modelo de atenção, em 2002 criou-se o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), para municípios com mais de 100 mil habitantes, reconhecendo a estratégia saúde da família como importante e viável tanto para áreas urbanas como rurais. Em 2005, tem-se a elaboração da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), que contou com metodologias de avaliação voltada para gestão, coordenação das unidades e Equipes da Saúde da Família (EqSF), com vistas a qualificação da APS.

A partir desses avanços e dos indicadores de melhora na saúde das famílias atendidas pelo PSF, modelo para reorientação da APS no Brasil, este configurou-se na Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF foi instituída na primeira Política

Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 e reformulada em 21 de outubro de 2011 pela Portaria nº 2.488. (BRASIL, 2011)

Observa-se a utilização do termo Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) como equivalentes nos documentos oficiais como a PNAB. No entanto, há que se considerar algumas reflexões a respeito do uso dos termos APS e AB. Cada país tem suas particularidades e nível de desenvolvimento, fazendo com que a APS seja implantada de forma diferente, ou seja, depende da organização das ações e da atenção à saúde numa dada sociedade, envolvendo aspectos assistenciais e tecnológicos.

Identifica-se que além das diferenças da implantação da APS, diante das particularidades dos países, o próprio conceito de APS pode ser concebido a partir de distintas interpretações: APS seletiva, com enfoque no atendimento voltado a regiões e populações empobrecidas, oferecendo serviços e um conjunto tecnológico de baixo custo; APS como nível primário de um sistema de saúde, configurando-se na porta de entrada para acesso aos serviços e com um atendimento que enfatiza a resolutividade de problemas; e a APS enquanto uma estratégia para reordenar um sistema de saúde, bem como seus recursos com vistas à satisfação das demandas e necessidades da população, o que requer articulação com outros níveis de atenção, sendo a APS uma parte da rede. (OMS, 2011)

Na primeira concepção a APS é compreendida a partir de um viés seletivo e não universal, esvaziada de um entendimento de saúde como um direito à toda a população e que demanda de investimentos e articulação com os demais níveis. Na segunda, a APS tem seu potencial reduzido a medida em que é vista apenas como porta de entrada, diferente da terceira, em que se observa que o papel da APS é primordial para o acesso à saúde, é o primeiro contato do usuário com um sistema de atenção à saúde, uma estratégia para reordenação dos serviços prestados para atendimento da população e é fundamental para o funcionamento da Redes Integradas de Saúde. (MENDES. 2015)

Conforme Giovanella e Mendonça (2012), é possível interpretar esse fato a partir do contexto histórico internacional e da difusão de propostas de ajuste fiscal pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial nos países latino-americanos. Ambos enfatizam programas de atenção primária de caráter seletivo e focalizado, contrariando os próprios princípios do SUS, de universalidade e

integralidade. Diante disto, o termo APS foi gradativamente substituído por Atenção Básica. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Nesta dissertação, optou-se pela utilização do termo APS em conformidade com o Plano Nacional de Saúde e Plano Estadual de Saúde (2020-2023). Não se trata de um reforço à uma atenção seletiva nem redução do potencial deste modelo de atenção à saúde, mas sim, uma crítica ao uso desta terminologia em documentos oficiais elaborados durante a pandemia.

Como pode ser observado na linha do tempo apresentada anteriormente, o país contou com diferentes modelos de atenção à saúde e constantemente é necessário posicionar-se em defesa do SUS e de uma Atenção Básica que valorize a medicina comunitária e o contato entre os usuários e as redes de atenção à saúde.

Outro ponto que deve ser considerado, são as alterações realizadas na PNAB ao decorrer dos anos, que acompanha os interesses políticos e ideológicos dos governantes e que por ora se amplia em favor da ampliação do acesso à saúde, ora sofre com o impacto de decisões políticas que favorecem o setor privado. Observa-se que a definição de APS na PNAB de 2006 descreveu que este nível de atenção pode ser caracterizado enquanto conjunto de ações de saúde, voltadas ao âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, reabilitação e manutenção da saúde. (BRASIL, 2006).

O atendimento neste nível de atenção se daria, segundo o documento, por meio de práticas gerenciais e sanitárias considerando a democracia e a participação social, o trabalho em equipe direcionadas ao atendimento da população a partir da delimitação dos territórios, responsabilidade sanitária e dinamicidade do território e da população adscrita. Para tanto, utiliza de “[...] tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.” É orientada pelos princípios da: universalidade; acessibilidade; coordenação do cuidado; vínculo; continuidade; integralidade; responsabilização; humanização; equidade e participação social. (BRASIL, 2006, p.10).

O avanço que a APS trouxe foi a ampliação do acesso à saúde considerando o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, bem como, em sua inserção sociocultural. Visa ainda sensibilizar os usuários, no que tange “[...] busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos

ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável”. (BRASIL, 2006, p.10).

Como disposto na PNAB (BRASIL, 2006, p.11), a APS deve dar prioridade a Saúde da Família, reconhecendo-a enquanto estratégia de organização, seguindo os preceitos do SUS e atendendo seus próprios fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e VI - estimular a participação popular e o controle social.

Para sua operacionalização, definiu-se áreas estratégicas em todo o país com vistas: à eliminação da hanseníase; controle da tuberculose; controle da diabetes mellitus; controle da pressão arterial; eliminação da desnutrição infantil; saúde da mulher; saúde da criança; saúde do idoso; saúde bucal e promoção da saúde. (BRASIL, 2006).

A PNAB buscou preservar a centralidade no trabalho desenvolvido pela ESF, para fortalecer e consolidar a APS, ampliando sua capacidade de cobertura. Também para que esta passasse a “[...] prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS).” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p.13).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), surgiu a partir da Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabeleceu diretrizes para sua organização no âmbito do SUS, situando-a enquanto estratégia para superação da fragmentação da gestão e atenção nas Regiões de Saúde e para o aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional do SUS, a fim de assegurar ao usuário o acesso às ações e serviços que este necessitar, considerando critérios de efetividade e eficiência (BRASIL, 2010). São

organizadas a partir dos locais de oferta dos serviços de saúde, os quais determinam a estruturação dos pontos de atenção à saúde dos outros níveis (secundária e terciária), tendo como centro de comunicação a APS.

A justificativa da implementação das RAS reside no reconhecimento do cenário brasileiro, onde há diversos contextos regionais com diferentes demandas socioeconômicas e de saúde. Esse cenário se agrava diante da disputa entre o público e o privado, considerando o peso de ofertas privadas carregadas de interesses e a pressão exercida pelo mercado na área da saúde. (BRASIL, 2010)

Conforme a fundamentação da própria Portaria, nº 4.279 de 2010, atentando-se a esta diversidade regional e múltiplos interesses coexistentes no país, se visualiza o desafio de trabalhar com a complexidade das inter-relações no SUS. Diversidades estas que dizem respeito ao “[...] acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país.”. (BRASIL, 2010).

A necessidade e importância das RAS reside no fato de que o SUS sofreu uma intensa fragmentação de serviços, práticas clínicas, programas e ações. A justificativa da organização da RAS é regida pelas fragilidades do SUS, como por exemplo: insuficiência de financiamento público, fragmentação e baixa eficiência no emprego desses recursos, alimentando uma capacidade reduzida de promoção da integralidade; lacunas assistenciais; inadequação da configuração de modelos de atenção, assinalada pela incoerência entre oferta e demanda de serviços; fragilidade na gestão do trabalho, com agravante da precarização e carência de mais profissionais em alinhamento com a política pública; pulverização de serviços nos municípios; e a reduzida inserção da vigilância e da promoção da saúde no cotidiano dos serviços de atenção, principalmente na APS. (BRASIL, 2010).

Essa fragmentação é reflexo dos distintos projetos societários coexistentes na sociedade e ilustra o fato de que a área da saúde também se constitui um espaço permeado de poder e conflitos de interesses de ordem econômica, política e ideológica. conforme Minayo (2008, p.123), tanto a saúde quanto a doença “[...] precisam ser tratadas como processos fundamentados na base material de sua produção, além de se levar em conta as características biológicas e culturais em que se manifestam.”

Assim, em conformidade com as diretrizes para organização da RAS, para assegurar a resolutividade dessa proposta, há que se considerar alguns fundamentos:

economia de escala; qualidade; suficiência; acesso e disponibilidade de recursos. (BRASIL, 2010). A economia de escala é identificada quando há uma racionalização de custos e otimização de resultados, considerando insumos humanos ou tecnológicos que podem inviabilizar a instalação de serviços nos municípios. Qualidade enquanto um dos objetivos fundamentais do SUS, refere-se à qualidade da prestação de serviços, ao conceito de grau de excelência do cuidado que compreende avanços e retrocessos em seis dimensões:

Segurança (reconhecer e evitar situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar); efetividade (utilizar-se do conhecimento para implementar ações que fazem a diferença, que produzem benefícios claros aos usuários); centralidade na pessoa (usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas, e serem envolvidos e pró-ativos no cuidado à saúde); pontualidade (cuidado no tempo certo, buscando evitar atrasos potencialmente danosos); eficiência (evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas), e equidade (características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde). (BRASIL, 2010, p. 6).

O fundamento da suficiência diz respeito ao conjunto de ações e serviços que estão disponíveis, em quantidade e com qualidade no atendimento às demandas de saúde da população, incluindo o cuidado preventivo, primário, secundário, terciário e paliativo, bem como a reabilitação. (BRASIL, 2010).

Esta disponibilidade remete a ampliação do acesso à saúde, o que remete a inexistência de empecilhos para a saúde, compreendendo, desde barreiras geográficas quanto de gênero, étnicas, socioculturais, organizacionais e financeiras que podem impactar no cuidado. Esse fundamento prescinde de uma articulação e efetividade entre os demais, ou seja, envolve escala, escopo, qualidade e custo para que a população tenha seu acesso garantido, podendo este ser analisado a partir da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade pelos usuários. (BRASIL, 2010).

A disponibilidade é a obtenção da atenção à saúde, necessária tanto para o usuário quanto para sua família, compreendendo eletividade e situações de urgência/emergência. A comodidade refere-se ao tempo de espera para atendimento, condições para agendamento, conveniência de horários, contato com os profissionais e conforto nos ambientes em que o atendimento ocorre. A aceitabilidade engloba certa subjetividade dos usuários, justamente por abarcar sua satisfação em relação ao serviço, ao tipo de atendimento e aos profissionais que prestam o atendimento. (BRASIL, 2010).

Para o desenvolvimento da RAS a disponibilidade de recursos é outro ponto fundamental, envolvendo estratégias como: integração vertical e horizontal (entre organizações ou unidades de saúde articulação ou fusão das que são da mesma natureza visando resolutividade); processo de substituição (reagrupamento de recursos): região de saúde ou abrangência (definição dos limites geográficos, da população e dos serviços que serão ofertados, ponto fundamental para regionalização); e níveis de atenção (compreendem as densidades tecnológicas necessárias para o atendimento das demandas podendo ser desde um nível de menor densidade como APS, a intermediária ou atenção secundária e maior densidade como atenção terciária). (BRASIL, 2010).

Não há um modelo único para organização da RAS, mas esta necessita de um conjunto de atributos, quais são:

População e território definidos [...]; 2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde [...]; 3. Atenção Primária em Saúde [...]; 4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado; 5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; 6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população; 7. Sistema de governança único para toda a rede [...] 8. Participação social ampla; 9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; 10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; 11. Sistema de informação integrado [...] 12. Financiamento tripartite [...]; 13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e 14. Gestão baseada em resultado. (BRASIL, 2010).

A Portaria nº 2.436 de setembro de 2017 destaca que a APS se configura enquanto centro de comunicação da RAS, ordenadora de fluxos e contrafluxos, informações e produtos, justamente por ser o primeiro contato do usuário, bem como pelos seus atributos: longitudinalidade; integralidade; coordenação; focalização na família; orientação comunitária; e competência cultural. (BRASIL, 2017b)

Entende-se que a longitudinalidade se manifesta pela existência de um aporte de cuidados desenvolvido pela equipe de saúde, pautada numa relação de confiança mútua com as famílias ao longo do tempo. A integralidade engloba o conjunto de serviços voltados às necessidades da população, com ações de promoção, prevenção, cura, cuidado e reabilitação, além de pressupor a responsabilidade pela oferta de serviços em diferentes pontos de atenção à saúde, reconhecer problemas

biológicos, psicológicos e sociais que resultam no adoecimento. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A APS também é coordenadora do cuidado, à medida em que articula com as redes, após reconhecer problemas e demandas e por meio da equipe almeja a garantia da continuidade da atenção. A focalização na família parte do pressuposto do reconhecimento desta, enquanto sujeito da atenção à saúde, o que exige interação entre a equipe de saúde e a família, identificação dos problemas de forma integral, bem como as singularidades na abordagem familiar. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Essa centralidade pode ser ampliada, pensando na orientação comunitária, por identificar necessidades que provêm do contexto físico, social e econômico, vivenciado pelas famílias, o que caracteriza uma análise situacional, elevando demandas individuais (de cada família), ao âmbito coletivo (perspectiva populacional), bem como a integração com programas intersetoriais direcionados. Para efetivação desses atributos, a competência cultural da APS é primordial, partindo da relação horizontal entre equipe e população, embasada no respeito às singularidades e particularidades culturais, além da própria autonomia dos usuários e das famílias. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Outro ponto que torna a APS fundamental para o funcionamento da RAS, diz respeito a suas funções de resolubilidade, comunicação e responsabilização. A resolubilidade representa que a APS “[...] deve ser capacitada, cognitiva e tecnologicamente, para solucionar mais de 85% dos problemas de sua população”. A APS, entendida enquanto centro de comunicação da RAS, o que “[...] significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes.”. Sua responsabilização expressa o conhecimento e relacionamento “[...] nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita.” (OPAS, 2011, p.31).

Diante disso, a APS é extremamente importante para o acesso à saúde e apresenta um potencial elevado, principalmente a partir da PNAB 2006. Em 2011, mesmo ano da revisão da PNAB, criou-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que incorporou alguns aspectos da AMQ, e ampliou a avaliação, além de permitir a vinculação da transferência de recursos do PAB, viabilizando novas práticas em saúde. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Esses avanços passaram a ser freados a partir de 2016, momento em que o cenário político fortaleceu pautas antidemocráticas, autoritárias, medidas racionalizantes, mediante a justificativa de enfrentamento do desequilíbrio fiscal. Assim, reduziu-se a intervenção estatal e fomentou-se a participação do setor privado. Destaca-se que essas medidas se estenderam para além da área da saúde, caracterizando-se enquanto ofensiva contra a classe trabalhadora, retirando e modificando direitos trabalhistas e previdenciários. A promulgação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016, instituiu o teto de gastos, congelando por 20 anos a destinação de recursos públicos, esta foi uma das medidas que trouxe impactos para o financiamento do SUS e expressa o fortalecimento do setor privado. (BRASIL, 2016).

A revisão da PNAB de 2017, não ficou alheia a esse cenário de desmontes e retrocessos, impactando negativamente na APS conforme apresentado por Morosini; Fonseca e Lima (2018, p.14).

Pode-se dizer que o discurso da PNAB se constrói de modo ambivalente, incorporando verbos como sugerir e recomendar, que retiram o caráter indutor e propositivo da política e expressam a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público. [...]. Esta ambivalência é um recurso que permite omitir escolhas prévias (ideológicas), que parecem determinar o processo de revisão da PNAB no momento político atual. Tais escolhas remetem a uma concepção de Estado afinada com a racionalidade neoliberal, que aponta para o sentido inverso a uma maior presença do Estado, requerida para a continuidade do SUS como projeto e da AB como estratégia principal para a garantia da saúde como direito universal.

Os reflexos na APS podem ser identificados a partir de alguns pontos da PNAB 2017, como: relativização de cobertura; segmentação do cuidado; reposicionamento da ESF (desvinculação das equipes dos territórios); integração de atribuições (desqualificação do trabalho de ACS e ACE); e fragilização da coordenação nacional no pacto federativo da saúde. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Carvalho (2020), também denuncia retrocessos expressos nas PNAB 2017, dentre os quais, o reconhecimento de outros tipos de equipe, como por exemplo Equipe de Atenção Básica (eAB) e não prioritariamente a Equipe Saúde da Família (eSF), tendo em vista que a eAB faz com que a característica primordial do atendimento centrado na Saúde da Família (SF), de modo integral, se perca. Esse fato pode culminar no fortalecimento e colaboração com o modelo biomédico hegemônico, pautado na individualidade e em ações curativas e de controle de riscos.

O ponto positivo da PNAB 2017, segundo a autora, evidencia-se na possibilidade de pactuação de horários alternativos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), para além das 40 horas semanais (cinco dias da semana e 12 meses do ano). Porém, torna-se inviável quando se observa a escassez de recursos humanos, financeiros e estruturais dos municípios para cumprimento de tal ampliação. Não se pode desconsiderar os retrocessos no que tange a cobertura populacional, a infraestrutura e os recursos, número de ACS's, carga horária dos profissionais e alteração do NASF. (CARVALHO, 2020).

Além das alterações provenientes da nova PNAB 2017, cabe destacar a instituição, definição e criação de incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, regulamentada pela Portaria nº 635 de 22 de maio de 2023, cujo intuito seria prestar suporte para as eSF. Diante disso, é pertinente resgatar a importância das equipes de eSF a fim de que estas não sejam substituídas pelas Equipes de Atenção Primária.

Esta mesma portaria também apresenta as eMulti e suas classificações que se diferenciam de acordo com a composição de carga horária e vinculação com números de equipes, podendo ser, equipe Multiprofissional ampliada, equipe Multiprofissional Complementar ou equipe Multiprofissional estratégica. Destaca-se que as equipes/serviços a serem vinculados nas eMulti podem ser:

equipe de Saúde da Família – Esf (tipo 70); equipe de Saúde da Família Ribeirinha – Esfr (tipo 70); equipe de Consultório na Rua – Ecr (tipo 73); equipe de Atenção Primária – Eap (tipo 76); ou equipe de Unidade Básica de Saúde Fluvial – UBSF. (BRASIL, 2023).

Outro ponto importante é a possibilidade de o município compor com mais de uma modalidade, considerando as singularidades do território e mediante análise do Ministério da Saúde, bem como “[...] a possibilidade de processo de trabalho colaborativo com as equipes vinculadas, a integração e troca de informações de maneira virtual, com indicação de diretrizes e regras mínimas para tal”. Ou seja, viabiliza atendimentos e ações remotas mediadas por Tecnologias de Informação e Comunicação - TIC.

Mesmo com estes avanços não se pode desconsiderar o cenário de retrocessos e impactos no SUS e na APS, que se aprofundou no ano de 2020, a partir da propagação do vírus SARS-CoV-2, que culminou na sindemia da COVID-19. Neste período, o uso da tecnologia se configurou enquanto uma estratégia para o acesso à

saúde e impulsionou os avanços na regulamentação do seu uso no território nacional. Diante disso, considera-se pertinente, retomar e apresentar na sequência aspectos do cenário pandêmico e da reconfiguração da APS neste período.

2.2 PANDEMIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 2020, o mundo vivenciou um cenário de crises, a partir das implicações causadas pela COVID-19, provocada pelo vírus SARS-CoV-2. A rapidez de contágio dessa doença, somado ao desconhecimento sobre o vírus e alternativas de tratamento, foram fatores que corroboraram para a propagação do vírus, de maneira abrupta, por todos os continentes. (MENDES, 2020).

Segundo a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2021), em decorrência da grande escala de contaminação do vírus em um curto período (observado no início da propagação da doença), a OMS (2020) descreveu que esta caracterizou-se enquanto uma pandemia.

Segundo a Organização, **pandemia** é a disseminação mundial de uma nova doença e o termo passa a ser usado quando uma **epidemia, surto** que afeta uma região, se espalha por diferentes continentes com **transmissão sustentada** de pessoa para pessoa. (FIOCRUZ, 2021).

Antes de descrever as implicações da COVID-19, faz-se necessário apresentar brevemente o que é e quais os impactos desta contaminação na saúde do ser humano. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2021), a COVID-19 se caracteriza enquanto uma doença infecciosa, em que a pessoa contaminada pode apresentar diversos sintomas.

Alguns pacientes podem apresentar dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Esses sintomas geralmente são leves e começam gradualmente. Algumas pessoas são infectadas, mas apresentam apenas sintomas muito leves. (OPAS, 2021)

O risco de agravamento do estado de saúde de pessoas com comorbidades é maior, no entanto a OPAS (2021), declarou que “[...] qualquer pessoa pode pegar a COVID-19 e ficar gravemente doente.” O vírus SARS-COV-2, denominado também Coronavírus, pode ser transmitido via contato direto, indireto ou próximo. (OPAS, 2021).

Espaços com número elevado de pessoas, sem ventilação e sem a devida higienização das mãos, objetos e o uso de máscaras de contenção das secreções bucais e nasais, se tornam ambientes profícuos para a contaminação do vírus. (OPAS, 2021). Diante disso,

[...] a OMS recomendou que os países atingidos adotassem medidas de isolamento social, bem como o uso de máscaras e álcool em gel pela população na tentativa de conter a propagação de novos casos e o aumento do número de mortes. (QUERINO, BRANDÃO E SILVEIRA, 2021, p.37)

Além do agravamento, da condição de saúde, conforme alerta epidemiológico da OPAS (2020), observou-se que posteriormente aos 14 dias, tempo de transmissão da doença e manifestação dos sintomas, algumas pessoas apresentaram sequelas no sistema respiratório, sistema cardiovascular, neuropsiquiátricas e psicológicas. (OPAS, 2020).

Em termos estatísticos, até 20 de novembro de 2022, a nível mundial o número total de casos confirmados foi de 633.601.048 e 6.596.542 óbitos. Identifica-se que em termos de país, território ou área, o Estados Unidos é o país com maior número de casos confirmados, 96.752.266 e de óbitos 1.064.975. A Índia ocupa o segundo lugar no ranking de contaminação, com 44.667.967, e o Brasil, com 34.938.073 casos confirmados, ocupa o segundo lugar em número de óbitos. Enquanto a Índia tem um total de 530.553 mortes, o Brasil tem 688.754 óbitos por COVID-19. (OMS, 2021)

No Brasil, a pandemia impactou na saúde da população em geral. Em especial, no SUS somadas as contrarreformas do Estado que vinham sendo aprofundadas de maneira constante, desde o governo de Michel Temer, e em outros aspectos de ordem política, social e econômica, agudizou as desigualdades já existentes no país. (QUERINO; BRANDÃO; SILVEIRA, 2021).

Identifica-se que a pandemia de COVID-19 impactou desproporcionalmente as populações mais vulneráveis ao redor do mundo, incluindo pessoas negras, pobres e aqueles que vivem em comunidades marginalizadas. No Brasil, relatórios indicaram que a taxa de mortalidade entre a população negra e parda foi significativamente maior do que entre a população branca. (BAQUI et al., 2020; SÁ; HORTA, 2020).

Essas disparidades podem ser atribuídas a uma série de fatores interligados, o que inclui desigualdades socioeconômicas e iniquidades em saúde. Conforme um estudo publicado no "The Lancet", a resposta do governo de Jair Bolsonaro à pandemia foi uma das piores do mundo (Horton, 2020). Outro estudo da Universidade

de São Paulo (USP) e da Fundação Getulio Vargas (FGV) indica que a falta de uma estratégia nacional coordenada contribuiu para o excesso de mortes no país (AZEVEDO et al., 2021).

A presidência de Jair Bolsonaro, iniciada em 2019 e finalizada em 2022, tem sido descrita por alguns analistas políticos e acadêmicos como tendo características autoritárias e protofascistas, o que impactou negativamente no enfrentamento à pandemia. As razões para essa classificação incluem a defesa explícita por Bolsonaro do período da ditadura militar, passado este marcado pelo autoritarismo e violação dos direitos humanos no Brasil, incluindo uma postura de minimização de crimes cometidos neste período, como os de tortura e execuções.

Outro ponto relevante para essas considerações, foram os posicionamentos preconceituosos contra grupos marginalizados, e a hostilidade em relação a grupos minoritários, que inclui a comunidade LGBTQIA+, indígenas, afrodescendentes e a promoção de teorias da conspiração e desinformação, enquanto estratégia para consolidação de uma base política que coadune com um posicionamento majoritário “em nome da nação”, voltada aos interesses da classe hegemônica. (CASTILHO; LEMOS, 2020).

Com isso, pode-se dizer que a pandemia no Brasil desvelou o projeto protofascista do governo Bolsonaro, que contribuiu para a morte de milhares de pessoas, principalmente pretos e pobres, pois trata-se da classe trabalhadora, como apresentado por Darsie et al (2021, p.11)

Os impactos da crise causada pela pandemia, em relação ao trabalho, coincidiram com as desigualdades típicas da sociedade brasileira. Os negros (pretos e pardos), seguidos das mulheres – especialmente as negras –, encontraram-se em desvantagem, pois ocupam, em sua maioria, prioritariamente, vagas de trabalho menos protegidas em termos de regulamentações trabalhistas, como os serviços de construção e os trabalhos domésticos. Torna-se importante destacar que tais serviços, em decorrência das dinâmicas da crise causada pela doença, tiveram suas ofertas significativamente diminuídas, fazendo com que muitas pessoas tenham perdido suas fontes de renda ou tenham sido levadas a trabalhar em troca de remunerações menores. O efeito dessa situação pode ser entendido ao se observar que mais de 60 % dos brasileiros (aproximadamente 126 milhões) se inscreveram para solicitar auxílio financeiro emergencial.

Observa-se, também, que além da despreocupação com a saúde da classe trabalhadora, não se teve investimento de recursos suficientes e de forma racional, articulação da política a nível federal, alinhamento às orientações e recomendações da OMS, acrescida de uma desestruturação técnica do órgão gestor máximo da

política de Saúde.

No que diz respeito à gestão da pandemia, a resposta do governo Bolsonaro à COVID-19 foi a minimização da gravidade do vírus, resistência às medidas de isolamento social e uso de máscara, promoção de tratamentos não comprovados além da demissão de ministros da saúde durante a crise, atrasos na aquisição de vacinas e na implementação de uma campanha de vacinação em todo o país (LANCET, 2020).

Foi com a adoção dessas medidas que o governo passou a desorganizar e desarticular as respostas necessárias para o enfrentamento da pandemia, as quais eram urgentemente requeridas. Em contrapartida e somando-se negativamente a este contexto, propagou-se o discurso negacionista, contrariando as medidas voltadas à contenção da propagação do vírus. (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021).

Durante o governo de Bolsonaro, a lógica de desmonte contou com ações governamentais que reforçam a submissão do SUS aos interesses do mercado privado, mesmo em meio a pandemia. (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021). A demanda por medidas de contenção do contágio mantinha-se em desequilíbrio com as prioridades e interesses das orientações do Presidente em favorecer o setor econômico.

As interpretações diferenciadas em torno do uso de medicamentos, politização de questões técnicas sem embasamento científico, fragilização da coordenação da pandemia a nível nacional, concomitância da crise sanitária com forte crise social e econômica e a polarização entre saúde e economia, foram questões que tornaram esse contexto ainda mais crítico. Essa polarização se caracteriza pelo fato de que, de um lado, havia a preocupação com a redução da incidência da doença e mortes provocadas por ela. De outro, a proteção dos empregos, empresas e a garantia de renda para famílias em situação de vulnerabilidade, para estimulação da economia. (MENDES, 2020).

Como destacado por Mendes (2020) e Querino, Brandão e Silveira (2021), a pandemia evidenciou as divergências e interesses, tornando-as ainda mais transparentes. Considerando fatores para além do impacto na saúde, Mendes (2020) apresenta outra interpretação da realidade, pontuando que não se trata de uma pandemia, mas sim de uma sindemia. O conceito de Sindemia refere-se à presença de questões biossociais, considerando a saúde, fatores sociais e ambientais que podem agudizar efeitos negativos. Assim, as desigualdades sociais podem ser compreendidas enquanto cofatores na determinação de sindemias.

Esse conceito de sindemia não expressa simplesmente a existência de comorbidades porque implica interações entre condições de saúde que aumentam as possibilidades de danos que afetam negativamente os resultados sanitários. Ou seja, a sindemia convoca uma situação de trans morbidade porque envolve interações entre doenças e condições de saúde como condições agudas transmissíveis (COVID-19 e outras), condições agudas não transmissíveis (trauma), condições crônicas não agudizadas (doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, doenças metabólicas, doenças respiratórias, doenças renais e outras) e condições crônicas que não são doenças (condições maternas e perinatais e fragilidade das pessoas idosas) que são mais prováveis de ocorrer em ambientes de desigualdade em saúde determinado por pobreza, estresse, violência estrutural e estigmatização. A crescente presença de doenças emergentes e reemergentes que resultam da globalização, do aquecimento global, da degradação ambiental e das desigualdades sociais, criam uma tempestade perfeita que pode levar a supersindemias, tal como parece ter ocorrido com a COVID-19. (MENDES, 2020, p.16).

De acordo com essa concepção, não é uma soma de fatores, mas a inter-relação estabelecida entre eles. Segundo informações do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz (CEE, 2020), não se trata apenas de uma mudança de nomenclatura e/ou terminologia, compreender a crise sanitária sob uma ótica conceitual mais ampla possibilita estratégias e soluções mais adequadas.

Dentre essas estratégias Giovanella et al (2020), destaca a importância da junção entre atenção individual e cuidado centrado na comunidade para o enfrentamento da crise sanitária e humanitária, retomando a importância do fortalecimento da APS. Esse contexto, revelou a desigualdade da distribuição dos serviços de saúde, o que exige a construção de redes assistenciais regionalizadas, a reinvenção de processos de trabalho considerando cada contexto, estabelecimento de fluxos, fortalecimento das redes já existentes e o exercício da solidariedade.

Medina et al (2020, p.3), retoma o cenário de precarização desde 2017, bem como algumas medidas que influenciaram na atuação adequada da APS para o enfrentamento da pandemia quais são

[...] tentativas de desmantelamento da ESF, desde 2017, com redução de agentes comunitários de saúde, flexibilização de carga horária de profissionais, abolição da prioridade para a ESF, extinção dos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), perda de profissionais com a finalização do Programa Mais Médicos, desincentivos a abordagem territorial com o novo modelo de financiamento da atenção básica com base em número de cadastrados, fragilizando o enfoque comunitário, entre outros. [...] Essas ameaças recentes foram somadas a problemas cronicamente enfrentados na APS brasileira. A precariedade das relações trabalhistas em grande parte das equipes, a prática de contratação de

organizações sociais e de outras formas de privatização da gestão de unidades básicas de saúde que mercantiliza as relações e fragiliza vínculos, problemas organizacionais com baixa integração entre a APS e outros níveis de atenção na rede regionalizada comprometendo a coordenação e continuidade com a fragmentação do cuidado, a insuficiente mediação de ações intersetoriais para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades, são alguns dos obstáculos para a exigida atuação da ESF neste momento.

A pandemia evidenciou a importância do fortalecimento do SUS e da APS, no que tange a vigilância, capilarização e adaptação ao contexto, considerando seus princípios e mantendo fidelidade a eles. Conforme Medina et al (2020, p. 4), a crise a nível mundial, além da questão sanitária, também é “[...] política, econômica e social, e exige inovação nos modos de operação e radicalização da lógica de intervenção comunitária no exercício de novas formas de sociabilidade e de solidariedade.”.

Abordar sobre a importância do fortalecimento da APS diante do contexto pandêmico (ou sindêmico compreendendo esta realidade a partir de perspectiva mais ampliada), é extremamente relevante. As demandas oriundas do isolamento social, das condições de precarização da vida tanto em aspectos sociais quanto econômicos, transtornos mentais, alcoolismo, violência doméstica dentre outras questões, chegaram enquanto demanda para saúde. Sendo a APS a porta de entrada do usuário, são demandas que exigem longitudinalidade e integralidade do cuidado. (SARTI et al, 2020).

Essas demandas somadas aos problemas que já eram vivenciados pelos usuários, exige serviços e investimento na APS, justamente pelo seu potencial de redução das iniquidades em saúde, pois esta parte do conhecimento do território (alto grau de capilarização), vínculo entre equipe e usuários, acesso, integralidade, longitudinalidade e monitoramento de famílias em situação de vulnerabilidade social. (SARTI et al, 2020). Sarti (2020), alerta para a interpretação desse contexto elencando que novas estratégias precisam ser consideradas para o enfrentamento da pandemia e das demandas emergentes dela.

Pandemias como a COVID-19 colocam em xeque discursos e práticas de redução do tamanho do Estado, flexibilização das leis trabalhistas, desmonte do sistema de proteção social, desvalorização e desinvestimento em ciência, tecnologia e ensino, e de precarização dos serviços públicos de saúde. Logo, a crise não se resume a uma questão sanitária, mas possui relação estreita com os campos político, social e econômico, que exigem um conjunto de medidas que vão além da imediata contenção da cadeia de transmissão do vírus. Em um mundo cada vez mais complexo e imprevisível, apresenta-se o

desafio de pensar qual modelo social e sistema de saúde se almeja para a proteção da vida, sobretudo a dos mais vulneráveis. (SARTI et al 2020, p.2).

Entre as estratégias e medidas adotadas neste período, voltadas para o andamento às atividades da vida cotidiana (trabalho, educação e saúde, por exemplo), destaca-se o uso das Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC). Na área da saúde, tornou-se um elemento importante que passou a ser utilizado com mais frequência, mesmo não sendo emergente desse período pandêmico, foi a telessaúde.

A telessaúde foi retomada como uma estratégia para o acesso à saúde e cuidados de saúde durante a pandemia de COVID-19, especialmente no contexto da APS no Brasil, representando uma oportunidade significativa para fortalecer este primeiro nível de atenção durante esse período. Assim, a pandemia acelerou o uso da telessaúde no Brasil com vista a garantir a continuidade dos cuidados de saúde. A adoção da telessaúde na APS desempenhou um papel vital na prestação de serviços de saúde, especialmente em um país como o Brasil, onde a desigualdade social reflete no acesso aos serviços de saúde. (MENEZES et al, 2020)

De acordo com um relatório do Conselho Federal de Medicina do Brasil (CFM), de abril de 2020 a abril de 2021, foram realizados mais de 1,7 milhão de atendimentos médicos à distância no país. Esse número representa a adesão da população e dos profissionais de saúde a esta modalidade de assistência, apontando para uma possibilidade de expansão da assistência à saúde pela APS através da telessaúde. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2021)

Em termos regionais, a adoção de telessaúde variou. São Paulo, o estado mais populoso do Brasil, liderou o uso da telessaúde, representando aproximadamente 40% de todos os atendimentos de telessaúde. Outras regiões com desafios logísticos significativos, como a região Norte, também utilizaram a telessaúde como uma estratégia para superar as barreiras geográficas e melhorar o acesso à APS (CFM, 2021).

Para Santos et al. (2020), a telessaúde tem potencial para melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde, considerando a distribuição desigual dos profissionais de saúde e as distâncias geográficas que, por vezes, se tornam um obstáculo resultando em iniquidades em saúde. Compreende-se que a telessaúde pode superar essas barreiras, possibilitando a prestação de cuidados de saúde à distância.

Além disso, segundo Peres et al. (2020), a telessaúde pode aumentar a eficiência da APS, ajudar a reduzir o tempo de espera por meio de uma triagem eficaz dos pacientes aliviando a pressão sobre os serviços de saúde presenciais, melhorando a gestão do tempo à medida que os profissionais de saúde podem prestar cuidados de saúde sem a necessidade de deslocamento físico, redução das visitas desnecessárias ao hospital e a monitorização remota dos pacientes crônicos. Isso é especialmente relevante considerando períodos de emergência, como a pandemia da COVID-19. Em meio ao distanciamento social, a telessaúde se tornou essencial para garantir o acesso contínuo aos cuidados de saúde (SANTOS et al., 2020), além de tornar viável a mitigação e o risco de exposição e contágio entre pacientes e profissionais de saúde, enquanto conserva recursos limitados para aqueles que precisam de cuidados presenciais (MELO et al., 2020).

É necessário abordar as barreiras tecnológicas, de formação e regulatórias para maximizar o potencial da telessaúde na APS. Embora a telessaúde tenha sido retomada como uma ferramenta crucial para cuidados de saúde, especialmente na APS e ofereça muitas vantagens, também enfrenta uma série de desafios como por exemplo: conectividade, competência digital e regulamentação.

Segundo Oliveira et al. (2020), uma das principais barreiras à adoção da telessaúde é a disparidade no acesso à tecnologia e à Internet. Muitas áreas rurais e remotas do Brasil ainda enfrentam problemas de conectividade, o que pode dificultar a entrega efetiva dos serviços de telessaúde.

A questão da competência digital tanto dos profissionais de saúde como dos pacientes é outra questão destacada por Camargo Jr. et al. (2020). A falta de familiaridade ou habilidades para lidar com tecnologias digitais também é um desafio significativo para a implementação eficaz da telessaúde.

Outro ponto é a regulamentação e segurança dos dados. Como apontam Martins e Santos (2020), a regulamentação da telessaúde no Brasil ainda é incipiente e há questões a serem resolvidas quanto à privacidade e segurança dos dados dos pacientes.

Apesar do seu potencial, a implementação da telessaúde na APS no Brasil enfrenta vários desafios, considerando que a qualidade e o acesso à internet ainda são inconsistentes, principalmente nas áreas rurais (OLIVEIRA et al., 2020). Além disso, tanto pacientes quanto profissionais de saúde podem enfrentar dificuldades para se adaptar a essa nova forma de cuidado. A literacia digital limitada dificulta a

capacidade de alguns pacientes de usufruir efetivamente da telessaúde, enquanto a formação insuficiente de profissionais de saúde em tecnologias digitais pode restringir a prestação eficaz de cuidados de saúde remotos (CAMARGO JR. et al., 2020).

Existem também desafios legais e regulatórios. Embora o Conselho Federal de Medicina do Brasil tenha ampliado as diretrizes para a telessaúde durante a pandemia de COVID-19, ainda há necessidade de uma regulamentação que apoie a adoção sustentada da telessaúde para além da pandemia (MARTINS; & SANTOS, 2020).

Diante da importância da APS para o acesso à saúde da população, bem como do potencial da telessaúde e dos desafios para sua implantação, identificar as ações de telessaúde, vinculadas a Secretaria Estadual de Saúde é extremamente relevante. Considerando que o Estado do Paraná é o mais populoso do Sul do País, este foi delimitado enquanto o universo desta pesquisa. Descreve-se na sequência, o percurso metodológico utilizado para coleta de dados desta pesquisa e apresentam-se os resultados da pesquisa realizada.

CAPÍTULO 3 - AÇÕES DE TELESSAÚDE NO PARANÁ E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Neste capítulo, num primeiro momento, retoma-se os objetivos da pesquisa e descreve-se o método e o percurso metodológico utilizado para construção desta dissertação, bem como, natureza da pesquisa, técnicas de pesquisa, instrumentos de coleta de dados e delimitação da amostra e do universo da pesquisa.

Num segundo momento, contextualiza-se o Estado do Paraná e apresenta-se uma descrição sobre a SESA/PR, as regionais de saúde, municípios de abrangência de cada regional e informações sobre a APS no Paraná, contemplando o número de estabelecimentos de saúde e dados sobre a cobertura de atendimento.

Após esta contextualização inicia-se a apresentação dos dados coletados, dividindo-os por nível federado, ou seja, primeiramente informações com relação a ações de telessaúde vinculadas a Secretaria Estadual de Saúde e posteriormente as respostas por município da regional que possui ações de telessaúde.

Além das respostas obtidas na etapa de coleta de dados, a luz dos objetivos da pesquisa, seguindo a metodologia proposta, este capítulo também apresenta análises destas respostas sobre a disponibilidade de ações de telessaúde no Estado do Paraná.

3.1 PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico utilizado para construção desta dissertação, responder às questões norteadoras e alcançar os objetivos propostos partiu das seguintes perguntas norteadoras: Existem ações de telessaúde vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde do estado do Paraná? Como essas ações estão organizadas? Qual a contribuição destas ações para o atendimento na APS?

A partir dessas questões, delimitou-se como objetivo geral analisar a implantação da telessaúde nas Regionais de Saúde do Estado do Paraná e sua contribuição no atendimento da APS dos municípios que possuem ações de telessaúde. Para alcançar este objetivo geral, delimitou-se os seguintes objetivos específicos: Mapear as iniciativas e a utilização da telessaúde vinculadas às Regionais de Saúde do Estado do Paraná; identificar, a partir do escopo da telessaúde, quais são as ações desenvolvidas nas regionais de saúde; e analisar se

a implantação da telessaúde, nas regionais de saúde, pode contribuir para o atendimento na APS de saúde dos municípios.

A pesquisa realizada é de natureza qualitativa, exploratória e descritiva. Utilizou-se o método crítico dialético para nortear o caminho do pensamento, desde a construção teórica à análise dos resultados, pois compreende-se a área da saúde como um espaço permeado de poder e conflitos de interesses de ordem econômica, política e ideológica.

O desenvolvimento das tecnologias pode instigar a criação de espaços de disputas por poder e interesses econômicos. Na análise desse processo, deve-se considerar os aspectos históricos, culturais e biológicos e como descrito por Minayo (2008).

A natureza qualitativa da pesquisa, se dá pelo fato de que esta dissertação se trata de um estudo que desvela as ações, processos, resultados e a importância da implantação da Telessaúde nas Regionais de Saúde do Estado do Paraná e sua contribuição para o atendimento na APS, processo este que ainda não se tinha conhecimento e produção científica sobre, descrevendo conceitos e categorias reveladas durante a investigação.

Deslandes e Gomes (2004), destacam que a pesquisa qualitativa nas Ciências Sociais possui o enfoque de estudar grupos, movimentos sociais, instituições e interações pessoais, retomando questões históricas e ideológicas. Para construção teórica, os aspectos históricos da telessaúde foram essenciais para reconhecer que o uso das TIC's, em específico a telessaúde, não se trata de uma intenção nova e emergente do contexto pandêmico, mas sim, de um movimento que se inicia com o avanço da tecnologia. Destaca-se também que estas questões (históricas e ideológicas), impactam diretamente no investimento e atendimento na APS, vez que esta pode ser compreendida de diferentes maneiras e ambas refletem de maneira positiva ou negativa no acesso da população à saúde pública.

Neste sentido, a escolha do método crítico dialético expressa a ausência da neutralidade diante dos fenômenos sociais. A utilização deste método de abordagem considera a realidade enquanto um todo dinâmico a partir da dialética, significa que a construção teórica, a análise e interpretação dos dados obtidos, partiu do entendimento de que a implantação da telessaúde na APS também envolve alocação de recursos e, por consequência, interesses de ordem política e ideológica. Sabe-se que a sociedade é permeada por diversos projetos societários, que podem corroborar

com o acesso à saúde seguindo os princípios do SUS, ou, para a precarização, sucateamento e mercadorização da saúde pública.

A pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva é uma metodologia bastante indicada para estudos que buscam identificar as particularidades de um objeto de estudo, bem como compreender como os agentes envolvidos em determinado fenômeno percebem e interpretam a realidade. Nesse sentido, a utilização dessa abordagem de pesquisa é justificada na investigação sobre a contribuição da telessaúde para a atenção primária à saúde no Estado do Paraná - Brasil. (MINAYO, 2010).

A telessaúde é uma tecnologia que tem sido utilizada para aprimorar a APS em todo o mundo. Ela consiste em um conjunto de recursos e serviços que utilizam as tecnologias da informação para viabilizar a comunicação e o compartilhamento de informações entre os profissionais de saúde e os pacientes. A implementação dessa tecnologia pode sofrer variações de acordo com as particularidades e demandas locais, o que torna importante a realização de um estudo qualitativo exploratório e descritivo para identificar como a telessaúde vem sendo implementada no referido Estado.

A pesquisa qualitativa descritiva foi utilizada para investigar como os agentes envolvidos percebem e interpretam esse fenômeno da contribuição da implantação de ações de telessaúde para fortalecer o atendimento na APS. Diante disto, buscou-se identificar como os profissionais de saúde percebem esse processo no Estado do Paraná, bem como qual a contribuição, desafios e pontos positivos identificados por eles.

Destaca-se que a pesquisa exploratória foi essencial para construção desta dissertação, contribuindo para alteração da problemática, objetivos, universo da pesquisa e instrumentos de coleta de dados. Isto se deu a partir do diálogo via contato telefônico com servidor da SESA, pois, após algumas informações restou evidenciada a necessidade de expansão do universo da pesquisa e nova delimitação da amostra, a fim de ultrapassar da aparência à essência do objeto de estudo. Assim, o universo da pesquisa passou a ser o Estado do Paraná e a amostra de pesquisa a primeira regional de saúde do Estado, a qual abrange sete municípios: Guaratuba, Pontal do Paraná, Guaraqueçaba, Morretes, Matinhos, Paranaguá e Antonina. Por tratar-se de pesquisa que envolve sujeitos, submeteu-se o projeto ao Comitê de Ética da Universidade Estadual de Ponta Grossa, via Plataforma Brasil, o qual foi aprovado

sob parecer n.º 5.575.450⁴.

Quanto às técnicas de pesquisa, utilizou-se da pesquisa documental e pesquisa bibliográfica. A pesquisa documental foi essencial por se tratar de documentos que ainda não haviam sido tratados a partir de uma determinada perspectiva, corroborando para a empregabilidade do método crítico dialético e a natureza qualitativa e exploratória da pesquisa, desvelando como a telessaúde emergiu no Brasil e como vem sendo abordada em documentos oficiais no decorrer do tempo, além de viabilizar a apresentação da organização e estruturação da APS a partir do aporte legal. A pesquisa bibliográfica foi essencial enquanto referencial teórico para construção e análise dos dados, uma vez que foram consultadas produções acadêmicas e textos científicos de relevância nacional e internacional.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram: entrevista semi-estruturada e aplicação de um formulário via plataforma Google-Forms. No caso da entrevista, por ser semi-estruturada e direcionada para obtenção de respostas sobre ações de telessaúde vinculadas a SESA, foram elaboradas onze perguntas norteadoras direcionadas para atingir o objetivo da pesquisa. Para tanto, foi elaborado um ofício solicitando autorização da coleta de dados, direcionado a Diretoria da Atenção e Vigilância em Saúde da SESA, encaminhado via e-mail (apêndice A).

Após o retorno da Diretoria, autorização e indicação de profissional técnico para realização da entrevista (anexo A), foi realizado contato com a pessoa indicada e agendou-se uma entrevista via google meet, para o dia 7 de julho de 2023, às 16 horas. A entrevista semi-estruturada foi realizada via meet nesta respectiva data, seguindo o roteiro previamente estruturado (apêndice C), com um profissional da SESA, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (apêndice B)

Para a coleta de informações a nível municipal elaborou-se um formulário, utilizando o recurso google forms, com onze perguntas abertas (apêndice D). Essas perguntas foram construídas no intuito de obter informações sobre ações de telessaúde, sendo destinadas aos profissionais vinculados a APS dos municípios da primeira Regional de Saúde do Paraná.

Para envio do formulário, num primeiro momento, buscou-se os respectivos contatos de cada Secretaria Municipal de Saúde. Em posse das informações acerca

⁴ No relatório a ser encaminhado ao Comitê de Ética constará as alterações realizadas.

dos contatos e referências profissionais da APS de cada município, foi encaminhado o instrumento de coleta de dados. Dos sete municípios, apenas um o profissional solicitou protocolo online com o link do formulário, os demais informaram um e-mail para que fosse encaminhado e cinco deles responderam. O único município que não respondeu foi Antonina.

Como ferramenta de análise para os dados coletados, utilizou a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016). Para tanto, as seguintes etapas foram realizadas: preparação; codificação; definição de categorias; análise e interpretação e apresentação dos resultados. Durante a fase de preparação, a entrevista foi transcrita em forma de texto para uma leitura atenta do material. Na sequência, organizada em quadros de acordo com as perguntas seguindo o mesmo processo para os dados dos questionários extraídos de uma planilha do Excel. Posteriormente a essa familiarização com o texto, elaborou-se um quadro sintetizando e viabilizando a análise das respostas obtidas.

Após essa análise prévia, foi realizada uma codificação, ou seja, as perguntas foram agrupadas por temática, à luz do objetivo da pesquisa. A partir desse processo, realizou-se a exploração dos dados, identificando as similaridades entre as informações da entrevista e as respostas dos questionários, com a finalidade de interpretar os resultados, identificando significado e implicações das ações da telessaúde para o atendimento da APS.

Apresenta-se na sequência uma descrição do universo da pesquisa bem como o perfil dos sujeitos participantes da pesquisa e as ações de telessaúde no Estado do Paraná, conforme informações da SESA, bem como as respostas à nível municipal.

3.2 O ESTADO DO PARANÁ E A DISPONIBILIDADE DE AÇÕES DE TELESSAÚDE

Conforme o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES, 2023), o Paraná possui uma área territorial de 199.298,981 km² e a maior população da região Sul do País, com 11.835.379 habitantes distribuída em 399 municípios (IBGE, 2022).

A Secretaria de Estado da Saúde (SESA) é o órgão responsável pela coordenação e execução das políticas de saúde no Paraná, pelo planejamento, desenvolvimento, implementação e avaliação de ações e programas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde da população paranaense.

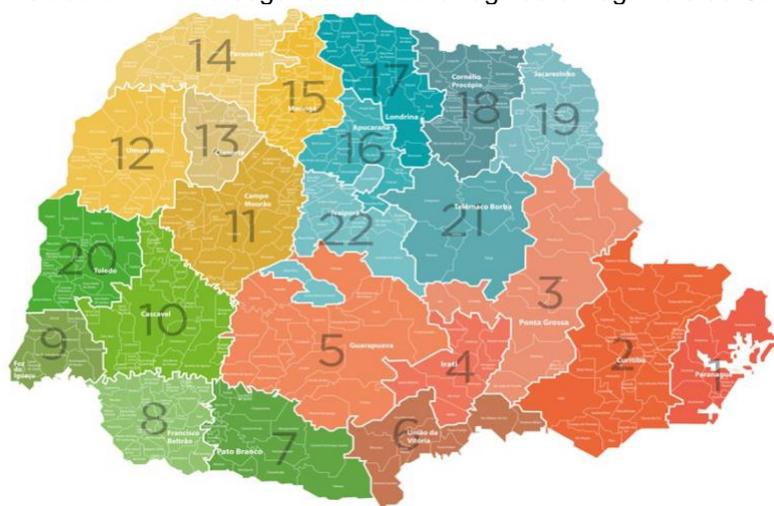
Segundo o PES (2020-2023) um dos grandes desafios para gestão da política de saúde no Estado, e por consequência para a SESA, é levar a saúde “[...] com qualidade aos 399 municípios”, sendo necessário ações inovadoras e eficientes, bem como, um planejamento estratégico. (PARANÁ, 2023).

De acordo com o PES (2020, p.24) o Estado tem:

[...] 399 secretarias municipais de saúde; 22 consórcios intermunicipais de saúde e a rede de hospitais, entre eles os quatro hospitais públicos universitários, a rede privada contratada, com preferência para os hospitais filantrópicos, e a rede de hospitais próprios. Como uma instância de negociação e deliberação quanto aos aspectos operacionais do SUS no âmbito do Estado, há a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Estadual e 22 Comissões Intergestores Regionais (CIR), constituídas paritariamente por representantes do gestor estadual e dos gestores municipais – estes encontram-se organizados em Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS), vinculados ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do Paraná. A SESA conta com uma estrutura de nível central e descentralizada.

A SESA conta com um corpo técnico multiprofissional, que atuam em conjunto com consórcios intermunicipais de saúde, a rede SUS no apoio e articulação para desenvolvimento da política e com equipes municipais. Está descentralizada em 22 regionais de Saúde, conforme apresentado na figura 4, com sede em cidades-polo, cuja administração mantém ligação com a superintendência centralizando as ações em eixos, sendo: Vigilância em Saúde, Administração e Atenção e Gestão em Saúde. (PARANÁ, 2020)

FIGURA 4 - Mapa do Estado do Paraná segundo as Macrorregiões e Regionais de Saúde



Fonte: PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2020/2023. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Plano-Estadual-de-Saude>. Acesso em 15 fev. 2023.

As cores simbolizam as macrorregiões que compreendem um número específico de municípios: leste 86, norte 104, oeste 94 e noroeste 115. As cidades-

polo que sediam as regionais de saúde e o número de abrangência de municípios são apresentadas no quadro 3:

QUADRO 3 – Regionais de Saúde do Estado do Paraná e municípios de abrangência

(continua)

POLO REGIONAL	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA
1ª Paranaguá	7	Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá , Pontal do Paraná
2ª Curitiba	29	Adrianópolis, Agudos do Sul, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo do Tenente, Campo Largo, Campo Magro, Cerro Azul, Colombo, Contenda, Curitiba , Doutor Ulysses, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Piên, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Quitandinha, Rio Branco do Sul, Rio Negro, São José dos Pinhais, Tijucas do Sul, Tunas do Paraná.
3ª Ponta Grossa	12	Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Ponta Grossa , Porto Amazonas, São João do Triunfo, Sengés.
4ª Irati	9	Fernandes Pinheiro, Guamiranga, Imbituva, Inácio Martins, Irati , Mallet, Rebouças, Rio Azul, Teixeira Soares.
5ª Guarapuava	20	Boa Ventura de São Roque, Campina do Simão, Candói, Cantagalo, Foz do Jordão, Goioxim, Guarapuava , Laranjal, Laranjeiras do Sul, Marquinho, Nova Laranjeiras, Palmital, Pinhão, Pitanga, Porto Barreiro, Prudentópolis, Reserva do Iguaçu, Rio Bonito do Iguaçu, Turvo, Virmond.
6ª União da Vitória	9	Antônio Olinto, Bituruna, Cruz Machado, General Carneiro, Paula Freitas, Paulo Frontin, Porto Vitória, São Mateus do Sul, União da Vitória .
7ª Pato Branco	15	Bom Sucesso do Sul, Chopinzinho, Clevelândia, Coronel Domingos Soares, Coronel Vivida, Honório Serpa, Itapejara d'Oeste, Mangueirinha, Mariópolis, Palmas, Pato Branco , São João, Saudade do Iguaçu, Sulina, Vitorino.
8ª Francisco Beltrão	27	Ampére, Barracão, Bela Vista do Carobá, Boa Esperança do Iguaçu, Bom Jesus do Sul, Capanema, Cruzeiro do Iguaçu, Dois Vizinhos, Enéas Marques, Flor da Serra do Sul, Francisco Beltrão , Manfrinópolis, Marmeleiro, Nova Esperança do Sudoeste, Nova Prata do Iguaçu, Pérola d'Oeste, Pinhal de São Bento, Planalto, Pranchita, Realeza, Renascença, Salgado Filho, Salto do Lontra, Santa Izabel do Oeste, Santo Antônio do Sudoeste, São Jorge d'Oeste, Verê.
9ª Foz do Iguaçu	9	Foz do Iguaçu , Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Serranópolis do Iguaçu.

QUADRO 3 – Regionais de Saúde do Estado do Paraná e municípios de abrangência

(continuação)

POLO REGIONAL	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA
10ª Cascavel	25	Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel , Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná, Vera Cruz do Oeste.
11ª Campo Mourão	25	Altamira do Paraná, Araruna, Barbosa Ferraz, Boa Esperança, Campina da Lagoa, Campo Mourão , Corumbataí do Sul, Engenheiro Beltrão, Farol, Fênix, Goioerê, Iretama, Janiópolis, Juranda, Luiziana, Mamborê, Moreira Sales, Nova Cantu, Peabiru, Quarto Centenário, Quinta do Sol, Rancho Alegre d'Oeste, Roncador, Terra Boa, Ubitatã.
12ª Umuarama	21	Alto Paraíso, Alto Piquiri, Altônia, Brasilândia do Sul, Cafezal do Sul, Cruzeiro do Oeste, Douradina, Esperança Nova, Francisco Alves, Icaraíma, Iporã, Ivaté, Maria Helena, Mariluz, Nova Olímpia, Perobal, Pérola, São Jorge do Patrocínio, Tapira, Umuarama , Xambrê.
13ª Cianorte	11	Cianorte , Cidade Gaúcha, Guaporema, Indianópolis, Japurá, Jussara, Rondon, São Manoel do Paraná, São Tomé, Tapejara, Tuneiras do Oeste,
14ª Paranavaí	28	Alto Paraná, Amaporã, Cruzeiro do Sul, Diamante do Norte, Guairaçá, Inajá, Itaúna do Sul, Jardim Olinda, Loanda, Marilena, Mirador, Nova Aliança do Ivaí, Nova Londrina, Paraíso do Norte, Paranapoema, Paranavaí , Planaltina do Paraná, Porto Rico, Querência do Norte, Santa Cruz de Monte Castelo, Santa Isabel do Ivaí, Santa Mônica, Santo Antônio do Caiuá, São Carlos do Ivaí, São João do Caiuá, São Pedro do Paraná, Tamboara, Terra Rica.
15ª Maringá	30	Ângulo, Astorga, Atalaia, Colorado, Doutor Camargo, Florai, Floresta, Flórida, Iguaçu, Itaguajé, Itambé, Ivatuba, Lobato, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva, Maringá , Munhoz de Melo, Nossa Senhora das Graças, Nova Esperança, Ourizona, Paiçandu, Paranacity, Presidente Castelo Branco, Santa Fé, Santa Inês, Santo Inácio, São Jorge do Ivaí, Sarandi, Uniflor.
16ª Apucarana	17	Apucarana , Arapongas, Bom Sucesso, Borrazópolis, Califórnia, Cambira, Faxinal, Grandes Rios, Jandaia do Sul, Kaloré, Marilândia do Sul, Marumbi, Mauá da Serra, Novo Itacolomi, Rio Bom, Sabáudia, São Pedro do Ivaí.
17ª Londrina	21	Alvorada do Sul, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibioporã, Jaguapitã, Jataizinho, Londrina , Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis, Tamarana.

QUADRO 3 – Regionais de Saúde do Estado do Paraná e municípios de abrangência

(conclusão)

POLO REGIONAL	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA
18ª Cornélio Procópio	21	Abatiá, Andirá, Bandeirantes, Congonhinhas, Cornélio Procópio , Itambaracá, Leópolis, Nova América da Colina, Nova Fátima, Nova Santa Bárbara, Rancho Alegre, Ribeirão do Pinhal, Santa Amélia, Santa Cecília do Pavão, Santa Mariana, Santo Antônio do Paraíso, São Jerônimo da Serra, São Sebastião da Amoreira, Sapopema, Sertaneja, Uraí.
19ª Jacarezinho	22	Barra do Jacaré, Cambará, Carlópolis, Conselheiro Mairinck, Figueira, Guapirama, Ibaiti, Jaboti, Jacarezinho , Japira, Joaquim Távora, Jundiá do Sul, Pinhalão, Quatiguá, Ribeirão Claro, Salto do Itararé, Santana do Itararé, Santo Antônio da Platina, São José da Boa Vista, Siqueira Campos, Tomazina, Wenceslau Braz.
20ª Toledo	18	Assis Chateaubriand, Diamante d'Oeste, Entre Rios do Oeste, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Maripá, Mercedes, Nova Santa Rosa, Ouro Verde do Oeste, Palotina, Pato Bragado, Quatro Pontes, Santa Helena, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Terra Roxa, Toledo , Tupãssi.
21ª Telêmaco Borba	7	Curiúva, Imbaú, Ortigueira, Reserva, Telêmaco Borba , Tibagi, Ventania.
22ª Ivaiporã	16	Arapuã, Ariranha do Ivaí, Cândido de Abreu, Cruzmaltina, Godoy, Moreira, Ivaiporã , Jardim Alegre, Lidianópolis, Lunardelli, Manoel Ribas, Mato Rico, Nova Tebas, Rio Branco do Ivaí, Rosário do Ivaí, Santa Maria do Oeste, São João do Ivaí,

Fonte: Adaptado de: PARANÁ. Secretaria de Saúde do Paraná. Regionais de Saúde. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Regionais-de-Saude>. Acesso em: 10 jul. 2023.

Diante do desafio de levar a saúde de qualidade a cada um desses municípios, o mapa estratégico da SESA de 2020-2023 contou com cinco eixos principais: referencial estratégico; resultado para a sociedade; processos; gestão e regionalização; e financeiro. (PARANÁ, 2020).

Observa-se que no primeiro eixo são descritos os valores, missão e visão da instituição até 2030. Destaca-se que há um entendimento de que a gestão da política no Estado deve estar alinhada e direcionada para o fortalecimento do SUS, considerando as diferenças regionais e valorização da participação social, tendo em vista a qualidade da saúde da população. O reconhecimento da instituição no quesito inovação em gestão de saúde pública também é um ponto relevante, que dialoga com o objetivo desta dissertação. (PARANÁ, 2020).

Destaca-se que segundo dados do CNES-DATA SUS (2023), os serviços que prestam atendimento à saúde no Paraná estão contabilizados conforme apresenta-se na figura 5:

FIGURA 5 - Dados sobre o atendimento à saúde no Estado do Paraná de acordo com cada estabelecimento de saúde

TIPO (CLASSIFICAÇÃO)	QTD. CN...
016 AMBULATORIO	19.996
001 UNIDADE BASICA DE SAUDE	2.642
018 UNIDADE DE APOIO DIAGNOSTICO	2.482
009 FARMACIA	1.541
015 UNIDADE DE REABILITACAO	1.330
006 HOSPITAL	413
002 CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	403
008 PRONTO ATENDIMENTO	364
013 POLO DE PREVENCAO DE DOENCAS E AGRAVOS E PROMOCAO DA SAUDE	268
017 UNIDADE DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	214
	30.436

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 15 jun. 2023.

Identifica-se uma expansão considerável do número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) entre 2019 e 2023. Em 2019, segundo o PES 2020, havia 1.881 UBS's, passando para 2.642 estabelecimentos em 2023. Isso indica uma ampliação no acesso aos serviços de saúde para a população e no decorrer do tempo pode trazer resultados positivos e alavancar a cobertura da APS no Estado.

Comparando o percentual de cobertura da APS de 2014 a 2018 se pode visualizar uma redução da cobertura com o passar dos anos, bem como na cobertura da ESF, Saúde Bucal, ESB e ACS. O ano de 2018 é o que apresenta menor percentual de cobertura como indicado na figura 6, elaborada pela SESA-PR (PARANÁ, 2020, p.93).

A redução do percentual de cobertura é um indicativo passível de análise, pois trata-se de um período pré-pandêmico e que impacta diretamente no acesso à saúde por parte da população. Isso justifica, ainda mais, a importância de se investir na APS, visando reduzir as iniquidades em saúde, diante de seu potencial enquanto ordenadora do cuidado, caráter preventivo e longitudinal. Associando estes atributos

à inovação tecnológica, em específico a ações de telessaúde, acredita-se que as demandas de saúde da população podem, possivelmente, ser minimizadas⁵.

FIGURA 6 - Apresentação do percentual de cobertura da APS de acordo com cada programa

Ano	Cobertura AB (%)	Cobertura ESF (%)	Cobertura Saúde Bucal na AB (%)	Cobertura de ESB (%)	Cobertura ACS (%)
2014	77,62	64,30	57,94	40,45	60,90
2015	77,68	66,22	56,18	40,01	61,43
2016	76,69	65,18	54,70	38,95	60,14
2017	76,18	65,16	53,25	37,65	56,58
2018	75,15	64,17	52,85	37,12	56,04

Fonte: PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020/2023**. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Plano-Estadual-de-Saude>. Acesso em 15 fev. 2023.

Logo, entende-se que a implantação das ações da telessaúde no Estado, faz parte de um processo de governança que está relacionada à dimensão societária do cuidado em saúde. Envolve a atuação do estado, no tocante a criação de ações e serviços frente às demandas dos usuários da política de saúde. Ou seja, é a dimensão mais ampla da produção do cuidado, compreendendo o direito ao acesso à saúde, a vida e as contribuições ofertadas a partir das tecnologias em saúde. (GARIGLIO, 2012).

A telessaúde surge no intuito de fortalecer o atendimento da APS, conforme abordado no capítulo 1 desta dissertação e descrito pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (2017, p.16)

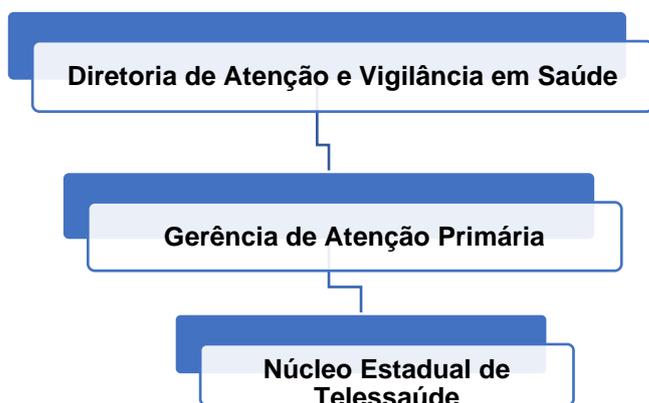
O público-alvo desses serviços são os profissionais que estão “na ponta” do atendimento aos pacientes, muitas vezes em localidades afastadas de centros urbanos, como médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos e técnicos da saúde bucal.

Diante dos desafios impostos pela pandemia à APS, percebe-se um movimento de retomada da proposta inicial da telessaúde no Estado do Paraná. A fim de identificar como este processo ocorreu e os avanços para APS a partir do uso de ações de telessaúde no Paraná, conforme descrito no subitem anterior, entrevistou-se um profissional da SESA. Este profissional, identificado na pesquisa como E.1, atua na SESA há 3 anos, é bacharel em enfermagem e possui especialização em Gestão da Saúde.

⁵ Não foram encontrados dados mais atualizados sobre a cobertura da Atenção Primária à Saúde no Paraná, após o aumento do número de Unidades Básicas de Saúde.

Conforme informado pela E.1, o avanço da telessaúde voltado ao fortalecimento da APS se tornou possível após a criação do Núcleo Estadual de Telessaúde. O Núcleo, vinculado a SESA, foi criado por meio da Portaria nº 1.048 de 2021 e atualmente é coordenado pela Gerência de Atenção Primária à Saúde, que está alocada na Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde da SESA, como representado na figura 7.

FIGURA 7 - Apresentação da vinculação do Núcleo Estadual de Telessaúde dentro da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná.



Fonte: A autora

Atualmente o Núcleo conta com dois servidores, um atuando na parte de gestão e o outro a nível operacional, que envolve a organização e diálogo com as Regionais de Saúde e com os Gestores Municipais. Diante da demanda de organização e planejamento das ações de telessaúde, é relevante considerar se o número de profissionais é coerente.

Antes da regulamentação do Núcleo o Estado contou, desde 2014, com outras tentativas de implantação de ações de telessaúde, visando acompanhar as portarias a nível Federal. No decorrer dos anos, até a implantação do Núcleo, houve ações em parceria com a Universidade Federal do Paraná (UFPR), na parte de neurologia, tele eletrocardiograma e telediagnóstico. Devido à fragilidades como informatização da APS e capacitação de profissionais para uso das TIC's, essas ações não se efetivaram. Observa-se que a responsabilidade do Estado nesse sentido é fundamental para implantação da telessaúde, sendo assim, há que se destacar a importância de investimento de recursos e também na necessidade de contratação de profissionais para atuar no Núcleo.

Alguns exemplos de iniciativas municipais, foram: a implantação do Call Center, uma parceria entre Prefeitura Municipal de Ponta Grossa e da Universidade Estadual de Ponta Grossa; a central de teleatendimento em Curitiba e as ações nos municípios de Londrina e Maringá que se configuram numa estratégia de enfrentamento a Covid-19. No caso da implantação a nível estadual, o processo envolve governança e gestão da dimensão societária e sistêmica do cuidado em saúde, o que pode ser identificado na resposta da E.1:

E.1: “[...] nós como Estado não conseguimos startar assim porque tem uma lei, a lei geral de proteção de dados, então como estado, precisamos de um sistema oficial que nos dê segurança e respaldo. Então por isso essa dificuldade de implantação, a gente já tem discussões internas de construção de uma plataforma muito semelhante com as de Santa Catarina e Minas Gerais, mas isso é um processo moroso, envolve processo licitatório, questões e etapas da administração pública. Para não ficar parados até essa plataforma sair nós estamos trabalhando com o que os outros estados já têm oferecido na oferta nacional e isso tem dado muitos resultados”

A sistematização dos modelos de atenção à saúde no Brasil, apresentada no capítulo dois desta dissertação, evidencia a importância dessa regulamentação para ampliação do acesso à saúde para a população. Esse avanço, no que diz respeito às ações da telessaúde, também revelam que, em relação aos demais estados brasileiros, é preciso ampliar estas ações no Paraná, e a criação de um Núcleo Estadual de Telessaúde, instituído por resolução, configura-se num ponto de partida para tal processo.

Atualmente existem parcerias e ações que corroboram para o fortalecimento da implantação da Telessaúde no Estado, como por exemplo, com a Escola de Saúde Pública, o Núcleo de Informática e Informações do Estado e representantes da APS. Destaca-se também as iniciativas a nível Federal, como a Portaria nº 2.983 de 11 de novembro de 2019 que instituiu o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. (BRASIL, 2019).

Desde o ano de 2021 o Estado do Paraná tem ações de Telessaúde. Estas fazem parte de um projeto piloto no Estado e englobam telediagnóstico, telecardiologia, tele-espirometria e teledermatologia. Para implantação deste projeto piloto foi necessário um diagnóstico a nível Estadual a fim de elencar a regional de saúde a ser contemplada. Constituíram-se critérios de escolha: o número de municípios, a pouca oferta de especialidades e o perfil epidemiológico da região. A

partir deste diagnóstico foi escolhida a 1ª Regional de Saúde do estado. Informação ilustrada pela fala de E.1:

“[...] na questão da telecardio e da teledermato escolher a primeira regional foi uma opção nossa do Estado, ficar com menor número de municípios e com a regional que tem uma fragilidade em relação a especialidades pela localização litorânea [...] por isso que a gente escolheu um piloto lá para cardio e pra dermato.” E.1

Essas ações foram implantadas após a pactuação do Núcleo Estadual de Telessaúde com o Ministério da Saúde e estabelecimento de parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Assim, esses 7 municípios do estado do Paraná enviam imagens de eletrocardiograma para os cardiologistas do núcleo vinculado a UFMG para profissionais emitir um laudo como destacado pela entrevistada:

E.1: “Então hoje nós estamos com isso acontecendo em 7 municípios da primeira regional de saúde, a primeira regional de saúde são os municípios do litoral, nós começamos este piloto lá, nós fizemos doação de eletrocardiógrafos, de equipamentos, então eles receberam 8 eletrocardiógrafos, eles já tinham em alguns serviços eletrocardiógrafos, então hoje nós temos 19 pontos que executam eletrocardiograma na primeira regional de saúde, desde 2021. Esses pontos são alguns em unidades básicas outros unidades de pronto atendimento e alguns em hospitais.”

O uso da telessaúde no estado de Minas Gerais faz parte de um processo histórico, pois, as iniciativas iniciaram em 1998 no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, a partir de um convite do Laboratório de Computação Científica para participar de um projeto de transmissão de imagens médicas por meio da Rede Metropolitana de Alta Velocidade (REMAVE). (CENTRO DE TELESSAÚDE HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFMG, 2023).

No ano de 2001 foi criado um modelo de telessaúde com intuito de apoiar a APS com foco na teleeducação e telessaúde, através de ações conjuntas com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Em 2003 houve o repasse de recurso para inclusão da telessaúde no Projeto HealthCareNetwork, integrante do Projeto @LIS da União Europeia, o que proporcionou em 2004 a implantação de Centros de Saúde, cujo objetivo foi a oferta de teleconsultorias em duas modalidades (síncrona e assíncrona) e tele-educação para os profissionais da área. (CENTRO DE TELESSAÚDE HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFMG, 2023).

Em 2005 outros acontecimentos foram essenciais para implantação da telessaúde em municípios remotos do estado, adotando enquanto prioridade regiões distantes dos grandes centros, com baixo IDH e pequena população.

Criação oficial do Centro de Telessaúde (CTS), responsável pelas ações de telessaúde no Hospital das Clínicas; Aprovação do Projeto Minas Telecárdio, em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), FAPEMIG (Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais) e FINEP (Financiadora de Estudos e Projetos), iniciando-se o desenvolvimento da telecardiologia; Criação da Rede de Teleassistência de Minas Gerais (RTMG), uma parceria das 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 Centro de Telessaúde HC-UFMG. (CENTRO DE TELESSAÚDE HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFMG, 2023).

Isso demonstra que o uso de ações de telessaúde no estado de Minas Gerais é avançado e trata-se de um processo mais solidificado que no Estado do Paraná. Hoje o Núcleo Estadual de Telessaúde do Paraná, mantém essa pactuação com o Ministério da Saúde e, por meio do financiamento com recursos federais destinado ao núcleo de Minas Gerais, o estado conta com o acesso a plataforma e a laudos de exames do núcleo de Minas Gerais:

E.1: “Então informações que nós recebemos de Minas Gerais é que só ano passado eles laudaram três milhões de eletrocardiogramas para vários estados, não só para o Paraná, em vários estados ligados a esse núcleo, uma das ações que nós executamos em conjunto são os eletrocardiogramas. O Estado entrou com a cessão dos equipamentos entregou os equipamentos com toda a parte de monitoramento e treinamento e os municípios com a responsabilidade de zelar pelo equipamento e de executar os exames, organizar essa execução, quem vai realizar, de que forma [...]”

Além da teledermatologia e telecardiologia, o Estado conta com a tele-espirometria, que consiste no diagnóstico em pneumologia mediado pela tecnologia. Do mesmo modo que as outras ações, a escolha dos municípios parte de critérios pré-estabelecidos e de um diagnóstico a nível estadual

E.1: “Na espirometria a escolha foi a partir dos critérios do Ministério: mortalidade por doenças respiratórias e relações sensíveis à atenção primária de doenças respiratórias. Eles realizam uma busca em sistemas de informação ambulatorial e hospitalar dos atendimentos de doenças respiratórias, elencaram municípios prioritários dentro dos estados. No Paraná eles indicaram 12 municípios, esses 12 nós temos na 1ª na 2ª regional de saúde na 3ª, nós temos na 5ª, na 6ª, 9ª, 20ª, 21ª regional e 22ª.”

Os municípios atendidos nessas regionais foram tabulados e estão apresentados no quadro 4, apresentado na sequência.

QUADRO 4 - Regionais e municípios do Paraná que recebem ações de tele-espirometria

(continua)

REGIONAIS	MUNICÍPIOS
1ª Regional	Guaratuba

QUADRO 4 - Regionais e municípios do Paraná que recebem ações de tele-espirometria

(conclusão)

REGIONAIS	MUNICÍPIOS
2ª Regional	Agudos do Sul, Colombo, Piên e Pinhais
3ª Regional	Castro
5ª Regional	Prudentópolis
6ª Regional	União da Vitória
9ª Regional	Missal
20ª Regional	Assis Chateaubriand e Guaíra
21ª Regional	Tibagi

Fonte: A autora

Destaca-se a importância das pactuações e diálogos que antecederam essa implantação das ações, como relatado pela entrevistada

E.1: “Então nós fizemos a discussão de fluxo com os gestores municipais para daí sim, fazer de fato essa implantação. Então é um processo que levou uns meses de discussão nós tivemos que ir até a primeira regional discutir junto com a regional de saúde os municípios com isso se daria.”

E..1: “Por exemplo, eu sou da unidade básica, mas eu tenho uma UPA no meu município? Eu não tenho uma UPA, só tenho uma unidade básica, então quem é minha referência? A minha referência é o município que é daqui 30 km. Tudo isso a gente fez, essas discussões para que eles fizessem esse diagnóstico. Ali é uma realidade que nós temos um consórcio de SAMU na primeira regional, então eles têm um samu para todos os 7 municípios e eles têm UPA ou hospital de pequeno porte pronto atendimento em todos, então existe essa retaguarda organizada.”

Identifica-se que o diagnóstico foi um instrumento de suma importância para implantação do projeto piloto de telessaúde na primeira Regional de Saúde do Paraná, principalmente para identificar a nível municipal, quais os serviços de saúde disponíveis, que poderiam atender um usuário que teve, por exemplo, seu eletrocardiograma alterado. Foi necessário partir das demandas do território, identificar qual seria o fluxo de atendimento, disponibilizar recurso para compra de equipamentos, que foram destinados às Unidades Básicas de Saúde, bem como um acompanhamento dessas ações para identificar os avanços e os desafios para expansão da telessaúde no Estado. Esse levantamento de demandas e estabelecimentos de fluxos faz parte da dimensão organizacional do cuidado em saúde, como apontado por Gariglio (2012, p.5)

[...] é aquela que se realiza nos serviços de saúde e evidencia novos elementos como o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial. Nesta dimensão é vital a organização do processo de trabalho, a definição de fluxos de atendimento e adoção de alguns dispositivos como agenda, protocolos, reuniões de equipe, CIG, avaliação. É um território também marcado por diferenças e dissensos.

Conforme Silva et al. (2018), a telessaúde apresenta um impacto positivo na atenção primária em áreas rurais do Brasil, demonstrando que a telessaúde aumentou o acesso aos serviços de saúde e melhorou a qualidade do atendimento, reduzindo o tempo de espera e aumentando a resolutividade dos cuidados. Identifica-se que as ações de telessaúde no Paraná vem contribuindo com a ampliação do acesso, celeridade e resolutividade da APS, pois, conforme a E.1, desde a implantação do projeto piloto foram realizados vários exames conforme o quadro 5 a seguir⁶:

QUADRO 5 - Número de exames realizados por ações de telessaúde na APS dos municípios da Primeira Regional de Saúde do Paraná

AÇÕES	ANO	NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS
Telecardiologia	2021	752 (a partir de novembro)
	2022	19.971
	2023	11.070 até maio
Teledermatologia	2022	150
	2023	410
Tele-espirometria	2021	2
	2022	652
	2023	627
Telediagnóstico	Total	33.634

Fonte: Adaptado de entrevista.

Retoma-se que a APS é a porta de entrada para o sistema de saúde e, portanto, a primeira linha de cuidados. Quando os serviços de APS são resolutivos, os pacientes encontram atendimento próximo de suas residências, com equipes preparadas para resolver grande parte de suas necessidades de saúde, evitando deslocamentos desnecessários e longas esperas. Com isso, esse acesso facilitado aos cuidados de

⁶ Destaca-se que estas ações, embora sejam solicitados por outro nível de atenção (média complexidade), no caso deste projeto piloto os exames estão sendo solicitados na APS. Importante reforçar a necessidade de notificação/divulgação destes dados em sites oficiais, uma vez que estas informações foram obtidas na entrevista com profissional da SESA.

saúde está sendo viabilizado com ações de telessaúde nos municípios da primeira regional de saúde do Paraná, como pode ser identificado também nas respostas a seguir:

E:1 “Telessaúde é a cara da atenção primária ele vem para dar uma resposta pros usuários que estão lá e resolubilidade das ações da atenção primária, porque a resolutividade na verdade da Atenção Primária não é simplesmente fazer o encaminhamento e o usuário ficar na fila, esse usuário ele continua sendo do território e a atenção primária é responsável por ele mesmo ele sendo compartilhado com atenção especializada. Então a telessaúde vem para dar uma resposta mais rápida para atenção primária e por consequência assim ele vai resolver o problema filas de espera na média complexidade por consequência ele vai melhorar a regulação, desde que ele esteja atrelado a regulação, mas, o principal é objetivo é contribuir para a resolutividade da atenção primária”

E.1: “ Hoje na primeira regional a gente já percebe que consegue dar uma resposta para o profissional que está lá na ponta de uma forma mais efetiva, um exemplo da dermatologia é que no telediagnóstico em dermatologia, o profissional que Lauda lá em Santa Catarina, ele já diz se aquela lesão é uma lesão que precisa ou não ir para atenção especializada e também já dá possibilidades de tratamento na atenção primária então ele dá a possibilidade de tratamento 1, 2 e 3, até pra ver qual que é a condição financeira do usuário que está lá na ponta, ele consegue mandar fazer uma medicação manipulada ou é uma medicação né tópica ali que tem no SUS que ele consegue retirar? então ele dá essas possibilidades. A gente vê que fortalece a resolutividade da Atenção Primária. Então esse piloto na primeira regional a gente consegue perceber isso”

Identifica-se que as ações estão direcionadas para resolutividade da APS, permitindo que a política de saúde seja ofertada de forma integrada, considerando o indivíduo em sua totalidade, seus aspectos biopsicossociais e a complexidade das suas necessidades. Isso contribui para evitar a fragmentação dos cuidados e proporcionar uma abordagem mais abrangente e efetiva.

Outro ponto a ser destacado é a prevenção e promoção da saúde, pois as ações de telessaúde bem como os laudos dos exames, podem apresentar um diagnóstico precoce e a intervenção adequada, evitando a progressão de doenças e reduzindo a incidência de complicações graves. Evitando assim hospitalizações desnecessárias, vez que muitos problemas de saúde podem ser tratados e acompanhados na APS, ou seja, também contribui para reduzir a sobrecarga nos hospitais, otimizando o uso dos recursos e melhorando a eficiência do sistema de saúde.

Investir na resolutividade da APS é uma estratégia econômica e eficiente para o sistema de saúde. A prevenção de doenças e o tratamento precoce resulta em menor necessidade de recursos em médio e longo prazo, podendo reduzir os custos

com interações e tratamentos complexos. Nesse sentido, a partir da resposta da entrevistada, fica claro que a telessaúde vem contribuindo com esta questão:

E.1: Hoje os consultores em cardiologia da UFMG quando dá um exame alterado eles além de responderem até 10 minutos eles ligam pro ponto de telessaúde, eles têm o telefone da pessoa de referência. [...] quando um exame está muito alterado eles já ligam para comunicar: olha eu já respondi o seu exame e o exame do usuário fulano de tal deu tal alteração precisa manejar o mais rápido possível. Então a gente tem essa retaguarda também [...] lá na ponta, ter esse desenho desses fluxos, isso que a gente está trabalhando com eles, essa parte de organização antes da expansão.”

A resolutividade na APS a partir das ações de telessaúde está sendo direcionada à eficácia, eficiência e efetividade no atendimento na APS. Segundo Januzzi (2008), a eficácia se refere à capacidade de um serviço ou intervenção de alcançar os resultados desejados. A eficiência diz respeito à relação entre recursos utilizados e resultados obtidos, ou seja, a capacidade de realizar uma determinada tarefa ou intervenção com a menor quantidade possível de recursos (tempo, dinheiro, materiais) sem comprometer a qualidade e a eficácia do serviço. A efetividade refere-se ao alcance dos resultados pretendidos em condições reais e mais próximas da prática cotidiana, considerando o contexto e as restrições operacionais.

Esses conceitos são cruciais para a avaliação e o aprimoramento dos serviços de saúde, possibilitando a identificação de melhores práticas e o uso racional de recursos para alcançar os objetivos propostos. No caso das ações de telessaúde no Estado do Paraná, identifica-se que o projeto piloto se apresenta enquanto uma estratégia eficaz e eficiente e do ponto de vista gestor, contribuindo para o atendimento na APS dos municípios da primeira regional de saúde.

No entanto, quando falamos a respeito da efetividade, é necessário pontuar a importância do monitoramento e avaliação destas ações, sendo necessário um período mais extenso de execução, pois trata-se de um projeto implantado recentemente.

Além do ponto de vista por parte da gestão deste projeto piloto, também é relevante destacar como os profissionais que atuam na ponta, ou seja, na APS, descrevem estas ações, considerando pontos positivos e negativos, bem como, a contribuição da telessaúde para o atendimento neste nível de atenção à saúde.

Diante disso, apresenta-se na sequência o perfil dos profissionais de saúde dos municípios da primeira regional de saúde do Paraná, que responderam ao formulário e as informações coletadas nesta fase da pesquisa.

3.3 PERFIL DOS/AS SUJEITOS DA PESQUISA

Considerando o percurso metodológico, neste subitem apresenta-se no quadro 6 o perfil dos sujeitos da pesquisa, em específico os profissionais da APS dos municípios, a partir das respostas obtidas na coleta de dados via google forms.

QUADRO 6 - Perfil dos participantes da pesquisa

SUJEITO	CARGO	ÁREA DE FORMAÇÃO E ESPECIALIZAÇÃO	QUANTO TEMPO ATUA NA ÁREA DA SAÚDE E QUANTO TEMPO ESTÁ NESTE CARGO
Participante 1	Coordenador da Atenção Básica	Enfermagem com especialização em Terapia Intensiva e Enfermagem do Trabalho	20 anos. 05 meses (dessa vez)
Participante 2	Diretor de Atenção Primária	Políticas Públicas e Gestão Governamental e Administração Hospitalar	25 anos na área da saúde e no cargo atual, um ano e quatro meses
Participante 3	Secretária de saúde	Enfermeira com especialização em gestão da clínica	Atuo há 30 anos. Neste cargo 2 anos
Participante 4	Secretária de saúde	Análise e Desenvolvimento de Sistemas, com pós-graduação em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde, e Gestão Pública Municipal	Servidor de carreira desde 2009, assumindo a gestão em saúde em 2019
Participante 5	Coordenador de Vigilância em Saúde	Tecnólogo em vigilância em saúde	27 anos na área de saúde, no cargo a 10 anos
Participante 6	Diretora de Atenção à Saúde	Fisioterapeuta	4 anos

Fonte: A autora

A partir da aplicação do questionário, obteve-se seis respostas dos municípios de: Guaratuba, Pontal do Paraná, Guaraqueçaba, Morretes, Matinhos e Paranaguá. Dentre os profissionais que responderam, três são graduados em enfermagem, um em Políticas Públicas e Gestão Governamental e Administração Hospitalar, um em Análise de sistemas, um é Tecnólogo em Vigilância em Saúde e um Fisioterapeuta.

Todos os sujeitos da pesquisa possuem cargo de gestão, sendo dois Secretários de Saúde, dois Diretores da APS e dois Coordenadores da APS. Destes gestores, quatro possuem Pós-Graduação a nível de especialização, três voltadas para gestão e uma para terapia intensiva.

No que se refere ao tempo de atuação, cinco possuem mais de dez anos de atuação na área da saúde. Sendo assim, as respostas partiram de uma maioria de profissionais que já possuem um tempo de atuação e que conhecem a APS de seu município, bem como os dados e informações sobre as ações de telessaúde a nível municipal.

3.4 AÇÕES DE TELESSAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS RESPOSTAS DE PROFISSIONAIS DA PRIMEIRA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ.

Neste item apresenta-se as ações de telessaúde, a partir das respostas obtidas por meio do formulário encaminhado aos profissionais dos municípios da primeira regional de saúde do Paraná. Conforme as informações coletadas, apresenta-se no quadro 7 os seis municípios e as respectivas ações de telessaúde vinculadas à SESA.

QUADRO 7 - Ações de Telessaúde disponíveis nos municípios da primeira regional de saúde do Paraná

(continua)

MUNICÍPIOS	AÇÕES	IMPLANTAÇÃO
Matinhos	Tele Oncologia	6 meses
Morretes	Telecardio e Teledermato	Telecardio a um ano e meio e Teledermato a dois meses
Pontal do Paraná	Telecardiologia com a realização de ecg e teledermatologia com a realização de exames e consultas	Cerca de 1 ano
Guaraquecaba	Telediagnóstico em eletrocardiograma já ativo no município e teledermatologia em fase de implantação	Eletrocadio a 2 anos;
Paranaguá	Projeto de teleconsulta em pediatria pelo Hospital Infantil Pequeno Príncipe	9 meses
Guaratuba	Telecardiologia (Descentralizada em cada UBS da Zona Urbana, com eletrocardiograma realizado nas UBS, Pronto Socorro e Hospital Municipal, enviado pela rede para Núcleo Brasil e Minas Gerais, com laudo emitido em até 20 minutos, caso urgente e em até 2 horas em caso eletivo - com comunicação ativa em caso de resultado alterado.	1 ano

QUADRO 7 - Ações de Telessaúde disponíveis nos municípios da primeira regional de saúde do Paraná
(conclusão)

MUNICÍPIOS	AÇÕES	IMPLANTAÇÃO
Guaratuba	Teledermatologia (com um ponto no Hospital Municipal, questão logística, todas as UBS cadastram solicitação no sistema, no Hospital é realizado exame com dermatoscópio, acoplado a uma câmara, enviado para Núcleo Nacional em Santa Catarina, com resultado em até 72 horas, com classificação de risco, e proposta Terapêutica a depender do caso).Teleespirometria (Projeto do Ministério da Saúde, equipamento cedido em comodato, servidor capacitado e Minas Gerais, núcleo do projeto, laudo em até 72 horas com classificação de risco e proposta Terapêutica a depender do caso);	1 ano

Fonte: A autora

Das respostas obtidas, apenas dois municípios, Matinhos e Paranaguá, mencionaram ações que não foram citadas pela E.1, quais são: tele oncologia e teleconsulta. Devido à ausência da descrição destas ações, não foi possível identificar se os profissionais citaram ações de telessaúde isoladas, ou seja, sem vínculo com a SESA. Acredita-se que como estas modalidades de uso da telessaúde não foram mencionadas pela entrevistada, pode ser que sejam ações locais, mediante articulação e pactuação com outras universidades, no entanto, não é possível afirmar e detalhar como estas ações são executadas nestes municípios.

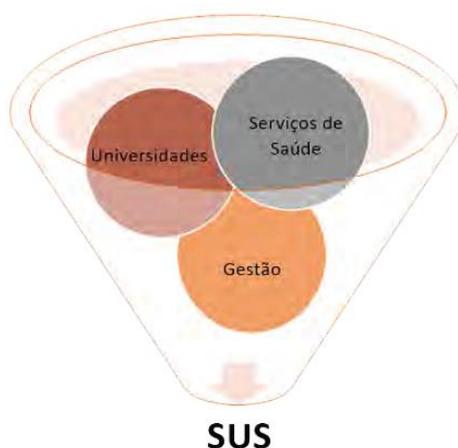
Identificou-se, a partir do formulário preenchido, que o telediagnóstico foi mencionado apenas pelo município de Guaraqueçaba. O telediagnóstico pode ser classificado como uma ação mais ampla do que as demais, pois, esta modalidade se refere a avaliação de exames médicos mediada pelo uso das TIC's. Assim, mesmo os municípios não mencionando o telediagnóstico, ele se faz presente nas demais ações porque engloba laudos e discussões clínicas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2022).

As ações de telecardiologia e teledermatologia foram apresentadas nas respostas dos municípios de Morretes, Pontal do Paraná, Guaratuba e Guaraqueçaba, reafirmando as informações prestadas pela E.1 o que indica que a APS destas cidades conta com essas ações. No caso da tele espirometria, por se tratar de uma ação que partiu de um estudo epidemiológico do Ministério da Saúde, o único município contemplado com a implantação desta ação, há um ano, foi Guaratuba.

No que tange a implantação das ações abordadas pela E.1 e retomadas pelos profissionais a nível municipal, identifica-se que a telecardiologia foi a primeira a ser implantada, na sequência a tele dermatologia, teleconsulta em pediatria e por último tele oncologia. Há que se destacar a importância da articulação entre a APS e demais níveis de atenção à saúde, pois, conforme a resposta do profissional de Guaratuba e a E.1, em casos de urgência diante da alteração dos exames, é necessário um encaminhamento do paciente, o que prescinde de uma clareza quanto a rede de atenção à saúde de cada município.

Considerar a disponibilidade de serviços e estabelecer um diálogo entre os níveis de atenção é primordial para a integralidade do cuidado na APS, o que por consequência pode contribuir para romper com a fragmentação de serviços e a cultura flexneriana como destacado por Cunha *et al* (2016). Como ilustrado na figura 8, a interrelação entre as universidades, gestores e serviços de saúde pode culminar na qualificação do SUS.

FIGURA 8 - Interrelação colaborativa entre as universidades, os serviços de saúde e a gestão



Fonte: CUNHA, F. M. *et al*. A importância da articulação do trabalho em rede: a experiência do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e Qualidade – PMAQ-AB. In: A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 235-250. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/134827>. Acesso em: 19 de ago. 2023

Destaca-se a importância do estabelecimento de uma parceria com as universidades do estado do Paraná, o que pode contribuir tanto para formação de profissionais que irão atuar na área da saúde, quanto para troca de informações que podem corroborar para uso da telessaúde a partir das experiências locais, como por exemplo as que foram realizadas durante a pandemia.

Infere-se que a cooperação entre a UFMG, UFSC e a SESA foi identificada no projeto piloto de telessaúde do Paraná. O levantamento das demandas e atendimento ao usuário parte da APS, os laudos são obtidos por meio de uma parceria com a UFMG e a UFSC. Foi necessária uma mobilização da gestão estadual e municipal para o planejamento destas ações, bem como, o estabelecimento de um fluxo de atendimento, ou seja, mapeamento dos serviços de saúde disponíveis para cada condição de saúde dos usuários.

Desta forma, há indicativos de que estas ações de telessaúde podem contribuir para a integralidade do cuidado em saúde. Parafraseando Carnut (2017), a integralidade transcende a lógica do enfoque na doença e da intervenção pontual e se dá a partir da ampliação do olhar profissional para os usuários e da compreensão do cuidado.

Verificou-se também, a partir das respostas dos profissionais, que estas ações vão ao encontro com o princípio da universalidade da saúde no SUS, vez que, quando indagado a respeito do número de pacientes atendidos por estas ações, foram obtidas as respostas sistematizadas no quadro 8.

QUADRO 8 - Pacientes atendidos por ações de telessaúde no Paraná

MUNICÍPIOS	RESPOSTAS
MATINHOS	Em fase de implantação
MORRETES	Temos uma população estimada em 18 mil habitantes. Telecardio ao menos 35% da população atendida e Teledermato ainda em início de atividades
PONTAL DO PARANÁ	Todos os que necessitam
GUARATUBA	Todos os que demandam o exame
GUARAQUEÇABA	Todos os usuários que buscam o serviço
PARANAGUÁ	Cerca de 600 crianças desde o início do projeto

Fonte: A autora

Como apresentado pelos profissionais, restou evidenciado que as ações de telessaúde são para todos os usuários que necessitam de atendimento. Devido ao pouco tempo de implantação das ações, duas respostas indicaram uma média de atendimentos, que remetem a um dos princípios fundamentais do SUS, a universalidade do acesso a ações e serviços de saúde, descrito na Constituição Federal de 1988.

Além da identificação das ações, tempo de implantação e número de usuários atendidos, foram obtidas respostas sobre as contribuições destas ações para APS, os

pontos positivos e negativos do uso da telessaúde e sobre o monitoramento destas ações, de acordo com os profissionais dos municípios.

As contribuições destacadas pelos profissionais foram:

P.1: "Contribuir para as decisões de condutas clínicas, criando um ambiente de colaboração entre profissionais médicos que trocarão experiências de melhores práticas"

P.2: "Maior celeridade diagnóstica, maior comodidade ao paciente"

P.3: "Maior resolutividade e agilidade nos diagnósticos e tratamentos"

P.4: "Resposta ágil, qualificação da lista de espera, apoio diagnóstico e terapêutico para os profissionais da AB, satisfação do usuário"

P.5: "Diagnóstico precoce, prevenção e tratamento em tempo oportuno"

P.6: "Agilidade no encaminhamento de especialidades de casos mais complexo, completa assistência em exames e maior agilidade para fechar diagnósticos"

Diante destas respostas, o projeto de telessaúde vem apresentando resultados positivos e contribuindo para o atendimento na APS. Identifica-se indicativos de que estas ações fortalecem a resolutividade e viabilizam a efetivação dos atributos na APS, ao encontro com a proposta inicial da telessaúde, de fortalecer o primeiro nível de atenção, reforçando o que o que também foi mencionado pelo profissional de referência da SESA.

Além de um atendimento eficiente, evidencia-se a promoção da saúde e prevenção de doenças e/ou agravos, por meio do diagnóstico precoce, o que engloba a longitudinalidade do cuidado em saúde que como descrito por Baratieri (2011, p.803):

[...] apresenta efeitos benéficos no sistema de saúde como o melhor reconhecimento das necessidades dos usuários, diagnóstico mais preciso, redução de custos e de hospitalizações, melhor prevenção e promoção da saúde, e maior satisfação dos usuários. Assim, ao longo do tempo é estabelecida confiança entre profissional e usuário, deixando este mais confortável para expor seus problemas e acatar as recomendações.

Sinaliza-se, ainda, que, indiretamente, contribui para a atenção especializada à medida em que qualifica a demanda reprimida e disponibiliza exames, laudos e diagnósticos no primeiro nível de atenção, viabilizando o manejo clínico de condições crônicas.

Destaca-se, do ponto de vista profissional, que essas ações oferecem uma comodidade aos pacientes. Infere-se que a comodidade se dá pelo fato de que este, a partir do atendimento na UBS, pode obter o exame, laudo, diagnóstico e possibilidades de tratamento, sem ser necessário se deslocar para outro equipamento

de saúde. Isto é de suma importância, pois remete a integralidade do cuidado em saúde.

Como descrito no capítulo dois, a APS é a porta de entrada do usuário ao SUS e demanda de um contato próximo entre os profissionais de saúde e os usuários. Assim, solucionar as demandas no território, ou seja, na UBS em que o paciente é referenciado, pode contribuir também para sua satisfação e sentimento de pertencimento, o que por sua vez é uma questão de suma importância para o atendimento, principalmente após um período de distanciamento social causado pela síndrome da Covid-19.

Outro ponto a ser destacado é a contribuição destas ações para a resolutividade da APS. Vários autores⁷ destacam que uma APS resolutiva pode trazer inúmeros benefícios para os usuários e para o SUS, incluindo a questão da redução de filas de espera para atenção especializada.

No que diz respeito aos pontos positivos e negativos, embora o questionamento sobre pontos positivos possa ser considerado como redundante com relação às contribuições, foi crucial para reafirmação das contribuições da telessaúde para o atendimento na APS, como evidenciado no quadro 9.

QUADRO 9 - Pontos positivos e negativos das ações de telessaúde

(continua)

POSITIVOS	NEGATIVOS
Diagnóstico precoce realizado por por profissionais especializados	Não se aplica
Agilidade e diagnóstico mais precisos	Não conseguir atender a toda a população
Representa um marco na agilidade do atendimento ao paciente e qualificação da lista de espera, permitindo equidade na fila aos pacientes que demandam atenção secundária	Atualmente não existe um atendimento síncrono ou assíncrono, com o especialista, o foco é o exame. Após classificação, os pacientes que demandam atendimento por especialista voltam para fila de espera, o aperfeiçoamento das citadas teles poderiam ser aperfeiçoado com a atendimento tanto ao paciente, quanto suporte ao profissional, mesmo que assíncrono, sendo na minha visão um potencializador para resolução do nó na Atenção Secundária, onde a grande maioria dos atendimentos poderia ocorrer a distância, dispensando o Tratamento Fora do Domicílio, e desafogando filas para atendimento presencial. Tem muito potencial.

⁷ Autores como por exemplo: Mendes (2015), Starfielf (1994) e Giovanella e Mendonça (2009).

QUADRO 9 - Pontos positivos e negativos das ações de telessaúde

(conclusão)

POSITIVOS	NEGATIVOS
Troca de experiências	Acesso a plataforma
Pontos positivos citados acima	Rede de Internet falha impacta no funcionamento do sistema
Agilidade, resolutividade, redução de filas	Dificuldades com a falta de interoperabilidade e a não inserção de outros teleatendimentos

Fonte: A autora

Assim, as potencialidades das ações de telessaúde, citadas pelos profissionais, para o atendimento na APS, se manteve coerente com as contribuições elencadas anteriormente.

As respostas sobre pontos negativos, em síntese, se referem a operacionalização e necessidade de expansão do projeto. A dificuldade de acesso à internet, a plataforma e a interoperabilidade, são pontos fundamentais para o funcionamento e efetivação destas ações.

Dentre estes desafios, alguns pontos já foram sinalizados na pesquisa sobre a implantação da telessaúde realizada por Haddad (2012), desde a sensibilização dos gestores para expansão do Programa Telessaúde Brasil Redes às questões relacionadas a conectividade, acesso a equipamentos tecnológicos e treinamento das equipes da APS.

Nesse sentido, retoma-se a importância de outros programas, principalmente o Informatiza APS, para continuidade e expansão destas ações para as demais regionais de saúde do Estado do Paraná. Para tanto, faz-se necessário o monitoramento das ações, que, de acordo com a maioria dos profissionais, está sendo realizado.

Como esta pesquisa não possui o intuito de esgotar as análises sobre o uso de telessaúde no Paraná, sinaliza-se que há possibilidade de uma continuidade da pesquisa, tanto sobre a importância do investimento nas Universidades Públicas do Estado, pois, estas instituições assim como a UFMG podem contribuir para expansão deste projeto piloto e para o atendimento na APS dos municípios, quanto para análises comparativas entre a implantação destas ações no Estado do Paraná e em outras regiões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo geral analisar a implantação da telessaúde nas Regionais de Saúde do Estado do Paraná e sua contribuição no atendimento da APS dos municípios. Para atingir este objetivo, foi necessário a elaboração de dois capítulos utilizando pesquisa bibliográfica e documental, os quais foram essenciais para aproximação da pesquisadora com o objeto de estudo, e um terceiro capítulo para apresentar o percurso metodológico, os resultados da pesquisa e a análise dos dados.

No primeiro capítulo restou evidenciado que o uso das TIC's na área da saúde, vem sendo discutido no decorrer dos anos e que sua utilização não se restringe apenas ao contato remoto entre profissional e paciente, pois, há um arcabouço de modalidades de aplicação, englobando a telessaúde.

A telessaúde também se desdobra em um vasto escopo, abrangendo: telemedicina, teleconsultoria, teleassistência, telediagnóstico, telecuidado, telemonitoramento, telecirurgia, telerregulação, teleeducação, segunda opinião formativa, dentre outras. Em meio a estas várias possibilidades proporcionadas pela telessaúde, verificou-se experiências exitosas a nível internacional e identificou-se que no Brasil, embora tenha sido retomada com mais ênfase devido ao contexto pandêmico, há iniciativas desde 2002.

Evidenciou-se que os projetos pilotos de telessaúde e a criação do Programa Nacional de Telessaúde foi o que impulsionou o uso da telessaúde em alguns Estados Brasileiros. Outro fator relevante foi a incorporação do uso das tecnologias, em específico a telessaúde nos Planos Nacionais e Estaduais de Saúde.

Após essa identificação e apresentação de conceitos chaves, no segundo capítulo buscou-se apresentar de modo objetivo, os modelos de atenção à saúde até a estruturação APS no Brasil, sua importância diante do cenário da sindemia vivenciada a partir de 2020 e sua relação com a telessaúde.

O terceiro capítulo descreveu que o método utilizado para construção da pesquisa foi o crítico dialético e que esta se classifica enquanto qualitativa, exploratória e descritiva, enfatizando principalmente a importância da pesquisa exploratória para novas delimitações que se fizeram necessárias, principalmente alterações nos instrumentos de coleta de dados, universo e amostra da pesquisa.

Quanto às técnicas de pesquisa, utilizou-se de pesquisa documental e bibliográfica e o universo da pesquisa foi delimitado ao estado do Paraná. A amostra de pesquisa foram os sete municípios da primeira regional de saúde do Paraná. Os instrumentos de coleta de dados foram: entrevista semiestruturada com profissional da SESA e aplicação de um formulário a profissionais vinculados a APS dos municípios da amostra. Já a análise dos dados seguiu os procedimentos da Análise de conteúdo.

Neste capítulo, apresenta-se também uma contextualização do universo da pesquisa, com enfoque na SESA-PR, descrevendo que o Estado conta com quatro macrorregiões e vinte e duas regionais de saúde, as quais abrangem os 399 municípios do estado. Identificou-se que dentre os desafios postos à gestão da saúde no Paraná, está o compromisso de disponibilizar serviços de saúde com qualidade aos usuários dessas regionais de saúde.

Diante disso e a partir dos desafios impostos pela pandemia à APS, houve uma retomada da proposta inicial da telessaúde no Estado do Paraná. Assim, em 2021 por meio da Portaria nº 1.048 foi criado o Núcleo Estadual de Telessaúde, coordenado pela Gerência de Atenção Primária à Saúde, que está alocada na Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde da SESA. Atualmente o Núcleo conta com dois profissionais que se dividem em gestão das ações de telessaúde no estado e o outro a nível operacional.

Destaca-se a importância de se adotar uma visão mais ampliada sobre o escopo da telessaúde para que, estrategicamente, se identifique novas possibilidades de alocação do Núcleo de Telessaúde dentro da Secretaria Estadual de Saúde, considerando que, embora o núcleo seja coordenado pela Gerência de Atenção Primária à Saúde, alocada na Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde da SESA, a telessaúde não se restringe a atenção primária, podendo contribuir para articulação regional, para gestão em saúde, atendimento na alta complexidade entre outras.

Mesmo diante dessas novas possibilidades, se reconhece que a criação do Núcleo foi essencial para implantação do projeto piloto de telessaúde, bem como, a pactuação com o Ministério da Saúde e o estabelecimento de parcerias com a UFMG e a UFSC. Além disto, ressalta-se a importância do investimento de recursos para entrega de equipamentos e insumos para execução destas ações e a necessidade de aumento do número de profissionais para atuar no Núcleo.

Cabe ressaltar que ambas as universidades parceiras para implantação/execução do projeto, contam com uma trajetória histórica do uso e investimento na telessaúde. Ambos os Estados, tanto Minas Gerais quanto Santa Catarina, contam com um avanço mais solidificado de incorporação do uso das TIC's na área da saúde, diferente do Paraná que teve algumas iniciativas isoladas e uma fragmentação do diálogo das iniciativas municipais e/ou vinculadas a universidades, o que demonstra a necessidade de construção de um diálogo maior com estas instâncias, a fim de somar esforços para expandir a telessaúde para todo território estadual.

Constatou-se que a primeira regional de saúde, que abrange os municípios de Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá (cidade polo) e Pontal do Paraná, é a única regional contemplada por este projeto, com ações de telediagnóstico, que abrange a telecardiologia e teledermatologia. Além destas ações direcionadas a esta regional, Guaratuba e alguns municípios de outras regionais contam com a teleespirometria.

Para a delimitação dos municípios foi necessário um diagnóstico a nível estadual e foram utilizados critérios como oferta de especialidades e o perfil epidemiológico da região. Com estas ações o paciente atendido na UBS passou a ter acesso a exames, laudo, diagnóstico e opções de tratamento.

Nos casos de alteração dos exames, foi estabelecido um fluxo de atendimento para usuários que demandam atendimento nos demais níveis de atenção à saúde. Essas ações, conforme as informações coletadas durante a entrevista com profissional da SESA, têm apresentado resultados positivos, contribuindo para a resolutividade da APS, bem como, para a prevenção e promoção da saúde a partir das possibilidades de identificação de doenças e tratamento antes da evolução do estágio da doença.

Além das respostas do responsável pela gestão do projeto piloto, apresentou-se também as respostas dos profissionais ligados à APS de cada município da primeira regional de saúde. Dos sete municípios, seis responderam ao questionário, sendo dois Secretários de Saúde, dois Diretores e dois Coordenadores da APS.

As informações coletadas se referem às ações de telessaúde vinculadas a SESA, o tempo de implantação, pacientes atendidos, contribuições destas para APS, pontos positivos e negativos e sobre monitoramento. No que tange às ações desenvolvidas, dois profissionais mencionaram ações diferentes, teleoncologia e teleconsulta em pediatria, porém, devido à ausência de uma descrição, não foi

possível identificar se são ações a nível municipal. Constatou-se que a implantação é recente e não se obteve uma média de pacientes que utilizaram de alguma destas ações sendo a resposta mais evidente, todos que necessitam.

De acordo com as respostas verificou-se que, em coerência com as respostas do profissional da SESA, há contribuições destas ações para o atendimento na APS dos municípios, desde a troca de experiências entre os profissionais à qualificação da lista de espera, agilidade, resolutividade, comodidade e satisfação do usuário. Infere-se que este projeto piloto também contribui para uma aproximação entre o usuário e os profissionais de saúde da APS, pois pode fortalecer o atributo da longitudinalidade e integralidade deste primeiro nível de atenção à saúde.

O levantamento de pontos positivos reforçou as contribuições mencionadas e identificou-se com os pontos negativos, a importância de investimento no acesso à internet, interoperabilidade de dados, acesso a plataforma e a própria necessidade de expansão das ações tanto para outros usuários quanto para outros níveis de atenção.

Destaca-se também a importância de um planejamento de expansão do uso da telessaúde e incorporação do uso das teleconsultas na APS, o que demanda investimento em condições de acesso, principalmente com enfoque em regiões distantes do centro da cidade e distritos.

A que se destacar alguns pontos de reflexão que poderiam ser incorporados pela SESA a respeito do uso da telessaúde, como por exemplo as outras modalidades de ações que fazem parte do escopo das telessaúde e que não estão disponíveis no momento. Outro ponto é a importância da sensibilização dos gestores municipais para que estes compreendam o potencial da telessaúde e os benefícios diante de determinadas situações de saúde dos pacientes. Esclarecer sobre o que seria a telessaúde e suas modalidades de ações por meio de capacitações, utilizando as TIC's, podem instrumentalizar os profissionais de saúde, os quais em contato com os pacientes podem repassar esse conhecimento garantindo o acesso à informação.

Ainda no que tange o acesso a informação, o estado conta com uma fragilidade na divulgação sobre a disponibilidade de ações de telessaúde, o que também poderia ser mitigado com alimentação do site oficial da SESA, garantindo a transparência dos dados e viabilizando pesquisas que corroborem para ampliação do uso da telessaúde.

Cabe destacar algumas dificuldades encontradas durante a pesquisa, tais como o próprio acesso à informação e dados sobre a disponibilidade de ações de telessaúde no Paraná e resposta ao questionário por parte dos profissionais a nível

municipal, sendo necessária uma sensibilização de outros profissionais da área para obtenção destas informações.

Além destas questões, também emergiram algumas dificuldades pessoais durante o percurso, como por exemplo, o período de isolamento social e problemas de saúde física e mental. Outro fator foi a alteração de temática, que num primeiro momento se apresentou enquanto um desafio superado gradativamente a partir de sucessivas aproximações e diálogo com profissionais atuantes na área da saúde, bem como, leituras de leis, portarias, publicações científicas e durante as orientações.

Apesar das limitações e dificuldades, acredita-se que esta dissertação oferece informações de suma importância para subsidiar e instigar gestores a identificar a potencialidade da telessaúde e sua contribuição para APS, além de ser a primeira pesquisa a mapear as ações vinculadas a SESA no Paraná, corroborando com a democratização do conhecimento científico e se constituindo aporte inicial para futuras reflexões e pesquisas.

Diante do exposto, esta dissertação atingiu seu objetivo, porém, não esgota a temática de estudo e abre possibilidades para continuidade de pesquisas que abordem, por exemplo, sobre a expansão deste projeto piloto para as demais regionais de saúde e/ou que identifiquem e descrevam sobre a importância do investimento nas Universidades Públicas do Estado, para que, assim como a UFMG e a UFSC, prestem o apoio necessário para a implantação da telessaúde no Estado do Paraná, o que conseqüentemente contribui também para o fortalecimento e maior resolutividade do atendimento público de saúde, principalmente prestado pela APS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 14 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm; Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Portaria GM/MS n. 2.510, de 19 de dezembro de 2005**. Institui a Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica (CPG) no âmbito do SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2510_19_12_2005.html. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.643, de 7 de agosto de 2002**. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CFM-1643-2002-08-07.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 9 de dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 50/2015**. Dispõe sobre as diretrizes para oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf. Acesso em: 25 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-dos-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/pns>. Acesso em: 14 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.073 de 31 de agosto de 2011**. Dispõe sobre a regulamentação do uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011**. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para

sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde complementar. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html. Acesso em: 04 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 21 set. 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 04 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.479, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 6 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a 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). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. Acesso em: 04 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2554_28_10_2011.html. Acesso em: 04 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.859 de 29 de dezembro de 2014**. Dispõe sobre a Instituição do incentivo financeiro de custeio mensal destinado aos Núcleos Intermunicipais e Estaduais de Telessaúde do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2859_29_12_2014.html. Acesso em: 15 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 35 de 4 de janeiro de 2007**. Dispõe sobre a instituição, no âmbito do Ministério de Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0035_04_01_2007_comp.htm. Acesso em: 29 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 397, de 16 de março de 2020**. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html. Acesso em: 19 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 402 de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre a instituição, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia Saúde da Família, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0402_24_02_2010_comp.htm. Acesso em: 19 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 561, de 16 de março de 2006**. Institui no âmbito do Ministério de Saúde a Comissão Permanente de Telessaúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0561_16_03_2006.html. Acesso em: 04 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS Nº 1.348, DE 2 DE JUNHO DE 2022**. Dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1348_03_06_2022.html. Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 526, DE 24 DE JUNHO DE 2020**. Inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: <https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/Anexo-03-do-BI-no21-PORTARIA-No-526-de-24-de-junho-de-2020.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Nota Informativa. **PORTARIA GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/orientacoes/nota-informativa-e-multi-portaria-635-2023-1684936021.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Ensino e Pesquisa. **Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes: uma década de inovação**. Rio de Janeiro, 2017a. Disponível em: <https://www.rnp.br/arquivos/documents/Livro%20-%20Telessa%C3%BAde.pdf?Xihb79WU3sGjfa90TBE5H8GTzJDDiO66=>. Acesso em: 25 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde 2008/2009-2011**. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/COCOM/arquivos/centros_de_apoio/cao_saude/publicacoes/pns2008_2011_preimpressao.pdf. Acesso em: 13 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde 2012/2015**. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf. Acesso em 15 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_pacto_brasil_sintese.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. Acesso em: 04 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_telessaude.pdf. Acesso em: 02 mar. 2022.

BUSS, P. M.; FILHO. A. P. Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2022.

CAETANO, R. et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>. Acesso em: 01 mar. 2022.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1177–1186, out. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DdWJGmS59ZWHTm59sXvsVCG/#ModalHowcite>. Acesso em: 15 ago. 2023

CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. DE S. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **Revista Katálysis**, v. 24, n. 2, p. 269–279, maio 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/TyMKscqwjWfwpbScmWpwCvc/#>. Acesso em: 15 abr. 2023.

CARVALHO, S. C. Os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – Pr. **Dissertação** (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) – Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2020. Disponível em: <https://www2.uepg.br/ppgcsa/dissertacoes/>. Acesso em: 20 fev. 2022.

CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIOCRUZ (CEE - FIOCRUZ). '**Covid-19 não é pandemia, mas sindemia**': o que essa perspectiva científica muda no tratamento. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1264>. Acesso em: 15 ago. 2021.

CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO. **TIC Domicílios 2019** - Pesquisa Sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros. 2019. Disponível em: <https://cetic.br/pt/pesquisa/domicilios/publicacoes/>. Acesso em 10 fev. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Ofício nº 1756/2020**. Dispõe sobre a eficiência dos serviços médicos. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf. Acesso em: 25 jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.227 de 6 de fevereiro de 2018**. Dispõe sobre a definição e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao222718.pdf>. Acesso em 10 jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.229 de 30 de setembro de 2021**. Dispõe sobre a regulamentação, disciplina e normatiza a emissão de documentos médicos eletrônicos. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.299-de-30-de-setembro-de-2021-354641952>. Acesso em: 10 jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.314 de 20 de abril de 2022**. Dispõe sobre a definição e regulamentação a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852>. Acesso em 10 jan. 2023.

CORADASSI, C. E. et al. Teleatendimento no enfrentamento à COVID-19. **Rev. Conexão**. V. 16, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5141/514162470053/514162470053.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2022.

CORBO, Anamaria D'Andrea; MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 69-106. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39175>. Acesso em: 09 ago. 2022.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. Arca fiocruz. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2007. p.43-67. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/series/livros/20>. Acesso em: 10 ago. 2022

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **O que é uma pandemia**. 2021. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia>. Acesso em: 09. Ago. 2021.

GIOVANELLA, L. et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Rev. Saúde em Debate**, v. 44, p. 161–176, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>. Acesso em: 23 jul. 2022.

GIOVANELLA, L. et. al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>. Acesso em: 07 jun. 2022.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493-545. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/politicas-e-sistema-de-saude-no-brasil>. Acesso em 20 nov. 2022.

HARZHEIM, E. et al. **Guia de Avaliação, Implantação e Monitoramento de Programas e Serviços em Telemedicina e Telessaúde**. Guia (Telessaúde e Telemedicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Rio Grande do Sul: 2018. Disponível em: https://rebrats.saude.gov.br/images/MenuPrincipal/Guia_Avaliacao_telessaude_telemedicina.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Acesso à Internet na Região Norte do Brasil**. 2022. Disponível em: https://idec.org.br/arquivos/pesquisas-acesso-internet/idec_pesquisa-acesso-internet_acesso-internet-regiao-norte.pdf. Acesso em: 15 fev. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Prévia da população calculada com base nos resultados do Censo Demográfico 2022 até 25 de dezembro de 2022**. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2022/Previa_da_Populacao/POP_2022_Municipios.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

JUNIOR, A. G. S.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l26.pdf>. Acesso em: Acesso em: 7 abr. 2022.

LAMBOGLIA, C. M. G. F. et al. O vilão se torna mocinho: uma perspectiva inovadora da utilização das tecnologias de entretenimento e comunicação para a promoção e práticas em saúde. In: SANTOS, Z. M. S. A; FROTA, M. A.; MARTINS, A. B. T. **Tecnologias em Saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza: UECE, 2016, p. 43-64. Disponível em: <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2019/09/TecnologiaSaude-uece.pdf>. Acesso em 16 dez. 2021.

LÉVY, P. **As tecnologias da inteligência – o futuro do pensamento na era da informática**. São Paulo: Editora 34; 1993. Disponível em: <https://lucianabicalho.files.wordpress.com/2014/02/as-tecnologias-da-inteligencia.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2022.

LUNG, C. **O desafio da Telemedicina**. 2020. Disponível em: https://isqua.org/images/COVID19/18_-_Telessa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 5 ago. 2021.

MARQUES, P. L. P. et al. Da Pré-história à Idade “Mídia”: evolução da tecnologia no desenvolvimento da humanidade. In: SANTOS, Z. M. S. A; FROTA, M. A.; MARTINS, A. B. T. **Tecnologias em Saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza: UECE, 2016, p. 24-46. Disponível em: <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2019/09/TecnologiaSaude-uece.pdf>. Acesso em 16 dez. 2021.

MARTINS, C. R.; SASSO, G. T. M. D. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. Jan-Mar, v. 17, p. 11-12, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VVPhnv3vS8VWzyJ5NMXFKxv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 jul. 2022.

MEDINA, M. G. et al. Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, p.1-5, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>. Acesso em: 10 ago. 2022.

MENEZES *et al* 2020 - A Telessaúde como estratégia para o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no enfrentamento da COVID-19 no Estado da Bahia. **Rev. Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, 2020, p. 7-24. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3343>. Acesso em: 15 jun. 2023.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 09 ago. 2022.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/2021/05/05/>. Acesso em: 25 ago. 2021

MENDES, E.V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2022.

MINAYO. M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. Saúde Debate, Rio De Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em: 8 set. 2022.

MORSCH, J. A. **Qual a diferença entre telemedicina e telessaúde?** Blog Morsch Telemedicina. Rio Grande do Sul, 26 jul. 2019. Disponível em: <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/telemedicina-e-telessaude>. Acesso em: 14 mar. 2022.

NILSON, L. G. Avaliação da Telessaúde Para Apoio Assistencial na Atenção Primária à Saúde. 2018. **Tese** (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/190251>. Acesso em: 12 jul. 2022.

NUNES, R. C. et al. Avaliação de atividades lúdicas na promoção de saúde bucal. In: SANTOS, Z. M. S. A; FROTA, M. A.; MARTINS, A. B. T. **Tecnologias em Saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza: UECE, 2016, p. 264-300. Disponível em: <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2019/09/TecnologiaSaude-uece.pdf>. Acesso em 16 dez. 2021.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang=pt#>. Acesso em: 18 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Painel da OMS sobre o Coronavírus (COVID-19)**. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 15 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa sobre COVID-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 28 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Alerta Epidemiológico: Complicações e sequelas da COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/covid-19-materiais-de-comunicacao-1/Alerta%20epidemiologico%20-%20Complicacoes%20e%20sequelas%20da%20COVID-19.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JYWNGPwpd8wnc97Zdz8H65N/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2022.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2022.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008/2011.** Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Plano-Estadual-de-Saude>. Acesso em 15 fev. 2023.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012/2015.** Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Plano-Estadual-de-Saude>. Acesso em 16 fev. 2023.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016/2019.** Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Plano-Estadual-de-Saude>. Acesso em 15 fev. 2023.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020/2023.** Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Plano-Estadual-de-Saude>. Acesso em 15 fev. 2023.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução nº 1048 de 16 de dezembro de 2021.** Dispõe sobre a criação do Núcleo Estadual de Telessaúde da SESA/PR e do Telessaúde Paraná. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:y9gFdR3brrgJ:https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do%3Faction%3Dd%26uuid%3D%40gff-escriba-sesa%40e9b645d9-4102-4e0f-99a2-7a8a652fa2b5&cd=11&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b-d>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PEREIRA, D. S. et al. A tecnologia como ferramenta promotora da saúde. In: SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; MARTINS, A. B. T. **Tecnologias em Saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado.** Fortaleza: UECE, 2016, p. 64 – 83. Disponível em: <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2019/09/TecnologiaSaude-uece.pdf>. Acesso em 16 dez. 2021.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre os conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Rev. Physis Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n 27 v. 2 p. 255-276, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfcvczDBYnh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15. Jul. 2022.

QUERINO, A. C. C.; BRANDÃO, J. P. M.; SILVEIRA, L. M. S. A pandemia do Covid-19 e a precarização da situação da mulher. In: **As múltiplas Faces do Vírus: Gênero e vulnerabilidades.** BERTOTTI, B. M. et al. (Orgs). Porto Alegre: Editora FI. 2021. Disponível em: <https://www.editorafi.org/130mulheres>. Acesso em: 24 ago. 2021.

RODRIGUES, R. R. **Novas Tecnologias da Informação e da Comunicação.** Recife: IFPE, 2016. https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/413/2018/12/arte_tecnologias_informacao_comunicacao.pdf. Acesso em: 10 jul. 2022.

SANTOS, Z. M. S. A. Tecnologia em Saúde – Aspectos teórico-conceituais. In: SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; MARTINS, A. B. T. **Tecnologias em Saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza: UECE, 2016, p. 22 – 24. Disponível em: <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2019/09/TecnologiaSaude-uece.pdf>. Acesso em 16 dez. 2021.

SARTI, T. D. et al. **Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, n. 29(2), 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/>. Acesso em: 27 ago. 2021.

SHMITZ, C. A. A. Telessaúde como Suporte Assistencial para a Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Tese** (Doutorado em Epidemiologia) -Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/139752/000985498.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SILVA, A. B. **Telessaúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2014.

SOARES, R. C.; CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Serviço Social & Sociedade**. 2021, n. 140. p. 118-133. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS/#>. Acesso em: 10 ago. 2021.

SORIANO, R. R. **Manual de Pesquisa Social**. 1. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

SOUSA, P. L. A trajetória dos Serviços e a atenção primária à saúde na história de vida de duas usuárias. **Tese** (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/8854/Publico-405.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 jul. 2022.

SOUZA, K. A. O. et al. O uso da telessaúde em tempos de pandemia. In: BARRETO, M. L. et al. (org.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais**. Salvador: Edufba, v. 2, 2020. Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/32942/14/vol2_cap19_O uso da telessaúde em tempos de pandemia.pdf](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/32942/14/vol2_cap19_O%20uso%20da%20telessaude%20em%20tempos%20de%20pandemia.pdf). Acesso em: 15 mar. 2022.

STARFIELD. B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em 07 jun. 2022.

**APÊNDICE A – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA
REALIZAÇÃO DE PESQUISA**



Ponta Grossa, 24 de abril de 2023.

OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Venho por meio deste, solicitar a diretoria de Atenção e Vigilância da Secretaria de Estado de Saúde (SESA), através da Sra. Maria Goretti David Lopes, autorização para realização de pesquisa no Departamento de Telessaúde vinculado a esta Secretaria no Estado do Paraná.

A pesquisa encontra-se em fase de elaboração pela mestrandia Jessica Paloma Chagas dos Santos, sob orientação da Professora Dra. Lislei Terezinha Preuss. Esta pesquisa irá compor a dissertação de mestrado, a ser apresentada no Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

O tema da dissertação é Telessaúde e Atenção Básica de Saúde. Para a coleta de dados pretende-se aplicar um formulário para o responsável pelo departamento de Telessaúde e aos municípios pertencentes as regionais de saúde que possuem ações de telessaúde vinculadas a SESA, sendo assim elaborou-se dois formulários, sendo: um para mapeamento do uso da telessaúde a nível estadual e outro dirigido aos municípios que recebem as ações, com a finalidade de identificar se essas ações contribuem ou não para a qualificação do atendimento da Atenção Básica de Saúde

Não será divulgado o nome dos participantes da pesquisa. Para a divulgação das informações coletadas, elaborou-se um termo de consentimento livre e esclarecido, a fim de assegurar a autorização final dos participantes.

Na certeza de que a solicitação será atendida, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente

Jessica Paloma Chagas dos Santos

Mestranda

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO E
COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO IDENTIFICAÇÃO DO DEPOENTE**

Tema da Pesquisa: Telessaúde e Atenção Primária à Saúde

Pesquisadora Responsável: Jessica Paloma Chagas dos Santos, RG: 13.150.501-9, domiciliada/residente em Rua Guilherme Voigt, nº122, Bairro Uvaranas, Ponta Grossa Paraná, CEP 84026-190. Email: jessicapalomachagas@gmail.com. Telefone: 42 99860-5677

Pelo presente instrumento, eu _____
Órgão/instituição: _____
Cargo/função: _____
CPF: _____

Aceito participar da pesquisa/entrevista; e sem quaisquer restrições quanto aos seus efeitos patrimoniais e financeiros, cedo a plena propriedade e os direitos autorais do depoimento de caráter histórico e documental que prestei à pesquisadora, como subsídio à construção da pesquisa em epígrafe. A pesquisadora fica, conseqüentemente, autorizada a utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e culturais, o mencionado depoimento/resultado/entrevista, no todo ou em parte, editado ou não, bem como permitir a terceiros o acesso ao mesmo para fins idênticos, com a ressalva de garantia, por parte dos referidos terceiros, da integridade do seu conteúdo. **A pesquisadora se compromete a preservar meu depoimento no anonimato,** perfazendo a entrevista de maneira apócrifa, ou com nome fictício, ou símbolo não relacionado à minha identidade, e divulgando apenas, se for o caso, os números obtidos, a instituição ou outro elemento público, que não mencione diretamente o meu nome. Ponta Grossa, ____ de _____ de 2023.

Assinatura do participante/depoente

Assinatura da pesquisadora responsável

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Endereço: Av. Carlos Cavalcanti, 4748, Bairro Uvaranas, Bloco da Reitoria - Sala 22 – Campus Uvaranas CEP: 84030- 900 – Ponta Grossa – PR. E-mail: propespsecretaria@uepg.br. Telefone: (42) 3220-3282

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA SESA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Tema de Dissertação de Mestrado:

Orientadora: Dr.^a Lislei Teresinha Preuss

Mestranda: Jessica Paloma Chagas dos Santos

Entrevistada:

Formação:

Tempo de Atuação:

Roteiro para entrevista

1. No Estado do Paraná existem ações de telessaúde vinculadas a Secretaria Estadual de Saúde, quais são e como estão organizadas?
2. Há quanto tempo existem essas ações da telessaúde no Estado?
3. Como é o fluxo de atendimento destas ações?
4. Quantos atendimentos foram realizados até o momento?
5. A proposta atende as demandas dos municípios conforme o que foi preconizado na legislação?
6. Qual a contribuição destas ações para o atendimento na Atenção Primária à Saúde?
7. A partir destas ações, foi identificada uma redução no número de encaminhamentos para especialidades?
8. Quais os pontos positivos e negativos dessas ações de telessaúde?
9. Qual sua sugestão para melhoria tanto de implantação quanto para as ações que já estão ocorrendo?
10. Existe um monitoramento e avaliação destas ações?
11. Há alguma capacitação para os profissionais da APS sobre telessaúde?

**APÊNDICE D – PERGUNTAS DIRECIONADAS AOS PROFISSIONAIS DA APS
DA PRIMEIRA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Tema de Dissertação de Mestrado:
Orientadora: Dr.^a Lislei Teresinha Preuss
Mestranda: Jessica Paloma Chagas dos Santos

**PERGUNTAS ENCAMINHADAS AOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA APS DOS
MUNICÍPIOS DA PRIMEIRA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ**

Nome do município

Qual sua função/cargo?

Qual sua área de formação? Possui alguma especialização ou outra titulação acadêmica?

A quanto tempo você atua na área da saúde? A quanto tempo está neste cargo?

Existem iniciativas do uso da Telessaúde, vinculadas a Secretaria Estadual de Saúde, neste município?

Quais são as ações da telessaúde desenvolvidas neste município? Descreva cada uma delas (caso seja de sua preferência mandar essa resposta via anexo neste formulário, encontra-se abaixo um espaço disponível para isto)

Há quanto tempo estão sendo desenvolvidas?

Quantos pacientes da Atenção Básica são contemplados com estas ações?

Quais as contribuições destas ações para a Atenção Básica no município?

Quais os pontos positivos e negativos do uso da telessaúde na Atenção básica?

Existe um monitoramento das ações de telessaúde no município?

7

ANEXO A – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da pesquisa pela mestrande **Jessica Paloma Chagas dos Santos**, sob orientação da Professora Dra. Lislei Terezinha Preuss, a qual irá compor a dissertação de mestrado, a ser apresentada no Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa., com o tema da dissertação Telessaúde e Atenção Básica de Saúde.

Curitiba, 19 de maio de 2023.



Maria Goretti David Lopes
Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde