

Luana Gabriele Nilson

**AVALIAÇÃO DE TELESSAÚDE PARA APOIO ASSISTENCIAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Planejamento e avaliação de serviços, programas e sistemas de saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Marino Calvo

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Nilson, Luana Gabriele

Avaliação de Telessaúde para Apoio Assistencial
na Atenção Primária à Saúde / Luana Gabriele Nilson ;
orientador, Maria Cristina Marino Calvo, 2018.
240 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

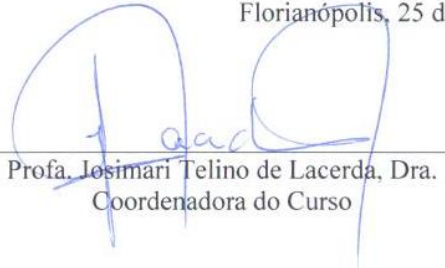
1. Saúde Coletiva. 2. Telessaúde. 3. Apoio
Assistencial. 4. Atenção Primária à Saúde. 5.
Avaliação em Saúde. I. Calvo, Maria Cristina Marino
. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.
Título.

Luana Gabriele Nilson

**AVALIAÇÃO DE TELESSAÚDE PARA APOIO ASSISTENCIAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

Tese aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de
Doutor (a) pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Florianópolis, 25 de julho de 2018.




Prof. Josimari Telino de Lacerda, Dra.
Coordenadora do Curso

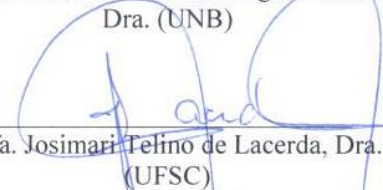
Banca Examinadora:



Prof. Maria Cristina Marino Calvo,
Dra. (Orientador)



Prof. Antonia de Jesús Angulo Tuesta,
Dra. (UNB)



Prof. Josimari Telino de Lacerda, Dra.
(UFSC)



Prof. Marcos Aurélio Maeyama, Dr.
(UNIVALI)

A todos que acreditam na saúde
pública, universal, gratuita e de
qualidade, como direito de
cidadania, e que batalham por isso,
sempre.

AGRADECIMENTOS

Encerrar esse ciclo requer parar para agradecer aos que me ajudaram a construir essa tese e a caminhada nos últimos quatro anos. Na academia ou fora dela, nas orientações ou nos bate-papo despretensiosos, sugerindo caminhos ou dando carinho, mas sempre tocando meus sentimentos e fazendo a diferença para o meu crescimento e transformação.

A Deus pela vida e a saúde, por ser a luz que move minha fé, protege e abençoa o meu caminhar.

Ao Du, meu companheiro, meu colo e consolo, meu incentivador, crítico e parceiro, meu amor.

À minha família – de sangue e de coração, pelo amor, compreensão e apoio incondicionais, em especial aos meus pais, Adenor e Adelinda, que são minha base e minha certeza e que me ensinaram que eu posso tudo que batalhar para alcançar.

Às amigas e amigos, de perto e de longe, pela vida compartilhada, a amizade e a compreensão. Obrigada pelos ouvidos, os conselhos, os sorrisos nas conquistas e os abraços de força nas derrotas. Luci e Aline, minhas melhores: gratidão pelo cuidado e presença.

À Luise, presente da vida, pela generosidade, parceria, cumplicidade e companhia na jornada da pesquisa. E a todos os colegas e amigos que o doutorado meu trouxe, especialmente à Thaís, Patrícia e Gabriella, pelo compartilhamento e acolhida no percurso.

Ao Marquinhos por ser amigo e mestre, generoso e crítico.

Às professoras e orientadoras com as quais tive o privilégio de conviver e aprender: Maria Cristina, Sonia Natal, Zulmira Hartz, Sônia Días, Antonia Ângulo-Tuesta e Josimari – pela generosidade, o saber transmitido, o percurso compartilhado e o conhecimento construído.

Aos amigos do Núcleo Telessaúde Santa Catarina, por serem presentes, por me emocionarem, pelas risadas, por tudo que construímos juntos e por todas as vezes que mudei e mudo de ideia por aprender algo com vocês.

A todas as instituições que permitiram o privilégio dessa formação: Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, professores e funcionários, pela oportunidade de estudar em um espaço público e gratuito; Capes, pela bolsa recebida nos quatro anos e pelo período de sanduíche na Universidade Nova de Lisboa, concedido em 2017; ao CNPq pelo financiamento público que permitiu a realização da pesquisa;

ao Ministério da Saúde, pelo financiamento do Núcleo Telessaúde Santa Catarina e a oportunidade de estar inserida nesse projeto.

Aos participantes dessa pesquisa pela atenção e disponibilidade ao doar seu tempo e me ajudar a construir o estudo.

A todos que batalharam e batalham por políticas públicas que buscam garantir formação de pesquisadores e docentes aptos a lutar pela construção de uma sociedade mais justa.

Aos colaboradores anônimos e aos referenciados – companhias perturbadoras ou de alívio nas incontáveis leituras, que foram fonte de inspiração e de conhecimento.

A cada um e a cada uma que contribuiu, consciente ou inconscientemente, para que eu pudesse realizar esse estudo e chegar até aqui, meu mais sincero e afetuoso OBRIGADA!

“A função da arte/1

*Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago
Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar.
Viajaram para o Sul.
Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas,
esperando.
Quando o menino e o pai enfim alcançaram
aquelas alturas de areia, depois de muito
caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E
foi tanta a imensidão do mar, e tanto o seu fulgor,
que o menino ficou mudo de beleza.
E quando finalmente conseguiu falar, tremendo,
gaguejando, pediu ao pai:
- Me ajuda a olhar!”*

(Eduardo Galeano, 2018. p. 15)

RESUMO

NILSON, Luana Gabriele. **Avaliação de Telessaúde para Apoio Assistencial na Atenção Primária à Saúde**. 2018. 240f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

Orientadora: Maria Cristina Marino Calvo

Telessaúde trata do emprego de tecnologias de informação e comunicação para ultrapassar barreiras geográficas, resolver limitações de alcance e ampliar o acesso a serviços de saúde de qualidade, preocupando-se com educação na saúde e promoção de saúde no contexto das políticas públicas. A telessaúde é recente, com barreiras culturais, políticas e tecnológicas que limitam a sua utilização, e existem poucas publicações sistematizadas que tratam da sua aplicação em saúde pública. No Brasil, desde o início dos anos 2000, há preocupação do Ministério da Saúde em desenvolver estratégias de emprego da telessaúde para melhoria da qualidade de serviços no Sistema Único de Saúde. O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, criado em 2007, tem a proposta de qualificar profissionais de saúde para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) e melhorar a sua resolubilidade. O Núcleo Telessaúde Santa Catarina (Telessaúde SC) existe desde o início do Programa e oferece todos os serviços propostos para apoio assistencial e apoio à educação permanente em saúde de profissionais de todo o estado. A Teoria de Mudança propõe o detalhamento das ações necessárias para alcançar determinado resultado com ênfase nos atores-chave, e foi utilizada para avaliar a oferta e utilização da telessaúde para apoio assistencial, e identificar forças e fraquezas relacionadas à sua utilização. Essa pesquisa avaliativa, de natureza quali-quantitativa, teve início com um estudo de avaliabilidade - construção e validação de modelo teórico e lógico, matriz avaliativa e quadro lógico para análise, utilizando técnicas de consenso com experts. Dados secundários dos relatórios dos serviços do Telessaúde SC foram utilizados para a seleção dos municípios e equipes participantes do estudo de caso, caracterizado por três níveis de análise da oferta e utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS em Santa Catarina. Foram investigadas: compreensão do processo, identificação de fragilidades e potencialidades e proposta de mudança para aumentar o acesso e utilização do apoio oferecido por meio dos serviços disponíveis. Os dados primários foram coletados em grupo focal e entrevistas semiestruturadas com informantes-chaves dos três níveis de análise. Utilizou-se análise temática de conteúdo, orientada por categorias pré-definidas na

modelização. As evidências indicaram que o Telessaúde SC promove apoio assistencial com suporte aos profissionais que o utilizam, e produz resultados que qualificam e ampliam o acesso dos usuários ao sistema de saúde. Falta infraestrutura tecnológica; nem todos os serviços são conhecidos e as possibilidades de emprego não são plenamente reconhecidas; as necessidades da rede não são todas atendidas devido limitações financeiras para expansão das áreas clínicas de atuação com contratação de profissionais; as regulamentações e protocolos clínicos e de acesso precisam ser fortalecidos e mais bem divulgados. Os resultados da pesquisa indicam que a ampliação da utilização e dos resultados da telessaúde para apoio assistencial no contexto da APS depende da incorporação do acesso aos serviços e implementação do apoio como parte do processo de trabalho de profissionais e equipes.

Palavras-chave: Telessaúde. Apoio Assistencial. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Telehealth deals with the use of information and communication technologies to overcome geographical barriers, solve scope limitations and expand access to quality health services, focusing on health education and health promotion in the context of public policies. Telehealth is recent, with cultural, political and technological barriers that limit its use, and there are few systematized publications dealing with its application in public health. In Brazil, since the early of the 2000s, the Ministry of Health has had a concern with the development of strategies for the use of telehealth to improve the quality of services in the Unified Health System. The National Telehealth Brazil Networks Program, created in 2007, has implanted telehealth centers with the proposal to qualify health professionals to strengthen Primary Health Care (PHC) and improve its resolubility. The Santa Catarina Telehealth Center (Telehealth SC) is one of the centers implanted since the beginning of the Program and offers all the proposed services to provide care and continuing education support for professionals and workers throughout the state. The Theory of Change proposes detailing the actions needed to achieve a given outcome with emphasis on key actors and was use to assess the supply and use of telehealth for care support and to identify strengths and weaknesses related to its use. This evaluative research, of qualitative-quantitative nature, began with an evaluation study - construction and validation of the theoretical and logical model, evaluation matrix and logical framework for analysis, using consensus techniques with experts. We used as secondary data from the reports of the services of Telehealth SC were used to select the municipalities and teams participating in the case study, characterized by three levels of analysis of the supply and use of telehealth for care assistance in PHC in Santa Catarina. There were investigated: process understanding, identification of weaknesses and potentialities, and proposal of change to increase the access and use of the support offered through the available services. The primary data were collected in a focal group and semi-structured interviews with key informants of the three levels of analysis. Thematic content analysis was used, guided by pre-defined categories in modeling. The evidence indicated that Telehealth SC promotes care support with support to the professionals who use it, and produces results that qualify and expand users' access to the health system. Lack of technological infrastructure; not all services are known and employment opportunities are not fully recognized; the needs of the network are not all met due to financial constraints to expand the clinical areas of operation with hiring

professionals; the regulations and clinical and access protocols need to be strengthened and better publicized. The results of the survey indicate that the increased use and of the results of telehealth for care support in the context of PHC depends on the incorporation of access to services and the implementation of support as part of the work process of professionals and teams.

Keywords: Telehealth. Clinical Decision Support Systems. Primary Health Care. Health Evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Tese

Figura 1. Relação entre os domínios de Tecnologias de Informação e Comunicação na saúde.....	30
Figura 2. Etapas do processo de construção da modelização da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS.....	56

Primeiro Artigo

Figura 1. Acesso aos serviços oferecidos pelo Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde entre 2012 e outubro de 2017.....	75
---	----

Segundo Artigo

Figura 1. Publicações incluídas na análise documental.....	87
Figura 2. Modelo teórico para núcleos de telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.....	92

Terceiro Artigo

Figura 1. Forças positivas e negativas sobre a utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS.....	101
Figura 2. Modelo teórico-lógico para avaliação da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS.....	106

LISTA DE QUADROS

Tese

Quadro 1. Ações de telessaúde organizadas por tipo de interação, modalidade e sincronicidade.....	45
--	----

Segundo Artigo

Quadro 1. Resultados da revisão bibliográfica sobre núcleos telessaúde por elementos da metodologia de Thurston e Ramaliu (2005).....	88
--	----

Terceiro Artigo

Quadro 1. Quadro lógico da oferta e utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS.....	111
Quadro 2. Indicadores e medidas para avaliar a oferta e utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS.....	114

Parte 1

Quadro 1. Análise da utilização de telessaúde para apoio assistencial no contexto de equipes de APS, em Santa Catarina, 2017.....	130
Quadro 2. Cadeia de resultados em relação aos atores envolvidos no processo de utilização de telessaúde para apoio assistencial à APS.....	156

Quarto artigo

Quadro 1. Elementos orientadores da análise para avaliação da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS.....	162
Quadro 2. Medida de resultados baseados nos atores envolvidos.....	165
Quadro 3. Resultados encontrados quanto aos níveis de análise em relação à Dimensão “Âmbito Organizativo e de Gestão”.....	170
Quadro 4. Resultados encontrados quanto aos níveis de análise em relação à Dimensão “Âmbito do Conhecimento e de Domínio da Tecnologia”.....	173
Quadro 5. Resultados encontrados quanto aos níveis de análise em relação à Dimensão “Âmbito Humano e do Modelo Integral de Atenção à Saúde”.....	174
Quadro 6. Proposta de ações sobre os fatores limitadores para a promoção de mudanças e alcance dos resultados desejados.....	186

LISTA DE TABELAS

Parte 1

Tabela 1. Evolução da oferta de serviços pelo Núcleo Telessaúde Santa Catarina, entre os anos 2010 e 2017.....	126
Tabela 2. Características dos municípios participantes do estudo em Santa Catarina, 2018.....	128

Quarto artigo

Tabela 1. Evolução da oferta de serviços pelo Núcleo Telessaúde Santa Catarina, entre os anos 2010 e 2017.....	169
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde
ATA – Associação Americana de Telemedicina
BVS – Biblioteca Virtual de Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
EA – Estudo de Avaliabilidade
EC – Estudo de Caso
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
e-SUS AB – Sistema Único de Saúde Eletrônico para Atenção Básica
GM/MS – Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde
GOe – Observatório Global para eSaúde
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
MS – Ministério da Saúde
MTA – Modelo Teórico da Avaliação
NASA – Administração Nacional da Aeronáutica e Espaço
NTCT – Núcleo Técnico-Científico de Telessaúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPGSC – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PROAD-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RCTM – Rede Catarinense de Telemedicina
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SC – Santa Catarina
SES – Secretaria de Estado da Saúde
SES/SC – Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SOF – Segunda Opinião Formativa
STT – Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação
TM – Teoria de Mudança
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	25
1 INTRODUÇÃO	27
2 OBJETIVOS	33
2.1 OBJETIVO GERAL	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
3 REVISÃO DE LITERATURA	35
3.1 TELEMEDICINA E TELESSAÚDE	35
3.2 TELESSAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ORIENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO	40
3.3 TELESSAÚDE NO APOIO ASSISTENCIAL PARA A APS ...	44
3.4 AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE SAÚDE ORIENTADA PELA TEORIA DE MUDANÇA	47
4 MÉTODO	55
4.1 ESTUDO DE AVALIABILIDADE	55
4.1.1 Levantamento e análise documental	56
4.1.2 Proposição e validação dos modelos teórico e lógico.....	57
4.1.3 Validação da matriz avaliativa	58
4.1.4 Proposição de modelo avaliativo orientado pela Teoria de Mudança	58
4.2. ESTUDO DE CASO	59
4.2.1 Seleção de caso.....	59
4.2.2 Fontes de evidências e coleta de dados	60
4.2.3 Análise dos dados	61
4.2.4 Divulgação dos resultados e retorno aos participantes ...	62
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	62
5 RESULTADOS	63
5.1 ARTIGO 1: TELESSAÚDE: DA IMPLANTAÇÃO AO ENTENDIMENTO COMO TECNOLOGIA SOCIAL.....	64
5.2 ARTIGO 2: NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DO PROGRAMA NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL REDES: UMA PROPOSTA DE MODELO TEÓRICO PARA AVALIAÇÃO	84
5.3 ARTIGO 3: TEORIA DE MUDANÇA PARA AVALIAÇÃO DE TELESSAÚDE NO APOIO ASSISTENCIAL À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	99
5.4 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE TELESSAÚDE PARA APOIO ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	125

5.4.1. Parte 1: Resultados da coleta de evidências quanto à utilização do Telessaúde SC para apoio assistencial às equipes de APS.....	125
5.4.2. Artigo 4: Avaliação da utilização de Telessaúde para Apoio Assistencial na Atenção Primária à Saúde	159
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	193
REFERÊNCIAS	195
APÊNDICE A – Matriz Avaliativa	207
APÊNDICE B – Roteiros semi-estruturados para entrevistas..	209
APÊNDICE C – Termo de Anuência Institucional	213
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes.....	215
ANEXO A – Artigo submetido para avaliação e publicação no periódico Cadernos de Saúde Coletiva	219
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.....	233

APRESENTAÇÃO

Esta Tese de Doutorado em Saúde Coletiva apresenta a avaliação da oferta e utilização de telessaúde para apoio assistencial na Atenção Primária à Saúde (APS) em Santa Catarina, utilizando como caso o Núcleo Telessaúde de Santa Catarina (Telessaúde SC).

O regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) estabelece a forma de apresentação dos relatórios finais de doutorado. Com base nesse regulamento, esse documento está organizado na seguinte ordem: introdução, objetivos, revisão de literatura, metodologia, resultados, apêndices e anexos.

A introdução traz a apresentação do tema a ser trabalhado por meio de uma revisão de literatura organizada em tópicos para pensar a telessaúde, sua importância e a utilização para apoio assistencial no contexto da APS. Além disso, discorre sobre a importância da avaliação da telessaúde e como a Teoria de Mudança (TM) pode contribuir para isso.

No item métodos é apresentado o percurso proposto para o desenvolvimento do estudo, contemplando a abordagem, os procedimentos a serem adotados, atores da pesquisa, forma de análise das evidências, resultados esperados e procedimentos éticos.

Os resultados são apresentados na forma de quatro artigos científicos: O primeiro artigo faz uma apresentação da história da telessaúde no Brasil e em Santa Catarina e discute a importância do Programa Telessaúde como tecnologia social. O segundo artigo é o estudo de avaliabilidade com a proposta de modelo teórico para núcleos de telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. O terceiro artigo propõe um modelo de avaliação de telessaúde para apoio assistencial na APS orientado pela Teoria de Mudança. E o quarto artigo apresenta resultados da avaliação da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS em Santa Catarina.

E por último são apresentadas as considerações finais desta tese.

1 INTRODUÇÃO

Apresenta uma contextualização acerca do uso de Tecnologias de Informação e Comunicação no setor saúde e os conceitos que envolvem telessaúde, de forma a orientar e clarear a leitura ao longo da tese. Também são apresentados: a justificativa para o desenvolvimento deste estudo, as perguntas de pesquisa e o pressuposto que orientam o trabalho. Na sequência são descritos os objetivos geral e específicos.

A comunicação é indispensável para o trabalho em saúde e a qualificação das relações entre gestão, profissionais e usuários. É fruto de um processo relacional, tendo especial importância nas relações de equipes de saúde e destas com seus usuários, prevendo a capacidade de contextualizar e valorizar saberes, realidades, vozes, para um processo de comunicação além do repasse de informações, que se preocupa com a forma como a informação é tratada e transformada em saberes e com a possibilidade de acesso à comunicação como direito de todos que compõem o Sistema de Saúde brasileiro (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). Promove a construção de espaços de diálogo, pode colaborar com a redemocratização, com o direito à saúde e o controle social (RANGEL-S; GUIMARÃES; BELENS, 2014).

O uso de tecnologias em saúde contempla recursos que permitem ampliar as capacidades, possibilidades e potencialidades dos profissionais da saúde, desenvolvendo ou aprimorando suas habilidades para agir (FRIGOTTO, 2009). Neste contexto, e vivendo a sociedade da informação, o domínio das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) pode promover o desenvolvimento das mais variadas ações que favoreçam e estimulem mudanças sociais, utilizando ferramentas tecnológicas para comunicação por meio da transmissão e circulação de informação (COELHO, 1986; OLIVEIRA; REGO; VILLARDI, 2007; PONTE, 2000).

As TIC possibilitam a comunicação e a educação de profissionais em saúde, oportunizam o acesso a informações com qualidade e um processo de inclusão social por meio do acesso democrático à informação (BARRETO; PARADELLA; ASSIS, 2008). Elas são capazes de promover interação entre diferentes indivíduos (MONTEIRO; RIBEIRO; STRUCHINER, 2007), impactam sobre as relações sociais, a cultura e a produção do conhecimento, e têm efeito sobre a cognição, a subjetividade

e a formação da identidade do homem, influenciando processos e resultados por meio de seu potencial para promover educação (OLIVEIRA; REGO; VILLARDI, 2007).

Seu uso em saúde pública otimiza, qualifica e inova processos de trabalho, promovendo segurança para profissionais e usuários do sistema, permitindo ultrapassar barreiras de tempo e distância com eficiência e melhorias assistenciais (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011).

No século XX, houve o advento do uso de TIC na área da saúde, ampliando o acesso à informação (SILVA, 2013). Mas para alcançar os diferentes espaços e promover a troca de informações e a comunicação, o setor saúde sempre contou com o apoio de recursos midiáticos, usados em diferentes momentos com diferentes fins. A história das telecomunicações já registrou o uso de heliógrafos, telégrafos, telefone, rádio e televisão para disseminação de informações sobre saúde e doença e para assistência a distância (CÁCERES MÉNDEZ et al., 2011; MELO; SILVA, 2006; URTIGA; LOUZADA; COSTA, 2004), que foram importantes para abrir caminho à estrutura para a telessaúde que dispomos hoje (BILL; CRISCI; CANET, 2014), a qual vamos discutir mais amplamente.

A década de 90 foi um marco global de desenvolvimento do uso de tecnologias a serviço da saúde (MELO; SILVA, 2006). Em 2005, a Assembleia da Organização Mundial da Saúde (OMS) marcou o reconhecimento pela OMS da importância de incorporar, com gestão e orientação, o uso de TIC em saúde, visando maior desenvolvimento da saúde pública (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016).

Ampliaram-se então as ações para regulamentar a eSaúde, que contempla a utilização segura, eficiente e eficaz de TIC para atenção, vigilância, educação, conhecimento e investigações, em busca de melhor e maior acesso aos serviços de saúde, com qualidade nos mesmos, a partir de rede estruturada e conectada para alcançar profissionais e serviços e atender as suas necessidades (MELO; SILVA, 2006; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016; SILVA, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; 2016). e-Saúde representa a convergência da Internet com a saúde e inclui qualquer serviço de saúde viabilizado pela Internet (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016). Integra desde os espaços de formação até a prestação de cuidados aos usuários dos sistemas de saúde.

O uso de eSaúde busca a melhoria na situação de saúde das pessoas (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016) por meio de trabalho intersetorial e interdisciplinar para pensar em aspectos tecnológicos, socioculturais e econômicos relacionados e interdependentes (ROJAS MENDIZABAL et al., 2014). Na saúde pública, pode trazer inovações aos processos de trabalho, melhorar a comunicação e a segurança dos pacientes; promover eficiência no uso do tempo e de recursos; e, promover benefícios sócio-sanitários para qualificar a atenção à saúde, melhorar a qualidade de vida das pessoas e ajudar a superar barreiras geográficas e temporais. Dessa forma, permite ampliar o acesso e diminuir tempo de espera por atendimento. Nesse contexto, a telessaúde é um dos componentes da eSaúde, que trata da prestação de serviços de saúde usando as TIC para superar a distância como barreira para cuidados em saúde, aproximando os serviços de saúde de quem reside em lugares remotos (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011; 2016).

Neste estudo, entendemos eSaúde como um conceito abrangente, que contempla toda a forma de utilização de tecnologias a serviço da saúde e que inclui a telessaúde. A telessaúde é muitas vezes apresentada como sinônimo de telemedicina, mas a entendemos como um termo mais abrangente e que contempla todas as áreas relacionadas à saúde, sempre com o objetivo de melhorar o cuidado de quem usa os sistemas e serviços de saúde por meio da ampliação do acesso (EL-KHOURI, 2003; MARCOLINO et al., 2013). Pensar telessaúde contempla não só a aplicação das tecnologias para mediação de serviços de saúde, mas também estudar a gestão da política pública de saúde (SILVA; MORAES, 2012).

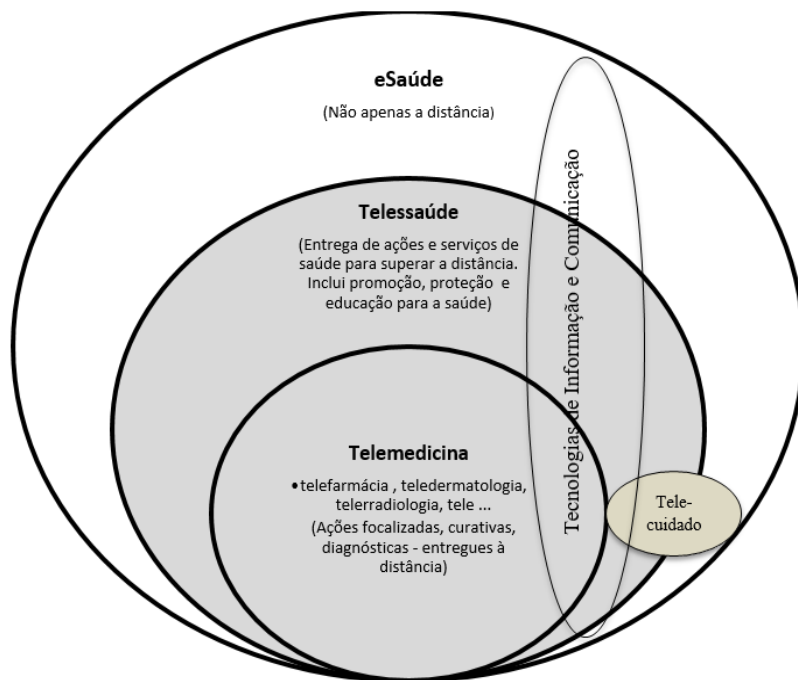
O termo telemedicina foi o primeiro a ser utilizado para se referir ao uso de TIC para práticas assistenciais à saúde a distância (ASCENCIO, 2012; MELO; SILVA, 2006; WEN, 2008) estando pautado na prestação de cuidados médicos, um cenário já expandido e que contempla hoje as diversas áreas da saúde com suas ações focais e também práticas formativas e de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de educação em um processo continuado.

Apesar de serem indexados em bases de dados como sinônimos e assim também aparecerem em muitos trabalhos, para fins deste estudo empregaremos o termo telessaúde para tratar da oferta de serviços de saúde por meio de telecomunicação à distância (DECS, 2018; MESH,

2018) e discutir as diversas possibilidades de uso. Ao falarmos de telessaúde estaremos contemplando o termo telemedicina (Figura 1).

A telessaúde pode contribuir para a reformulação de sistemas de saúde em prol de maiores benefícios para gestores, profissionais e pacientes, especialmente para países em desenvolvimento como o Brasil porque contribui para ampliar a APS, integrar serviços de saúde, superar desafios e ampliar o acesso em regiões remotas, melhorar a qualidade da atenção e a resolutividade no cuidado, ampliar as ações dos profissionais de saúde e promover Educação Permanente em Saúde (EPS), reduzir tempo entre diagnóstico e implementação do cuidado, racionalizar custos, auxiliar na identificação e rastreamento de problemas de saúde pública (BRASIL, 2015b; MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016; MALIK; VIANA, 2015).

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



Fonte: Adaptado de Meneses, Oliveira e Nascimento (2016).

As características da população mundial e o envelhecimento populacional vêm ampliando as demandas por serviços de saúde e desenhando um cenário ainda mais favorável à telessaúde. Contudo, ainda é um campo emergente, pois enfrenta desafios que se relacionam a questões políticas, regulatórias, culturais e técnicas (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

Implementar eSaúde e fazer telessaúde exige que sejam pensados os aspectos de infraestrutura da rede, internet, acesso, capacitação para o uso, mas também em como deve ser seu uso, políticas e regulamentações éticas e legais que orientem e monitorem seu funcionamento, e ações para avaliação da sua evolução, de forma que seja possível garantir o direito de todos ao acesso à saúde de qualidade (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011).

As estratégias espalhadas pelo mundo buscam ampliar a capacidade de respostas dos sistemas de saúde às necessidades dos seus usuários por meio dos serviços de telessaúde. A aplicação de telessaúde já tem fundamental importância para melhorar a qualidade e acessibilidade a cuidados médicos, fornecendo acesso em áreas carentes, agilizar o tratamento e melhorar a qualidade de vida de doentes crônicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

A telessaúde no Brasil tem forte emprego para responder às necessidades de qualificação e fortalecimento da APS por meio do apoio aos profissionais em busca de um modelo integral de atenção à saúde que valoriza os determinantes sociais de saúde. Desde o seu início, o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes) buscou preencher a lacuna de apoio e formação para qualificação dos profissionais de saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e qualificar a entrega dos serviços de saúde (HADDAD et al., 2016). O Telessaúde Brasil Redes é um Programa do Ministério da Saúde, organizado a partir de Núcleos Técnico-Científicos de Telessaúde espalhados pelo Brasil, que oferecem serviços de apoio à assistência e à educação permanente em saúde (BRASIL, 2011; 2015).

Para isso, foi uma preocupação permanente garantir que a tecnologia chegasse em todas as regiões, com foco principal em áreas remotas e isoladas (HADDAD et al., 2016). A informatização das unidades básicas de saúde tem sido estimulada por diferentes programas e políticas, como o próprio Telessaúde Brasil Redes, e também o e-SUS – sistema de prontuários eletrônicos.

Em um cenário de envelhecimento populacional e aumento das demandas em saúde, cada vez mais a telessaúde se fortalece como estratégia para ampliar a qualidade das ações e serviços de saúde e a capacidade de respostas dos serviços às necessidades da população (BRASIL, 2015; MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016; MALIK; VIANA, 2015).

O Observatório Global para eSaúde (GOe), foi criado em 2005 pela OMS para estudar a evolução e impacto da eSaúde, os benefícios das tecnologias de informação e comunicação para cuidados de saúde e sua discrepante oferta e utilização em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, dando ênfase à importância da avaliação de forma a identificar problemas, benefícios, custos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; OLIVIERA, 2015). Há ainda escassez de estudos científicos disponíveis que sistematizem a telessaúde e a inserção de seus saberes e práticas na saúde pública (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

No Brasil há ainda produção científica baixa que contemple a telessaúde orientada para a Saúde Coletiva no SUS (SILVA; MORAES, 2012). Levando isso em conta, este projeto de pesquisa tem como tema a telessaúde na APS e como objeto de estudo o uso de telessaúde para apoio assistencial na APS, propondo-se a construir um modelo avaliativo para o uso de telessaúde para apoio assistencial na APS e a responder: O Telessaúde tem cumprido o objetivo de apoio assistencial a partir dos serviços oferecidos? Como tem sido o uso da telessaúde para apoio assistencial na APS? Quais as facilidades e quais as barreiras para seu uso?

No contexto desse estudo, “uso” deve ser entendido como o ato de utilizar ou empregar a telessaúde com alguma finalidade, proveito ou utilidade para a prática em saúde, sendo tratado como sinônimo de utilização.

Tem-se como pressuposto que o uso da telessaúde é potencializado quando a organização dos serviços de saúde facilita o acesso aos seus serviços, quando há orientação para o uso pela gestão e pelo conhecimento das ferramentas e reconhecimento de seus potenciais de apoio.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o uso de telessaúde para apoio assistencial na Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o papel da telessaúde nos contextos brasileiros e catarinense a partir de revisão de literatura (Artigo 1);
- Desenvolver a modelização e o desenho para avaliação de telessaúde para apoio assistencial na APS (Artigos 2 e 3);
- Elencar os aspectos que facilitam ou limitam o uso de serviços de telessaúde para apoio assistencial na APS a partir dos atores envolvidos no processo (Artigo 4);
- Identificar os recursos, a experiência e as condições necessárias para as mudanças pretendidas (Artigo 4).

3 REVISÃO DE LITERATURA

Apresenta o estado da arte do tema e objeto, estruturado em 4 seções que tratam de: 1) Telemedicina e Telessaúde; 2) Telessaúde na Atenção Primária à Saúde: orientação do modelo de atenção; 3) Telessaúde no Apoio Assistencial para a APS; e 4) Teoria de mudança para a avaliação de um programa de saúde.

3.1 TELEMEDICINA E TELESSAÚDE

A eSaúde responde às mudanças trazidas pela modernidade, a globalização de doenças, práticas em saúde e hábitos de vida, e tem como objetivo a busca de soluções de baixo custo e fácil acessibilidade a partir do uso das TIC, permitindo a difusão do conhecimento com equidade (MELO; SILVA, 2006).

Telemedicina foi o primeiro termo empregado para tratar do uso das TIC para suporte aos profissionais na promoção de cuidado a usuários do sistema de saúde (SILVA, 2013). Por telemedicina pode-se entender que seja o uso de tecnologias de informação e comunicação para prover acesso a informações médicas, ações e serviços de saúde (CÁCERES MÉNDEZ et al., 2011).

O termo telemedicina data da década de 1970 e surgiu como área de pesquisa nos Estados Unidos com a ideia de levar cuidados médicos aos pacientes sem precisar deslocá-los de um lado para outro, sendo vista também como forma de garantir a oferta de exames, consultas, acesso a especialidades e a cirurgias à distância, para educação e pesquisa de profissionais em formação (URTIGA; LOUZADA; COSTA, 2004).

Há registros de experiências nessa área no Canadá, ainda na década de 50, com aplicações para: teleconsultas, telepatologia, telerradiologia, telepsiquiatria, tele-educação, telemonitoração, sistemas de informação para registros clínicos e troca de dados entre instituições e como bancos de dados de pesquisa em rede; como ação de redes de saúde pública e de informações de saúde comunitária (URTIGA; LOUZADA; COSTA, 2004).

Além disso, a *National Air and Space Agency* (NASA), na década de 60 já se preocupava e requeria o emprego de comunicação à distância para troca de informações entre os astronautas e a equipe médica que os acompanhava (NASA, 2013; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016).

Para a NASA, telemedicina contempla a integração de tecnologias de telecomunicação, informação, interface homem-máquina e de cuidados médicos para a melhoria dos cuidados com a saúde em vôos espaciais (EL-KHOURI, 2003; NASA, 2013).

A primeira fase da telemedicina, chamada por Bashshur, Reardon e Shannon de “era da telecomunicação” vai até a década de 80 e evidencia as várias barreiras tecnológicas que limitam a oferta dos serviços sendo dependente da televisão e do rádio para difundir as informações (CÁCERES MÉNDEZ et al., 2011; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016). Em 1993 a palavra telemedicina é indexada como termo MeSH no Medline (CÁCERES MÉNDEZ et al., 2011). Este período – décadas de 80 e 90, Bashshur, Reardon e Shannon denominam de “era digital”, quando começa a digitalização da informação e a integração em redes de telecomunicação orientadas por protocolos que ampliam a capacidade de transmissão conjunta de sons, imagens e dados de forma rápida (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016). E a época atual é designada pelos autores de “era Internet”, com ampliação e intensificação da anterior, maior acesso e custos menos elevados (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016).

Como termo indexado, telemedicina contempla a oferta de serviços de saúde por meio de telecomunicação à distância (DECS, 2018; MESH, 2018), incluindo consulta interativa e serviços de diagnóstico. Para que isso seja possível, inclui o uso das TIC como veículo para a construção e comunicação de saber e de informações científicas aplicadas à saúde, oportunizando educação na saúde, ampliação do acesso a cuidados em saúde adequados e alcance à informação de qualidade, eliminando a distância e outras barreiras físicas e temporais (ASCENCIO, 2012).

O emprego e as descrições dos termos telemedicina e telessaúde servem à forma como seu uso se dá por diferentes entidades, mas sempre têm a distância como parte do conceito e a busca por favorecer o acesso rápido e seguro a apoio qualificado, levando educação e assistência aonde for necessário (SILVA; MOREL; MORAES, 2014). Para isso necessita uma rede tecnológica estruturante e recursos humanos qualificados e em quantidade suficiente para preparar para seu uso e manter o sistema, que deve sempre respeitar os preceitos éticos, em busca da melhoria dos serviços de saúde prestados.

A *American Telemedicine Association* (ATA) – uma das primeiras organizações no mundo a se dedicar ao estudo da telemedicina (EL-KHOURI, 2003) relaciona os termos telemedicina e telessaúde, mas destaca a telemedicina como a prestação de cuidados clínicos com o uso de informações médicas para cuidado e educação de paciente ou provedor do cuidado buscando melhorias para o paciente, e a telessaúde como mais ampla, com apoio a áreas remotas, que extrapola os limites da clínica médica (ATA, 2016), com o que corrobora a *European Health TelemaTIC Observatory* (EHTO) (EL-KHOURI, 2003).

Para a OMS, a telessaúde trata da interação entre um provedor de cuidados em saúde e um paciente quando ambos se encontram distantes fisicamente, sendo que essa interação pode ocorrer em tempo real (síncrona) ou por meio do armazenamento e encaminhamento posterior de informações (assíncrona) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Estes formatos servem à intenção no uso: tipo de informação a ser passada, natureza e quantidade, urgência na transmissão, condições gerais, recursos, segurança, privacidade (ASCENCIO, 2012). E são apoio para as diversas áreas e especialidades clínicas, administrativas e educacionais em saúde a quem está distante (SILVA, 2013).

O potencial da telessaúde é ampliado quando há legislação para orientar as práticas e interesse no uso em busca de melhorias na assistência a partir de profissionais de saúde capacitados e qualificados (BILL; CRISCI; CANET, 2014). Assim, a telessaúde pode permitir cuidado ao paciente, a promoção de saúde, a educação na saúde e em saúde, prevenção de doenças, vigilância epidemiológica, gerenciamento de serviços de saúde, proteção ambiental (HEAD et al., 2011), colaborar com a melhoria da qualidade do atendimento, possibilitando até o atendimento do paciente que está na própria casa (LEE et al., 2011) e contribuir para o acesso a informações gerais em saúde sem precisar ir até outras cidades (ASCENCIO, 2012).

A ATA propõe uma classificação para os serviços que nomeia como telemedicina (ATA, 2016):

a) cuidados primários e serviços de referência especializada: apoio para cuidados primários que podem ser por meio de consulta com pacientes ou entre profissionais;

b) monitoramento remoto de pacientes: acompanhamento a distância de pacientes que requerem cuidados continuamente, incluindo o repasse de informações clínicas e dados de exames e servindo como complementação de visitas domiciliares;

c) informações médicas e de saúde para as pessoas: uso das TIC para obter informações especializadas de saúde por meio de grupos de discussão on-line;

d) educação médica: critérios e recursos para a formação continuada, especialmente para grupos em locais remotos.

No Brasil, a telessaúde tem seus objetivos atrelados à melhoria da resolubilidade no SUS por meio de tele-educação e teleassistência, com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

A Declaração de Tel-Aviv (TEL-AVIV, 1999) trata das responsabilidades e normas éticas para a utilização de telemedicina. No Brasil, o exercício das ações de telessaúde regulamentado pelo Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes) se restringe ao apoio entre profissionais de saúde, não sendo permitida a interação direta entre profissional e paciente a distância (BRASIL, 2012a; SCHMITZ et al., 2017). O Conselho Federal de Medicina (CFM) destaca ainda que a tomada de decisão é de responsabilidade do médico assistente (CFM, 2002), que pode buscar auxílio de outros profissionais por meio da telessaúde. Em relação à regulamentação para utilização de telessaúde, o CFM regulamenta ações de telessaúde por meio de diversas Resoluções CFM: 1.643/2002, 1.931/2009, 1.974/2011, 2.107/2014 e 14/2017, mantendo a impossibilidade da telessaúde em substituição a atendimentos presenciais, mas tem discutido a reformulação da resolução CFM 1.643/2002.

Outros conselhos regulamentadores de classe apresentam algumas publicações disponíveis. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamenta o cumprimento de prescrições à distância por meio da Resolução COFEN 225/2000, atualizada por meio das Resoluções 0456/2014 e 487/2015, que incluem e consideram prescrições médicas em atendimento de telessaúde. Os Conselhos Federais de Psicologia (CFP) e de Fonoaudiologia (CFFa) regulamentam atividades de telessaúde nas profissões por meio das Resoluções CFP 11/2018 (que revogou a Resolução CFP 11/2012) e CFFa 427/2013, respectivamente. No caso da Psicologia, a Resolução foi publicada em maio de 2018 e contempla regulamentação para atendimentos e procedimentos entre profissionais de saúde – psicólogos, e pacientes a distância, utilizando tecnologias de informação e comunicação. A Fonoaudiologia regulamenta a teleconsulta com restrições à avaliação clínica a distância.

É importante que se discuta mais sobre a regulamentação das práticas e que sejam pensadas de forma ampla a preservação da relação profissional-paciente, a necessidade de infraestrutura de tecnologias para comunicação que aprimore a legalização das práticas e garanta a privacidade dos pacientes e o sigilo na troca das informações, o reconhecimento e financiamento de serviços de telessaúde, e o alcance da telessaúde por meio da compreensão acerca da importância e benefícios possíveis (CÁCERES MÉNDEZ et al., 2011).

No que se refere às barreiras para a implementação da telessaúde, diferentes autores propõem classificações distintas, mas que envolvem centralmente questões técnicas, regulatórias e culturais. Em relação ao âmbito das tecnologias, temos o acesso ainda desigual e insuficiente à infraestrutura necessária e à internet de qualidade, a não interoperabilidade entre os sistemas de informação, a diversidade dos mesmos e a dificuldade para garantir o manejo seguro das informações. No âmbito regulatório temos a falta de políticas sólidas que regulamentem e organizem, por meio de normas claras, as questões éticas, de financiamento e sustentabilidade para o uso dos serviços disponíveis, de forma que assegurem os interesses de todos os atores envolvidos e que contemplem as possibilidades em diferentes cenários. Quanto ao âmbito cultural, temos as dificuldades relacionadas às necessidades de repensar as práticas profissionais, reorganizar os processos de trabalho de equipes multiprofissionais, pensar a relação profissional de saúde/paciente e o insuficiente aparato ético e legal disponível – que torna as práticas inseguras-, e lidar com diferentes opiniões sobre telessaúde e distintas capacidades de profissionais nos serviços para aceitar e utilizar informática (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016; MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

Em relação à implementação da telessaúde como uma política de estado, é necessária a colaboração de diferentes Ministérios, já que a saúde tem dimensões econômica – processo de inovação, acumulação e eficiência econômica-, e social – interesses da população e equidade em saúde como direito de cidadania-, que andam juntas (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016). Assim, a telessaúde respeita a organização interna de cada serviço na medida em que promove inovação tecnológica orientada para a realidade, observando a estrutura material, humana e econômica, a capacidade de assimilar, trabalhar e gerir novos conhecimentos de cada local.

Incorporar a telessaúde pode tornar a gestão em saúde mais eficiente quanto aos serviços que oferta, quanto aos seus resultados – promovendo economia de escala, e quanto à prática de recursos humanos, além de favorecer o intercâmbio cultural e a adaptação facilitada das equipes a diferentes situações, já que, conectadas em rede, podem inovar suas práticas e tornar a oferta de serviços mais completa e continuamente atualizada (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016). Então, o sistema público de saúde conectado em rede, qualificado e dinâmico a partir da telessaúde, torna as suas organizações mais qualificadas e competitivas, contudo, interdependentes, interativas e eficazes, com benefícios para seus gestores, trabalhadores e usuários.

3.2 TELESSAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ORIENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO

Desde a criação do SUS em 1990, a política de saúde pública brasileira busca alcançar seus princípios doutrinários: integralidade, equidade e universalidade, contando com a construção dessa realidade por gestores, profissionais de saúde e usuários em conjunto (BRASIL, 1990). Para que essa construção seja possível, a APS foi adotada como a coordenadora e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS), orientando a sua estrutura para atender as necessidades em saúde das pessoas, tendo a ESF como principal estratégia para implementação de atenção integral à saúde das pessoas, impacto sobre os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, valorização do contexto sócio-cultural e das complexas necessidades individuais e coletivas (BRASIL, 2011c; 2011e; MENDES, 2011; 2012;).

A APS possui uma rede de serviços amplamente distribuída, chegando muito perto de toda a população para oportunizar acesso à atenção e assistência em saúde com qualidade, integralidade, equidade e resolubilidade. Nesse contexto, a telessaúde ganha força como estratégia de apoio para garantir a integração e o compartilhamento com construção de conhecimento entre os profissionais que compõem essa rede, fortalecendo a mesma e ampliando a oferta de serviços, o acesso e a qualidade no cuidado de todos os usuários do sistema público de saúde brasileiro.

As RAS são um conjunto de ações e serviços que, se coordenados pela APS, podem levar à oferta de atenção humanizada e segura, equânime, contínua, integral e eficiente aos seus usuários no momento e local que precisarem, com responsabilização sanitária e qualidade,

sempre orientada pelas reais necessidades dos usuários (MENDES, 2011).

Para isso, cabe à APS o primeiro contato na atenção contínua e sistêmica aos seus usuários, oferecendo cuidados integrais ao longo do tempo, por meio dos atributos: acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade, guiados por seus atributos derivados de orientação familiar, comunitária e cultural, ofertando serviços que respondam às necessidades reais daqueles a quem presta cuidados (STARFIELD, 2002). Contudo, a proposta desse modelo de atenção focado na APS para acesso prioritário, com coordenação do cuidado, integralidade e longitudinalidade, ainda não foi alcançado (SCHMITZ; HARZHEIM, 2017).

A orientação da APS e da ESF se dá pela proposta do modelo de atenção à saúde almejado para o SUS, que está centrada em seus usuários, com a atenção à saúde orientada por duas dimensões – política e técnico-científica, buscando a integralidade no cuidado e nas respostas das RAS (PAIM, 2008). Modelo de atenção à saúde não é uma denominação estática, mas dinâmica e adaptável para responder às diferentes necessidades e realidades de usuários e serviços.

As equipes de ESF e a APS são centrais para o reconhecimento das necessidades em saúde e definição das ações sobre as mesmas. Para garantir uma assistência resolutiva, precisam estar preparadas e amparadas para lidar com a diversidade e alta complexidade de demandas para promover a atenção integral em saúde (MENDES, 2015; MERHY; FRANCO, 2005; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Como principal porta de entrada do SUS, espera-se que a APS se responsabilize pelos usuários, seja ordenadora e coordenadora das RAS e resolva entre 85 a 90% das demandas em saúde, reduzindo e qualificando os encaminhamentos para os demais níveis de atenção (MENDES, 2012; BRASIL, 2015a), sempre orientada pelo modelo integral e de vigilância à saúde, com centralidade nos usuários e em suas reais necessidades, levando em conta o contexto de vida.

Para dar conta das complexas necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades e desenvolver ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, as equipes multiprofissionais que compõem a APS precisam ser amplamente qualificadas. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma das estratégias que podem promover formação e qualificação dos profissionais e apoio para o fortalecimento desse nível de atenção, situada cultural e politicamente com a sociedade e os

princípios do SUS e respondendo às necessidades individuais, de equipe e gestão (BRASIL, 2012a).

Neste contexto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) vem orientada para transformar profissionais e serviços de saúde, sempre comprometida com o desenvolvimento permanente dos seus recursos humanos (BRASIL, 2009). A busca é pela transformação da realidade no Sistema de Saúde, ampliando a capacidade e autonomia dos profissionais e equipes para a construção de conhecimento e cuidado com integralidade e resolutividade na APS e no SUS.

O modelo de atenção integral proposto pelo SUS – orientado por uma APS forte a partir do trabalho de equipes de saúde da família-, tem construído importantes melhorias para a situação de vida e saúde da população brasileira (MALTA et al., 2016). Levando isso em conta, o Ministério da Saúde do Brasil investiu na ampliação da cobertura das equipes, com aumento do financiamento da Atenção Básica, indução de uma cultura de avaliação, e ainda, criação, implementação e fortalecimento de outras medidas como Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Programa de Valorização da Atenção Básica, Programa Mais Médicos, e o Programa Telessaúde Brasil Redes (MALTA et al., 2016).

Ao desenhar a estrutura operacional que compõe as RAS, Mendes propõe cinco componentes que são descritos e estruturados da forma como segue (MENDES, 2012, p.23):

[...] o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS.

O Telessaúde Brasil Redes é uma ação nacional que compõem as estratégias da PNEPS e oferece serviços de Tele-educação e Teleassistência para qualificar a APS no SUS, de forma integrada entre ensino e serviço, para apoio assistencial e apoio à educação permanente de profissionais que compõem as RAS (BRASIL, 2011a; 2011b; CASTRO FILHO, 2007), tirando dúvidas e fortalecendo para a tomada de decisões.

Além desses objetivos e de forma complementar, o Telessaúde Brasil Redes é também um componente do Programa de Requalificação

das Unidades Básicas de Saúde, cujo foco está no aumento da resolubilidade pela APS e a sua integração nas RAS por meio da qualificação dos atendimentos, ampliação da oferta de serviços e da capacidade clínica para responder aos problemas dos usuários, dando suporte às equipes de saúde (BRASIL, 2015b).

A telessaúde passa a ser mais do que o uso das TIC para o repasse de informações em saúde e torna-se um caminho para a transformação de realidades, propondo ações para formação e qualificação, mas de forma articulada à gestão do sistema de saúde, que aponta suas necessidades e as fragilidades e barreiras a serem transpostas (GUEDES; SÍNDICO, 2014).

As ferramentas de telessaúde têm efeito sobre a pesquisa, o ensino, a gestão, o diagnóstico e o tratamento em saúde, o que torna ainda mais importante a implementação e disseminação das ações, bem como a introdução de disciplinas de Informática em Saúde, Telemedicina, Telessaúde e Biotecnologia nas instituições formadoras, em busca do fortalecimento de todo o sistema de saúde (RIBEIRO FILHO et al., 2008), já que telessaúde depende da integração dos setores de saúde, telecomunicações e de tecnologias da informação (CASTRO FILHO, 2007; BILL; CRISCI; CANET, 2014).

A telessaúde é um caminho para alcançar a descentralização e cumprir os princípios de universalização e acesso equitativo aos serviços especializados no SUS, porém, é importante identificar fragilidades e potencialidades, reconhecer e conhecer os limites da aplicação das TIC na saúde, e consolidar seu emprego associado à valorização da relação entre profissionais e usuários em busca da promoção da saúde (CORRÊA; ARREGUY; SANTOS, 2008). Se o usuário for desconsiderado e excluído dos processos que envolvem a recuperação e/ou manutenção da sua saúde, seguiremos, mesmo que de forma inovadora, a favorecer o modelo biomédico fragmentado de atenção à saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016). A APS é o espaço ideal para identificar e responder às demandas dos pacientes por meio da oferta qualificada de ações e serviços.

Ações de telessaúde devem responder às necessidades do local em que são implantadas e ser contextualizadas no tempo, oportunizar o planejamento de ações adequadas, promover economia financeira ao otimizar os processos (WEN, 2008), o que vai diretamente ao encontro das necessidades da APS no Brasil e da busca por uma atenção de qualidade, sem o desperdício de recursos.

A telessaúde ampara a APS com recursos capazes de oferecer respostas aos mais diversos e complexos cenários em saúde e doença, permitindo acesso rápido às melhores opiniões e experiências para o manejo das situações, de diversos serviços e níveis de atenção, conectados por experts que compõem as equipes multiprofissionais que prestam os diversos serviços de telessaúde (BILL; CRISCI; CANET, 2014).

Os serviços de APS estão sob a responsabilidade de cada município e são os mais próximos das pessoas; a atenção secundária é ofertada por hospitais e serviços de assistência especializada e de urgência e emergência; e, a atenção terciária contempla os serviços especializados e de alta complexidade e custos.

É crucial uma atenção de qualidade no nível primário para que os usuários tenham seus problemas atendidos e só passem aos outros níveis de atenção aquele percentual (cerca de 10 a 15%) que realmente precisa. Já que a APS, como primeiro contato dos usuários, desenvolve cuidado coordenado, integral e longitudinal, com foco na família e orientação comunitária e cultural (STARFIELD, 2002) e tem como função ser resolutiva e atender a maioria dos problemas de sua população, respondendo de forma integral, sempre em comunicação com as RAS e com responsabilização pelas necessidades de quem cuida no contexto intersetorial (MENDES, 2012). A assistência em saúde oferecida precisa contemplar ações integrais para o cuidado das pessoas: promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

A telessaúde tem papel importante para a resolubilidade na atenção e para suporte a essa APS pensada para ampliar o acesso dos usuários aos serviços que necessitam (MENDES, 2012). Propomos assim pensar o apoio da telessaúde para aumentar a resolubilidade da APS à medida que orienta a tomada de decisão na assistência aos usuários do sistema de saúde, oportunizando acesso com qualidade – qualidade entendida também no contexto da facilitação e rapidez de resposta às demandas reais por cuidados em saúde.

3.3 TELESSAÚDE NO APOIO ASSISTENCIAL PARA A APS

A telessaúde é uma área de atuação multidisciplinar que pode ser dividida em práticas de teleassistência e tele-educação com atenção às necessidades e aprimoramentos na área da saúde buscando um modelo de atenção focado no usuário e em respostas às suas necessidades, para ampliação e facilitação do acesso dos usuários aos serviços e para a resolução dos seus problemas no contexto da APS (ASCENCIO, 2012; CASTRO FILHO, 2007).

Há uma relação direta entre os serviços de tele-educação e teleassistência, que oportuniza pensar e desenvolver estratégias educacionais que possam potencializar a transformação de práticas e serviços de saúde (OLIVIERA et al., 2015). Contudo, entende-se neste trabalho, que enquanto a teleassistência tem condições de dar respostas mais rápidas às fragilidades dos profissionais em serviço e promover EPS ao longo do tempo, a tele-educação caminha em sentido complementar, promovendo EPS e, a longo prazo, fortalecendo os profissionais para tomar decisões na assistência aos usuários.

O apoio assistencial responde diretamente às demandas por apoio clínico, relacionados ao cuidado em saúde e tem especial importância em locais onde há carência de profissionais e serviços em determinadas áreas geográficas, permitindo a conexão e o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de forma a possibilitar a discussão de casos e a tomada de decisão para o cuidado (ALKMIM et al., 2015). Schmitz e colaboradores (2017, p.2) propõe uma lista de ações em telessaúde organizadas por tipo de interação, modalidade e sincronicidade entre quem utiliza (Quadro 1).

Quadro 1. Ações de telessaúde organizadas por tipo de interação, modalidade e sincronicidade.

Ação de telessaúde	Interação à distância mediada por TIC entre:		Modalidade	Sincronicidade
Teleconsulta	profissional de saúde	↔ paciente	assistencial	síncrona / assíncrona
Teleconsultoria	profissional de saúde	↔ profissional de saúde	assistencial	síncrona / assíncrona
Telediagnóstico	equipamento de coleta	↔ profissional de saúde	assistencial	síncrona / assíncrona
Telecirurgia	profissional de saúde	↔ equipamento robótico de cirurgia	assistencial	síncrona
Telemonitoramento	sensor de coleta	↔ dispositivo de monitoramento e armazenamento	assistencial	síncrona / assíncrona
Tele-educação	profissional (is) de saúde	↔ profissional (is) de saúde	educacional	síncrona / assíncrona
Tele-educação	profissional (is) de saúde	↔ Objeto de Aprendizagem	educacional	assíncrona
Tele-educação	profissional de saúde	↔ Segunda Opinião Formativa	educacional	assíncrona

Fonte: Schmitz et al. (2017, p.2).

Ao qualificar e fortalecer a APS como centro coordenador e organizador do cuidado em saúde, a teleassistência contribui para a organização da rede de atenção e alcance do modelo integral de atenção proposto para o SUS (CASTRO FILHO, 2007). No âmbito do SUS, a Teleconsultoria proposta pelo Telessaúde Brasil Redes tem como

objetivo direto a resposta aos profissionais, apoiando para a resolução de dúvidas clínicas ou relacionadas ao processo de trabalho e, a longo prazo, promover a formação de conhecimento e preparar esse profissional para lidar com situações semelhantes em outros momentos (BRASIL, 2012a).

Para fins desse trabalho, detalharemos a teleconsultoria e o telediagnóstico, serviços de apoio clínico-assistencial entre profissionais para a tomada de decisão na APS, ofertados por núcleos de telessaúde no Brasil. As outras formas de uso de telessaúde com foco na assistência ainda não dispõe de ampla regulamentação e não compõe os serviços oferecidos pelo Telessaúde Brasil Redes. A Segunda Opinião Formativa (SOF), resultado das teleconsultorias, auxilia os profissionais de saúde no uso das melhores evidências e conhecimentos científicos para resolver suas questões de prática diária, melhorando, qualificando e aumentando a resolubilidade da APS no SUS no Brasil (HADDAD et al., 2016). Contudo, sua oferta é aberta e de consulta livre via Biblioteca Virtual em Saúde, não constituindo exclusiva e necessariamente um apoio assistencial; muitas vezes trata-se de educação permanente.

O Telessaúde Brasil Redes propõe que a teleconsultoria seja um espaço de consulta entre profissionais que possa dar respostas às necessidades de apoio da APS para resolver os problemas locais a partir de evidências científicas atuais, qualificando o cuidado por meio do fortalecimento e qualificação do profissional que a solicita (BRASIL, 2012a). Ao ser articulada com áreas estratégicas como a regulação, pode elevar o potencial da APS de ser resolutiva, diminuindo filas e o tempo de espera por acesso aos serviços, além de qualificar esse acesso (BRASIL, 2015b; FIGUEIREDO; GUEDES, 2015).

O parágrafo I do artigo 2º da Portaria nº 2.546/2011 (BRASIL, 2011a) define teleconsultoria como:

Consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho [...].

A teleconsultoria permite o compartilhamento e troca de conhecimento entre profissionais e pode evitar em aproximadamente 70% a necessidade de remoção dos pacientes, com possibilidade de resolução nas próprias Unidades de Saúde da Família (FIGUEIREDO; GUEDES, 2015). Ela permite que os profissionais que atuam nas equipes de APS possam acessar informações e evidências científicas e trocar experiências com outros profissionais, construindo uma rede de saúde que os conecta

e, oportunizando apoio, melhora a qualidade de vida de quem usa e amplia suas capacidades (GONÇALVES et al., 2014).

O telediagnóstico é definido pela Portaria nº 2.546/2011 como “o serviço autônomo que utiliza as tecnologias de informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distâncias geográfica e temporal”, por meio do qual exames complementares realizados no âmbito da APS são laudados a distância por médicos especialistas (BRASIL, 2011a).

Quando a oferta de telediagnóstico responde às necessidades de estrutura e oferta de serviços pela rede, tem como benefícios a melhoria do acesso dos pacientes aos serviços de saúde, redução de custos e da necessidade de deslocar pacientes e profissionais a centros de referência, melhoria do acesso a diagnóstico e tratamento adequados e resolutivos com menor tempo de espera (BRASIL, 2012a; VON WANGEHEIM et al., 2012).

A emissão de laudos à distância para exames como eletrocardiogramas já tem resultados comprovados de redução de custos e benefícios secundários por evitar transportes desnecessários e manter os pacientes sob os cuidados de sua equipe de saúde de referência (ANDRADE et al., 2011; CAMPELO; BENTO, 2010; VON WANGEHEIM et al., 2012; VON WANGEHEIM; CAVALCANTE; WAGNER, 2013).

Há núcleos de Telessaúde no Brasil já organizados e ofertando os serviços orientados para atender as necessidades de seus usuários. Contudo, expandir e consolidar a oferta e o uso das tecnologias ainda é um desafio, pois há subutilização e é necessário fortalecer as ações de monitoramento e avaliação, melhorar a conexão de internet nos municípios e manter livre o acesso ao repositório institucional com a produção na área (FIGUEIREDO; GUEDES, 2015).

3.4 AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE SAÚDE ORIENTADA PELA TEORIA DE MUDANÇA

A utilização coletiva de conhecimento depende de como são incorporadas as informações de forma a influenciar os pensamentos, práticas e ações, sofrendo forte influência do entendimento individual da importância de tal conhecimento e de como os vários atores envolvidos interagem para o consenso acerca do uso (CONTANDRIOPOULUS; BROUSSELLE, 2012). O uso de um conhecimento é influenciado por sua relevância, credibilidade e acessibilidade, estando os dois primeiros

muito sujeitos a influências de posicionamentos prévios dos usuários, além disso, a polaridade entre os interesses dos envolvidos, o relacionamento dos avaliadores com os membros da organização e as características individuais relacionadas ao conhecimento e aceitação das mudanças, exerce influências sobre o uso (CONTANDRIOPOULUS; BROUSSELLE, 2012).

Ainda são recentes e há poucos estudos de qualidade disponíveis sobre avaliação de serviços de telessaúde e entende-se que para o processo avaliativo ter qualidade é preciso que seja multidisciplinar, sistemático, objetivo e robusto, envolvendo todos os atores – pacientes, profissionais, instituições e sociedade, e avaliando sua estrutura, aplicação e resultados (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016).

Comparação realizada com dois casos de sistemas de telessaúde – brasileiro e canadense-, demonstrou benefícios do uso da telessaúde para gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde, com eficiência econômica dos gastos, profissionais menos isolados e mais satisfeitos e usuários com maior acesso a serviços, precisando se deslocar menos para longe de sua unidade de saúde de referência (MALIK; VIANA, 2015; VIANA, 2015).

O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes completou em 2017, dez anos do lançamento do edital do Projeto Piloto pelo Ministério da Saúde. O Programa surgiu com foco na APS, para qualificar profissionais e a entrega de serviços de saúde, mas seus resultados positivos levaram à sua expansão para o SUS como um todo e a inclusão da telessaúde na lista de serviços disponíveis em 2011, o que se reflete na legislação brasileira, que apresenta a telessaúde como uma decisão de política nacional (BRASIL, 2011a; HADDAD et al., 2016).

Considerando a história do Programa Brasileiro de Telessaúde organizada em fases – de desenvolvimento e estruturação a partir da realidade brasileira; de implantação e implementação por meio da conformação de estruturas de gestão no país e da expansão da oferta de serviços; e de integração ao SUS com os Núcleos de Telessaúde sendo registrados como estabelecimentos de saúde a ofertar serviços para fortalecer o trabalho de profissionais de saúde -, a fase atual é a de alcançar a sustentabilidade e a integração efetiva ao processo de trabalho, integrada aos fluxos, para alcançar resultados positivos na qualificação da oferta de serviços de saúde (HADDAD et al., 2016).

O uso de ferramentas padronizadas e validadas pode orientar a sistematização do objeto e permitir a comparação (KHOJA et al., 2013). Khoja e colaboradores (2013) identificaram teorias e conceitos de

avaliação relevantes para eSaúde. A partir das análises, identificaram que há uma variedade de temas relacionados ao uso de TIC em serviços de saúde que precisam ser avaliados. Estes temas incluem desde o provimento tecnológico até o impacto social e comportamental, passando pela implementação das ações, questões éticas, de custo e questões políticas e processuais – relacionadas ao preparo de instituições e indivíduos, e orientação teórico-legal e suporte adequados para que adotem os novos processos.

Nesse contexto, destacam que as avaliações precisam ser abrangentes e não se limitar apenas aos resultados de ações de eSaúde ou questões econômicas, mas envolver tudo que pode influenciar tais ações: questões relacionadas à saúde, aspectos sociais e técnicos, éticos e políticos (KHOJA et al., 2013).

A avaliação é capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ações e seus resultados para permitir o posicionamento de diferentes atores e a construção de juízos de valor que orientem ações e decisões em políticas públicas (HARTZ, 2005). Assim, a avaliação de uso de uma política ou programa precisa identificar os fatores que interferem para a sua implementação, já que a simples divulgação de um protocolo ou política pode não impactar diretamente para que seja um instrumento de orientação para a ação, com apropriação como estratégia transformadora e promotora de melhorias reais que apontem para melhor uso dos recursos, uso de técnicas e métodos mais apropriados para responder às necessidades apontadas pelo modelo de atenção que o orienta.

Até este momento, não foram encontradas publicações que apresentem um Modelo Avaliativo do uso da telessaúde para apoio assistencial na APS. Desta forma, para orientar a construção de um modelo que contemple toda a complexidade desses recursos, foi desenvolvida uma revisão de literatura para detalhar o uso da telessaúde na APS e a presença da avaliação nesse contexto.

Diferentes funções, tipos e metodologias para avaliação são apresentados, mas um de seus objetivos centrais está em, sistematicamente, questionar o mérito e a relevância de um assunto, proposta ou programa, servindo à sociedade por ser útil, viável, ética e tecnicamente adequado, melhorando a efetividade das ações a partir da inserção social, política e econômica do objeto em questão, de seu valor prático e da responsabilidade social que orienta as condutas e a (re)orientação das ações (MINAYO, 2005, p.19).

Para isso, a avaliação se utiliza de diferentes métodos e técnicas para tornar possível julgar o valor de seu objeto de estudo. De acordo com Patton, quando orientada especificamente para um programa, a avaliação oportuniza a sistematização de suas atividades, características e resultados de forma a esclarecer a necessidade ou não de transformações (CHAMPAGNE et al., 2011a).

O desenho quanti-qualitativo é conveniente para estudos de avaliação e possibilita a completude do estudo de forma a alcançar diferentes informações e compreensões que possam servir ao alcance dos objetivos propostos, permitindo o uso de significâncias de relações estatísticas para descrição e exploratório de informações, bem como o aprofundamento para a construção e análise de evidências, levando em conta os aspectos históricos, a relação entre pesquisador e pesquisados e suas posturas (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010).

A análise de implantação é uma forma de pesquisa avaliativa que tem por objeto as relações entre a intervenção, seus componentes e o contexto, em comparação com a produção dos efeitos, objetivando apreciar o modo como, em um contexto, uma intervenção provoca mudanças e delimitar os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011a), e requer primeiramente o desenvolvimento de um estudo de avaliabilidade.

O estudo de avaliabilidade contempla os procedimentos que precedem a avaliação e indicam sua utilidade, facilitando e potencializando a sua realização, indicando se o programa é avaliável e dando consistência e credibilidade à avaliação que será desenvolvida (NATAL et al., 2010), sendo fundamental à caracterização do processo avaliativo e a determinação dos propósitos e do foco avaliativo (THURSTON; POTVIN, 2003).

Para a construção do estudo de avaliabilidade é necessário o desenho dos modelos teórico e lógico que vão orientar o processo avaliativo. “A modelização consiste em explicitar os vínculos com frequência complexos, que se articulam no curso do tempo entre as estruturas, os processos e os resultados”, de forma a entender a intervenção no conjunto de ações e recursos que envolvem o alcance dos resultados (CHAMPAGNE et al., 2011b, p. 64-65).

No contexto deste estudo, a modelagem aponta para o contexto teórico que orienta a telessaúde para apoio assistencial, o contexto nacional em que se insere a telessaúde – estruturada em núcleos de telessaúde orientados por normativas a partir do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes e suas bases epistemológicas (SUS, EPS, APS), o contexto de coordenação e execução local (universidade e Secretaria de

Estado da Saúde), o processo de oferta de serviços e os resultados esperados, de acordo com o que propõe Donabedian (MEDINA et al., 2005).

Essa proposta será enriquecida com o desenvolvimento de uma teoria de mudança para pensar a utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS, com a construção de uma representação gráfica que possa demonstrar o caminho que é preciso percorrer para chegar ao resultado e as mudanças que precisam acontecer nesse percurso. A Teoria de Mudança (TM) tem sido definida de diferentes formas e não há consenso entre os autores, mas Stein e Valters identificaram que, de forma mais comum, ela é proposta como uma forma de articular o desenvolvimento de uma intervenção (atividades/ações) para alcançar as mudanças pretendidas (resultados), tendo quatro objetivos centrais: planejamento estratégico, descrição, monitoramento e avaliação, aprendizagem (STEIN; VALTERS, 2012).

A TM data da década de 90, quando, nos Estados Unidos, foi empregada como uma abordagem para melhorar a avaliação no campo de iniciativas comunitárias, sendo sua primeira definição dada por Weiss em 1995: “uma teoria de como e por que uma iniciativa funciona”, de como se desenvolve para que os resultados aconteçam (STEIN; VALTERS, 2012; WEISS, 1995). Weiss (1995) apresenta o conceito ao apontar os benefícios da avaliação baseada na teoria do programa para uma compreensão detalhada do mesmo e para gerar conhecimento sobre as teorias de mudança, de forma a explicar como as evidências se sustentam na prática.

São identificadas duas aplicações para a TM: como abordagem para planejar e desenvolver estratégias ou como abordagem para monitoramento e avaliação (ARENSMAN, WAEGENINGH, WESSEL; 2018). Vogel então propõem o emprego da TM para conceber e avaliar programas, tendo uma aplicação mais prática (STEIN; VALTERS, 2012; VOGEL, 2012) orientando processo e produto que envolve os interessados em um ciclo de reflexão (VOGEL, 2012). Pode ser usada no processo de avaliação para melhor compreensão do programa já em vigor e como as ações desenvolvidas contribuem para o alcance do resultado pretendido, explicando, com uma análise, como se dá a cadeia de resultados (ROGERS, 2014; STEIN; VALTERS, 2012).

A avaliação nesse processo propõe o aprendizado para identificar oportunidades de alcance das melhorias pretendidas. A TM ajuda a desenvolver planos de monitoramento e avaliação para ajudar as partes interessadas a adaptar o progresso em busca dos resultados desejados a

longo prazo e a avaliação pode estimar o grau de mudança ou entender o porquê e como essa mudança foi (ou não) produzida, mapeando extensão de um problema e informando a gestão do programa sobre o que é importante (ALLEN; CRUZ; WARBURTON, 2017).

A TM pode ser desenvolvida para qualquer nível de intervenção e serve a pesquisas que buscam inferir causalidade, permitindo análise de contexto e a possibilidade de triangulação de dados quanti e qualitativos, com a representação dos fatores que ajudam ou impedem mudanças (ROGERS, 2014). Os processos de mudança são complexos e a TM pode agir em diferentes níveis, de acordo com as mudanças que são esperadas: mudanças nas pessoas que refletem na intervenção; mudanças nas relações com efeitos sociais que transformam e resolvem conflitos; e, mudanças estruturais, institucionais e sistêmicas (STEIN; VALTERS, 2012).

Dois conceitos são importantes de serem analisados ao pensarmos a TM: pressupostos e evidências. Os pressupostos são difíceis de serem identificados e podem estar muito relacionados a cada contexto e emprego da TM e precisam ser bem pensados com rigor para contribuir com o trabalho analítico que se pretende. As evidências devem fornecer informações que capturem as várias dimensões da mudança, incluindo dados de base científica, prática, experiência profissional e demais fontes disponíveis. A produção de evidências em TM ainda é frágil (STEIN; VALTERS, 2012).

Os princípios-chave da TM identificados por Valters (2015): foco no processo – ser dinâmica e orientar o processo e o desenvolvimento das ações, dando voz aos atores; priorizar a aprendizagem – ter responsabilidade sobre a construção ao longo do tempo, as adaptações às novas informações e os efeitos sobre os resultados, identificando e compreendendo as melhorias; ser liderada localmente – não pode ser um processo verticalizado, precisa partir de construção entre os interessados e envolvidos; pensar bússola e não mapa – a TM não é um local onde se quer chegar, mas sim um orientador para o caminho.

Para ser útil, a TM precisa ser abrangente, e para ser utilizável ou factível, deve respeitar o processo, que precisa ser bem fundamentado e compreendido em relação ao papel dos atores envolvidos (STEIN; VALTERS, 2012). Essa pesquisa traz um convite a pensar e testar uma TM para o uso de telessaúde para apoio assistencial na APS.

O desenvolvimento de uma avaliação é uma forma de ouvir os interessados envolvidos na mudança que se deseja para um programa, de forma a dar voz às suas opiniões em busca do alcance dos objetivos que se pretende alcançar. Reconhecer que há diferentes poderes envolvidos e

analisar em que medida interferem no processo de mudança também é fundamental (STEIN; VALTERS, 2012).

Além disso, é iminente a necessidade de socializar novas experiências de emprego da TM para orientar a avaliação e o processo formativo em busca de melhorias nos programas, tornando possível o alcance dos resultados esperados.

4 MÉTODO

Nesta sessão está descrito o percurso metodológico de desenvolvimento do estudo: estudo de avaliabilidade para apresentação da modelização da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS; e, estudo empírico por meio de estudo de caso.

Trata-se de estudo avaliativo, qualitativo, indicado para pesquisas que envolvem intervenções complexas, com elementos que podem interagir de formas diversas e levar a resultados variados (HARTZ, 1997). Buscou-se, com o desenvolvimento de um estudo de avaliabilidade e de um estudo de caso, avaliar o uso de telessaúde para apoio assistencial na APS de forma a compreender os fatores explicativos do cenário, considerando a oferta e utilização dos serviços disponíveis e o papel dos diferentes atores envolvidos.

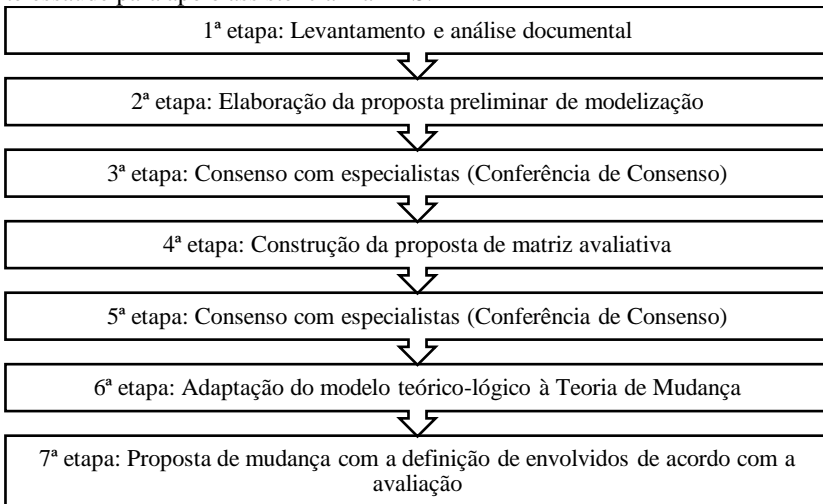
4.1 ESTUDO DE AVALIABILIDADE

O EA contemplou as etapas desenvolvidas antes da avaliação propriamente dita para facilitar o processo avaliativo e conferir credibilidade, apontando sua utilidade e oportunidade (NATAL et al., 2010). Além disso, permitiu a descrição da intervenção em análise e a definição de questões para avaliação a partir de alguns elementos: delimitação do programa por identificação de metas, objetivos e atividades; revisão de documentos; identificação de recursos disponíveis, atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas; entendimento preliminar de como o programa funciona; desenvolvimento de um modelo de avaliação; identificação dos usuários da avaliação e outros envolvidos; e, acordo quanto aos procedimentos da avaliação (THURSTON; POTVIN, 2003; THURSTON; RAMALIU, 2005).

A Teoria de Mudança (TM) orientou a proposta final de modelização, de forma a desenhar o encadeamento de ações que buscam o alcance dos resultados almejados para a intervenção, respeitando o contexto e buscando olhar para os atores envolvidos (VOGEL, 2012; YOUNG et al., 2014). O quadro final de análise foi construído a partir do modelo teórico-lógico e da matriz avaliativa.

O desenvolvimento do EA foi por meio de uma abordagem qualitativa, operacionalizado por meio das fases apresentadas na figura 2.

Figura 2. Etapas do processo de construção da modelização da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS.



Fonte: As autoras (2018).

4.1.1 Levantamento e análise documental

O levantamento e a análise da bibliografia e de documentos foram realizados durante todo o período de construção da tese – agosto de 2014 a junho de 2018. Foi realizada a busca de documentos oficiais relacionados à telessaúde em sites institucionais e páginas de organizações – Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, órgãos regulamentadores de telessaúde no cenário nacional e internacional. A consulta a bases eletrônicas incluiu: PubMed da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline); Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs), via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Scopus; Web of Science; portal de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes); busca livre de literatura cinzenta.

Como termos de busca foram utilizados: telessaúde ou telemedicina, Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica à Saúde, apoio assistencial ou teleassistência, utilização ou uso, avaliação ou avaliação em saúde ou avaliação de programas e políticas de saúde, e os seus correspondentes em inglês e espanhol, bem como as variações propostas para os termos no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e no MeSH (Medical Subject Headings). Foram excluídas as publicações

que tratavam de telessaúde para interação direta com pacientes, sendo realizada a leitura das publicações sobre apoio entre profissionais.

4.1.2 Proposição e validação dos modelos teórico e lógico

A partir do amplo estudo do referencial teórico selecionado, foram construídas as propostas iniciais de modelo teórico para Núcleos Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes e modelo teórico-lógico para uso de telessaúde para apoio assistencial na Atenção Primária à Saúde. Esses modelos foram amplamente discutidos durante a realização das disciplinas de Avaliação em Saúde cursadas durante o Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

Após a definição inicial da representação gráfica proposta pelos autores, foram então apresentados a um grupo de especialistas para análise e validação. Conferência de Consenso foi o método utilizado para a validação dos modelos teórico e teórico-lógico por consenso com especialistas (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005).

Para o modelo teórico de Núcleos do Programa Telessaúde, foram convidados 16 especialistas (um coordenador e dois ex-coordenadores do Telessaúde Brasil Redes; três ex-coordenadores do Núcleo Telessaúde Santa Catarina e 10 pesquisadores na área de telessaúde, educação permanente e avaliação em saúde), selecionados a partir de publicações nas áreas, experiência em pesquisa ou vinculação por trabalho com telessaúde no cenário nacional. Os especialistas tinham como opção validar a proposta concordando plenamente, parcialmente ou discordando. Nove especialistas retornaram, sendo que seis concordaram plenamente e três concordaram parcialmente com a proposta. As contribuições encaminhadas foram sugestões para ajuste de forma e representação dos componentes e teoria do programa.

Para o modelo teórico-lógico do uso de telessaúde para apoio assistencial foram convidados 18 especialistas (um coordenador e dois ex-coordenadores do Telessaúde Brasil Redes; três ex-coordenadores do Núcleo Telessaúde Santa Catarina e 12 pesquisadores na área de telessaúde, educação permanente e avaliação em saúde), utilizando-se os mesmos critérios de seleção. Houve retorno de dez especialistas, com unanimidade de aprovação, acompanhada de sugestões ou indicação de concordância plena. As sugestões indicaram o ajuste de conceitos e para que o modelo contemplasse apenas o apoio assistencial entre profissionais, já que no Brasil o Telessaúde Brasil Redes está orientado

nessa lógica e não há regulamentação de consulta à distância entre paciente e profissional.

A validação foi desenvolvida com a utilização do software Survey Monkey® (<https://pt.surveymonkey.com>) para envio da proposta teórica e organização gráfica dos produtos. Os modelos construídos pelos pesquisadores foram enviados para apreciação pelos especialistas. As sugestões foram acatadas quando consensuais e os modelos foram adaptados, seguindo as adequações sugeridas.

4.1.3 Validação da matriz avaliativa

A construção da proposta de matriz avaliativa foi realizada a partir do modelo teórico-lógico e da revisão de literatura. Foram definidas dimensões, subdimensões, indicadores e medidas para a elaboração da matriz avaliativa inicial.

Para a validação da matriz avaliativa por consenso com especialistas também foi utilizada a Conferência de Consenso. Foram convidados 14 especialistas (um ex-coordenador do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, um ex-coordenador do Núcleo Telessaúde Santa Catarina e 12 pesquisadores na área de telessaúde e avaliação em saúde), provenientes de universidades e de núcleos de telessaúde do Telessaúde Brasil Redes, selecionados a partir de publicações relacionadas ao uso de telessaúde para apoio assistencial ou avaliação e experiência em pesquisa nas áreas.

O envio da matriz avaliativa para apreciação dos especialistas convidados foi por meio do software Survey Monkey® e nove retornaram com contribuições. Estas contribuições foram direcionadas à maior clareza da matriz para permitir identificar mudanças nas condutas dos profissionais que usam a telessaúde. Realizou-se a revisão e os ajustes da matriz para atender as indicações, sendo enviada a versão corrigida para aprovação final.

A matriz avaliativa (Apêndice A) orientou a construção dos roteiros para a coleta de evidências.

4.1.4 Proposição de modelo avaliativo orientado pela Teoria de Mudança

A partir do modelo teórico-lógico e da matriz avaliativa validados, realizou-se a construção do quadro lógico de análise orientado pela Teoria de Mudança (TM) (ALLEN et al., 2017; VOGEL, 2012; STEIN; VALTERS, 2012; YOUNG et al., 2014). O quadro foi proposto considerando a TM para orientar a representação gráfica das relações

lógicas entre as ações e os resultados esperados para a intervenção (CRAVO; SILVA, 2017).

O desenho do quadro lógico foi orientado pela proposta do Overseas Development Institut (ODI) para representar o encadeamento das ações desenvolvidas em busca dos resultados a partir dos atores envolvidos (YOUNG et al., 2014). A partir das dimensões propostas no modelo teórico-lógico de telessaúde para apoio assistencial na APS e da matriz avaliativa, foram identificados e respeitados o contexto relativo ao programa – interno e externo, os condicionantes do apoio assistencial, as atividades realizadas, os produtos e resultados esperados, e o impacto pretendido (VOGEL, 2012).

Após o desenho do quadro lógico para avaliar a telessaúde para apoio assistencial na APS foi desenvolvida uma proposta de mudança desejada para a intervenção a ser avaliada. Essa proposta foi orientada pelo Mapeamento de Resultados (YOUNG et al., 2014), propondo os resultados considerados essenciais, desejáveis e avançados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2014) em relação aos atores envolvidos no processo de oferta e utilização da telessaúde para apoio assistencial na APS.

4.2. ESTUDO DE CASO

O Estudo de Caso (EC) foi o desenho escolhido por ser muito útil para estudar fenômenos sem limites precisos em relação ao contexto, bem como para o estudo de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos (YIN, 2005; NATAL et al., 2008).

4.2.1 Seleção de caso

Para responder aos objetivos, optou-se por um desenho de pesquisa com estudo de caso único, de forma a dar atenção às diferenças entre as subunidades a partir de um caso representativo e cujas características são passíveis de replicação com outros casos (YIN, 2005; 2013), composto da seguinte forma:

- Caso: Núcleo Telessaúde Santa Catarina (Telessaúde SC);
- Unidade de análise: Serviços de telessaúde para apoio assistencial na APS;
- Níveis de análise: provedor (coordenadores de serviços do núcleo de telessaúde que oferta os serviços); gestão (coordenadores de APS de municípios, cujas equipes usam os serviços de telessaúde para apoio assistencial); e, usuários (profissionais médicos, enfermeiros e dentistas

de equipes de Saúde da Família que usam serviços de telessaúde para apoio assistencial).

O caso foi selecionado intencionalmente, devido à conveniência, e por ser um dos núcleos do Projeto Piloto de Telessaúde no Brasil e desenvolver todos os serviços previstos. Os municípios participantes foram selecionados a partir de estudo exploratório desenvolvido (LÜDKE et al., 2018), que levou em conta a utilização pelas equipes dos serviços oferecidos pelo Telessaúde SC em 2015. Os municípios foram selecionados por estratos, de acordo com o número de equipes de saúde da família (0 – 3 equipes: estrato 1, 4 – 10 equipes: estrato 2, 11 – 20 equipes: estrato 3, mais de 20 equipes: estrato 4), sendo selecionado um município por estrato.

A partir da identificação dos municípios, houve atualização dos dados de utilização dos serviços do Telessaúde SC pelas equipes nos anos 2016 e 2017. Um quinto município (estrato 4) foi incluído intencionalmente pelo destaque no uso dos serviços oferecidos pelo Telessaúde SC a partir de meados do ano 2015.

De cada município foi selecionada uma equipe, com maior uso dos serviços. Considerou-se inicialmente o maior número total de participações; participação em todos os serviços; maior variedade de profissionais usuários; e, maior número de teleconsultorias realizadas. Os dados de uso dos serviços foram avaliados a partir de relatórios exportados do portal do Telessaúde SC – Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde (STT) –, emitidos em Excel®.

4.2.2 Fontes de evidências e coleta de dados

Entrevistas semi-estruturadas foram utilizadas para a coleta de evidências. Antes da aplicação das entrevistas foi realizado teste piloto com aplicação do roteiro para médico e enfermeiro de uma equipe de ESF e o coordenador de APS de um município. A realização desse pré-teste permitiu ajustar a estrutura do roteiro e a sua aplicação, com inclusão de exemplos aos questionamentos realizados (Apêndice B).

Posteriormente, nos meses de junho e julho de 2017, foram realizadas 19 entrevistas, individualmente, com cada profissional de saúde (cinco médicos, cinco enfermeiros, quatro cirurgiões-dentistas) e os coordenadores de APS (cinco). O tempo total de entrevistas foi de 15 horas, 36 minutos e 50 segundos, com média aproximada de 50 minutos por entrevista. Com os nove coordenadores de serviços e atividades do Núcleo Telessaúde SC foi utilizado o roteiro semi-estruturado para realização de um grupo focal. O grupo focal teve duração de 1 hora e 36

minutos. Antes de aplicar os roteiros, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido, houve concordância e assinatura do mesmo.

A coleta de evidências foi gravada em áudio e, posteriormente, houve a transcrição integral do conteúdo, resguardando-se o sigilo dos entrevistados, que foram identificados de acordo com a função e o número relacionado ao local/município de trabalho (exemplos: C.Tele1; C.APS1; M1, E1, D1).

As evidências foram complementadas por pesquisa documental para fundamentar as discussões acerca do objeto e ampliar as possibilidades de análise, e incluiu registros protocolares do uso de Telessaúde no Estado de Santa Catarina a partir de normativas do cenário Nacional e documentos oficiais do Telessaúde SC. A pesquisa documental contempla a análise de materiais que ainda não receberam tratamento analítico ou que podem fornecer informações complementares para contribuir com a interpretação dos dados (NEVES, 1996).

4.2.3 Análise dos dados

A análise das evidências foi realizada por meio de análise de conteúdo temática, a partir dos elementos propostos no quadro de análise. Foi realizada a decomposição e agregação das informações de forma sistematizada e objetiva para descrição do conteúdo das mensagens (MINAYO, 2014). Foram considerados os níveis de análise e os passos propostos por Minayo (2014):

a) leitura flutuante do material para pré-análise, verificando a pertinência das respostas quanto às perguntas;

b) exploração do material de acordo com cada nível de análise: as respostas foram organizadas de acordo com os âmbitos e a cadeia lógica proposta pela TM, com extração de trechos das entrevistas e síntese das observações;

c) interpretação das falas.

Os documentos foram mapeados a partir de temas-chave para ser possível organizar a descrição dos dados. A análise foi realizada no sentido de contribuir para qualificar e complementar as evidências disponíveis e disponibilizar novas informações não levantadas anteriormente (MINAYO, 2014).

Na sequência, os dados foram analisados levando em conta os atores envolvidos e as ações esperadas para cada grupo, nos diferentes níveis de análise, para construir o conjunto de evidências quanto ao que se esperava, gostaria ou adoraria verificar (YOUNG et al., 2014).

Finalmente, foram cumpridos os demais passos para mapear os resultados e propor uma Teoria de Mudança (YOUNG et al., 2014):

- a) extrapolar a análise para propor formas de alcançar os resultados;
- b) propor as atividades a serem desenvolvidas pelos atores e estratégias para alcançar;
- c) destacar as competências e os recursos necessários à implementação das estratégias de engajamento.

4.2.4 Divulgação dos resultados e retorno aos participantes

A divulgação dos resultados será realizada por meio da publicação de artigos científicos a serem submetidos a revistas especializadas na área de telessaúde e Saúde Coletiva e apresentação em eventos científicos.

Para os municípios participantes, profissionais de saúde, núcleo de telessaúde e demais interessados, o retorno dos resultados será realizado por meio de relatório a ser encaminhado em versão escrita. Será solicitado espaço para apresentação dos resultados também em reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado de Santa Catarina.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos para o desenvolvimento da pesquisa com seres humanos foram garantidos a partir do cumprimento das orientações das Diretrizes e Normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS).

Este estudo integra o Projeto de Pesquisa 401211/2013-4 – ‘Avaliação do impacto dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina’, financiado pela Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit nº 08/2013 – Pesquisa em educação permanente para o Sistema Único de Saúde (SUS) e dimensionamento da força de trabalho em saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme parecer nº 1.466.605 (Anexo 2).

Os municípios participantes assinaram declaração de anuência, concordando com a realização da pesquisa (Apêndice C). Todos os atores envolvidos foram convidados a participar após a ampla explicação sobre o estudo e, ao aceitarem, assinaram o TCLE como garantia do respeito às informações, à garantia do anonimato e à livre participação ou desistência a qualquer momento durante o desenvolvimento da pesquisa (Apêndice D).

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa, seguindo as normas do Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSC/UFSC), serão apresentados no formato de artigos.

O primeiro artigo faz uma apresentação do caso – Núcleo Telessaúde Santa Catarina. Descreve a história da telessaúde no cenário nacional e no Estado de Santa Catarina, e a importância estratégica da sua implantação como Programa para o fortalecimento da APS e para o alcance de resultados positivos nos serviços de saúde no SUS. O artigo foi publicado na Revista Brasileira de Tecnologias Sociais / ISSN: 2358-2200 / DOI <http://dx.doi.org/10.1420/rbts.v5n1.p33-47>.

O segundo artigo é o estudo de avaliabilidade, que apresenta a proposta de modelo teórico para a avaliação de núcleos de telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. O artigo foi publicado na Revista Mary nn Liebert, Inc. – Telemedicine and e-Health / ISSN: 1530-5627 | Online ISSN: 1556-3669 / DOI <https://doi.org/10.1089/tmj.2017.0007>.

O terceiro artigo traz uma proposta de modelo avaliativo da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS orientado pela TM. O artigo está configurado para ser submetido ao periódico Health Policy an Planning.

Por fim são apresentados os resultados completos da coleta de evidências, seguidos pelo quarto artigo. O artigo de resultados traz a avaliação da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS a partir do caso: Núcleo Telessaúde Santa Catarina e está pré-formatado para ser submetido ao periódico Revista Panamericana de Salud Publica.

5.1 ARTIGO 1: TELESSAÚDE: DA IMPLANTAÇÃO AO ENTENDIMENTO COMO TECNOLOGIA SOCIAL

Resumo

O artigo apresenta um resgate histórico da implantação do Telessaúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, em especial a experiência do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina. Apresenta os serviços de tele-educação, teleconsultoria, telediagnóstico e segunda opinião formativa como instrumentos de educação permanente à distância para as equipes de Atenção Primária à Saúde, propiciando melhoria da qualidade da assistência e ampliação do acesso à saúde, revelando-se como importante tecnologia social.

Palavras-chave: Telessaúde. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Tecnologia Social.

Introdução

Telessaúde refere-se à prestação de serviços de atenção à saúde por meio do uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC), de forma a superar a barreira da distância e aproximar os serviços de saúde, promover acesso e melhorar a qualidade da assistência com apoio à tomada de decisão pelos profissionais, compartilhamento e coordenação de recursos geograficamente distribuídos, otimizando seu uso e garantindo a oferta qualificada de diferentes especialidades em saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD, 2016).

A história da telessaúde iniciou com a telemedicina, uma atividade inicialmente médica (ASCENCIO, 2012). Os termos têm o mesmo princípio, mas a telessaúde amplia o conceito para as diversas áreas da saúde e suas ações de promoção e proteção, educação para a saúde, saúde pública e de comunidade (SILVA, 2014).

O alcance da telessaúde tem ampliado à medida que cresce o interesse no seu uso e se estabelecem legislações para orientar as práticas, respaldado pela busca de mudanças nas perspectivas da assistência em saúde para o futuro, oferecendo mecanismos de apoio e comunicação entre trabalhadores de primeira linha de cuidado (BILL; CRISCI; CANET, 2014).

No mundo todo, as aplicações da telessaúde têm sido por meio de serviços de (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2016; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD, 2016; CÁCERES MÉNDEZ et al., 2011):

- Assistência remota: que pode ser direta ao paciente ou por meio de apoio ao profissional, para diagnóstico e tratamento a distância de

pacientes, acompanhamento para seguimento ou cuidado e manejo de doentes;

- Gestão administrativa de pacientes: solicitações de provas analíticas e questões relacionadas a cobranças e prestação de serviços;

- Formação e educação a distância em saúde e na saúde: por meio da discussão de temas de interesse com base em evidências para promoção de educação de forma contínua dos profissionais de saúde e também dos usuários em geral dos sistemas de saúde;

- Avaliação e investigação colaborativa em rede: compartilhamento das melhores práticas e construção de conhecimento por meio de referência e contra-referência entre os envolvidos.

Com a utilização da telessaúde, cinco benefícios fundamentais podem ser alcançados: 1) melhoria do acesso à saúde e à qualificação profissional; 2) eficiência – reduzindo custos nos cuidados, na formação profissional, com deslocamento e tratamento institucional de pacientes; 3) melhoria da qualidade e resolubilidade dos serviços de saúde; 4) redução do tempo de espera por serviços necessários; 5) satisfação dos pacientes, famílias e comunidade em utilizar telessaúde, pela melhoria do acesso e aproximação dos serviços que precisam (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD, 2016; AMERICAN TELEMEDICINE ASSOCIATION, 2016; CÁCERES MÉNDEZ et al., 2011). A telessaúde promove assim a orientação do modelo de atenção à saúde para a centralidade nos usuários, com globalidade e interoperabilidade entre as organizações de saúde para o trabalho em rede (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD, 2016).

Este artigo se propõe a apresentar a telessaúde a partir de um resgate da história do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes e da apresentação do Núcleo Telessaúde Santa Catarina. Contempla uma revisão teórica e o relato acerca da estruturação e oferta de serviços de telessaúde em Santa Catarina, discutindo a telessaúde como tecnologia social.

A Telessaúde no Brasil – História e Importância Estratégica para o Fortalecimento do SUS

A necessidade crescente de atenção às demandas em saúde fez emergir um contexto favorável ao surgimento da telessaúde como forma de descentralizar os serviços de saúde e ampliar o acesso dos usuários, agilizar e qualificar os atendimentos, por meio do incentivo de maior permanência possível dos usuários junto às suas equipes de saúde de referência. Isso se tornou mais viável a partir da criação do Sistema Único

de Saúde (SUS) em 1990, em um momento em que o Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária ganhou forças, e com ele a compreensão de que o foco da atenção precisa ser sempre o usuário, o que requer mais do que alta densidade tecnológica para seu cuidado (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Contudo, mesmo com a criação do SUS e a consagração de seus princípios – universalidade, equidade e integralidade, permaneceu a desigualdade de acesso a serviços de saúde, especialmente em municípios distantes dos grandes centros. Nesses locais, geralmente, os médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) são jovens e têm pouca experiência profissional (MARCOLINO et al., 2013), sentem-se isolados e há grande rotatividade profissional (PAIM et al., 2011).

Para apoiar esses profissionais, a telessaúde é uma das estratégias do Ministério da Saúde (MS), promovendo serviços e assistência à saúde de qualidade por meio de Educação Permanente em Saúde (EPS) – regulamentada pela Política Nacional de EPS (PNEPS) (BRASIL, 2009), para transformação de práticas e alcance das competências necessárias ao modelo de atenção que tem a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da atenção.

A história da telessaúde no Brasil começou ainda na década de 80, com relatos mais estruturados na década de 90, nas áreas pública e privada, mais centralizados em São Paulo e no Rio de Janeiro, com ações de telecardiologia, videoconferências e o aparecimento dos primeiros sites oficiais sobre saúde (EL-KHOURI, 2003; WEN, 2008). No final da década de 90 e início dos anos 2000 as ações de telemedicina se difundiram mais no Brasil, nos estados de Santa Catarina, Pernambuco, Paraná, Rondônia, Minas Gerais, Rio Grande do Sul (EL-KHOURI, 2003; WEN, 2013; VON WANGEHEIM; CAVALCANTE; WAGNER, 2013; ALKMIM et al., 2013; MONTEIRO et al., 2013).

O emprego de tecnologias em saúde se expandiu e se fortaleceu na primeira década dos anos 2000 e foi nesta época que o MS iniciou o apoio a telemedicina e telessaúde com ações pontuais e fomento a projetos gerais, sem sistematização das ações, que atendiam a diferentes finalidades, de acordo com as instituições que as desenvolviam ou coordenavam (EL-KHOURI, 2003).

O ano de 2005 é marcante para a telessaúde no Brasil (SILVA, 2014). Neste ano, as ações de telessaúde voltadas para a APS começaram a se concretizar, por meio do esforço do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS (TELESSAÚDE BRASIL REDES, 2016). Desde o início buscou-se integrar diferentes Ministérios, gestores

estaduais e municipais, unindo a expertise da academia com as necessidades em saúde pública, em busca de ampliar o acesso e uso aos serviços de telemedicina e telessaúde, buscando melhorar a qualidade da APS no SUS por meio de TIC para promover teleassistência e tele-educação (TELESSAÚDE BRASIL REDES, 2016).

A Portaria nº 35 GM/MS, de 04 de janeiro de 2007 instituiu o Projeto Piloto Nacional de Telessaúde Aplicada à Atenção Primária, denominado Programa Nacional de Telessaúde (TELESSAÚDE BRASIL REDES, 2016; SILVA, 2013; BRASIL, 2007), para apoio às ações de educação e assistência à saúde (OLIVIERA et al., 2015; BRASIL, 2012). O Programa do MS foi então criado pela SGTES visando ampliar a oferta de EPS com foco na APS, por meio da oferta de ações de tele-educação, segunda opinião e telediagnóstico (TELESSAÚDE BRASIL REDES, 2016).

No contexto do Programa, telessaúde é entendida como “o uso das modernas tecnologias de informação e comunicação para atividades à distância relacionadas à saúde em seus diversos níveis (primário, secundário e terciário)” (BRASIL, 2012, p.15). Um Núcleo ou serviço de Telessaúde se caracteriza pelo apoio diagnóstico e terapêutico e o foco no caráter educativo de suas ações em busca da qualificação das ações assistenciais para ampliação da capacidade de resposta às necessidades em saúde da população (BRASIL, 2012).

Os 9 estados participantes do projeto piloto foram: Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, por meio de universidades federais e estaduais. Foram implantados pontos de acesso em 100 municípios de cada estado, para assistir aos profissionais da APS de mais de 2.500 equipes, com a distribuição de equipamentos de informática para as equipes e municípios contemplados, ficando os municípios responsáveis por garantir a conectividade (TELESSAÚDE BRASIL REDES, 2016). Os municípios foram selecionados a partir de critérios de elegibilidade, que incluíam o comprometimento da gestão, baixo IDH e barreiras geográficas de acesso a serviços de referência (BRASIL, 2007).

Um ano após a implantação do Programa Nacional de Telessaúde, a diminuição de deslocamentos de pacientes já havia possibilitado a economia de 35 milhões de reais para o SUS (NASSIF, 2014) e em 2009 a abrangência dos Núcleos de Telessaúde chegava aos 900 municípios, beneficiando 11.000.000 habitantes, e mais 4 estados iniciavam suas atividades (TELESSAÚDE BRASIL REDES, 2016).

Em 2011, a Portaria GM/MS nº 2.546, redefiniu e ampliou o Programa Telessaúde Brasil, que passou a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes), com o objetivo de apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Primária como ordenadora no âmbito do SUS (SIMÕES et al., 2013; SILVA, 2013; BRASIL, 2011a). A partir de então é redefinida a oferta de serviços, que passa a ser composta por: teleconsultorias, telediagnóstico, tele-educação e segunda opinião formativa para promover a educação permanente e o apoio assistencial em saúde (BRASIL, 2012).

Também em 2011 houve a expansão do financiamento para núcleos municipais e estaduais e a integração do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, com incentivo à informatização (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2011b).

Os serviços de telessaúde são organizados a partir de Núcleos Técnico-Científicos de Telessaúde (NTCT) – responsáveis por formular e gerir os serviços oferecidos -, e Pontos de Telessaúde – serviços de saúde onde estão os profissionais que usam os serviços - (NILSON et al., 2017). Por meio desses núcleos, os profissionais podem acessar cursos, webpalestras, apoio assistencial e para organização do processo de trabalho através de telefone, mensagem de texto ou conteúdo publicado em portais criados para tal, que exigem infraestrutura e conectividade com acesso dos profissionais a equipamentos telefônicos e de informática (PINTO et al., 2014; NILSON et al., 2017).

O Telessaúde Brasil Redes é uma rede de serviços que funciona em parceria a partir de diferentes núcleos, que se estruturam em projetos estaduais, regionais ou intermunicipais, por meio do trabalho compartilhado de secretarias estaduais e municipais de saúde, instituições de ensino e serviços de saúde, oferecendo apoio permanente aos profissionais em diferentes serviços e distintos locais (PINTO et al., 2014; BRASIL, 2011b).

Em 2016 existiam mais de 40 núcleos implantados em 23 estados brasileiros e outros em fase de implantação, tendo a telessaúde no Brasil um importante papel no apoio às estratégias para fortalecer o modelo de organização proposto para o SUS e qualificar o cuidado prestado aos usuários, como o PROVAB (Programa de Valorização da Atenção Primária) e o Projeto Mais Médicos para o Brasil (BRASIL, 2016).

O financiamento dos NTCT é público e se dá por meio de repasses periódicos da União para Universidades ou Fundos de Saúde, que promovem a gestão dos recursos de acordo com as orientações legais de

cada instituição. A periodicidade e volume de repasse são definidos em projetos bienais, submetidos ao Fundo Nacional de Saúde, que tem por regra analisar separadamente projetos de custeio e projetos de capital. As instituições que abrigam o NTCT fornecem a estrutura física e sua manutenção. Tais projetos são analisados pela área técnica no Ministério da Saúde, e os valores aprovados estão vinculados à capacidade de oferta dos serviços e à demanda imediata por ampliação dos serviços (BRASIL, 2015a). Além desse financiamento direto do Fundo Nacional de Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde também podem contribuir com financiamentos parciais ou cedendo carga horária de profissionais para desenvolvimento de serviços de seu interesse, vinculados ao Telessaúde. Em menor escala, projetos de pesquisa financiados pelas agências de fomento também podem contribuir com o aprimoramento de ações e serviços. Mais recentemente, instituições nacionais de referência na prestação de serviços de alta complexidade tem se interessado em apoiar o desenvolvimento de serviços dos NTCT por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento do SUS (PROAD-SUS).

Telessaúde em Santa Catarina

A história da telessaúde em Santa Catarina iniciou em 1997, quando foi criado o Grupo *Cyclops* na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que atua desde então com a produção de tecnologias em aplicativos para uso de TIC em saúde (VON WANGEHEIM; CAVALCANTE; WAGNER, 2013). Desde o início das suas atividades, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), o grupo pensava e trabalhava para a ampliação do acesso, com menor custo e tempo de espera, a laudos de exames e diagnósticos. O trabalho do grupo culminou com a criação da Rede Catarinense de Telemedicina (RCTM), em 2005, inicialmente conectando 5 municípios do extremo oeste catarinense à Florianópolis para a realização de exames via *web* em larga escala e usando tecnologia inteiramente nacional (VON WANGEHEIM; CAVALCANTE; WAGNER, 2013).

O NTCT do Estado de Santa Catarina (Telessaúde SC) foi um dos núcleos implantados pelo projeto piloto, em 2007, justamente pelo fato de Santa Catarina já ter essa experiência com atividades de telemedicina (VON WANGEHEIM; CAVALCANTE; WAGNER, 2013).

As atividades do Projeto Nacional de Telessaúde Aplicado à APS no Estado de Santa Catarina tiveram início em 2008, contando com a articulação entre o Hospital Universitário e o Curso de Pós-graduação em

Saúde Pública da UFSC, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e a Secretaria de Estado da Saúde, incluindo sua Escola de Saúde Pública (VON WANGEHEIM; CAVALCANTE; WAGNER, 2013). Como previsto no projeto nacional, foram distribuídos os computadores em unidades básicas de saúde do interior do estado para a estruturação de uma rede de serviços de educação permanente. Posteriormente foram entregues mais 470 computadores e 1250 kits multimídia – *webcam*, microfone e caixas de som -, aos municípios, a partir de levantamento de necessidades, adquiridos com recursos de projetos financiados pelo Ministério da Saúde (NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017a).

Santa Catarina possui uma plataforma virtual própria para a oferta de serviços de telessaúde mantida por recursos do Telessaúde SC e da SES/SC. Sua implantação ocorreu em 2005 com um projeto piloto na cidade de Quilombo para oferta de telediagnóstico, por meio do serviço de Telemedicina da SES/SC (SAVARIS et al., 2011). Em 2010, houve a integração da plataforma de telediagnóstico com a plataforma de oferta dos outros serviços do Telessaúde, sendo criado o Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde (STT) – uma plataforma virtual única desenvolvida pelo Grupo *Cyclops*/UFSC em parceria com a SES/SC e Telessaúde SC, que oferece laudos a distância de diversas modalidades, acesso dos pacientes aos seus exames, webpalestras, teleconsultorias síncronas (em tempo real) e assíncronas (por mensagem de texto), cursos à distância, vídeos e outros materiais de apoio para formação e qualificação profissional (VON WANGEHEIM; CAVALCANTE; WAGNER, 2013; NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017a; 2017b).

O alicerce para a estruturação e oferta de serviços pelo Telessaúde SC sempre foi a articulação e trabalho intersetorial envolvendo ensino – UFSC -, e serviço – SES/SC -, com orientação pelos fundamentos da EPS para responder às necessidades reais dos profissionais apoiados, buscando transformar e fortalecer a APS e o SUS.

O Telessaúde SC, desde o início de suas atividades, tem ofertado todos os serviços orientados pelo MS, por meio de equipe multidisciplinar com formação em saúde pública e coletiva, saúde da família e especialidades focais condizentes com as necessidades de sua rede. Essa equipe planeja, monitora, avalia, compõem e constrói os produtos que são oferecidos aos profissionais cadastrados (NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017a). A equipe é composta por profissionais diretamente vinculados ao Núcleo – celetistas, prestadores de serviço ou

bolsistas -, ou aos parceiros – Secretarias de Estado e Municipais de Saúde -.

Entre 2008 e 2012, os serviços contemplaram webpalestras, segunda opinião e telediagnóstico. Ainda em 2012 iniciou um processo de reorganização conceitual e de oferta dos serviços, seguindo as novas diretrizes da SGTES – Portaria nº 2.546/2011 (BRASIL, 2011a) e do Departamento de Atenção Básica (DAB) – Portaria nº 2.554/2011 (BRASIL, 2011b), e, a partir de 2013, passou-se a utilizar a nomenclatura atual para os serviços oferecidos: teleconsultoria, telediagnóstico, tele-educação e segunda opinião formativa (SOF) (NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017a):

Telediagnóstico: Compreende o apoio ao diagnóstico clínico a partir da emissão de laudos de exames (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2015b). Em Santa Catarina o serviço foi exclusivamente financiado pela SES/SC até 2017, e é oferecido em parceria com o Telessaúde SC para as áreas de cardiologia e dermatologia. Equipamentos para eletrocardiograma e dermatoscopia foram distribuídos pela SES/SC e Telessaúde SC aos municípios do Estado, que também fazem investimentos e são responsáveis pela manutenção.

Os exames solicitados pelos médicos da APS são realizados nas unidades de saúde, enviados pelo sistema para a emissão dos laudos por cardiologistas e dermatologistas, sendo depois devolvidos para acesso dos pacientes e dos profissionais responsáveis. Em ambas as modalidades há o treinamento de profissionais dos municípios para a realização dos exames, além da discussão de fluxos e da melhor forma de uso para que o serviço responda às necessidades locais (NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017b).

Tele-educação: Inclui a oferta de palestras, conferências, fóruns, aulas e cursos (BRASIL, 2015). As webpalestras são palestras virtuais realizadas semanalmente, ao vivo, abordando temas atuais e da rotina dos profissionais de saúde. Os profissionais interagem com os palestrantes por meio de chat e depois têm acesso ao conteúdo editado que fica disponível no portal do Telessaúde SC. Essa tem sido uma estratégia importante para a educação dos profissionais da APS, inclusive fomentando espaços de aprendizagem coletiva, pois as equipes se reúnem para assistir a apresentação dos temas de seu interesse, discutir com os palestrantes e resolver dúvida dos profissionais, planejando juntos, soluções para os problemas locais (NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017b).

Os cursos, oferecidos à distância, também têm alcançado um público expressivo. São cursos de curta duração, com certificação, que utilizam a metodologia autoinstrucional, onde o próprio aluno organiza seu tempo de estudo a partir do cronograma proposto. Os temas trabalhados respondem a demandas identificadas junto aos profissionais usuários do serviço e à realidade enfrentada na rede pelo Telessaúde SC, e são desenvolvidos em parceria com a SES/SC (NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017b).

São também realizados webseminários, fóruns de discussão e reuniões de matriciamento, que promovem a interação e o compartilhamento de experiência entre os participantes a partir da discussão de temas clínicos ou de processo de trabalho (BRASIL, 2015; NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017b).

Teleconsultoria: É uma consulta entre profissionais de saúde, trabalhadores e gestores, e teleconsultores, para esclarecer dúvidas sobre temas clínicos ou de processo de trabalho das equipes, coordenação ou gestão e que pode ser realizada no formato síncrono (agendamento de horário para conversar em tempo real) ou assíncrono (mensagem de texto disponibilizada em até 72h) (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2015; NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017b).

As teleconsultorias clínicas e de processo de trabalho são ofertadas para todos os profissionais cadastrados e podem ser solicitadas, por livre demanda, para discutir casos ou temas clínicos gerais, epidemiológicos, de condutas populacionais, solicitação de material técnico de apoio, temas organizativos de planejamento, monitoramento, avaliação ou execução de ações e serviços no contexto das redes de atenção (NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017b).

Além disso, estão incluídas como etapa compulsória em fluxos de acesso ao nível especializado de atenção, permitindo a discussão dos casos em que o médico da APS tem intenção de encaminhar o paciente para o especialista (NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017b). As teleconsultorias que integram fluxos entre a APS e a Atenção Especializada se propõe a contribuir com a redução de encaminhamentos desnecessários e diminuir o tempo de espera por consultas com especialistas, fortalecendo a APS, qualificando e ampliando o acesso necessário ao nível especializado (NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017b; BRASIL, 2015a).

Segunda Opinião Formativa: São respostas sistematizadas e construídas com base em revisão bibliográfica, nas melhores e mais atualizadas evidências científicas e clínicas que servem à formação de diferentes interessados – profissionais, estudantes, trabalhadores de saúde

(BRASIL, 2011a; BRASIL, 2015b; NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017b). Elas são construídas a partir das perguntas mais relevantes e pertinentes que são enviadas pelos profissionais na forma de teleconsultoria, sendo selecionadas por tratarem de temas importantes, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS que têm a APS como central, e são revisadas antes do envio para publicação no acervo online da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde ficam disponíveis para acesso livre por todos os interessados (BRASIL, 2011a; NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017b).

Para garantir um conteúdo de qualidade, bem embasado, atual e simples, a ser acessado pelos profissionais, o processo de construção e validação das SOF pelo Telessaúde SC é rigoroso e passa pela discussão coletiva e revisão por pares internos antes do envio à BVS, onde será avaliado seu potencial para publicação (NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017b).

O Telessaúde SC busca o diálogo permanente com profissionais e gestores para pautar a oferta de serviços em reais necessidades de apoio e nas especificidades da rede de serviços. Aliado à Regulação, o Telessaúde pode ir além do papel educativo às equipes de saúde, agindo em pontos críticos do acesso dos usuários ao sistema de saúde. Teleconsultorias e tele-educação também podem contribuir com a reestruturação do processo de trabalho das equipes de saúde e com a mudança de prática e ressignificação do conhecimento para o alcance de novas práticas e da qualificação do cuidado em saúde (FIGUEIREDO; GUEDES, 2015).

Núcleo Telessaúde Santa Catarina: Evolução na Oferta de Serviços

Em 2012 foram realizadas mais de 880 teleconsultorias de processo de trabalho, a participação nas webconferências foi de mais de 75% dos municípios cadastrados e se alcançou uma média de 30 perguntas respondidas por mês pela teleconsultoria clínica (NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017a).

Já em 2013, o Núcleo Telessaúde SC passou a investir em ferramentas e recursos humanos para ampliar a oferta de teleconsultorias assíncronas e síncronas, com cobertura de 84% dos municípios catarinenses (NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017a).

Para expandir o uso e oferta do serviço de teleconsultorias, e em resposta à demandas do MS e do Telessaúde Brasil Redes, o Telessaúde SC implementou, em 2014, ações sistematizadas para apoio às centrais de regulação no estado e municípios, por meio de oficinas e discussão de fluxos e protocolos com gestores, coordenadores e profissionais de saúde,

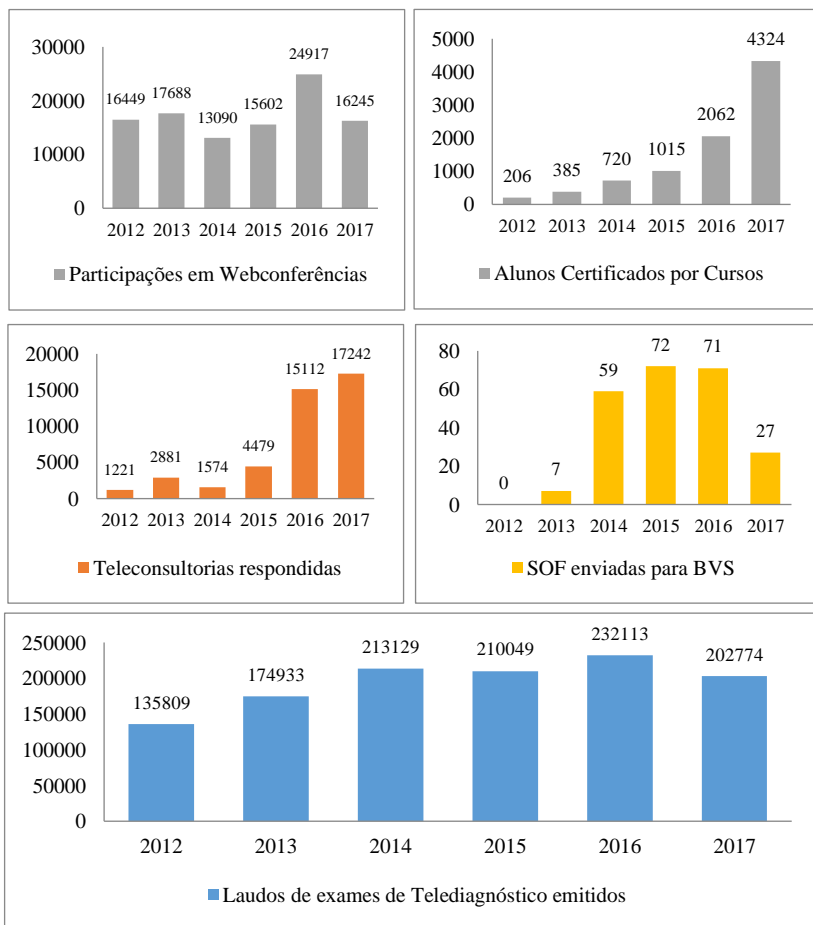
destacando o potencial da telessaúde, em especial das teleconsultorias para o fortalecimento e qualificação assistencial para a tomada de decisão no âmbito da APS, o que promove resolubilidade e reduzi o número de encaminhamentos para os outros níveis de atenção. Essas ações se fortaleceram no ano seguinte com início da oferta de teleconsultorias por especialistas focais (NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017a).

Em 2015 foram realizados mais de 210.000 exames de telediagnóstico, 114 webconferências, 27 cursos e mais de 4.400 teleconsultorias, sendo que destas, 72 foram encaminhadas no formato de SOF para publicação pela Bireme (NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017a). Em agosto do mesmo ano teve início a utilização de teleconsultorias em fluxos compulsórios de acesso ao nível especializado de atenção a partir de encaminhamentos da APS.

Em 2016 cresceu a oferta e uso de todos os serviços do Núcleo. O destaque foi para o serviço de teleconsultorias, que ultrapassou a marca de 15 mil solicitações atendidas (NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017a).

Até outubro de 2017 o Telessaúde SC contava com 1.574 municípios cadastrados, 1.775 equipes e quase 18 mil profissionais atendidos, sendo que os serviços oferecidos atendem 100% dos municípios catarinenses (NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2017a). A figura 1 traz a evolução da oferta de serviços pelo Telessaúde SC.

Figura 1. Acesso aos serviços oferecidos pelo Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde entre 2012 e outubro de 2017.



Fonte: NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA (2017a).

Após a implantação do Telessaúde SC houve intensa divulgação dos serviços para gestores e profissionais de forma impressa, por áudio e vídeo, com visitas de campo, envio de e-mails, participação em eventos com oficinas ou apresentação de trabalhos, relatando as experiências e o potencial do apoio. A adesão e utilização dos serviços está condicionada ao interesse individual, de equipe ou em termos de gestão local e da inclusão dos mesmos à rotina de trabalho.

Telessaúde como Tecnologia Social

No contexto do SUS consideram-se tecnologias em saúde: medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, e programas e protocolos assistenciais que orientam a atenção e os cuidados à saúde das pessoas (BRASIL, 2005). Conceitualmente, o termo ‘tecnologias em saúde’ aponta para as ferramentas necessárias à ação transformadora, o que envolve procedimentos e o saber (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2015).

Até o final do século XX as tecnologias em saúde eram tratadas quase como sinônimo de tecnologias na medicina, quando passaram a ser pensadas de forma mais ampla, integrando a relação produto-processo e as relações sociais em que estão inseridos os atores que a constroem. Neste contexto, o emprego da tecnologia em saúde desdobra-se em duas concepções: a do saber tecnológico para a produção dos cuidados em saúde, e a dos modelos tecnológicos do trabalho, que trata da organização para um modo de produzir. A partir da organização para a produção pode-se falar de modelos tecno-assistenciais ou modelos assistenciais em saúde (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2015).

A saúde pública exige a ampliação da conceituação de tecnologia para possibilitar uma construção teórica que responda à complexidade de exigências e necessidades que percorrem suas práticas. Para que essas práticas sejam discutidas em sentido tecnológico, exigem a configuração de arranjos concretos e materiais de trabalho, e tal trabalho abrange a integração de ações e saberes e a distinção entre a complexidade da tecnologia material que dispõe e da complexa tecnologia assistencial que requer para a construção dos cuidados (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2015).

Mehry (2002) apresenta uma conceituação para tecnologia que inclui os saberes que são utilizados para a produção do cuidado em saúde e que envolve a relação do profissional com os recursos técnicos que o servem e com os pacientes. Ele classifica tecnologia em três tipos: duras, leve-duras e leves, identificando cada uma delas como caixas de ferramentas. As tecnologias duras são a primeira caixa de ferramentas e compreendem equipamentos e máquinas que produzem material estruturado, como exames, medicamentos e outros recursos que servem à prática terapêutica. As tecnologias leve-duras compreendem a caixa que oferece as ferramentas que tornam possível significar como atos de saúde as tecnologias duras. Leve-duras são, portanto, as tecnologias referentes ao saber que orienta o trabalho em saúde e a relação do profissional de saúde com seus pacientes, a partir de conhecimento previamente

estruturado – protocolos, evidências clínicas, epidemiologia etc.-, que pode ser conduzida de forma dura e engessada, ou leve e maleável, o que é determinado pela forma como se dá a relação profissional-paciente (MEHRY, 2002; MEHRY; FEUERWARKER, 200?; DA ROS; MAEYAMA; LEOPARDI, 2012). E, por fim, as tecnologias leves estão na caixa das ferramentas subjetivas, que são produzidas nas relações e interações entre profissionais e pacientes, a partir da escuta, e envolvem a formação de vínculo, o acolhimento, a confiança, as singularidades; em uma troca que enriquece a ambos e permite ao profissional ampliar as suas caixinhas e aprender também com seus pacientes. Aqui têm importância as relações, o respeito e a ética, e há capacidade de os atores serem ‘afetados’ pelas trocas entre si (MEHRY, 2002; MEHRY; FEUERWARKER, 200?).

Podemos pensar telessaúde no contexto do SUS como tecnologias duras e leve-duras que servem às tecnologias leves. A telessaúde como tecnologia dura, contempla a necessidade de uma infraestrutura tecnológica – computadores, internet, equipamentos de som e imagem-, por meio da qual os profissionais poderão acessar os serviços. Já telessaúde como tecnologia leve-dura pode ser pensada enquanto a oferta de apoio por meio de serviços alicerçados em conhecimento pré-concebido, baseado em evidências científicas, e que é utilizado para que sejam respondidas as teleconsultorias, laudados os exames, oferecidos cursos, palestras ou outros espaços formadores (DA ROS; MAEYAMA; LEOPARDI, 2012).

O apoio ofertado por meio dos serviços de telessaúde promove a construção de conhecimento e qualificação dos profissionais de saúde, por meio dos quais se fortalece a APS e amplia-se o seu potencial de promoção de inclusão e justiça social a partir de respostas positivas às necessidades dos usuários que procuram os serviços de saúde, nesse sentido, a promoção das tecnologias leves.

Quando falamos dessa qualificação das práticas sanitárias estamos tratando de tecnologia social. O apoio oferecido pela telessaúde promove fortalecimento da APS por meio de qualificação dos profissionais, e permite a transformação da realidade com foco nos usuários do sistema.

Profissionais amparados e mais seguros para olhar para os pacientes de forma mais acolhedora e oferecer respostas positivas às suas necessidades de saúde. Um exemplo claro disso é a facilitação e ampliação do acesso à assistência, promovida diretamente pelos serviços de teleconsultoria e telediagnóstico e pelo Telessaúde de forma geral.

Com esse trabalho, o Telessaúde SC tem contribuído com a busca pelo modelo de atenção integral proposto pelo SUS, que se orienta por uma APS forte, com o objetivo de melhorar o cuidado por meio do trabalho de equipes de saúde da família preparadas e qualificadas (MALTA et al., 2016).

Considerações Finais

O Núcleo Telessaúde SC busca a integração entre o saber acadêmico e do serviço, fomentando a transformação do modelo de atenção hegemonicamente biológico, para o alcance de um modelo integral e que responda às necessidades de saúde da população, uma vez que o Telessaúde utiliza o referencial da APS e a teleconsultoria, a tele-educação e a segunda opinião formativa atuam tanto na dimensão clínica quanto na organização do processo de trabalho, à exceção do telediagnóstico, no qual o enfoque é eminentemente clínico.

Para tanto, há um esforço em cumprir os objetivos do Telessaúde Brasil Redes adaptados à realidade e as necessidades locais, mantendo sempre o contato com os profissionais e trabalhadores de saúde para construir serviços úteis.

Esse processo se fortalece na medida em que todos os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais são ouvidos e podem utilizar os serviços de acordo com interesses individuais ou coletivos, indicar fragilidades e fortalecer potencialidades em parceria com seus colegas e com a equipe do Telessaúde SC.

Apesar de expressiva, a apresentação exclusivamente de dados quantitativos do uso dos serviços do Telessaúde SC não permite conclusões acerca do alcance e qualidade desse acesso e aplicação pelos profissionais. Nesse sentido, é preciso que sejam pensados trabalhos que permitam aprofundar o conhecimento e avaliar a oferta e utilização dos serviços de telessaúde, de forma que sejam minimizadas as fragilidades e maximizadas as potencialidades para o alcance dos seus objetivos.

Referências

ALKMIM, M.B.M., et al. Capítulo 2: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). In: MESSINA, L.A., RIBEIRO FILHO, J.L. **Impactos da rede universitária de telemedicina: ações de educação contínua, pesquisa colaborativa e assistência remota: Fase I (2006-2009)**. 1.ed. Rio de Janeiro: E-papers, 2013. pp.39-46.

AMERICAN TELEMEDICINE ASSOCIATION. **What is Telemedicine?** 2016. Disponível em:

<http://www.americantelemed.org/about-telemedicine/what-is-telemedicine#.VsD2RvkrLIU>. Acesso 14 fevereiro 2016.

ASCENCIO, A.C.S. **A Teleducação interativa na capacitação de profissionais em saúde auditiva** [Dissertação]. Bauru: Universidade de São Paulo; 2012.

BILL, G.; CRISCI, C.D.; CANET, T. La Red de Telesalud de las Américas y su papel em la atención primaria de la salud. **Rev Panam Salud Publica**. v.35, n.5/6, p.442-5, 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.

Brasília, 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso 15 fevereiro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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 16 fevereiro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 123 p.

Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_telessaud_e.pdf. Acesso 12 março 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso 15 fevereiro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005**. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_2510_2005.pdf. Acesso 14 dezembro 2015.

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. Ministério da

Saúde. 2011a. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/>. Acesso 16 fevereiro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011**: Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Primária, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Ministério da Saúde. 2011b. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/>. Acesso 16 fevereiro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 35, de 4 de janeiro de 2007**: Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Diário Oficial da União, 05 janeiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Primária. **Núcleos de Telessaúde**. 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_telessaude.php?conteudo=nucleos_telessaude. Acesso 10 junho 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **Custeio dos núcleos de telessaúde: manual instrutivo** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Primária. **Nota Técnica nº50/2015-DEGES/SGTES/MS**: Diretrizes para a oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília: Ministério da Saúde. 2015b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf. Acesso 08 junho 2016.

CÁCERES MÉNDEZ, E.A., et al. Telemedicina: historia, aplicaciones y nuevas herramientas en el aprendizaje. **Univ Méd Bogotá**. v.52, n.1, p.11-35, 2011.

DA ROS, M.A.; MAEYAMA, M.A.; LEOPARDI, M.T. Tecnologia na área da saúde. De que tecnologia estamos falando? **Saúde e Transformação Social**. v.3, n.3, p.29-35, 2012.

EL-KHOURI, S.G. **Telemedicina: análise da sua evolução no Brasil** [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

FIGUEIREDO, A.M.; GUEDES, T.A.L. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. In: VALENTIM, R.A.M., et al. (Editores). **A Telessaúde no Brasil e a inovação tecnológica na atenção primária**. Natal: EDUFRRN, 2015. p.27-46.

MALTA, D.C., et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.2, p.327-38, 2016.

MARCOLINO, M.S., et al. A Rede de Teleassistência de Minas Gerais e suas contribuições para atingir os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS - relato de experiência. **RECIIS - R Eletr de Com Inf Inov Saúde**. v.7, n.2, p.1-21, 2013.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec. 2002.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. 200?.

Disponível em:

<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>.

Acesso 07 novembro 2017.

MONTEIRO, A.M.V., et al. Capítulo 5: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). In: MESSINA, L.A.; RIBEIRO FILHO, J.L.

Impactos da rede universitária de telemedicina: ações de educação contínua, pesquisa colaborativa e assistência remota: Fase I (2006-2009). 1.ed. Rio de Janeiro: E-papers, 2013. pp.67-71.

NASSIF, L. **O programa brasileiro de telessaúde**. 2014. Disponível em: <http://jornalgn.com.br/noticia/o-programa-brasileiro-de-telessaude>. Acesso 17 outubro 2015.

NILSON, L.G., et al. Telehealth Centers: A Proposal of a Theoretical Model for Evaluation. **Telemedicine and e-Health Mary Ann Liebert, Inc**. v.23, n.11, p.905-912, nov 2017.

NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA. Universidade Federal de Santa Catarina. **Relatórios e planilhas de monitoramento dos serviços do Telessaúde SC referentes ao período de 2012 a outubro de 2017**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2017a.

NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA. Universidade Federal de Santa Catarina. **Brochura do Núcleo Telessaúde SC**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2017b.

OLIVIERA, D.G. et al. Análise da implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos. **Cad. Saúde Pública**. v.31, n.11, p.2367-78, nov 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Capacidades Humanas para a Saúde Telessaúde**. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=256&Itemid=373. Acesso 28 fevereiro 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **Marco de Implementación de um Servicio de Telemedicina**. Washington, DC: OPS, 2016. Disponível em: http://iris.paho.org/xmloi/bitstream/handle/123456789/28413/9789275319031_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso 14 junho 2016.

PAIM, J., et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**. v.377, p.1778-97, 2011. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0140673611600548/1-s2.0-S0140673611600548-main.pdf?_tid=c46ff08e-d41d-11e5-bf0c-00000aacb35e&acdnat=1455566182_a4b05b0af6de2a1345d3d05cc035f343. Acesso 15 fevereiro 2016.

PINTO, H.A., et al. Atenção Primária e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Primária (PMAQ-AB). **Divulgação em Saúde e Para Debate**. n.51, p.145-60, out 2014.

SAVARIS, A. et al. **O uso da telemedicina assíncrona em larga escala no setor público de saúde**. São Paulo: Sociedade brasileira de informática em saúde, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Douglas_Macedo/publication/228437024_O_Uso_da_Telemedicina_Assistencial_Assncrona_em_Larga_Escala_no_Setor_Pblico_de_Sade/links/02e7e52fa0d8d506bd000000.pdf. Acesso 18 junho 2016.

SCHRAIBER, L.B.; MOTA, A.; NOVAES, H.M.D. **Tecnologias em saúde**. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html#topo>. Acesso 04 outubro 2015.

SILVA, A.B. **Telessaúde no Brasil – conceitos e aplicações**. 1.ed. Rio de Janeiro: DOC, 2014. 88 p.

SILVA, K.C.L. **Análise do Programa Telessaúde Brasil Redes no estado de Pernambuco no período de 2007 a 2011** [Dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

SIMÕES, N., et al. Capítulo 1: A Rede Universitária de Telemedicina – RUTE. In: MESSINA, L.A.; RIBEIRO FILHO, J.L. **Impactos da rede universitária de telemedicina: ações de educação contínua, pesquisa colaborativa e assistência remota: Fase I (2006-2009)**. 1.ed. Rio de Janeiro: E-papers, 2013. pp.11-36.

TELESSAÚDE BRASIL REDES. **História do Telessaúde**. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br>. Acesso 16 fevereiro 2016.

VON WANGEHEIM, A.; CAVALCANTE, C.; WAGNER, H. Capítulo 15: Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC): Telemedicina e Telessaúde. In: MESSINA, L.A.; RIBEIRO FILHO, J.L. **Impactos da rede universitária de telemedicina: ações de educação contínua, pesquisa colaborativa e assistência remota: Fase I (2006-2009)**. 1.ed. Rio de Janeiro: E-papers, 2013. pp.158-171.

WEN, C.L. Capítulo 4: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP): A Telemedicina e a Educação Interativa. In: MESSINA, L.A.; RIBEIRO FILHO, J.L. **Impactos da rede universitária de telemedicina: ações de educação contínua, pesquisa colaborativa e assistência remota: Fase I (2006-2009)**. 1.ed. Rio de Janeiro: E-papers, 2013. pp.55-66.

WEN, C.L. Telemedicina e Telessaúde: Um panorama no Brasil. **Informática Pública**. ano 10, n.2, p.7-15, 2008.

5.2 ARTIGO 2: NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DO PROGRAMA NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL REDES: UMA PROPOSTA DE MODELO TEÓRICO PARA AVALIAÇÃO¹

Resumo

A telessaúde é uma forma de apoio assistencial e a educação permanente para profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. No Brasil, a implantação de um programa nacional de telessaúde ampliou a necessidade de avaliação dos seus resultados para o aprimoramento do uso e de seus benefícios. Para tanto, é necessário sistematizar a teoria, princípios e diretrizes que orientam a organização do programa, suas atividades e recursos. O objetivo deste artigo é propor um modelo teórico de funcionamento e organização para núcleos de telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Realizou-se um estudo que aliou pesquisa bibliográfica, documental e de dados empíricos para sistematizar as informações que embasam o funcionamento do programa e verificar a avaliabilidade de núcleos de telessaúde no Brasil. Os resultados foram a construção de um modelo teórico que demonstrou que o objeto é avaliável e possibilitou a definição de caminhos metodológicos para a continuidade de pesquisas avaliativas que respondam às suas fragilidades e potencialidades.

Palavras-chave: Telessaúde. Avaliação de programas e projetos de saúde. Atenção primária à saúde.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Espera-se que ela se responsabilize pelos usuários que atende, resolva entre 85% a 90% da demanda em saúde e que seja ordenadora das redes de atenção à saúde, realizando encaminhamentos qualificados aos demais níveis de atenção^{1,2}.

O processo de trabalho dos profissionais na APS é complexo e demanda uma forma diferenciada para cuidar da saúde, principalmente em relação ao objeto da atenção e à maneira de organização do serviço e das ações: o foco é o indivíduo em seu contexto familiar e no ambiente físico e social, com a atenção à saúde orientada pelo princípio da vigilância à saúde, combinando ações de promoção, prevenção e cura,

¹ Nilson LG, Donly LL, Natal S, Lacerda JT, Calvo MCM. Telehealth Centers: A Proposal of a Theoretical Model for Evaluation. Mary Ann Liebert, Inc. Telemedicine and e-health 2017;23(11):905-912.

desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar de profissionais que têm responsabilidade sanitária sobre um território definido³.

Neste contexto, o Ministério da Saúde identificou a necessidade de qualificar estes profissionais para o aumento da resolubilidade da APS com iniciativas de educação continuada, como as residências multiprofissionais em saúde da família, cursos introdutórios, especializações presenciais e à distância, entre outras. Para apoiar os profissionais, especialmente os que trabalham longe dos principais polos formadores, e promover Educação Permanente em Saúde (EPS), o Ministério da Saúde criou em 2007 o Projeto Nacional Telessaúde Brasil, que em 2011 se estabeleceu como Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes⁴.

Telessaúde trata do uso de tecnologias de informação e comunicação em saúde para ações de educação e apoio a distância, ampliando o acesso, qualificando o cuidado e melhorando a resolubilidade no sistema de saúde⁵.

Foram nove os núcleos telessaúde implantados no Brasil como projetos piloto deste programa, desenvolvendo atividades desde 2007. Atualmente estes núcleos piloto estão consolidados e ofertando os serviços preconizados pelo Ministério da Saúde: Teleconsultoria, Teleeducação, Telediagnóstico e Segunda Opinião Formativa.

Avaliações de telessaúde no Brasil já demonstram que seu uso amplia as possibilidades de acesso dos pacientes a serviços de saúde por meio do apoio aos profissionais de saúde^{6,7}. Contudo, o emprego de modelos para representar uma realidade e orientar processos avaliativos, aponta cenários ainda distintos de acesso a serviços de telessaúde no Brasil e uso dos mesmos, bem como a incipiência de normas para regulamentar seu uso e frágeis iniciativas do Governo Federal para orientar as ações de telessaúde e a articulação de sua aplicação nos âmbitos de ensino e serviço^{8,9}.

O Telessaúde Brasil Redes é um programa jovem e suas ações têm apoiado a construção de melhorias no sistema de saúde, sendo necessárias mais pesquisas para avaliar as fragilidades e potencialidades das ações que vêm sendo desenvolvidas⁸⁻¹². Neste cenário, a oferta e uso de serviços de telessaúde tem crescido, ampliando também a necessidade de avaliação dos seus resultados para possibilitar o aprimoramento do uso e os benefícios a todos os atores envolvidos^{5,9,10}, fortalecendo sua estrutura e organização para oportunizar a ampliação do programa, cuja amplitude e alcance beneficiam todo o país.

Apesar de haver proposição de indicadores de monitoramento e avaliação de núcleos de telessaúde^{8,9,13}, não foram encontrados na literatura modelos teóricos e avaliativos propostos especificamente para orientação de pesquisas avaliativas dos núcleos de telessaúde do Programa Telessaúde Brasil Redes que sejam replicáveis a nível nacional.

Portanto, o objetivo deste artigo é propor um modelo teórico de funcionamento e organização para núcleos de telessaúde do Programa Telessaúde Brasil Redes, a partir do qual seja possível propor estudos avaliativos a luz da teoria do programa, princípios e diretrizes sobre os quais foram criados, que resultem em informações úteis ao programa, auxiliando na reorientação do planejamento de atividades e recursos, adequando-os para que se possa atingir os objetivos propostos¹⁴.

Métodos

Estratégia do estudo:

Desenvolveu-se um estudo de avaliabilidade cujo objetivo é realizar uma descrição completa de um programa, que é representado de forma gráfica em um modelo teórico, para posteriormente definir um plano de avaliação e estabelecer um acordo entre os interessados¹⁵. O estudo foi desenvolvido entre janeiro e setembro de 2016.

Para se atingir os objetivos de um estudo de avaliabilidade, foram empregados os elementos da metodologia de Thurston e Ramaliu¹⁶ a fim de proporcionar clareza na sistematização da revisão de literatura sobre o objeto para posterior desenho do modelo teórico de núcleos de telessaúde:

- a) Identificação de metas, objetivos e atividades de um núcleo de telessaúde;
- b) Identificação de documentos disponíveis sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes e seus núcleos de telessaúde;
- c) Identificação dos recursos disponíveis, programa de atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas;
- d) Entendimento de como funciona um núcleo telessaúde;
- e) Desenvolvimento de um modelo teórico da avaliação (MTA);
- f) Identificação de usuários da avaliação e outros principais envolvidos;
- g) Obtenção de um acordo quanto ao procedimento de uma avaliação.

O produto que se espera de um Estudo de Avaliabilidade é uma descrição exaustiva do programa que deve apoiar a definição de um plano de avaliação e o estabelecimento de um acordo entre os interessados¹⁵ por meio da descrição da missão e visão do programa, bem como de seus objetivos, atividades, metodologia e resultados esperados, envolvendo e comprometendo os interessados no uso do estudo^{14,16}.

A partir da descrição exaustiva do programa, segue-se para a modelização, que é considerada a etapa mais desafiadora de um estudo de avaliabilidade, pois pretende representar graficamente a teoria de um programa identificando se há congruência entre o que os documentos orientam e o que é observado no desenvolvimento efetivo do programa^{15,17}.

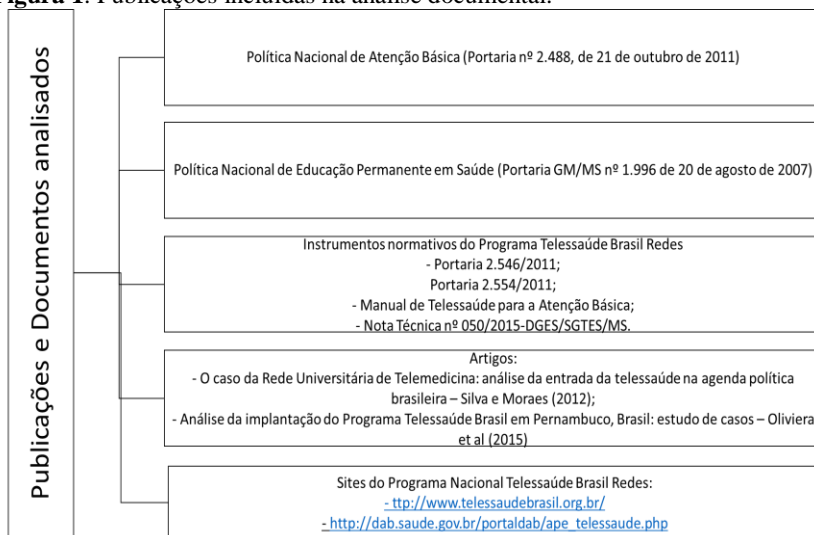
Neste processo são identificadas as possibilidades de avaliação do programa que são acordadas entre os envolvidos a fim de qualificar e tornar suas práticas mais assertivas.

Coleta de dados:

As técnicas utilizadas para coletar os dados de acordo com os elementos acima descritos foram revisão bibliográfica, entrevistas com informantes-chave, visitas aos sites oficiais e análise documental, no período de 2007 a 2015¹⁸. As entrevistas incluíram profissionais atuantes no Programa Telessaúde Brasil Redes desde o início de suas atividades, selecionados intencionalmente pelos autores.

A coleta de dados foi realizada a partir de análise documental das publicações:

Figura 1. Publicações incluídas na análise documental.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

A análise das informações encontradas nos documentos e artigos selecionados pela revisão bibliográfica pautou-se pelos princípios da exaustividade, representatividade, homogeneidade e adequação. Os achados e produtos elaborados neste estudo foram apreciados por profissionais envolvidos no programa para feedback e sugestões.

Aspectos Éticos:

Esse estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme parecer nº 1.466.605. Foram respeitados todos os preceitos éticos para a construção de pesquisas envolvendo seres humanos e obtida a anuência livre e consentida de todos os interessados e envolvidos.

Resultados

Os dados coletados sobre núcleos telessaúde permitiram a compreensão das bases teóricas do Programa Telessaúde Brasil Redes, bem como o contexto de criação e inserção dos mesmos no SUS. A partir disso foi possível responder à cada um dos sete elementos de Thurston e Ramaliu¹⁶. Os resultados para cada elemento são apresentados de forma resumida no Quadro 1.

Quadro 1. Resultados da revisão bibliográfica sobre núcleos telessaúde por elementos da metodologia de Thurston e Ramaliu (2005). (Continua)

Elementos	Resultados
Descrição das metas, objetivos e atividades de núcleos de telessaúde	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos: Desenvolver ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente das equipes, para ampliar a resolutividade da APS e promover sua integração com as redes de atenção à saúde. • Metas: As metas e indicadores são estabelecidas por cada núcleo técnico-científico nos projetos submetidos ao Ministério da Saúde para seu financiamento e manutenção. • Atividades: Planejamento; oferta dos serviços de teleconsultoria, segunda opinião formativa, tele-educação e telediagnóstico; monitoramento e avaliação da participação e dos serviços; divulgação e comunicação.

Quadro 1. Resultados da revisão bibliográfica sobre núcleos telessaúde por elementos da metodologia de Thurston e Ramaliu (2005). (Continuação)

<p>Identificação de documentos sobre núcleos telessaúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Princípios e Diretrizes do SUS (Leis Orgânicas n°s 8.080/90 e 8.142/90; Pacto pelo SUS – Portaria n° 399/2006, Decreto n° 7.508/11); • Atenção Básica à Saúde (Política Nacional de Atenção Básica – Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011; Princípios e Diretrizes da ABS, Ações Integradas de Saúde, Orientação para a comunidade e trabalho em equipe/interdisciplinaridade); • Educação Permanente em Saúde (Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Portaria GM/MS n° 1.996 de 20 de agosto de 2007); • Instrumentos normativos do Programa Telessaúde Brasil Redes (Portaria n° 2.546/2011; Portaria n° 2.554/2011; Manual de Telessaúde para a Atenção Básica; Nota Técnica n° 050/2015-DGES/SGTES/MS); • Artigos: 1) O caso da Rede Universitária de Telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira – Silva e Moraes⁹; • 2) Análise da implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos – Oliveira et al.⁸
<p>Identificação dos recursos disponíveis, programa de atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas</p>	<p>Recursos financeiros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projetos enviados ao Ministério da Saúde para manter as atividades durante determinado tempo (estabelecido no projeto). • O recurso é administrado por fundações ou órgãos vinculados às instituições de ensino. • Convênios ou projetos via Secretarias/Órgãos Públicos Estaduais ou Municipais de Saúde. • Parcerias com departamentos das gestões estaduais ou outros órgãos públicos para produção de materiais e oferta de serviços. <p>Recursos físicos e humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituições de ensino e gestores (estaduais ou municipais) são responsáveis por providenciar espaço físico, equipamentos e contratação de profissionais para o desenvolvimento das atividades (por bolsa, prestação de serviços ou vínculo celetista). <p>Atividades pretendidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os serviços/atividades ofertados são: Teleconsultoria (síncrona e assíncrona), Segunda Opinião Formativa (via portal da Biblioteca Virtual em Saúde), Tele-educação (cursos, webpalestras, videoaulas), Telediagnóstico (laudos de exames). • Orientadas pela realidade das redes de atenção à saúde, levando em conta as diretrizes e princípios da APS.

Quadro 1. Resultados da revisão bibliográfica sobre núcleos telessaúde por elementos da metodologia de Thurston e Ramaliu (2005). (Continuação)

<p>Identificação dos recursos disponíveis, programa de atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas</p>	<p>Impacto esperado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para o alcance do modelo de atenção orientado para a integralidade, com qualificação das equipes de APS; • Redução e qualificação de encaminhamentos para outros níveis de atenção; • Redução de custos; • Fixação de profissionais.
<p>Entendimento de como funciona um núcleo telessaúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenação exercida por uma instituição de ensino e/ou gestão de saúde ou em parceria entre as duas, apoiada por um Comitê Gestor Estadual de Telessaúde. • São seguidas as orientações e pressupostos das legislações e pactuações do Ministério da Saúde (por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES e da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, por meio do Departamento de Atenção Básica – DAB), considerando sempre o contexto local e a abrangência do núcleo, que pode ser municipal, intermunicipal ou estadual. • A metodologia dos serviços é organizada e estruturada considerando dois componentes principais: 1) Fomento a atividades de Educação Permanente em Saúde e 2) Fomento de estratégias de apoio assistencial, sendo estes dois componentes os objetos de avaliação desta pesquisa. • O monitoramento da participação nos serviços é feito mensalmente por cada núcleo por meio de planilhas específicas com a descrição do alcance das metas e indicadores. Estes são integrados por meio Sistema de Monitoramento e Avaliação de Resultados (SMART) que permite analisar os indicadores propostos a nível nacional.
<p>Desenvolvimento de um modelo teórico da avaliação (MTA)</p>	<p>O modelo teórico desenvolvido a partir das informações coletadas apresenta de forma gráfica o contexto de inserção de Núcleos Telessaúde, seus principais embasamentos teóricos e modos de funcionamento. (Ver figura 2)</p>

Quadro 1. Resultados da revisão bibliográfica sobre núcleos telessaúde por elementos da metodologia de Thurston e Ramaliu (2005). (Conclusão)

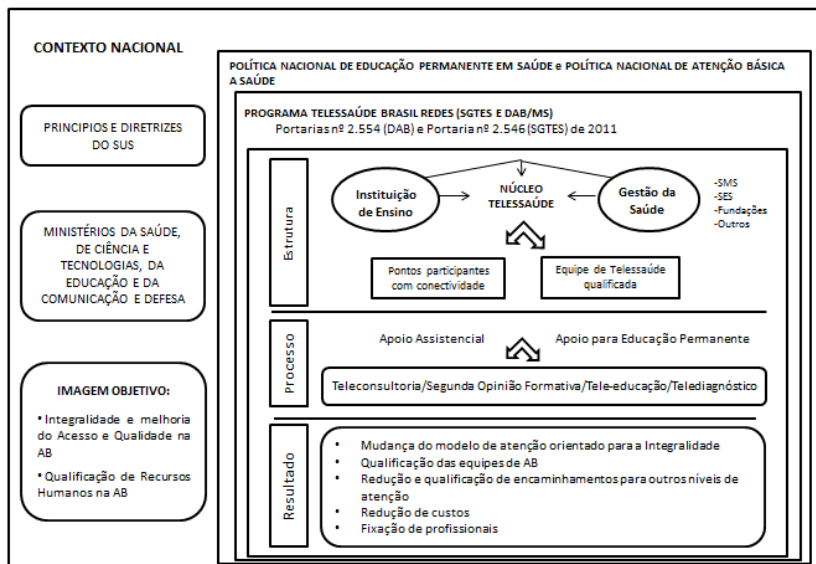
Identificação de usuários da avaliação e outros principais envolvidos	<p>A avaliação de núcleos telessaúde poderá servir às/aos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordenações dos núcleos; • Profissionais que trabalham nos núcleos; • Usuários dos serviços (gestores, profissionais atuantes na APS, estudantes); • Coordenação nacional do Programa Telessaúde Brasil Redes
Obtenção de um acordo quanto ao procedimento de uma avaliação	<p>O modelo teórico, como produto final do estudo de avaliabilidade, será apresentado aos atores interessados e especialistas na área para validação e pactuação dos caminhos mais adequados para a implementação de processos avaliativos mais eficientes que possam de fato apoiar a melhorar a oferta dos serviços e seus resultados.</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Proposta de modelo teórico da avaliação (MTA) para núcleos de telessaúde

A partir do desenvolvimento do estudo de avaliabilidade foi possível desenvolver graficamente um modelo teórico para núcleos de telessaúde (Figura 2):

Figura 2. Modelo teórico para núcleos de telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Este modelo teórico busca expressar de maneira objetiva o contexto nacional de inserção de núcleos de telessaúde, suas principais bases epistemológicas (EPS e APS), o contexto local (gestão e estrutura), bem como o processo de oferta dos serviços (para apoio assistencial e apoio para educação permanente) e os resultados esperados (conforme descrito em cada elemento de análise), de acordo com a proposta de Donabedian²³.

Um núcleo telessaúde está inserido no contexto nacional do SUS por meio do Programa Telessaúde Brasil Redes. Sua concepção é intersetorial, permeando os Ministérios da Saúde, da Educação, de Ciência e Tecnologia e de Comunicação e Defesa.

Sua imagem objetivo é promover a integralidade e melhoria do acesso e qualidade na APS, por meio de apoio a distância que promova qualificação e segurança para a atuação de recursos humanos.

As principais bases epistemológicas do programa são a Atenção Primária à Saúde e a Educação Permanente em Saúde, seguindo as portarias que as orientam^{3,24}.

Os núcleos de telessaúde estão oficialmente ligados ao Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na

Saúde (SGTES)²⁰ e da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB)²¹, que orientam como deve ser a estrutura, os processos de oferta dos serviços de telessaúde e os resultados esperados de um núcleo de telessaúde nos contextos locais.

Em relação à estrutura dos núcleos de telessaúde, é previsto que Instituições de Ensino (IE) e Órgãos Gestores de Saúde se responsabilizem em conjunto ou individualmente pela coordenação, estrutura física e administração financeira. Vários desenhos organizacionais são possíveis, variando a interação de IE com gestores de saúde que podem ser do âmbito municipal, regional, estadual ou ainda com fundações e setores públicos da saúde, sendo necessária a aprovação de um plano de trabalho pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Um núcleo de telessaúde é formado pelos pontos de telessaúde participantes (equipes e profissionais de saúde) que devem ter conectividade e equipamentos disponíveis para acesso aos serviços ofertados; e por equipes qualificadas de profissionais contratados para atender as demandas dos participantes por meio dos serviços de telessaúde ofertados.

Com esta estrutura disponível, os núcleos de telessaúde buscam ofertar apoio assistencial e apoio para educação permanente das equipes de saúde por meio das modalidades de serviços previstas e baseadas em evidências científicas. Esta oferta deve ser feita a partir do levantamento das demandas epidemiológicas e de processos de trabalho reais das equipes e profissionais de saúde participantes, com a finalidade de transformar e qualificar tais práticas de trabalho, sempre baseados nos princípios e diretrizes do SUS, orientados pela APS e EPS.

Os resultados buscados visam a qualificação e fortalecimento da APS para respostas às necessidades dos usuários que atende.

Discussão

Atualmente existem mais de 40 núcleos implantados em 23 estados brasileiros e outros em fase de implantação, tendo a telessaúde no Brasil um importante papel no fortalecimento e expansão da APS como ordenadora e coordenadora da rede, apoiando as estratégias ministeriais para fortalecer o modelo de atenção proposto para o SUS e qualificar o cuidado prestado aos usuários⁴.

As duas portarias que regem os núcleos de telessaúde (uma da SGTES e outra do DAB) são coerentes entre si no que se refere aos objetivos e funcionamento dos núcleos de telessaúde, diferindo apenas nas formas de financiamento e repasse de recursos oriundos destes dois

setores. O financiamento dos núcleos pode incluir fonte única ou ambas, dependendo da forma de coordenação local e do projeto submetido ao Ministério da Saúde para aprovação da oferta de serviços.

A ampliação da cobertura do programa pressupõe que os núcleos telessaúde se articulem com a rede de serviços do SUS, organizando e estruturando os serviços em resposta às necessidades demandadas pelos profissionais e gestores atuantes em serviços que compõem as redes de atenção à saúde na área de abrangência dos núcleos, com forte alinhamento com a Gestão da APS, oportunizando a orientação para a realidade e transformação da mesma por meio da EPS.

O apoio oferecido fortalece e qualifica os profissionais e pode evitar a necessidade de remoção de pacientes a outros serviços de saúde, o que contribui para o cuidado qualificado e resolutivo e a otimização do uso dos recursos públicos destinados à saúde^{10-12,25}. Os serviços permitem que os profissionais em diferentes locais acessem apoio às diversas dúvidas que surgem no cotidiano de trabalho⁴.

O monitoramento da participação nos serviços ofertados pelos núcleos permite identificar o crescimento no uso dos mesmos ao longo dos anos. Apesar de o programa estar implantado e em crescimento, ainda há um uso inferior à capacidade de oferta e apoio por serviços de telessaúde^{10,25}. Os documentos oficiais existentes orientam a prática de telessaúde, mas não garantem a incorporação dos serviços pela gestão e o acesso e uso pelos profissionais das diferentes equipes de saúde.

Ainda é necessário avançar para a avaliação do cumprimento dos objetivos propostos no cotidiano (ampliação da resolutividade da APS e oferta de apoio à atenção à saúde e de educação permanente das equipes).

A modelização é um elemento essencial em um estudo de avaliabilidade para dar mais precisão e segurança aos envolvidos na tomada de decisão por determinados caminhos metodológicos. Ao propor um modelo teórico para os núcleos de telessaúde foi possível identificar o objeto como passível de avaliação e proporcionou aos envolvidos um aprofundamento na compreensão do programa e esclarecimentos sobre a teoria que o embasa¹⁷.

A construção deste modelo teórico permitiu identificar diversos focos e possibilidades de estudos avaliativos como a avaliação da estrutura dos núcleos, avaliação da interação entre os órgãos gestores dos núcleos, avaliação da conectividade dos pontos de telessaúde, avaliação da implantação de cada serviço de acordo com objetivos propostos, dentre outras. Cada núcleo de telessaúde pode analisar e priorizar os aspectos que mais lhe são mais necessários avaliar.

Porém, neste processo destacaram-se duas linhas de estudos avaliativos que se apresentam como questões fundamentais do processo de trabalho de um núcleo de telessaúde, a saber, o apoio assistencial e apoio para educação permanente em saúde. Cada uma destas linhas, apesar de complementares entre si, apresenta uma complexidade de desenvolvimento que requer atenção específica dos pesquisadores.

Apesar de estas linhas de investigação propostas representarem os dois principais objetivos de um núcleo de telessaúde, não foram encontrados trabalhos que apresentem modelos de avaliação do cumprimento destes objetivos e que considerem indicadores específicos para tanto.

Propõe-se como seguimento deste estudo a construção de dois modelos lógicos, uma para cada linha de investigação identificada que permita desenvolver matrizes de avaliação de resultados de um núcleo telessaúde, definindo indicadores, critérios e parâmetros de avaliação que sejam replicáveis a todos os núcleos técnico-científicos de telessaúde que ofertem os serviços.

Conclusão

Ao longo deste estudo de avaliabilidade, percebeu-se claramente a grande contribuição e validade de um modelo teórico como ferramenta de identificação de caminhos metodológicos para pesquisas avaliativas, pois foi possível identificar com mais clareza o que seria mais adequado e útil avaliar para a melhoria e qualificação dos núcleos de telessaúde neste seu momento histórico.

Outra contribuição deste estudo foi o caráter formativo do processo que permitiu esclarecer os envolvidos sobre contextos possíveis para inserção de núcleos telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes e seus modos de funcionamento, permitindo ressignificar os processos de trabalho dentro do programa e orientar o planejamento e execução de ações.

Agradecimentos

Financiamento CPNq: Projeto de Pesquisa 401211/2013-4 – ‘Avaliação do impacto dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina’, aprovado e financiado pela Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit Nº 08/2013 – Pesquisa em educação permanente para o SUS e dimensionamento da força de trabalho em saúde.

Conflito de interesses

Não há.

Referências

1. Mendes EV. The care of chronic conditions in primary healthcare: the imperative of the consolidation of family health strategy. Brasília: Pan American Health Organization, 2012. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2012. Available at http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf (last accessed March 30, 2016).
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Primary Care and the Health Care Networks. Brasília: CONASS, 2015. Available at www.resbr.net.br/wpcontent/uploads/2015/11/Conass-APS-e-RAS.pdf (last accessed March 30, 2016).
3. Brasil. Ministry of Health. Secretariat of Health Care. Department of Primary Health Care. National Policy of Primary Health Care. Brasília: Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2012. Available at <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> (last accessed February 20, 2017).
4. Brazilian Telehealth Networks website. Telehealth History. Available at <http://www.telessaudebrasil.org.br> and http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_telessaude.php (last accessed February 2, 2016).
5. World Health Organization. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States: Report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth Series. Geneva: World Health Organization, 2010.
6. Campos PD, Ferrari DV. Teleaudiology: evaluation of teleconsultation efficacy for hearing aid fitting. *J Soc Bras Fonoaudiol* 2012;24:301–308.
7. Novaes MA, Machiavelli JL, Villa Verde FC, Campos Filho AS, Rodrigues TRC. Tele-education for continuing education in mental health for family healthcare teams: an experience in Pernambuco, Brazil. *Interface Comun Saúde Educ* 2012;16:1095–1106.
8. Oliviera DG, Frias PG, Vanderlei LCM, Vidal AS, Novaes MA, Souza WV. Analysis of the implementation of the teleHealth program in

Pernambuco State, Brazil: a case study. *Cad Saúde Pública* 2015;31:2367–2378.

9. Silva AB, Moraes IHS. The case of Telemedicine University Network: analysis of telehealth entry in the Brazilian political agenda. *Physis* 2012;22:1211–1235.

10. Alkmin MBM, Marcolino MS, Figueira RM, Sousa L, Nunes MS, Cardoso CS, Ribeiro AL. Factors associated with the use of a teleconsultation system in Brazilian primary care. *Telemed eHealth* 2015;21:1–11.

11. Piropo TGN, Amaral HOS. Telehealth, contexts and implications in Bahia scenario. *Saúde Debate* 2015;39:279–287.

12. Pessoa CG, Sousa L, Ribeiro AL, Oliveira TB, Silva JLP, Alkmin MB, Marcolino MS. Description of factors related to the use of the teleconsultation system of a large telehealth service in Brazil - The Telehealth Network of Minas Gerais. *J Int Soc Telemed eHealth* 2016;4:1–9.

13. Brasil. Ministry of Health. Manual of telehealth for primary health care. Brasília: Ministry of Health; Federal University of Rio Grande do Sul, 2012. Available at http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_telessaude.pdf (last accessed February 20, 2016).

14. Leviton LC, Khan LK, Rog D, Dawkins N, Cotton D. Evaluability assessment to improve public health policies, programs and practices. *Annu Rev Public Health* 2010;31:213–233.

15. Thurston WE, Potvin L. Evaluability assessment: A tool for incorporating evaluation in social change programmes. *Evaluation* 2003;9:453–469.

16. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: Lessons learned. *Can J Program Eval* 2005;20:1–25.

17. Walser TM, Trevisan MS. Evaluability assessment thesis and dissertation studies in graduate professional degree programs: Review and recommendations. *Am J Eval* 2016;37:118–138.

18. Trevisan MS. Evaluability assessment from 1986 to 2006. *Am J Eval* 2007;28:290–303.

19. Brasil. Ministry of Health. National policy of continuing education in health. Ministry of Health, 2009. 64. Available at http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf (last accessed February 15, 2016).

20. Brasil. Ministry of Health. Ordinance n. 2.546 of October 27, 2011. Redefines and extends the Brazilian Telehealth Program, which is now Brazilian Telehealth Networks Program. Ministry of Health, 2011. Available at www.telessaudebrasil.org.br (last accessed February 16, 2016).

21. Brasil. Ministry of Health. Ordinance n. 2.554 of October 28, 2011. Establishes in the Rehabilitation of Primary Health Units Program, the information component and the Brazilian Telehealth Networks in primary healthcare, integrated to the Brazilian telehealth networks program. Ministry of Health, 2011. Available at www.telessaudebrasil.org.br (last accessed February 16, 2016).

22. Brasil. Ministry of Health. Technical Note n. 50/2015-DGES/SGTES/MS: Guidelines for the offer of activities of the Brazilian Telehealth Networks Program. 2015. Available at http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf (last accessed October 16, 2016).

23. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Use of theoretical models in the health evaluation: conceptual and operational aspects. In: Hartz ZMA, Silva LMV [org.]. Evaluation of the theoretical models in the evaluation of the Programs and health systems. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005:41–63.

24. Brasil. Ministry of Health. Ordinance n. 35, of January 4, 2007: Establishes, in the Ministry of Health, the Brazilian Telehealth Program. Official Diary of the Union, 2007.

25. Figueiredo AM, Guedes TAL. Brazilian Telehealth Networks Program,. In: Valentim RAM, Araújo BG, Guedes TAL, Figueiredo AM, eds. Telehealth in Brazil and the technological innovation in Primary Health Care. Natal, Brazil: EDUFRN, 2015:27–46.

5.3 ARTIGO 3: TEORIA DE MUDANÇA PARA AVALIAÇÃO DE TELESSAÚDE NO APOIO ASSISTENCIAL À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Resumo

A telessaúde para apoio assistencial em Saúde Pública é uma estratégia para fortalecimento, qualificação e aumento da resolutividade em saúde. Contudo, ainda enfrenta desafios para a ampla utilização. O Brasil é um país em desenvolvimento, cujas características do sistema de saúde e as condições de trabalho dos profissionais podem ser melhoradas com a utilização dos serviços de telessaúde disponibilizados por meio de um Programa de Telessaúde, público e gratuito. Para compreender o processo de utilização ou não deste programa, este artigo propõe um modelo de avaliação da telessaúde para apoio assistencial na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, orientado pela Teoria de Mudança. Trata-se de um estudo teórico, de abordagem qualitativa, construído em quatro etapas. São apresentados o modelo teórico-lógico, o quadro de análise e as medidas de resultados, propostos para avaliação da oferta e utilização dos serviços de telessaúde para apoio assistencial no contexto da APS. Um desenho para avaliação da telessaúde como Programa para qualificação da assistência em Saúde Pública, que se propõe a compreender o processo e estimular mudanças, é útil e necessário para o alcance dos resultados possíveis e esperados.

Palavras-chave: Telessaúde; Atenção Primária à Saúde; Teoria de Mudança; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

Introdução

O emprego de tecnologias de informação e comunicação (TIC) em saúde traz grandes benefícios, em especial em locais com recursos limitados (Crane et al. 2017; Lapão et al. 2017) A telessaúde para apoio assistencial trata de iniciativa relevante para países em desenvolvimento como o Brasil, especialmente por apoiar os profissionais que atuam nas redes de atenção, a fim de fortalecer e ampliar a oferta de serviços, diminuir o isolamento profissional e promover o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de saúde para discussão de casos clínicos, visando à implementação do cuidado com qualidade (Gonçalves et al. 2014; Alkmim et al. 2015; Scott e Mars 2015; Akhlaq et al. 2016).

As características do sistema de saúde brasileiro – de distribuição desigual de recursos e serviços de saúde, áreas isoladas e de difícil acesso, e dificuldade de alcance universal, integral e equânime à saúde-, são

favoráveis à aplicação e desenvolvimento da telessaúde, que pode contribuir para melhorias nos sistemas de saúde em prol de maiores benefícios para gestores, profissionais e usuários (Maldonado et al. 2016).

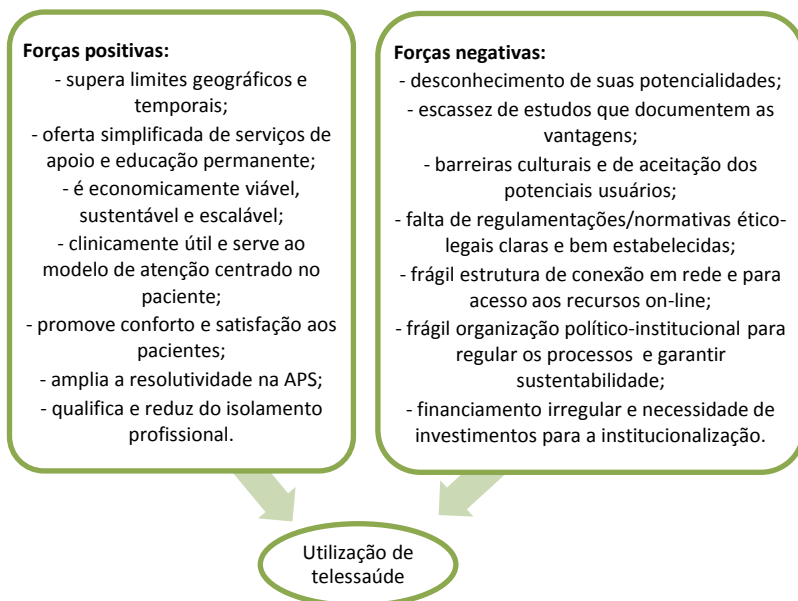
No Brasil, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), os Núcleos de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes) apresentam dois objetivos complementares entre si a serem alcançados com a oferta dos serviços: apoio assistencial e apoio para a Educação Permanente em Saúde (EPS) (Brasil, 2015a; 2012; Nilson et al., 2017).

Um núcleo ou serviço de telessaúde se caracteriza pelo apoio diagnóstico e terapêutico, com ações de caráter educativo para prover apoio assistencial (Brasil, 2012; Nilson et al., 2017). A finalidade é ampliar e facilitar o acesso dos usuários aos serviços e aumentar a resolutividade na Atenção Primária à Saúde (APS) a partir do apoio aos profissionais e trabalhadores de saúde, induzindo um modelo de atenção focado no usuário e em oferecer respostas positivas às suas necessidades (Ascencio, 2012).

O emprego das ações de telessaúde impacta sobre as competências adquiridas pelos profissionais para o trabalho na APS, ampliando a capacidade de respostas aos problemas e a resolutividade nesse nível de atenção (Castro Filho, 2007). Do ponto de vista econômico, a redução de custo na execução dos exames e com o transporte dos pacientes pode ser alcançada (Von Wangeheim; Cavalcante; Wagner, 2013).

Apesar dos benefícios potenciais, ainda há barreiras que interferem na utilização e institucionalização da telessaúde. Uma análise deste campo de forças determinantes para o cenário que envolve a expansão na sua utilização é apresentada na figura 1 a partir da abordagem de Young e colaboradores (2014), com representação da influência positiva ou negativa para utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS (Cáceres-Méndez et al. 2011; Marcolino et al. 2014; Alkmim et al. 2015; Scott e Mars 2015; Rogove et al. 2012; Akhlaq et al., 2016; Pessoa et al. 2016). Uma das principais fragilidades apontadas a ser superada diz respeito à falta de estrutura político-institucional, organizacional e burocrática que determina dificuldades de regulação e legalização para manutenção e institucionalização da telessaúde (Cáceres-Méndez et al. 2011).

Figura 1. Forças positivas e negativas sobre a utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS.



Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de esquema proposto por Young et al. 2014 (Cáceres-Méndez et al., 2011; Marcolino et al., 2014; Alkmim et al., 2015; Scott e Mars, 2015; Rogove et al., 2012; Akhlaq et al., 2016; Pessoa et al., 2016).

A utilização espontânea da telessaúde ainda está aquém do possível, tanto no cenário nacional como internacional, e as equipes disponíveis têm capacidade de respostas e apoio a mais demandas dos profissionais (Schmitz e Harzheim 2017). Fatores pessoais e organizacionais foram apontados em estudo realizado por Alkmim e colaboradores (2015) como determinantes da utilização de serviços de telessaúde para apoio assistencial, com destaque para o treinamento, suporte e motivação pelo gestor local de saúde. Tais fatores podem ser forças positivas ou negativas, na medida em que estiverem ou não presentes.

Países em desenvolvimento, como o Brasil, apresentam poucas evidências publicadas em relação à telessaúde e seus efeitos (Scott e Mars 2015). No campo da Saúde Pública a aplicação de serviços de telessaúde é um campo pouco explorado e não foi encontrado na literatura um modelo propondo indicadores claros para avaliar a utilização das

ferramentas e dos serviços na APS, não existindo evidências conclusivas sobre o tema (Black et al. 2011; Marcolino et al. 2014; Alkmim et al. 2015; Pessoa et al. 2016).

Para abordar essas questões, propõe-se o uso da Teoria de Mudança (TM), iniciando com sua descrição e possibilidades de aplicação na telessaúde para apoio assistencial, com a finalidade de potencializar as transformações necessárias para o alcance dos resultados esperados.

A oferta de apoio assistencial aqui abordada está orientada por um modelo integral de atenção à saúde, que tem a APS como seu eixo central e estruturante, em um sistema de saúde público, que se propõe a ser universal e equânime. Os serviços são oferecidos a partir de núcleos de telessaúde estruturados e com serviços que devem ser planejados para responder às necessidades da rede de atenção na qual estão situados (Nilson et al. 2017).

O apoio direto da telessaúde no contexto assistencial para ampliação e facilitação do acesso dos usuários aos serviços e para a resolução dos seus problemas no contexto da APS se dá por meio das práticas de teleassistência, com atenção a necessidades e aprimoramentos focados no usuário e suas demandas (Castro Filho 2007; Ascencio 2012; Alkmim et al. 2015).

A telessaúde para apoio assistencial tem condições de dar respostas mais rápidas às fragilidades e dúvidas dos profissionais em serviço, apoiando a tomada de decisão e promovendo EPS ao longo do tempo. Sua ‘utilização’, neste contexto, deve ser entendida como o ato de empregar a telessaúde com alguma finalidade, proveito ou utilidade na prática em saúde para fortalecer a base teórica que orienta as ações de telessaúde, bem como o papel da telessaúde para qualificar serviços de saúde e o cuidado ofertado aos seus usuários.

A TM possibilita explicar como as atividades se desenvolvem para produzir os resultados que levam ao impacto final pretendido, e permite a representação de como atividades específicas podem levar a resultados específicos (Rogers 2014). Seus alicerces estão na área de avaliação de programas e na busca por transformações sociais. Para ser bem usada, deve combinar o desenho lógico sequencial do programa, apoiado por uma reflexão crítica sobre o contexto que o influencia, as motivações e contribuições dos interessados, bem como mudanças que podem surgir ao longo dessa sequência mapeada (Vogel 2012).

Há diferentes abordagens na literatura quanto ao conceito de TM, pois há autores que falam que ela é um produto – elemento gráfico-, outros que a definem como um processo contínuo com ferramentas que

orientam a ação (Stein e Valters 2012), e há os que unem todos os elementos e a definem como processo e produto que envolve todos os interessados na reflexão em busca de um objetivo comum e tem como resultado um modelo lógico que orienta a construção a ser desenvolvida (Vogel 2012; Stein e Valters 2012; Allen et al. 2017).

A avaliação nesse contexto permite revisar a intervenção, processos e resultados esperados, e contribui para a qualificar o entendimento de como ocorre a mudança (Stein e Valters 2012). A avaliação propõe a aprendizagem para identificar oportunidades de alcance das melhorias pretendidas de forma que as partes interessadas possam adaptar o progresso em busca dos resultados desejados. Ela permite o entendimento do motivo de as mudanças serem ou não produzidas, verificando e mapeando a extensão de um problema e informando sobre o que é importante (Allen et al. 2017).

Acredita-se que há possibilidade de mudança quando o trabalho é conjunto entre indivíduos ou grupos e aqueles que detêm o poder para tomar decisões ou influenciar a tomada de decisão, ou quando membros de uma dada comunidade realizam ação coletiva buscando a mudança de problemas que os afetam (Young et al. 2014).

Este artigo apresenta uma proposta de modelização orientada pela TM para avaliação da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS. Espera-se guiar avaliações em Saúde Pública, cujos resultados permitam potencializar a utilização de telessaúde e contribuir para torná-la efetiva e sustentável.

Métodos

Estudo teórico, de abordagem qualitativa, desenvolvido em quatro etapas:

1. *Primeira etapa* – levantamento e análise de bibliografia e documentos. Foi utilizado o modelo teórico para núcleos de telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Thurston e Ramaliu 2005; Nilson et al. 2017) e realizou-se buscas de documentos e publicações científicas relacionadas à telessaúde para apoio assistencial no contexto da APS. Foram consultados sites institucionais e bases eletrônicas: do Ministério da Saúde – Departamento de Atenção Básica e Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; PubMed da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline); Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs), via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Scopus;

Web of Science; e, portal de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Foram utilizados como termos de busca: ‘telessaúde ou telemedicina’, ‘Atenção Primária à Saúde’, ‘utilização ou uso’, ‘avaliação’, e os seus correspondentes em espanhol e inglês, assim como as variações propostas no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e no MeSH (Medical Subject Headings) para os termos. A leitura das evidências contemplou os estudos que trataram de telessaúde para apoio entre profissionais e não para interação à distância entre profissionais e pacientes.

2. *Segunda etapa* – construção da proposta de modelo teórico-lógico de avaliação da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS. Essa modelização foi orientada pela revisão teórica, contemplando a teoria que orienta o apoio assistencial por meio de telessaúde, os contextos que o envolvem e os determinantes para sua utilização por profissionais de saúde na APS, explicitando os elementos que permitem a sua operacionalização para alcance dos resultados esperados. Além da análise de literatura específica sobre o apoio assistencial, a proposta de modelo teórico-lógico teve orientação no modelo teórico de núcleos de telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Nilson et al. 2017).

3. *Terceira etapa* – validação do modelo teórico-lógico por consenso com especialistas (Conferência de Consenso). Foram convidados 18 especialistas (um coordenador e dois ex-coordenadores do Telessaúde Brasil Redes; três ex-coordenadores do Núcleo Telessaúde Santa Catarina e 12 pesquisadores na área de telessaúde, educação permanente e avaliação em saúde), selecionados a partir de publicações nas áreas, experiência em pesquisa ou vinculação por trabalho com telessaúde no cenário nacional. A validação foi desenvolvida com o envio do modelo, construído pelos pesquisadores, para apreciação pelos especialistas. Dez especialistas retornaram, sendo unânime a aprovação, com concordância plena ou acompanhada de sugestões de adaptações. As sugestões foram acatadas, e indicaram que permanecessem no modelo apenas os serviços regulamentos e permitidos no Brasil.

A validação foi orientada pelo método de Conferência de Consenso (Souza et al. 2005), com a utilização do software Survey Monkey® (<https://pt.surveymonkey.com>) para envio da proposta teórica e organização gráfica dos produtos.

4. *Quarta etapa* – adaptação do modelo teórico-lógico com orientação da Teoria de Mudança (Vogel 2012; Stein e Valters 2012; Young et al. 2014; Allen et al. 2017). A TM orientou a representação

gráfica das relações lógicas entre as ações e os resultados esperados para a intervenção (Cravo e Silva 2017). O desenho do quadro lógico foi orientado pela proposta do *Overseas Development Institut* (ODI) para apresentar o percurso até os resultados, incluindo os atores envolvidos (Young et al. 2014). Foram levados em conta o contexto em que o Programa se insere, as atividades realizadas, os produtos e resultados esperados (a partir de medidas estabelecidas) e o impacto pretendido (Vogel 2012).

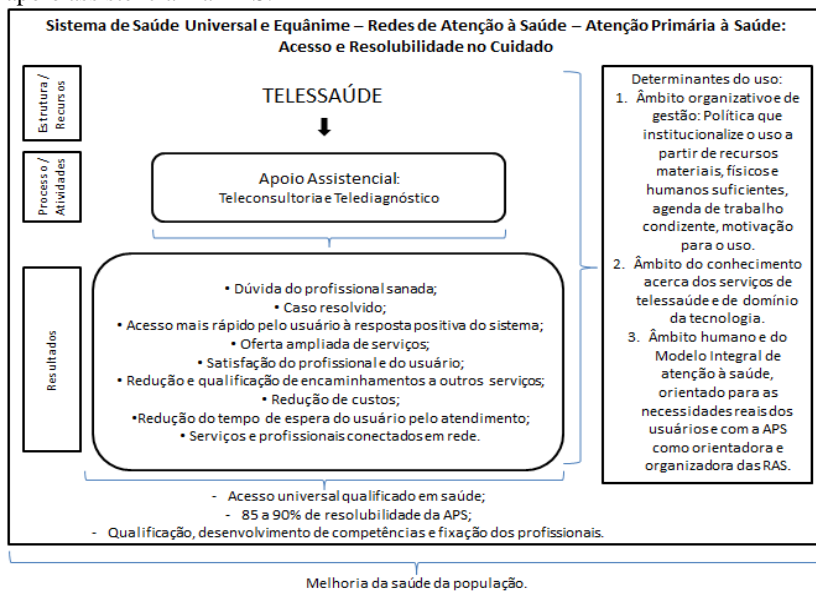
Esse estudo integra o Projeto de Pesquisa 401211/2013-4 – ‘Avaliação do impacto dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina’, financiado pela Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit nº 08/2013 – Pesquisa em educação permanente para o SUS e dimensionamento da força de trabalho em saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina em 2016, conforme parecer nº 1.466.605.

Resultados

Modelo Teórico-Lógico para avaliação da utilização de telessaúde para apoio assistencial na Atenção Primária à Saúde

O modelo teórico desenvolvido para Núcleos de Telessaúde do Telessaúde Brasil Redes, – orientado pelos elementos de Thurston e Ramaliu (2005) (Nilson et al. 2017), orientou a proposta de modelo teórico-lógico para avaliação da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS apresentado na figura 2. A representação gráfica busca detalhar o objeto, fazendo a representação da cadeia de atividades e efeitos de forma a resumir o funcionamento da telessaúde para apoio assistencial, ligando os recursos e atividades aos resultados (Medina et al. 2005).

Figura 2. Modelo teórico-lógico para avaliação da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS.



Fonte: As autoras (2018).

O modelo traz a representação das possibilidades de utilização da telessaúde para apoio assistencial na APS no Brasil, em dois níveis: a) teleconsultoria ou segunda opinião (consulta entre profissionais de saúde) e, b) telepedagógica ou exames complementares à distância (telediagnóstico) (Nerlich et al. 2002; Alkmim et al. 2015). A teleconsulta e o telemonitoramento não são considerados porque a interação entre profissional e paciente com tecnologias a distância, não é regulamentada no Brasil (Haddad et al. 2016). O uso de alternativas à consulta presencial ainda é apontado como alvo de dúvidas éticas, legais e de temor quanto à qualidade da atenção dispensada ao paciente (Cáceres-Méndez et al. 2011; Brant et al. 2016).

Os serviços de apoio assistencial apresentam potencial para agilizar atendimentos, regular e reduzir o acesso a especialistas, reduzir filas de espera por atendimento, evitar remoção dos pacientes para outros serviços ao resolver os problemas na própria APS, e reduzir e otimizar os custos em saúde (Campelo e Bento 2010; Andrade et al. 2011; Von Wangenheim et al. 2012; Marcolino et al. 2014; Gonçalves et al. 2014; Figueiredo e Guedes 2015). Além disso, podem promover a construção de uma rede de saúde que conecta os profissionais e oportuniza a troca de

experiências interprofissional, apoio e acesso a informações e evidências científicas, ampliando as suas capacidades (Marcolino et al. 2014; Gonçalves et al. 2014; Figueiredo e Guedes 2015), promovendo maior resolubilidade do cuidado e favorecendo os usuários do sistema.

Articulado à regulação, o apoio assistencial pode auxiliar na resolução de casos que são sensíveis às ações na APS, a partir da gestão das filas, identificação de demandas reprimidas, implantação de protocolos de regulação do acesso e de diretrizes clínicas. Com isso, é possível ampliar e qualificar o acesso ao nível especializado quando necessário (Brasil 2015a).

Orientada por um modelo de atenção à saúde focado no cuidado integral, a teleassistência na APS pode contribuir para a superação do modelo vertical de organização da atenção como pirâmide, impactando sobre o cuidado e o alcance dos 85% de resolubilidade neste nível de atenção, evitando a iatrogenia, a atuação dos profissionais como especialistas focais, o isolamento dos recém-formados e o desperdício de recursos públicos, qualificando e regulando o acesso (Castro Filho 2007).

Para alcançar tais resultados, algumas barreiras precisam ser transpostas, que envolvem temas relacionados a: regulamentação para organização da oferta e utilização da telessaúde; financiamento; infraestrutura necessária; cultura organizacional para utilização de telessaúde desde a formação profissional até a conformação do processo de trabalho, de forma a superar preconceitos e limitações de acesso às tecnologias; entendimento da utilização como forma de melhorar a qualidade em saúde e a valorização da APS como orientadora do processo assistencial (Rogove et al. 2012; Alkmim et al. 2015; Scott e Mars 2015; Akhlaq et al. 2016; Pessoa et al. 2016).

Esses aspectos foram apresentados no modelo como grupos de determinantes que exercem força sobre a utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS. Observou-se ainda, em relação ao contexto externo, a organização proposta pela Organização Panamericana de Saúde, que aponta o âmbito econômico e a importância de investimento financeiro para garantia da sustentabilidade da telessaúde (Organização Panamericana de la Salud 2017).

A análise de contexto deve levar em conta as características da gestão de saúde local e do núcleo de telessaúde envolvido, de forma a identificar quais as fraquezas e potencialidades presentes em cada realidade.

A baixa utilização de telessaúde para apoio assistencial se depara com dificuldades práticas relacionadas à estrutura para atender a esse

modelo integral de atenção à saúde, a saber: falta de coesão e organização entre os atores que atuam em telessaúde, falta de tempo para acessar os serviços, obstáculos para acompanhar a rapidez com que as inovações tecnológicas ocorrem, distribuição desigual de acesso à infraestrutura necessária, grande diversidade de sistemas de informação em uso e no manejo seguro e ético dos dados (Organização Panamericana de la Salud 2016). Há, portanto, a necessidade de investigar essa temática, buscando compreender o processo de oferta e utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS.

Quadro lógico orientado pela Teoria de Mudança, indicadores e medidas para avaliação de telessaúde no apoio assistencial à APS

A proposta do *Overseas Development Institute* (ODI) traz a TM como uma forma de se trabalhar a busca de resultados a partir da mudança de comportamentos, de relações, da ação e das atividades das pessoas, grupos e organizações. Sua concepção é de que a mudança ocorre principalmente por meio de uma série de passos pequenos e graduais e que a sua sustentabilidade se relaciona às mudanças de comportamento das pessoas e não apenas no que elas produzem (Young et al. 2014).

O quadro de análise proposto para telessaúde no apoio assistencial (quadro 1) contempla o encadeamento de ações desenvolvidas e considera o contexto, respeitando os diferentes determinantes (dimensões) que podem influenciar o processo e que serão detalhados a seguir.

Na *Dimensão Âmbito organizativo e de gestão* se propõe critérios para análise e julgamento da estrutura tecnológica mínima necessária à utilização dos serviços de telessaúde pelos profissionais de saúde. Contempla a existência de rede de internet e equipamentos de qualidade em número suficiente, que possibilite aos profissionais de saúde se conectar à plataforma de telessaúde (Cáceres-Méndez et al. 2011) e condições para incorporação do apoio como rotina, relacionadas à regulamentação do uso dos serviços de telessaúde no processo de trabalho dos profissionais, com organização da agenda de trabalho das equipes que permita essa prática e motivação aos profissionais (Brasil 2015a; Haddad et al. 2016).

Na *Dimensão Âmbito do conhecimento e domínio da tecnologia* busca-se a análise do conhecimento pelos profissionais de saúde quanto à existência da telessaúde e dos serviços de apoio assistencial oferecidos, sua aplicação no trabalho e para qualificação, bem como a capacidade para utilizar os serviços fornecidos por meio de plataforma específica.

Há ainda dificuldades de aceitação de mudanças e de novas tecnologias, bem como há capacidades profissionais distintas para utilizar

informática e diferentes opiniões sobre telessaúde e seus benefícios (Cáceres-Méndez et al. 2011; Organização Panamericana de la Salud 2016). Além de dispor da tecnologia, os profissionais de saúde precisam conhecer e confiar nos serviços para quebrar as resistências, e nesse processo a gestão é importante para facilitar a utilização, criando condições aos profissionais. A tecnologia deve ser simples e não se configurar como barreira (Haddad et al. 2016). Portanto, conhecer a telessaúde e compreendê-la como potencial apoio para melhoria da qualidade da assistência, a fim de utilizar seus serviços por meio de plataforma simples e de fácil navegação, permite potencializar a utilização pelos profissionais de saúde (Alkmim et al. 2015).

Por fim, a *Dimensão Âmbito humano e do modelo integral de atenção à saúde* propõe olhar para o apoio à assistência orientado pela individualidade das necessidades em uma APS fortalecida e capaz de coordenar e orientar o cuidado aos seus usuários. Constitui a representação dos eixos centrais da telessaúde para apoio assistencial:

- *Acesso* entendido como a entrada nos serviços de saúde, para acolhimento dos usuários e resolução de suas necessidades (Jesus e Assis 2010). A telessaúde pretende eliminar a distância como barreira de acesso aos serviços de saúde na medida em que amplia a capacidade de respostas da APS às necessidades de saúde dos usuários (Oliveira et al. 2012).

- *Cuidado* abrange o processo de implementação da terapêutica necessária para assistir aqueles que procuram os serviços de saúde e que é dependente da relação usuário-profissional-telessaúde (Cruz 2009). A telessaúde tem papel central e abrangente no suporte aos profissionais de saúde para a qualificação do cuidado (Marcolino et al. 2013).

- *Regulação* trata da organização de fluxos e do percurso dos usuários pelo sistema de saúde, organizando o cuidado e conectando os diferentes pontos de atenção da rede, de forma a promover comunicação em equipe e entre equipes. No Brasil houve avanços da telessaúde a partir da utilização na APS para outros níveis de atenção, sendo entendida como uma decisão política nacional, com legislação que a orienta (Haddad et al. 2016). Portanto, a telessaúde deve ser integrada à regulação para oferecer serviços focados nas principais dificuldades de acesso a especialidades e procedimentos especializados e às demandas reprimidas, apoiando a implantação de protocolos de regulação e diretrizes clínicas por meio de discussão técnica e de gestão (Brasil 2015a).

- *Trabalho em rede* contempla o papel da telessaúde para promover conexão entre os diferentes profissionais, equipes e serviços que compõem o sistema de saúde em busca do cuidado integral aos usuários

por meio de profissionais fortalecidos e satisfeitos. As redes nesse contexto têm a APS como central, organizando e coordenando o cuidado e o percurso dos usuários pelo sistema de saúde com seus diferentes níveis de atenção, mas prevê o compartilhamento e a complementação de saberes e a corresponsabilização pela assistência em saúde (Mendes 2012; Brasil 2015b). A telessaúde tem papel fundamental para conectar os profissionais separados por distâncias geográficas, diminuindo o isolamento profissional (Oliveira et al. 2012).

Usar a TM possibilita estabelecer relação lógica entre as ações e os resultados esperados para a intervenção e então selecionar os indicadores para medir estes resultados (Cravo e Silva 2017). Os indicadores propostos em cada uma das dimensões estão orientados pelo impacto almejado a partir dos resultados possíveis com o apoio assistencial oferecido pela telessaúde na APS: aumento da qualidade do cuidado e da resolubilidade na APS, redução e qualificação dos encaminhamentos a outros níveis de atenção, ampliação do acesso com redução do tempo de espera pelos serviços, redução de custos e otimização do uso de recursos dentro do sistema de saúde, organização e fortalecimento do trabalho em rede, satisfação e fixação profissional em locais distantes dos grandes centros (Castro Filho 2007; Marcolino et al. 2014; Bill et al. 2014; Nilson et al. 2017).

Quadro 1. Quadro lógico da oferta e utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS. (Continua)

Contexto Externo – relativo ao Programa: Sistema de Saúde orientado pela APS e o modelo integral de atenção focado nos usuários. Orçamento institucional do Ministério da Saúde (e outros quando houver).					
	<i>Entradas (inputs) – o que investimos / condicionantes:</i>	<i>Atividades (activities) – o que fazemos</i>	<i>Produtos (outputs) – bens e serviços produzidos</i>	<i>Resultados (outcomes) – o que acontece devido às atividades</i>	<i>Impacto (impact)</i>
Contexto Interno – relativo à oferta de serviços para apoio assistencial: Núcleo Telessaúde operando, com estrutura e equipe gestora e técnica multiprofissional, qualificada. Profissionais de saúde atuando na APS e com necessidades de apoio.	Âmbito organizativo e de gestão				
	Disponibilidade e suficiência de estrutura e recursos para utilização da telessaúde (em horário de trabalho) pelos profissionais e equipes.	1. Provimento tecnológico e incentivo à informatização das unidades.	Conectividade, existência de equipamentos completos e operantes.	Acesso a computadores e internet em todas as unidades básicas de saúde.	Qualificação e fortalecimento das equipes de APS. Ampliação do acesso e agilidade no atendimento. Redução e qualificação de encaminhamentos para outros níveis de atenção. Redução de custos. Profissionais e serviços conectados em rede. Alcance de um modelo de atenção à saúde, orientado pela integralidade. Fixação profissional na APS.
2. Organização do processo de trabalho nos serviços de saúde.		Regulamentações que garantam as condições de utilização dos recursos de apoio em horário de trabalho.	Utilização de telessaúde pelos profissionais e trabalhadores de saúde.		
Avaliação: para compreensão de como se dá a utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS e identificação das forças que potencializam ou atrapalham o processo.					

Quadro 1. Quadro lógico da oferta e utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS. (Continuação)

Contexto Externo – relativo ao Programa: Sistema de Saúde orientado pela APS e o modelo integral de atenção focado nos usuários.					
Orçamento institucional do Ministério da Saúde (e outros quando houver).					
	<i>Entradas (inputs)</i>	<i>Atividades (activities)</i>	<i>Produtos (outputs)</i>	<i>Resultados (outcomes)</i>	<i>Impacto (impact)</i>
<p>Contexto Interno – relativo à oferta de serviços para apoio assistencial:</p> <p>Núcleo Telessaúde operando, com estrutura e equipe gestora e técnica multiprofissional, qualificada.</p> <p>Profissionais de saúde atuando na APS e com necessidades de apoio.</p>	Âmbito do conhecimento e domínio da tecnologia				
	<p>Profissionais de saúde sabem que a telessaúde existe, entendem como pode apoiá-los para a assistência e conseguem acessar os serviços e navegar na plataforma.</p>	<p>1. Divulgação da telessaúde (folders, eventos, redes sociais, treinamento)</p>	<p>Conhecimento acerca dos serviços e compreensão quanto à aplicabilidade</p>	<p>Reconhecimento e utilização regular da telessaúde como ferramenta de apoio assistencial</p>	<p>Qualificação e fortalecimento das equipes de APS.</p> <p>Ampliação do acesso e agilidade no atendimento.</p> <p>Redução e qualificação de encaminhamentos para outros níveis de atenção.</p> <p>Redução de custos.</p> <p>Profissionais e serviços conectados em rede.</p> <p>Alcance de um modelo de atenção à saúde, orientado pela integralidade.</p> <p>Fixação profissional na APS.</p>
<p>2. Disponibilização de plataforma e suporte ao acesso permanente e utilização contínua dos serviços</p>		<p>Plataforma simples e de fácil navegação com apoio tecnológico imediato quando necessário</p>	<p>Profissionais e trabalhadores de saúde cadastrados conseguem acessar os serviços, navegar na plataforma, solicitar apoio e visualizar os retornos</p>		
<p>Avaliação: para compreensão de como se dá a utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS e identificação das forças que potencializam ou atrapalham o processo.</p>					

Quadro 1. Quadro lógico da oferta e utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS. (Conclusão)

Contexto Externo – relativo ao Programa: Sistema de Saúde orientado pela APS e o modelo integral de atenção focado nos usuários. Orçamento institucional do Ministério da Saúde (e outros quando houver).					
	<i>Entradas (inputs)</i>	<i>Atividades (activities)</i>	<i>Produtos (outputs)</i>	<i>Resultados (outcomes)</i>	<i>Impacto (impact)</i>
<p>Contexto Interno – relativo à oferta de serviços para apoio assistencial:</p> <p>Núcleo Telessaúde operando, com estrutura e equipe gestora e técnica multiprofissional, qualificada.</p> <p>Profissionais de saúde atuando na APS e com necessidades de apoio.</p>	Âmbito humano e do modelo integral de atenção à saúde				
	1. Apoio para ampliação das competências profissionais e aumento da oferta de serviços.	<p>Acesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profissionais e equipes com maior capacidade de resposta às necessidades dos usuários. - Mais ações / serviços oferecidos na APS. 	Redução do tempo para resolubilidade do problema. Redução da necessidade de encaminhamentos para outros serviços.	<p>Qualificação e fortalecimento das equipes de APS. Ampliação do acesso e agilidade no atendimento. Redução e qualificação de encaminhamentos para outros níveis de atenção. Redução de custos. Profissionais e serviços conectados em rede. Alcance de um modelo de atenção à saúde, orientado pela integralidade. Fixação profissional na APS.</p>	
	1. Apoio para diagnóstico e assistência.	<p>Cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profissionais seguros para realizar diagnóstico, planejar o manejo e implementar a assistência. - Profissionais estimulados a pensar outras formas de cuidar. 	Aumento da capacidade resolutiva. Promoção de equidade no acesso e qualificação dos encaminhamentos. Assistência mais qualificada.		
	1. Apoio para encaminhamentos pela APS às demandas de saúde. 2. Apoio para implantação de protocolos orientadores de fluxo que incluam a utilização da telessaúde. 3. Participação na construção e implementação de protocolos clínicos.	<p>Regulação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auxílio às condutas dos profissionais para os problemas prevalentes. - Construção compartilhada de protocolos entre Telessaúde e instâncias gestoras. - Padronização de diretrizes clínicas. 	Facilitação do trabalho e da comunicação e articulação em equipe e da APS com outros níveis de atenção. Regulação de fluxos. Organização do cuidado em saúde.		
	1. Oferta de apoio técnico acessível. 2. Promoção de espaço de diálogo orientado pelas reais necessidades locais.	<p>Trabalho em rede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formação de uma rede de apoio técnico. - Regionalização da assistência. 	Respostas resolutivas às necessidades dos diferentes contextos. Diminuição do isolamento profissional. Satisfação e fixação profissional.		
<p>Avaliação: para compreensão de como se dá a utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS e identificação das forças que potencializam ou atrapalham o processo.</p>					

Fonte: Elaborado pelas autoras com base em Learning for Sustainability (2017).

As medidas propostas para avaliar os resultados são apresentadas no quadro 2:

Quadro 2. Indicadores e medidas para avaliar a oferta e utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS. (Continua)

	Subdimensão	Indicador	Medidas
Dimensão	Âmbito organizativo e de gestão		
	Provimento tecnológico	Equipamentos e internet para uso da telessaúde	Internet e equipamentos disponíveis (computador e kit multimídia), funcionando e em quantidade suficiente (mínimo 1 por unidade) para os profissionais utilizarem.
	Condições para incorporação do apoio como rotina	Organização do processo de trabalho na APS	Regulamentação por meio de documentos orientadores que indiquem a utilização da telessaúde para apoio assistencial.
			Agenda de trabalho na APS organizada para utilização da telessaúde.
Dimensão	Âmbito do conhecimento e domínio da tecnologia		
	Divulgação da telessaúde	Reconhecimento da telessaúde como ferramenta de apoio	Conhecimento dos serviços de telessaúde disponíveis.
			Compreensão quanto à aplicabilidade dos serviços de telessaúde para apoio assistencial para o trabalho na APS.
Uso da plataforma telessaúde	Acesso e uso dos serviços de telessaúde por meio de plataforma simples.	Facilidade para acessar e navegar na plataforma, solicitar apoio e visualizar os retornos).	

Quadro 2. Indicadores e medidas para avaliar a oferta e utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS. (Conclusão)

Âmbito humano e do modelo integral de atenção à saúde			
Dimensão	Acesso	Mudança na disponibilidade de serviços no município após o apoio	Ações assistenciais passaram a ser realizadas por profissionais apoiados com suas equipes.
			Mudança no tempo de resolução do problema após o apoio.
	Cuidado	Diagnóstico	Segurança para realizar diagnóstico após o apoio.
			Competência para planejar intervenções.
		Assistência	Segurança para promover assistência e manejar casos após o apoio.
			Novas maneiras de cuidar a partir do apoio.
	Regulação	Protocolos de acesso	Existência de protocolos orientadores de fluxo (nas RAS) que estimulem a oferta e acesso ao apoio.
			Participação da telessaúde na existência de referência e contrarreferência.
		Protocolos clínicos	Participação da telessaúde nos protocolos clínicos.
			Apoio com indicações clínicas de manejo do caso na rede.
	Trabalho em rede	Diminuição do isolamento profissional	Rede de apoio técnico acessível.
		Regionalização da assistência	Espaços de debate e problematização da realidade orientados pelas complexas necessidades locais.
03	08	11	18

Fonte: As autoras (2018).

Discussão

A EPS, com ações de formação no trabalho e para o trabalho, orienta a proposta dos núcleos telessaúde; mas a oferta dos serviços não garante a utilização pelos profissionais, que ainda é baixa em relação ao potencial do Programa (Figueiredo e Guedes 2015). O apoio assistencial é uma atuação complexa da telessaúde, pois envolve melhorar o cuidado aos usuários a partir da capacitação dos profissionais. A proposta validada nesse estudo pode ser útil para compreender esse objeto e permite analisar as razões que determinam a aceitabilidade e interferem na sua utilização.

O quadro lógico interliga as atividades, resultados, finalidades e objetivos de uma intervenção, e seu uso permite monitorar e acompanhar

as mudanças no processo de implementação e identificar os desvios do plano original. O contexto externo, no caso de intervenções no sistema de saúde, é muito complexo, altamente politizado e extremamente fluido, o que influencia fortemente as ações avaliadas (Lucas e Bloom 2015).

A identificação de componentes, objetivos e resultados esperados, promoveu a reflexão e proposição de indicadores que possam responder as questões avaliativas e contribuir com a consolidação e fortalecimento da utilização da telessaúde como ferramenta de apoio assistencial. A proposta de um modelo para análise qualitativa considerou a não homogeneidade na implantação da utilização dos serviços no cenário brasileiro (Maldonado et al. 2016). Nesse processo, a participação dos especialistas foi importante para tornar mais clara a imagem-objetivo, e poderia ter sido ainda melhor se contemplasse a inclusão de usuários dos serviços de telessaúde nesse processo.

A despeito dos benefícios que a telessaúde traz, ainda se depara com inúmeras dificuldades que impõem barreiras a serem transpostas e que reiteram a necessidade de maior compreensão do que leva a tais fragilidades (Scott e Mars 2015; Akhlaq et al. 2016), o que pode ser conseguido por meio de processos avaliativos. A avaliação de ações que envolvem telessaúde deve ultrapassar as análises econômicas e de seus resultados, e envolver as áreas afetadas ou influenciadas por ela, como aspectos sociais, técnicos, éticos, políticos, de efeitos sobre a saúde (Khoja et al. 2013).

Entende-se que pensar a telessaúde ultrapassa os limites das instituições nas quais os núcleos estão situados e requer articulação entre as diferentes esferas e órgãos deliberativos e de gestão para que se consiga implementar a sua utilização e incorporar como parte da rotina dos profissionais e serviços (Haddad et al. 2016; Nilson et al. 2017). Nesse contexto, a TM permite esclarecer de que forma a cadeia de implementação de uma intervenção se desenvolve e como se fazem as conexões para desenvolver uma “teoria de implementação” (Vogel 2012), já que permite estabelecer o processo sequencial necessário para o alcance de um objetivo (Lucas e Bloom 2015).

Torna-se assim possível a construção de uma avaliação que explore o processo e apresente os pontos de intervenção possíveis para transformar cenários e potencializar a intervenção. Já que a aplicação da TM vem contribuindo para qualificar a avaliação de intervenções complexas na área da saúde de forma a elevar seu potencial de ser efetiva, sustentável e escalonável (De Silva et al. 2014).

A incorporação dos serviços de apoio assistencial – teleconsultoria e telediagnóstico-, demonstra responder às necessidades dos profissionais

da APS e às fragilidades existentes para garantia de cuidado qualificado e em tempo oportuno aos usuários (Brasil 2015a; Haddad et al. 2016). Torna-se preciso identificar se realmente esses serviços são entendidos dessa forma e se têm sido utilizados pelos profissionais e incorporados para organizar o cuidado em saúde, de forma a otimizar fluxos e promover articulação e trabalho em rede.

Em estudo recente, Arensman e colaboradores (2018) apontam que a TM não pode ser encarada como verdade absoluta para análise profunda de processos complexos e consideram que ela não dá atenção ao que não está previsto no desenho teórico que representa a intervenção, ficando muito focada no modelo proposto. Sua construção estaria restrita à previsão dos processos de mudança buscados por um programa. Por isso, é importante que o conhecimento teórico seja aprofundado, dando voz e ouvindo os atores envolvidos, de forma que a avaliação deve reconhecer e estar atenta à prática, às interações humanas no cotidiano e a força desse contexto de cooperação e influências.

A TM apresenta uma análise para orientar mudanças em determinado contexto e o papel dos atores e organizações envolvidos (Valters 2015). Entende-se que o fortalecimento da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS depende do posicionamento de todos esses atores.

O emprego da TM como orientadora para o alcance das mudanças pretendidas precisa ser pensado de forma dinâmica e envolver todos que têm atuação no processo e cujo comportamento é decisivo para a implementação da intervenção e o alcance dos resultados (Valters 2015). Dessa forma, vai ampliar o potencial de transformação que se busca com a avaliação, que não é estanque, mas sim, processual e contínua para permitir mudanças e melhorias na intervenção a serviço da qualificação do cuidado prestado em saúde.

Considerações finais

Modelos inovadores de cuidados para responder às necessidades de sistemas de saúde e manter ou melhorar seu nível de qualidade estão cada vez mais a serviço de provedores de serviços, gestores, profissionais e usuários. A telessaúde é um desses modelos e busca a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde por meio de apoio aos profissionais para transformação do modelo de atenção à saúde, alcance da proposta de integralidade e vigilância em saúde, otimização dos recursos e redução de custos aos sistemas de saúde.

O modelo avaliativo aqui proposto busca contemplar a complexidade dos processos que envolvem a utilização de telessaúde para apoio assistencial no contexto da APS, envolvendo atores-chave para a identificação das ações necessárias ao processo de mudança. Pretende-se o desenvolvimento de uma avaliação que permita compreender como e porque a intervenção está funcionando, ou não, comparando os resultados encontrados com a teoria do programa para que se possa estabelecer uma análise crítica do processo como um todo e pensar em novas e mais ricas trajetórias.

Assim, será possível viabilizar a construção de um processo avaliativo da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS de forma sistemática e profunda que identifique fragilidades e potencialidades relacionadas à sua utilização pelos profissionais no contexto de trabalho. Tal conhecimento poderá contribuir para o fortalecimento da telessaúde como tecnologia social, capaz de transformar realidades em busca de respostas às necessidades reais em saúde e do acesso à saúde como direito de cidadania.

Agradecimentos e Financiamento

À equipe do Núcleo Telessaúde de Santa Catarina.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da Bolsa de Doutorado durante a realização deste estudo.

Ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) pelo financiamento da pesquisa por meio do Projeto de Pesquisa 401211/2013-4 – ‘Avaliação do impacto dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina’, aprovado e financiado pela Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit nº.08/2013 – Pesquisa em educação permanente para o Sistema Único de Saúde e dimensionamento da força de trabalho em saúde.

Referências

Akhlaq A, Mckinstry B, Muhammad KB, Sheikh, A. 2016. Barriers and facilitators to health information exchange in low- and middle-income country settings: a systematic review. *Health Policy and Planning*, 31(9): 1310-1325.

Alkmim MB, Marcolino MS, Figueira RM, Sousa L, Nunes MS, Cardoso CS, Ribeiro AL. 2015. Factors Associated with the Use of a

Teleconsultation System in Brazilian Primary Care. *Telemedicine and e-Health Mary Ann Liebert, Inc.*, 21(6): 1-11.

Allen W, Cruz J, Warburtun B. 2017. How Decision Support Systems can benefit from a Theory of Change approach. *B. Gestão ambiental*, 59(ed.6): 956-965.

Andrade MV, Maia AC, Cardoso CS, Alkmim MB, Ribeiro AL. 2011. Custo-benefício do serviço de telecardiologia no Estado de Minas Gerais: projeto Minas Telecardio. *Arq. Bras. Cardiol.*, 97(4): 307-316.

Arensman B, Waegeningh C, Wessel M. 2018. Twinning “Practices of Change” With “Theory of Change”: Room for Emergence in Advocacy Evaluation. First Published September 1. *American Journal of Evaluation*, 39(2): 221-236.

Ascencio ACS. 2012. *A Teleducação interativa na capacitação de profissionais em saúde auditiva* [dissertação]. Bauru: Universidade de São Paulo.

Bill G, Crisci CD, Canet T. 2014. La Red de Telesalud de las Américas y su papel em la atención primaria de la salud. *Rev Panam Salud Publica*, 35(5/6): 442-445.

Black AD, Car J, Pagliari C, Anandan C, Cresswell K, Bokun T, McKinstry B, Procter R, Majeed A, Sheikh A. 2011. The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. *PLoS Medicine*, 8(1): 1-16.

Brant H, Atherton H, Ziebland S, Mckinstry B, Campbell JL, Salisbury C. 2016. Using alternatives to face-to-face consultations: a survey of prevalence and attitudes in general practice. *British Journal of General Practice*, e460-e466.

Brasil. 2015a. *Nota Técnica nº50/2015-DEGES/SGTES/MS*: Diretrizes para a oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf, acesso em: 08 junho 2016.

Brasil. 2015b. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: CONASS. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/Conass-APS-e-RAS.pdf>, acesso em: 05 junho 2016.

Brasil. 2017. *Núcleos de Telessaúde*. Brasília: Ministério da Saúde; Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_telessaude.php?conteudo=nucleos_telessaude, acesso em 15 dezembro 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. 2012. *Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 123. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_telessaude.pdf, acesso em: 12 março 2016.

Cáceres Méndez EA, Castro-Díaz SM, Gómez-Restrepo C, Puyana JC. 2011. Telemedicina: historia, aplicaciones y nuevas herramientas en el aprendizaje. *Univ Méd Bogotá* (Colombia), 52(1): 11-35.

Campelo VES, Bento RF. 2010. Teleaudiometria Automática: Um Método de Baixo Custo para Triagem Auditiva. *Arq. Int. Otorrinolaringol.*, 14(1): 82-89.

Castro Filho ED. 2007. Telessaúde em apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Rev Bras Med Fam e Com.*, 3(11): 210-215.

Crane O, Balen J, Devkota B, Ghimire S, Rushton. 2017. Use of information and communication technologies in the formal and informal health system responses to the 2015 Nepal earthquakes. *Health Policy and Planning*, 32(suppl_3): iii48-iii58.

Cravo TA, Silva GDM. 2017. Uma proposta de um painel de indicadores de desenvolvimento regional para o monitoramento da Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR). In: Resende GM (ed). *Avaliação de políticas públicas no Brasil: uma análise da Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR)*. Brasília: Ipea, 313-367.

Cruz MCC. 2009. *O conceito de cuidado à saúde* [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 153p.

De Silva MJ, Breuer E, Lee L, Asher L, Chowdhary N, Lund C, Patel V. 2014. Theory of Change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Bio Med Central*, 15: 267.

Figueiredo AM, Guedes TAL. 2015. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. In: Valentim RAM, Araújo BG, Guedes TAL, Figueiredo

AM. (ed). *A Telessaúde no Brasil e a inovação tecnológica na atenção primária*. Natal: EDUFRN, 27-46.

Gonçalves CM, Correia ADMS, Monreal VRFD, Nunes EA, Haddad PO. 2014. A saúde rompendo distâncias para o ensino e a formação: o Programa Telessaúde Brasil Redes em Mato Grosso do Sul. Faculdade de Tecnologia de Guaratinguetá. *Revista Científica On-line Tecnologia – Gestão – Humanismo*, 3(1): 26-35.

Haddad AE, Silva DG, Monteiro A, Guedes T, Figueiredo AM. 2016. Follow up of the legislation advancement along the implementation of the Brazilian Telehealth Programme. *J Int Soc Telemed eHealth*, 4(e11): 1-7.

Jesus WLA, Assis MMA. 2010. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(1): 161-170.

Khoja S, Durrani H, Scott RE, Sajwani A, Piryani U. 2013. Conceptual framework for development of comprehensive e-Health evaluation tool. *Telemed e-Health*, 19(1): 48-53.

Lapão LV, Messina LA, Ungerer R, Campos F. 2016. Roteiro estratégico para a telessaúde na CPLP: diagnóstico e prioridades para o desenvolvimento da telessaúde. *An Inst Hig Med Trop*, 15(Supl. 1): S65-S73.

Learning for sustainability: supporting, collaboration and adaptation. 2017. *Theory of change*. Disponível em: <http://learningforsustainability.net/theory-of-change/>, acesso 01 novembro 2017.

Lucas H, Bloom G. 2015. Capítulo 4: Understanding The Intervention. Institute Of Development Studies. In: Lucas H, Zwarenstein M. *Future Health Systems: innovations for equity - A practical guide to implementation research in Health Sístems*, 13. Disponível em: http://courses.arcade-project.org/pluginfile.php/915/mod_resource/content/2/Chapter%204.pdf, acesso 11 março 2018.

Maldonado JMSV, Marques, AB, Cruz A. 2016. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 32 Sup 2: e00155615.

Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. 2016. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil,

segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2): 327-338.

Marcolino MS, Alkmim MBM, Assis TGP, Palhares DMF, Silva GAC, Cunha LR, Sousa L, Abreu MP, Figueira RM, Ribeiro AL. 2013. A Rede de Teleassistência de Minas Gerais e suas contribuições para atingir os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS - relato de experiência. *RECIIS - R Eletr de Com Inf Inov Saúde*, 7(2): 1-21.

Marcolino MS, Alkmim MBM, Assis TGP, Sousa LAP, Ribeiro ALP. 2014. Teleconsultorias no apoio à atenção primária à saúde em municípios remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 35(5/6): 345-352.

Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. 2005. Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva L. (Orgs.). *Avaliação em Saúde - dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Rio de Janeiro / Salvador: Fiocruz / EDIUFBFA, 41-63.

Mendes EV. 2012. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf, acesso em: 05 junho 2016.

Nerlich M, Balas EA, Schall T, Stieglitz SP, Filzmaier R, Asbach P, Dierks C, Lacroix A, Watanabe M, Sanders JH, Doarn CR, Merrell RC. 2002. Teleconsultation Practice Guidelines: Report from G8 Global Health Applications Subproject 4. *Telemedicine Journal and e-Health*, 8(4): 411-418.

Nilson LG, Dolny LL, Natal S, Lacerda JT, Calvo MCM. 2017. Telehealth Centers: A Proposal of a Theoretical Model for Evaluation. *Mary Ann Liebert, Inc. Telemedicine and e-health*, 23(11): 905-912.

Oliveira TC, Branquinho MJ, Gonçalves L. 2012. State of the art in telemedicine - concepts, management, monitoring and evaluation of the telemedicine programme in Alentejo (Portugal). *Stud Health Technol Inform.*, 179: 29-37.

Organização Mundial de Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. 2017. *Capacidades Humanas para a Saúde Telessaúde*. Disponível em:

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=256:telessaude&Itemid=373, acesso em 26 setembro 2017.

Organização Panamericana de la Salud. 2016. *Marco de Implementación de um Servicio de Telemedicina*. Washington, DC: OPAS. Disponível em:

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28413/9789275319031_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y, acesso em: 14 junho 2016.

Pessoa CG, Sousa L, Ribeiro A, Oliveira T, Silva JL, Alkmim MB, Marcolino MS. 2016. Description of Factors Related to the Use of the Teleconsultation System of a Large Telehealth Service in Brazil – the Telehealth Network of Minas Gerais. *Journal of the International Society for Telemedicine and eHealth*, 4: 1-9.

Rogers P. 2014. *Theory of Change, Methodological Briefs: Impact Evaluation n° 2*. UNICEF Office of Research: Florence, 16.

Rogove HJ, McArthur D, Demaerschalk BM, Vespa PM. 2012. Barriers to Telemedicine: Survey of Current Users in Acute Care Units. *Mary Ann Liebert, Inc. Telemedicine and e-health*, 18(1): 48-53.

Schmitz CAA, Harzheim E. 2017. Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 12(39): 1-11.

Scott RE, Mars M. 2015. Telehealth in the developing world: current status and future prospects. *Smart Homecare Technology na telehealth*, 2015(3): 25-37.

Scriven, M. (1991). *Evaluation Thesaurus*. 4. ed. Thousand Oaks: Sage Publications.

Silva AB. 2014. *Telessaúde no Brasil – conceitos e aplicações*. 1.ed. Rio de Janeiro: DOC, 88.

Souza LEPF, Silva LMV, Hartz ZMA. 2005. Conferência de consenso sobre o objeto-imagem da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 65-91.

Stein D, Valters C. 2012. Understanding understanding ‘Theory of Change’ in International Development: a Review of Existing Knowledge. *This*

Publication is an Output from a Collaboration Between the Asia Foundation and the Justice and Security Research Programme, 21.

Thurston WE, Ramaliu A. 2005. Evaluability assessment of a survivors of torture program: Lessons learned. *Can J Program Eval*, 20:1-25.

Valters C. 2015. Theories of Change: Time for a radical approach to learning in development. *The Asia Foundation*. Londres: Overseas Development Institute, 20.

Vogel I. 2012. Review of the Use of ‘Theory of Change’ in International Development, Review Report. *Department of International Development*. Disponível em: http://www.dfid.gov.uk/r4d/pdf/outputs/mis_spc/DFID_ToC_Review_VogelV7.pdf, acesso 06 maio 2018.

Von Wangeheim A, Cavalcante C, Wagner H. 2013. Capítulo 15: Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC): Telemedicina e Telessaúde. In: Messina LA, Ribeiro Filho JL. *Impactos da rede universitária de telemedicina: ações de educação contínua, pesquisa colaborativa e assistência remota: Fase I (2006-2009)*. 1.ed. Rio de Janeiro: E-papers, 158-171.

Von Wangenheim A, Souza Nobre LF, Tognoli H, Nassar SM, Ho K. 2012. User Satisfaction with Asynchronous Telemedicine: A Study of Users of Santa Catarina’s System of Telemedicine and Telehealth. *Mary Ann Liebert, Inc. Telemedicine and e-health*, 18(5): 339-346.

Young J, Shaxson L, Jones H, Hearn S, Datta A, Cassidy C. 2014. *ROMA – a guide to policy engagement and influence*. ODI Research & Policy in Development. London: Overseas Development Institute, 84.

5.4 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE TELESSAÚDE PARA APOIO ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nesta sessão serão apresentados os resultados completos da coleta de evidências (item 5.4.1) seguidos pelo quarto artigo que traz a avaliação da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS a partir do caso: Núcleo Telessaúde Santa Catarina (item 5.4.2).

5.4.1. Parte 1: Resultados da coleta de evidências quanto à utilização do Telessaúde SC para apoio assistencial às equipes de APS

O Contexto

Mais de 40 Núcleos Tecnocientíficos de Telessaúde (NTCT) do Telessaúde Brasil Redes, em 23 estados brasileiros, oferecem serviços de telessaúde orientados para a APS. Com abrangência estadual, intermunicipal ou municipal, os NTCT são financiados pelo Ministério da Saúde (MS), a partir da aprovação de projetos (BRASIL, 2007; 2011a; 2011b; 2015). A coordenação nacional é da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) (BRASIL, 2018; 2011a; 2011b). A estrutura dos núcleos se dá pela atuação articulada de Secretarias de Estado ou Municipais de Saúde, instituições de ensino e serviços de saúde, em prol da qualificação de profissionais e equipes (BRASIL, 2018).

O Núcleo Telessaúde Santa Catarina (Telessaúde SC) é um dos núcleos do projeto piloto de Telessaúde para APS do MS, desde o início das suas atividades é coordenado pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e oferece, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), todos os serviços previstos pelo Telessaúde Brasil Redes (NILSON et al., 2017; MAEYAMA; CALVO, 2018). Sua organização prevê coordenações específicas para cada serviço, buscando garantir o acompanhamento direto e constante das ações de educação, consultoria, contatos externos, divulgação e diagnóstico. A coordenação geral é feita por um professor vinculado à UFSC, responsável pela articulação dos serviços, planejamento estratégico, contatos institucionais, pactuações, gestão administrativa e financeira, e garantia técnica, ética e legal do núcleo.

Com cobertura em 100% dos municípios catarinenses e uma demanda crescente na utilização dos serviços que oferece (Tabela 1), os serviços considerados essencialmente de apoio assistencial –

Teleconsultoria e Telediagnóstico, ainda não alcançam todos os profissionais. Considerando o ano 2017, apesar da disponibilidade de equipamentos e suporte das equipes da SES/SC e do Telessaúde SC, quatro municípios não utilizaram nenhuma modalidade de Telediagnóstico – sete municípios não solicitaram eletrocardiograma e 82 municípios não utilizaram a dermatoscopia. Quanto à Teleconsultoria, não houve solicitações de nove municípios.

Tabela 1. Evolução da oferta de serviços pelo Núcleo Telessaúde Santa Catarina, entre os anos 2010 e 2017.

Serviço	Modalidade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
TE	Webpalestra	86	56	54	79	85	114	277	351
	Participantes em Webpalestras	5.318	9.878	16.449	17.688	13.057	16.069	24.942	17.503
	Cursos	01	01	03	29	34	27	40	75
	Profissionais em Cursos	32	77	206	382	719	1015	2339	5244
TC	Processo de trabalho e Clínica	356	448	1.221	2.881	1.574	4.479	15.112	21.554
TD	ECG	108.481	105.025	135.313	174.021	208.908	200.659	208.950	220.676
	Dermatoscopia	24	19	496	912	4.221	9.390	23.163	22.847
SOF	TC Sistematizada	-	-	-	07	59	72	71	28

Fonte: Universidade Federal de Santa Catarina (2018).

Legenda: TE – Tele-educação; TC – Teleconsultoria; TD – Telediagnóstico; SOF – Segunda Opinião Formativa; ECG - Eletrocardiograma.

No caso dos serviços de Tele-educação, os números referem-se à oferta dos serviços, mas também aos totais de participantes nas webpalestras e de alunos certificados nos cursos.

O serviço de Teleconsultoria é ofertado pelo Telessaúde SC desde o início das atividades para apoio a demandas clínicas e de processo de trabalho. Em 2012 iniciou a utilização de teleconsultorias oferecidas pelo Telessaúde SC como parte do apoio institucional aos municípios para implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Até 2016 as solicitações de

teleconsultorias eram prioritariamente de temas relacionados ao processo de trabalho. Em 2015 esse cenário passou a mudar e cresceu exponencialmente o número de teleconsultorias de temas clínicos, a partir da implantação em um município o uso compulsório de teleconsultorias em fluxos de acesso entre APS e Atenção Especializada, processo que em 2016 foi implantado também em fluxos de âmbito estadual.

Quanto ao Telediagnóstico, a telecardiologia – emissão de laudos de eletrocardiograma, já existe em Santa Catarina desde 2005, e a teledermatologia – emissão de laudos de dermatoscopia com apoio à conduta clínica, iniciou em 2008 e foi regulamentada como compulsória pela SES/SC no ano 2013. Ambas as modalidades foram integradas como serviço do Telessaúde a partir de 2010.

Em relação à Segunda Opinião Formativa (SOF), consideram-se as respostas de Teleconsultoria, sistematizadas, revisadas e encaminhadas para revisão e publicação no banco de perguntas e respostas da Biblioteca Virtual em Saúde. As SOF começaram a ser construídas pelo Telessaúde SC em 2013, quando todos os serviços oferecidos foram adequados para atender a publicação da Portaria nº. 2.546/2011 pelo Ministério da Saúde, que redefiniu a oferta de apoio pelo Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (BRASIL, 2011a).

Santa Catarina é um estado com cerca de sete milhões de habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,774 (BRASIL, 2018), onde a rede de APS é bem difundida, com 83,48% de cobertura pelas 1.748 equipes de ESF (SANTA CATARINA, 2018). Os municípios catarinenses são na maioria (78%) de pequeno porte, com menos de 20 mil habitantes, e 74% destes tem menos de 10 mil habitantes (BRASIL, 2018).

O uso dos serviços oferecidos pelo Telessaúde SC tem apoio da SES/SC por meio da Gerência de Coordenação da Atenção Básica (GEABS) e da Gerência dos Complexos Reguladores (GECOR). No âmbito dos municípios, cabe à gestão de saúde viabilizar e acompanhar o uso dos serviços de telessaúde pelos profissionais (BRASIL, 2011a). Os municípios e equipes selecionados para compor este estudo, pelo destaque na utilização dos serviços de telessaúde, estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Características dos municípios participantes do estudo em Santa Catarina, 2018.

Município	Região	População estimada 2017	Densidade demográfica - hab/km ² (2010)	Equipes de ESF (01/2018)	Cobertura Saúde da Família - % (01/2018)	IDH (2010)	PIB per capita (mil reais - 2015)
1	Meio Oeste	4.597	16,06	2	100	0,718	69,63
2	Nordeste	27.781	159,78	9	100	0,738	47,81
3	Sul	54.845	200,42	18	100	0,741	32,35
4	Vale do Itajaí	128.818	372,51	30	94	0,795	41,00
5	Nordeste	577.077	457,58	85	56	0,809	45,54

Fonte: Brasil (2018); Santa Catarina (2018).

Quanto aos profissionais que compuseram o estudo, dentre os coordenadores de APS, 80% (n=4) são mulheres, sendo que apenas 40% (n=2) estavam na função há mais de um ano. Entre os profissionais de saúde, a maioria do sexo feminino (64%), com tempo de trabalho na equipe variando de alguns meses a 15 anos, com destaque para o município 5, cuja média de anos de trabalho dos profissionais na equipe foi de 10 anos.⁷

Dois coordenadores de APS estavam há poucos dias na função, e tiveram dificuldade em responder alguns questionamentos em relação à utilização do Telessaúde pelas equipes no município. A responsabilidade e a escolha por utilizar os serviços do Telessaúde foram atribuídas enfaticamente ao profissional por três coordenadores de APS, em qualquer condição – favorável ou não ao uso-, presente no dia-a-dia de trabalho; e uma das coordenadoras vinculou ao enfermeiro a responsabilidade de conduzir a utilização do Telessaúde com a equipe.

Todos os médicos referiram ocupar o papel central no cuidado em saúde dos pacientes. Dentre eles, dois eram cubanos, integrantes do Programa Mais Médicos e conheceram o Telessaúde quando foram acolhidos no Brasil; um conheceu o Telessaúde na unidade de saúde, por meio do colega enfermeiro; dois outros utilizavam há mais tempo, a partir da procura individual dos serviços pelo interesse em apoio, com informações rápidas e confiáveis, para não se sentirem tão isolados. Um dos médicos mencionou a importância de ampliar os serviços de telessaúde para outras especialidades não disponíveis na própria APS. Em relação à Teleconsultoria e Telediagnóstico, apenas um médico nunca havia solicitado teleconsultorias.

Todos os enfermeiros faziam a coordenação da equipe na unidade de saúde, e dois deles mencionaram desenvolver poucas práticas assistenciais, com mais responsabilidade sobre as questões

administrativas e de fluxo, o que refletiu nas respostas indicando a não procura direta do apoio assistencial oferecido pelo Telessaúde. Três enfermeiros conheceram o Telessaúde no próprio município, a partir de colegas ou da coordenação da APS; um conheceu ao realizar o treinamento para utilizar o serviço de telediagnóstico; e outro em um evento de Saúde Pública em Brasília.

Uma das equipes selecionadas não contava com cirurgião-dentista no momento das entrevistas e, entre os participantes, um nunca havia utilizado o apoio do Telessaúde, apesar do estímulo pela coordenação municipal de saúde bucal. Os outros três demonstraram envolvimento com a equipe e foram unânimes em reconhecer a importância do Telessaúde.

Análise por nível

O quadro 1 apresenta o resumo da análise de alcance dos resultados de acordo com os níveis de análise. Na sequência são apresentados os resultados ilustrados pelas falas dos participantes, identificados de acordo com a função e o número relacionado ao local/município de trabalho (exemplos: Coordenador Telessaúde SC - C.Tele1; Coordenador de APS - C.APS1; Médico - M1, Enfermeiro - E1, Dentista - D1).

Quadro 1. Análise da utilização de telessaúde para apoio assistencial no contexto de equipes de APS, em Santa Catarina, 2017. (Continua)

AMBITO ORGANIZATIVO E DE GESTAO			
Dimensão			
<i>Entradas</i>	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidade e suficiência de estrutura e recursos para utilização de telessaúde pelos profissionais. 		
<i>Atividades</i>	<i>Produtos</i>	<i>Resultados</i>	<i>Análise por nível</i>
Provimento tecnológico e incentivo à informatização das unidades.	Conectividade, existência de equipamentos completos e operantes.	Não há equipamento suficiente e internet em todas as unidades básicas de saúde.	Os coordenadores do Telessaúde apontaram insuficiência de recursos de informática em Santa Catarina em relação às equipes de saúde.
			Coordenadores de APS falaram que há pelo menos um computador com internet funcionando em todas as unidades, mas em relação aos kits multimídia não souberam informar.
			A minoria dos profissionais de saúde apontou a falta equipamentos e a minoria indicou que a oscilação da internet chega a interferir na utilização.
Organização do processo de trabalho nos serviços de saúde.	Regulamentações que garantam as condições de utilização dos recursos de apoio em horário de trabalho.	O uso de telessaúde não é possível para todos os profissionais e trabalhadores de saúde.	Os coordenadores do Telessaúde indicaram que há regulamentação que orienta a implementação da utilização do Telessaúde SC pelas equipes no Estado, mas que a incorporação depende também da percepção do Telessaúde como apoio a necessidades e à confiança na equipe do Telessaúde.
			Os coordenadores de APS informaram que não há regulamentação formal para utilização do Telessaúde pelas equipes, mas a maioria indicou que há reuniões semanais ou quinzenais, quando as equipes podem utilizar.
			Não houve identificação de regulamentação, apenas de indicação para utilizar. Enfermeiros de duas equipes identificaram as reuniões de equipe como espaço regulamentado para assistir webpalestras. O acesso aos outros serviços é de organização individual ou da equipe.

Quadro 1. Análise da utilização de telessaúde para apoio assistencial no contexto de equipes de APS, em Santa Catarina, 2017. (Continuação)

AMBITO DO CONHECIMENTO E DE DOMINIO DA TECNOLOGIA			
Dimensão			
Entradas	<ul style="list-style-type: none"> Profissionais de saúde sabem que a telessaúde existe, entendem como se pode apoiá-los para a assistência e conseguem acessar os serviços e navegar na plataforma. 		
Atividades	Produtos	Resultados	Análise por nível
Divulgação da telessaúde (folders, eventos, redes sociais, treinamento)	Conhecimento acerca dos serviços e compreensão quanto à aplicabilidade	Telessaúde não é conhecido por todos os profissionais de saúde	Os coordenadores do Telessaúde falaram sobre a diversidade de estratégias do Núcleo para divulgação dos serviços, mas que, apesar disso, o Telessaúde ainda não é plenamente conhecido.
			Todos os coordenadores de APS conheciam todos os serviços oferecidos, mas apenas três mencionaram os serviços utilizados pelos profissionais em serviço.
			Todos os profissionais conheciam o Telessaúde, mas três dentistas e uma enfermeira não conheciam todos os serviços oferecidos.
		Telessaúde não é reconhecido por todos como ferramenta de apoio assistencial	Os coordenadores do Telessaúde apontaram que há barreiras quanto à compreensão da aplicabilidade do apoio oferecido.
			Os coordenadores de APS apontaram a aplicação do apoio do Telessaúde aos profissionais, mas entendem que o uso ainda é aquém do possível porque os profissionais não compreendem significado e importância.
			Apenas dois enfermeiros e um dentista não aplicam o apoio do Telessaúde para apoio assistencial.
Disponibilização de plataforma e suporte ao acesso permanente e uso contínuo dos serviços	Plataforma simples e de fácil navegação	Profissionais e trabalhadores de saúde cadastrados conseguem acessar os serviços, navegar na plataforma, solicitar apoio e visualizar os retornos	Os coordenadores do Telessaúde falaram que há preocupação com a facilidade e simplicidade da plataforma, e com apoio às dificuldades. A plataforma é atualizada com adaptações para responder às necessidades dos profissionais usuários dos serviços oferecidos pelo Núcleo, bem como para atender às demandas da equipe técnica.
			Os coordenadores de APS entendem que é possível utilizar os serviços por meio da plataforma. Apenas um mencionou dificuldades, mas relacionadas à qualidade da internet.
			A maioria dos profissionais apontou a simplicidade e praticidade da plataforma. Apenas dois enfermeiros e um dentista mencionaram dificuldades iniciais – superadas-, para navegar na plataforma e um dentista nunca acessou o site.

Quadro 1. Análise da utilização de telessaúde para apoio assistencial no contexto de equipes de APS, em Santa Catarina, 2017. (Continuação)

Dimensão		ÂMBITO HUMANO E DO MODELO INTEGRAL DE ATENÇÃO A SAÚDE		
<i>Entradas</i>		<ul style="list-style-type: none"> Apoio assistencial aos profissionais de saúde que promove: ampliação da oferta de ações e serviços; diagnóstico, planejamento e implementação do cuidado com segurança e qualidade; trabalho em equipe, organizado e articulado a outros pontos de atenção; interdisciplinaridade e regionalização orientadas por necessidades locais. 		
<i>Atividades</i>		<i>Produtos</i>	<i>Resultados</i>	<i>Análise por nível</i>
Acesso	Apoio para ampliação das competências profissionais e aumento da oferta de serviços	Profissionais e equipes com maior capacidade de respostas às necessidades dos usuários	Há redução do tempo para resolubilidade do problema	Os coordenadores do Telessaúde entendem que não é possível garantir, mas que o uso crescente e a validação da SES/SC sinaliza para a contribuição dos serviços com a resolubilidade e o acesso aos serviços de saúde.
				Os coordenadores de APS identificam que o apoio do Telessaúde agiliza o acesso dos usuários aos serviços de saúde pela qualificação da oferta.
				A maioria dos profissionais (n=10) consideraram que o apoio do Telessaúde contribui para agilizar o acesso dos profissionais aos serviços.
		Mais ações/serviços oferecidos na APS	Há redução da necessidade de encaminhamentos para outros serviços	---
A maioria dos coordenadores de APS entende que o apoio do Telessaúde ajuda a reduzir a necessidade de deslocar pacientes para outros serviços pela ampliação da oferta no próprio município. Todos os profissionais indicaram aumento da oferta de serviços e a maioria (n=10) apontou menor necessidade de deslocamento.				

Quadro 1. Análise da utilização de telessaúde para apoio assistencial no contexto de equipes de APS, em Santa Catarina, 2017. (Continuação)

Dimensão		ÂMBITO HUMANO E DO MODELO INTEGRAL DE ATENÇÃO A SAÚDE		
<i>Entradas</i>		<ul style="list-style-type: none"> Apoio assistencial aos profissionais de saúde que promove: ampliação da oferta de ações e serviços; diagnóstico, planejamento e implementação do cuidado com segurança e qualidade; trabalho em equipe, organizado e articulado a outros pontos de atenção; interdisciplinaridade e regionalização orientadas por necessidades locais. 		
Atividades	Produtos	Resultados	Análise por nível	
Cuidado	Apoio para diagnóstico e assistência	Profissionais seguros para realizar o diagnóstico, planejar o manejo e implementar a assistência	Há aumento da capacidade resolutive e qualificação dos encaminhamentos	Os coordenadores do Telessaúde indicaram que o apoio assistencial oferecido tem gerado resultados no aumento da resolubilidade na APS e redução de encaminhamentos e que o Telessaúde SC se preocupa com a composição e capacitação de sua equipe técnica para que os serviços oferecidos tenham o conteúdo e objetividade necessários a responder às demandas dos profissionais.
				Coordenadores de APS de três municípios identificam que os profissionais que usam o apoio conseguem melhores resultados na assistência aos pacientes.
				Apenas uma enfermeira não mencionou efeitos do Telessaúde para maior segurança e competência na assistência aos pacientes.
		Profissionais estimulados a pensar outras formas de cuidar	A assistência fica mais qualificada	---

				A maioria dos profissionais de saúde (n=11) identificaram a qualificação do processo assistencial quando utilizam o apoio do Telessaúde.

Quadro 1. Análise da utilização de telessaúde para apoio assistencial no contexto de equipes de APS, em Santa Catarina, 2017. (Continuação)

Dimensão		AMBITO HUMANO E DO MODELO INTEGRAL DE ATENÇÃO A SAÚDE		
<i>Entradas</i>		<ul style="list-style-type: none"> Apoio assistencial aos profissionais de saúde que promove: ampliação da oferta de ações e serviços; diagnóstico, planejamento e implementação do cuidado com segurança e qualidade; trabalho em equipe, organizado e articulado a outros pontos de atenção; interdisciplinaridade e regionalização orientadas por necessidades locais. 		
Atividades	Produtos	Resultados	Análise por nível	
Regulação	Apoio para encaminhamentos pela APS às demandas de saúde	Auxílio às condutas profissionais para os problemas prevalentes	Telessaúde contribui com a facilitação do trabalho e da comunicação em equipe	Os coordenadores do Telessaúde indicaram a preocupação da constituição da equipe para poder responder às necessidades de apoio a partir do diagnóstico de demandas em saúde no Estado. Contudo, que isso não depende só do interesse do Núcleo, já que a contratação de profissionais está ligada ao fato de o Telessaúde SC ser um projeto de extensão e não ter garantia de sustentabilidade dos serviços e à disponibilidade de profissionais para atuar no núcleo.
				Quatro coordenadores de APS entende que o Telessaúde contribui para a melhoria da comunicação em equipe.
		Telessaúde contribui com a articulação da APS com outros níveis de atenção	A maioria dos profissionais de saúde (n=10), das 5 diferentes equipes, identificaram que o Telessaúde promove trabalho e comunicação em equipe.	
			Os coordenadores do Telessaúde apontaram que a busca por orientar suas ações pelas necessidades da rede promove: articulação dos serviços em rede; articulação com instâncias gestoras; construção e redação de protocolos.	
			Quatro coordenadores de APS entende que o Telessaúde contribui para a melhoria da comunicação da APS com outros pontos da rede.	
			Dentre os profissionais de saúde, quatro médicos apontaram contribuição dos serviços de Telessaúde – Telediagnóstico em dermatologia e Teleconsultorias de especialidades-, para articulação da APS com outros níveis de atenção da rede.	

Quadro 1. Análise da utilização de telessaúde para apoio assistencial no contexto de equipes de APS, em Santa Catarina, 2017. (Continuação)

Dimensão		ÂMBITO HUMANO E DO MODELO INTEGRAL DE ATENÇÃO À SAÚDE		
<i>Entradas</i>		<ul style="list-style-type: none"> Apoio assistencial aos profissionais de saúde que promove: ampliação da oferta de ações e serviços; diagnóstico, planejamento e implementação do cuidado com segurança e qualidade; trabalho em equipe, organizado e articulado a outros pontos de atenção; interdisciplinaridade e regionalização orientadas por necessidades locais. 		
Atividades	Produtos	Resultados	Análise por nível	
Regulação	Apoio para implantação de protocolos orientadores de fluxo que incluam o uso da telessaúde	Construção compartilhada de protocolos entre Telessaúde e instâncias gestoras	Há protocolos de regulação de fluxos que incluem o Telessaúde, mas não são amplamente reconhecidos	Os coordenadores do Telessaúde SC identificam que há participação do Telessaúde SC na construção de protocolos orientadores de fluxo em nível de Estado e com alguns municípios polo com interesse.
				Os coordenadores de APS mencionam aspectos relacionados, mas não reconhecem a existência de protocolos que formalizem o uso do Telessaúde. Apenas um fez menção ao Protocolo de Teledermatologia.
				Apenas dois enfermeiros e dois médicos identificaram protocolos de regulação de fluxo que incluem serviços do Telessaúde – teleconsultorias de especialidades e telediagnóstico em dermatologia.
	Participação na construção e implementação de protocolos clínicos	Padronização de diretrizes clínicas	Contribui com a organização do cuidado em saúde	---
Quatro coordenadores de APS reconheceram a participação do Telessaúde na orientação do cuidado e suporte ao manejo de pacientes pelos profissionais, mas não identificam protocolos clínicos com o fomento ao uso do Telessaúde.				
				A maioria dos profissionais de saúde (n=11) identificaram o apoio do Telessaúde para orientar clinicamente o cuidado em saúde e um enfermeiro mencionou o protocolo de Teledermatologia.

Quadro 1. Análise da utilização de telessaúde para apoio assistencial no contexto de equipes de APS, em Santa Catarina, 2017. (Conclusão)

Dimensão		ÂMBITO HUMANO E DO MODELO INTEGRAL DE ATENÇÃO A SAÚDE		
<i>Entradas</i>		<ul style="list-style-type: none"> Apoio assistencial aos profissionais de saúde que promove: ampliação da oferta de ações e serviços; diagnóstico, planejamento e implementação do cuidado com segurança e qualidade; trabalho em equipe, organizado e articulado a outros pontos de atenção; interdisciplinaridade e regionalização orientadas por necessidades locais. 		
Atividades	Produtos	Resultados	Análise por nível	
Trabalho em rede	Oferta de apoio técnico acessível	Formação de uma rede de apoio técnico	Contribui para diminuir o isolamento profissional; promove satisfação, mas não determina a fixação profissional.	Os coordenadores do Núcleo entendem que o Telessaúde age como elo de ligação entre os profissionais e que a oferta de serviços permite espaços de compartilhamento de saber e apoio mútuo também entre diferentes equipes de diferentes municípios.
				Três dos coordenadores de APS identificaram o Telessaúde SC como apoio técnico para amparar os profissionais; dois entendem que esse apoio promove satisfação profissional; e, apenas um que isso contribui para fixar profissionais na APS.
	Promoção de espaço de diálogo orientado pelas reais necessidades locais	Regionalização da assistência	Apoio quase sempre responde às necessidades locais.	A maioria dos profissionais de saúde (n=12) identificam o Telessaúde como apoio técnico que promove satisfação profissional, mas não é determinante para fixar profissionais na APS.
				Os coordenadores do Telessaúde SC consideram que o Núcleo busca que a oferta de serviços seja orientada para as necessidades predominantes no Estado, a partir das demandas por serviços, sugestões enviadas por profissionais e gestores, demandas do Ministério da Saúde e da SES/SC a partir de indicadores de saúde-doença.
				Os coordenadores de APS apontaram que o apoio oferecido responde a necessidades reais e locais.
				A maioria dos profissionais de saúde (n=12) entende que os serviços do Telessaúde respondem às necessidades reais na APS.

Fonte: As autoras (2018).

Quanto à Dimensão “Âmbito Organizativo e de Gestão”

Há falta de infraestrutura de equipamentos se considerado o acesso pelos profissionais e trabalhadores das equipes de saúde no Estado. Os coordenadores do Telessaúde apontaram que todos os municípios do Estado têm pelo menos um computador com acesso à internet, mas não todas as unidades e equipes, o que se deve também à falta de cabeamento de internet em alguns locais de interior.

Nos municípios participantes, há pelo menos um computador com equipamentos de áudio e vídeo e acesso à internet para utilização dos serviços de Telessaúde pelos profissionais. Contudo, a qualidade da internet oscila e chega a interferir na utilização de alguns serviços e foi destacado por dois médicos e dois enfermeiros, de três municípios diferentes, problemas com os equipamentos de telediagnóstico:

C.Tele9: Ainda não porque, por exemplo, tem zona rural que não tem internet.

C.APS4: Estão faltando alguns computadores em algumas unidades, mas não que atrapalhe o fluxo do Telessaúde.

E1: [...] Por exemplo, o eletrocardiograma, agora faz duas semanas que quebrou, está na manutenção...

M3: Agora teledermato, nesse momento não está funcionando a teledermatoscopia.

Quanto ao fomento à informatização e investimentos em equipamentos pelo Núcleo Telessaúde SC e a SES/SC, os coordenadores do Telessaúde apontaram a distribuição de computadores, kits multimídia e equipamentos de telediagnóstico – dermatoscópio e aparelho de eletrocardiograma-, a partir do levantamento de necessidades e a realidade dos municípios. Em todos os níveis, os participantes mencionaram o e-SUS e o PMAQ como importantes indutores de informatização, somando com o Programa Telessaúde.

Os coordenadores do Telessaúde entendem que não é sustentável que os municípios dependam hoje, do Programa Telessaúde para o financiamento de equipamentos de informática, porque os recursos mínimos de acesso aos serviços de telessaúde são necessários nas unidades para outras atividades. Coordenadores de APS mencionaram o compromisso da gestão municipal com a manutenção dos equipamentos.

Quanto às condições para que o apoio seja incorporado, os coordenadores do Telessaúde entendem que há regulamentação, presente a partir do arcabouço legal do Ministério da Saúde, orientado para apoio aos profissionais de saúde, orientações do construídas e disponibilizadas pelo próprio Núcleo Telessaúde SC, e documentos construídos a partir da articulação do Telessaúde com instâncias gestoras – SES/SC, Secretarias Municipais de Saúde, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Contudo, não há o reconhecimento dessas regulamentações por coordenadores de APS e profissionais de saúde.

Coordenadores de APS pontuaram que os profissionais estão informados sobre os serviços e há incentivo da gestão para a utilização,

embora seja uma decisão da equipe a inserção da utilização na agenda de trabalho. Os profissionais confirmaram o incentivo e que podem escolher utilizar o apoio, desde que haja tempo entre os atendimentos:

C.APS1: ...a gestão sempre apoia bastante isso. Mas documentação não tem nada por escrito.

M1: [...] Então hoje eu incorporo o telessaúde durante o atendimento mesmo. [...] o discurso sempre é que “isso aqui é importante, mas o atendimento é mais” (risos)...

D5: Não, não tem. Não, na minha rotina de trabalho não. Só se falta algum paciente, se sobra tempo, mas eu não tenho esse tempo reservado para poder assistir ou poder estudar, não tenho.

Entre os profissionais, apenas os médicos foram unânimes em identificar estímulo à incorporação da utilização do apoio do Telessaúde. Apenas um enfermeiro e dois dentistas mencionaram o incentivo à utilização pela coordenação de unidade ou APS.

Enquanto os coordenadores de APS entendem que a organização do processo de trabalho para utilização do apoio do Telessaúde está relacionada à escolha dos profissionais, os profissionais foram unânimes em apontar que precisam de mais tempo e de um espaço na agenda de trabalho destinado para buscar os serviços do Telessaúde:

C.APS3: ...eu penso que o profissional não acessa só se ele não quiser mesmo, porque está tudo ali, tem todos os meios para acessar. [...] Então é só ter também um pouquinho de vontade, de conhecimento, de ir em busca de algo melhor.

E3: Eu acho que falta tempo para a gente conseguir ver tudo que o Telessaúde oferece.

Os coordenadores do Telessaúde SC apontaram que a utilização dos serviços pelos profissionais depende do estabelecimento de normas e da garantia de espaço na agenda de trabalho, mas também, da identificação de uma necessidade que estimule os profissionais e os trabalhadores a procurar apoio. Essa necessidade pode ser percebida individualmente ou pela gestão em relação a demandas da população, indicadores de saúde etc. Médicos também apontaram que precisam identificar uma necessidade de apoio para procurar o Telessaúde e chamaram atenção para o fato de ser uma tecnologia acessível facilmente pela rede e de retornos rápidos.

E, a partir da percepção da necessidade de buscar apoio, é preciso que profissionais e trabalhadores reconheçam no Telessaúde uma possibilidade real de auxílio e respostas às suas demandas. Para os

coordenadores do Telessaúde, isso passa pela confiança na equipe que compõe o Núcleo, algo que foi mencionado também por médicos e enfermeiros de quatro municípios, que destacaram o compromisso e capacidade técnica da equipe do Telessaúde como centrais para que confiem nessa ferramenta de apoio:

C.Tele2: A estratégia que eu vejo ser necessária é “nós temos que mostrar que o Núcleo é de confiança”, o NÚ-CLE-O inteiro é de confiança, e quem está ali me atendendo é alguém que faz parte de um Núcleo de confiança.

C.Tele6: ...ter também os teleconsultores qualificados é muito importante para fazer a utilização do serviço, porque daí ele tem uma resolubilidade maior e atende a expectativa do solicitante. [...]

E5: ...eu confio muito! Pelo menos as pessoas que eu tenho contato dentro do Telessaúde, são pessoas que demonstram conhecimento científico e uma segurança para a gente. Bárbaros!

M3: ...devem ser profissionais bem preparados e que sejam capazes de transmitir uma resposta boa para outro que precise desse suporte. Então por isso eu confio plenamente. [...]

Quatro coordenadores de APS apontaram que a determinação da utilização pela gestão influencia a utilização pelos profissionais, que confirmaram essa influência ao apontar que o posicionamento da gestão é determinante para a utilização do apoio do Telessaúde:

C.APS4: Não existia nada. [...] Estamos fazendo a lei e revendo a lei para que nós tenhamos mais acesso aqui na direção de quem usa. [...] O Telessaúde está ali, vai ser utilizado, vai entrar na lei do PMAQ como um dos pontos que vai valer para a produção deles.

E1: Apoio da gestão eu acho que é imprescindível, porque se a gente não tiver esse apoio, se ficar só atendendo oito horas por dia, a gente não teria condições de acessar.

Em quatro municípios os momentos de reuniões foram apontados por coordenadores de APS e profissionais como um espaço conquistado e possível para acesso ao Telessaúde, centralmente para assistir as webpalestras do serviço de Tele-educação. Contudo, não foi unanimidade entre os profissionais, pois muitos não conseguem participar desses momentos devido à demanda de atendimentos. Um médico mencionou o

período destinado para reunião de equipe também como o seu momento de utilização da Teleconsultoria e do Telediagnóstico para envio dos casos ou dúvidas. Em apenas um município foi mencionado um espaço diário na agenda – apenas do médico –, para estudar:

C.APS3: Na verdade, nós temos reuniões internas, das duas e meia às 16 horas. Em todas as unidades escalonadas. [...] Isso foi um direito adquirido que a gente não pode deixar perder.

C.APS5: Tem o doutor... ele sempre tem um tempo de estudo pela manhã, que ele começa a atender depois [...], a equipe, a enfermeira também, assistem semanalmente.

M3: ...às vezes na reunião de equipe, que geralmente nós realizamos quarta-feira, coincide com a webconferências, mas muitas vezes não dá para assistir. [...] Não é uma coisa que está estabelecido que seja assim...

D5: Em equipe sim, no momento das reuniões. Daí depois é só quem tem interesse, individualmente. Geralmente daí fora do horário de trabalho.

As reuniões de equipe têm periodicidade diferente nos municípios e ocorrem semanalmente, a cada quinze dias, três vezes por mês ou mensalmente. Duas equipes mencionaram o espaço da reunião como determinante para as discussões coletivas e destacaram o papel do Telessaúde no fomento a essas discussões de temas clínicos de interesse para a realidade local:

E4: ...vou pegar as webconferências, na maioria das vezes a gente vê os vídeos juntos. Então sempre depois discutimos aquele assunto. Essa discussão vai fazer com que a gente repense algumas coisas e que mude algumas coisas em nossa prática.

E5: ...a gente vai moldando um processo de trabalho. Eu acredito que essa unidade, falando em todos aqui, inclusive odontologia, porque nós somos uma equipe só, assistimos juntos, planejamos juntos e isso está consolidado.

D5: ...a gente gosta de assistir em reunião, [...] então a gente precisa desse momento na reunião porque esse é o momento que conseguimos assistir, discutir os casos. Acho que é importante.

Os três dentistas que utilizam o apoio do Telessaúde chamaram atenção para o perfil do profissional como determinante para utilizar essa ferramenta, reforçando que isso passa pela sensibilização dos

profissionais. Um enfermeiro chamou a atenção para esse movimento mais individual no caso da busca pelo apoio via Teleconsultoria, por entender que as webpalestras já fazem parte do cotidiano de trabalho da equipe:

D4: ...é uma coisa que depende da tua motivação, porque não é obrigatório, e mesmo que for obrigatório, vai ter gente que não vai aproveitar, não vai estar sensibilizado para aquilo.

E4: Em todos os momentos vai depender do compromisso profissional, mas eu acho que da teleconsultoria sou eu como indivíduo que faço, que vou buscar o conhecimento. Já em uma web, como faz parte do nosso cotidiano, a gente vai fazer com que todos vejam, porque faz parte das nossas reuniões de equipe.

Quanto à Dimensão “Âmbito do Conhecimento e de Domínio da Tecnologia”, os coordenadores do Telessaúde entendem que, apesar da divulgação, o Telessaúde ainda não é plenamente conhecido, e perceberam um aumento na utilização dos serviços, mas não se pode afirmar que seja fruto das estratégias de divulgação. Apontam que ainda é necessário sensibilizar os profissionais de forma a superar a dependência da imposição para que ocorra a utilização dos serviços e investir em estratégias de divulgação com foco nos profissionais em formação:

C.Tele2: ...o conceito de teleconsultoria é uma coisa nova, é muito novo, é uma mudança significativa num processo de trabalho, que nós estamos falando de muitos anos. [...] Então é muito difícil! [...]

C.Tele6: Eu acho que a sensibilização do pessoal da graduação e de cursos técnicos é fundamental, porque eu acho que ele vai sentir necessidade de se qualificar e usar aquilo como ferramenta. Trabalhar na formação do pessoal é importante, é fundamental.

C.Tele7: [...] Óbvio que tem uma resistência mesmo assim, mas ela, pelo menos falando tecnicamente, não só da questão compulsória, mas de falar do benefício pessoal e técnico que ele pode ter, ele pode diminuir um pouquinho essa resistência e aumentar a adesão. [...] fazer a teleconsultoria dá mais trabalho do que a outra possibilidade que ele tem que é de encaminhar.

Pedir a teleconsultoria significa ele ter que ir lá, descrever o caso, encaminhar, ler a resposta e chamar o paciente de volta e manejar. [...] E aí tem outras coisas que vão entrando, o excesso de demanda, que são coisas indiretas, mas que às vezes na decisão do cara lá de encaminhar ou pedir a teleconsultoria ele vai pelo mais fácil.

C.Tele8: Acho que o principal desafio é conseguir chegar aos profissionais onde eles estão. Com isso, recentemente a gente tem adotado a divulgação dos serviços pelas redes sociais, que é algo que está tendo bastante impacto. [...] Mas eu ainda vejo que a questão institucional é muito relevante, então chegar via Secretaria é um peso bastante forte e imprescindível hoje para ele aderir, para ele conhecer e aderir, porque passa a impressão que não é uma iniciativa individual.

Todos coordenadores de APS demonstraram conhecimento acerca de todos os serviços disponíveis, mas não souberam afirmar com certeza quais serviços são utilizados pelos profissionais de saúde das equipes. Todos profissionais conheciam o Telessaúde, porém dois dentistas e um enfermeiro não conheciam a Teleconsultoria e o Telediagnóstico.

Quanto à aplicação do apoio do Telessaúde, para coordenadores de APS e profissionais, todos os serviços – Teleconsultoria, Tele-educação e Telediagnóstico-, foram apontados como úteis para práticas assistenciais, mas também de formação, qualificação, aperfeiçoamento e para organização do processo de trabalho. Todos os coordenadores apontaram emprego na assistência e para a prática em geral dos profissionais, mas um coordenador destacou que entende que a utilização ainda é menor do que o potencial em relação ao que é ofertado:

C.APS5: Olha o Telessaúde foi uma grande surpresa, principalmente pela possibilidade que ele traz, que essa formação continuada que a gente precisa, essa busca de novos horizontes e novos conhecimentos e novas experiências, ela esteja ao alcance de todos, [...] muito interessante! [...] Eu tenho a sensação, pelos menos assim à distância, de que o Telessaúde não tem sido explorado na sua plenitude pelos profissionais, não pergunte muito por que desta não utilização. [...] E não é por impedimento da gestão, muito pelo contrário a gente não tem nenhum tipo de bloqueio, de dificuldade para que as pessoas acessem essa ferramenta, mas ela está acho que muito longe ainda de ser

aproveitada com toda sua riqueza... me parece que é uma realidade ainda não bem assumida pelas equipes.

Quanto às características da plataforma e o apoio para utilização dos serviços, o Telessaúde SC oferece suporte aos usuários por telefone e e-mail, constrói materiais de orientação e passo-a-passo para acesso, monitora as demandas e planeja melhorias ou adequações no site para responder às necessidades que vão surgindo. Coordenadores de APS e profissionais de saúde confirmaram a simplicidade e facilidade da plataforma, sendo que apenas três profissionais referiram a necessidade de orientações para o acesso inicial e um coordenador de APS fez menção a dificuldades relacionadas à qualidade da internet para navegação.

Uma consideração feita por um coordenador do Telessaúde apontou a melhoria no suporte aos usuários da plataforma quando esse passou a ser feito por profissionais da equipe de Núcleo com conhecimento na área da saúde:

C.Tele2: Quando eu comecei a trabalhar com os meninos aqui do mestrado, os alunos da área de saúde, isso ficou mais interessante, porque a pessoa ligava e ela percebia que a pessoa do outro lado conhecia da área de saúde também. E isso ficou muito bom! A produção, a relação ficou boa. E aí, o trabalho do Telessaúde como um todo, Telemedicina e Telessaúde é o quê? É mudar uma forma de trabalho...

No que se refere à Dimensão “Âmbito Humano e do Modelo Integral de Atenção à Saúde”, em relação ao apoio oferecido pelo Telessaúde contribuir com a melhoria do acesso, os coordenadores do Telessaúde SC apontaram que é empírico, não há ainda estudo científico que comprove esse efeito, mas afirmaram que a utilização dos serviços vem crescendo e que isso reflete que há resultados para quem está utilizando:

C.Tele6: Acho que mudou essa questão de o Estado ter aderido à questão da Regulação, contratar especialistas para esse atendimento, mas a gente não sabe ainda qual o impacto direto ali na APS. Mas eu acho que essa organização já começa a ser sensibilizada e já tem uma modificação.

Os coordenadores de APS consideraram que o Telessaúde contribui para a qualificação dos profissionais que utilizam os serviços, o que reflete na melhoria dos cuidados aos pacientes. No que diz respeito ao acesso dos usuários aos serviços de saúde, quatro coordenadores de

APS e os profissionais de saúde – com unanimidade entre os médicos-, foram afirmativos ao citar o serviço de telediagnóstico – teledermatologia e telecardiologia –, e as teleconsultorias com especialistas focais, para exemplificar a ampliação na oferta de serviços que reduziu a necessidade de deslocar pacientes a outros locais. Um coordenador, apesar de não ter certeza da qualificação do acesso, citou a disponibilidade de exames na APS que, sem o apoio por meio das teleconsultorias, não eram permitidos:

C.APS1: Os exames... antes do Telessaúde, a gente não tinha o eletrocardiograma, não tinha os exames da dermato, também... são ações que foram criadas em virtude do Telessaúde. [...] Sim, mudou, porque daí como tem aqui, não precisa eles se deslocarem.

C.APS2: ...agora também o reumato, eu acho que o reumato é uma coisa bacana, que dá para fluir, e flui. Eu acho que a endócrino também porque é um campo mais fácil de você lidar coisa bacana, que dá para fluir, e flui.

C.APS5: Eu não tenho isso de certeza, mas como a gente tem usado a teleconsultoria como ferramenta, o que acontece na prática, nós temos liberado durante o processo de regulação, após a teleconsultoria, determinados exames que até então eram restritos a especialistas, até para que a gente consiga otimizar a primeira consulta que a gente encaminha para o especialista. [...]

E2: No caso da Teleconsultoria e do Telediagnóstico eu acho muito importante, porque a população é bem carente e não tem condições de procurar um especialista e pagar.

M1: ...tem coisas que antes delegava ou encaminhava, você passa a resolver. [...] Então, tanto em termos de comodidade para o paciente, como em termos de custo para a saúde como um todo, essas ferramentas de telediagnóstico eu acho que são um caminho sem volta.

M3: ...na dependência da resposta, muda o deslocamento... você já faz o tratamento certinho aqui e o paciente não tem que se deslocar... você tem possibilidade de ter acesso a todas as especialidades.

Profissionais das três categorias, de quatro municípios, mencionaram o curso sobre Tabagismo como indutor de novas práticas assistenciais para os usuários no município, e em três municípios houve

menção às teleconsultorias e webpalestras de apoio e formação para a utilização de Práticas Alternativas e Complementares (PIC):

D4: ...com o apoio do Telessaúde, fazendo o curso, me ajudou a ter um norte e a gente implantou o grupo de tabagismo aqui na unidade.

M4: ...a gente está com o grupo funcionando muito bem, tendo boas respostas. É muito difícil parar de fumar, existe uma perda muito grande de pacientes durante esse segmento, [...] mas desse grupo que a gente iniciou agora, que no posto não havia, hoje três pacientes já suspenderam o cigarro, o tabaco.

M5: ...têm um trabalho com PIC aqui e está ajudando. Fizemos um trabalho com o Telessaúde em relação a isso. [...] Eu fiquei conhecendo algumas questões, algumas técnicas, por exemplo, a medicina centrada na pessoa.

Todos os coordenadores de APS e médicos, além de quatro enfermeiros e um dentista, identificaram que, com o apoio do Telessaúde, diminui o tempo de espera dos pacientes pelo manejo necessário para o caso, sendo que uma coordenadora destacou a economia para o município ao utilizar a Teledermatologia:

C.APS1: Faz uma diferença bastante grande porque é uma economia muito grande quando a gente faz o eletro aqui. Se tiver que fazer fora é no mínimo R\$ 100,00 que eles cobram no eletro. Fora o custo de levar e de motorista, porque tem que contar tudo, então a despesa é grande. Para nós, o eletro, principalmente o eletro, ajuda muito!

C.APS5: Sim, se isso conta, mudou muito, mudou muito mesmo! Então assim, a fila da ortopedia hoje ela é para um mês a primeira consulta, o número de pacientes esperando para a endocrinologia também reduziu muito as primeiras consultas, ... a teledermato a gente ainda não concluiu 100% do que devia fazer, mas já da pra notar que esse processo vai com certeza diminuir esse gargalo que nós tínhamos. [...]

D1: Ajuda para não precisarmos encaminhar. Aí você consegue fazer um tratamento mais rápido.

M1: ... sim, porque tem algumas coisas que demora muito tempo se você for encaminhar para o especialista. A oferta de especialistas é hoje um gargalo do SUS. [...] a resposta do Telessaúde muitas vezes ajuda a gente a resolver o problema

em uma-duas semanas, sendo que se for esperar o especialista demoraria mais tempo.

M3: ...mas em 72 horas eu tenho acesso a ver o eletro do paciente. Então sim, diminui o tempo de espera do paciente.

M4: ...então, ter um aporte nessa área que te ajuda a resolver os problemas e também ao mesmo tempo te ensina, beneficia bastante o paciente, porque não vai ter que esperar tanto tempo na fila do SUS, pois a gente sabe que em várias especialidades é um problema, e ao mesmo tempo que o paciente não vai ter que esperar e terá seu caso resolvido. [...] A fila da dermato estava em mil, hoje está em cinquenta. Então o fluxo foi reduzido absurdamente.

No apoio ao cuidado, os coordenadores do Telessaúde SC afirmaram que o Telessaúde contribui com o aumento da resolubilidade e para a qualificação de quem utiliza os serviços para assistência mais qualificada, destacando a preocupação do Núcleo em compor a equipe com profissionais capacitados e com perfil para esse tipo de atividade. Para isso, mantém processo formativo e de atualização dos teleconsultores, por meio de reuniões mensais com discussão das áreas, monitoramento, planejamento e avaliação da oferta e uso do apoio, e o acompanhamento sistematizado das avaliações dos profissionais que usam os serviços para identificação e correção dos problemas e planejamento da oferta dos serviços:

C.Tele7: ...40% em média, entre ortopedia e endócrino, retornou para a APS, então, aumenta a oferta? Aumenta a oferta. [...] Então nesse sentido ele amplia.

C.Tele1: Os profissionais quando são selecionados, por exemplo, os teleconsultores quando vão ser contratados, eles precisam ter experiência no serviço, ter linguagem e conhecimento. [...] A seleção dos palestrantes, quem vem, nem sempre é um catedrado, porque não vai falar a língua do serviço, daquela necessidade. [...] Essa é a preocupação.

Os coordenadores de APS destacaram o potencial do apoio assistencial para qualificar o cuidado aos usuários a partir do suporte aos profissionais, o que também foi destacado pelos profissionais de saúde, que expressaram efeitos do Telessaúde para maior segurança na tomada de decisão quanto ao diagnóstico e manejo dos casos na própria unidade,

ampliando a resolutividade e qualificando os encaminhamentos necessários:

C.APS5: ...a utilização dessa ferramenta trouxe soluções para problemas históricos da gente, coisa de encaminhamentos desnecessários, atendimento sem resolutividade que você acaba tendo essa possibilidade de você orientar o profissional de saúde.

E2: ...pela webpalestras a técnica de enfermagem conseguiu identificar a característica, passou para mim, passou pela consulta, voltou, ela não saiu daqui sem o diagnóstico de sífilis. Foi identificado e já iniciou o tratamento.

M1: ...então você resolve coisas sem encaminhar. [...] O que às vezes as teleconsultorias ajudam é você decidir aquele caso que realmente não tem como escapar de ir para o especialista.

M3: ...já vamos ver o grau, se for algo mais grave e se já tiver experiência de outros casos assim, você não vai perder tempo, já sabe que não tem que mandar para o Telessaúde e tem que mandar direto para o especialista, porque precisa de um atendimento de forma direta e não de forma indireta. Então facilita de uma forma ou outra.

M4: ...do material disponível no Telessaúde me ajudou bastante a manejar casos, a orientar o paciente e encaminhar já com todos os procedimentos que podem ser feitos aqui na unidade básica... inclusive eu aprendi bastante do ponto de vista dermatológico com esse serviço, conseguindo resolver vários problemas que antes eu até encaminhava. [...] Então a gente tem algo que nos direciona para evitar encaminhamentos desnecessários...

Os profissionais de saúde destacaram ainda a qualificação e integralidade no cuidado a partir do apoio assistencial do Telessaúde e a importância de Teleconsultoria, Telediagnóstico e Tele-educação como espaços de apoio para assistência direta aos pacientes e espaços de formação e atualização, citando o efeito exponencial do apoio para educação permanente, e a aplicação do conhecimento construído em casos semelhantes no futuro:

D4: ...auxilia no próprio manejo com o paciente, porque às vezes eles vêm aqui com uma queixa que não é exclusivamente odontológica e você já sabe

do que aquilo se trata, você já entende um pouco melhor e consegue amparar o paciente aqui, fazer o acolhimento para algumas outras queixas que o paciente tenha.

E1: [...] Para as práticas do dia a dia, para aumentar os conhecimentos de casos antigos que você nunca mais viu.

E5: Com a ferramenta eu consegui fazer uma sequência do que era prioridade. [...] Trocando uma ideia, o profissional mostrou de uma forma que eu pensei “Ai meu Deus! Olha só que bárbaro fazer dessa forma e não do jeito que eu estava fazendo”. [...] Interfere dessa maneira: ampliando a tua visão para você sair do automático e começar a olhar com uma visão mais ampla.

M1: ...a medicina está mudando a visão em direção a ver a qualidade de vida. E nesse sentido, tanto eu já vi em webconferências e também nas respostas que esse ponto está sendo cada vez mais levantado, [...] eu pela minha formação lá de trás, eu não via tanto isso. [...] As respostas vão mudando o teu conhecimento como um todo e é o teu conhecimento como um todo que muda a tua prática clínica.

M3: ...através da Teleconsultoria eu consigo ter um apoio clínico para uma conduta. ... também para auto-preparação. [...] Se chega um paciente com um quadro similar, você já sabe mais ou menos o que tem que fazer, sem ter que encaminhar, isso poupa tempo, o paciente fica satisfeito.

M5: ...hoje em dia, por exemplo, eu não faço tantas perguntas, porque eu vou nas webs, eu vejo se tem web do assunto que eu ia perguntar, aí primeiro eu assisto. Se eu tiver alguma dúvida após eu ter assistido, eu faço a pergunta. [...]

Profissionais de duas equipes apontaram a transversalidade do apoio assistencial do Telessaúde como parte do trabalho multidisciplinar:

E4: Eu não vejo assim em que ponto o Telessaúde não se insere na nossa prática. Porque pode ser que eu não tenha feito uma teleconsultoria sobre aquele assunto, mas eu já assisti um vídeo ou já fiz um curso, então de alguma forma influenciou. [...] É possível que a gente tenha repensado em uma nova forma de abordar os pacientes com algum

tipo de doença, ou nas atividades administrativas aqui, alguma forma...

E5: Eu não saberia quantificar ou relacionar, mas eu saberia dizer que a gente apaga menos incêndio. São valores. [...] Não tem mais essa coisa separada. A minha percepção já é tão multidisciplinar, a gente tem um entrosamento que é tão com foco no paciente, no problema, que não tem competências. É um processo muito rico, não é separadinho. Ele é rico porque é junto.

M4: ...o próprio Telessaúde não aborda só especificamente áreas médicas, aborda as questões de maneira multidisciplinar. Então eu acho que ajuda bastante nesse aspecto.

Já quanto ao apoio do Telessaúde relacionado a melhorias da Regulação do acesso e cuidado aos pacientes, que ultrapassa os limites dos serviços oferecidos pela APS, os coordenadores do Telessaúde SC afirmaram a preocupação do Núcleo em participar das análises e planejamento com as redes de atenção e em oferecer, por meio dos serviços disponíveis, respostas às necessidades e fragilidades no território. Duas limitações foram apontadas pelos coordenadores do Telessaúde SC nesse ponto: financeira e de perfil dos profissionais para atuar, por exemplo, como teleconsultor:

C.Tele4: ...têm algumas estratégias que eu acho que são muito importantes para o Telessaúde poder se estabelecer. E exatamente é verificar quais são as necessidades, a carência de conhecimento e poder ter especialistas, ter pessoas que vão poder ajudar.

C.Tele5: Mas também tem as questões do Programa [...] porque a gente tem uma limitação na questão de contratação de bolsista, de prestador de serviço, [...] às vezes a gente tem muita dificuldade de ter no mercado mesmo. [...] Quem seria o ideal na lógica da Atenção Básica trabalha oito horas, então tem um limitador de você achar o perfil que você quer com o candidato.

C.Tele7: ...essa escolha, [...] ela também tem uma limitação que é financeira. Porque não é um serviço, a gente trabalha com projetos. Então tem uma projeção para alguns anos e aí também você não pode consolidar algumas coisas até pela incerteza se isso vai continuar ou não. [...], a gente poderia expandir várias coisas para vários pólos

aqui no Estado, mas a gente tem que ir conforme as pernas de recurso financeiro também. Então isso é um limitador também.

O Núcleo Telessaúde SC participou da discussão e construção de protocolos de acesso a partir da APS ao nível secundário de atenção, mas os protocolos publicados não incluem o apoio do Telessaúde como parte do processo. Apesar disso, a SES/SC publicou nos três últimos anos, três Deliberações e uma Nota Técnica que preveem a utilização de teleconsultorias como etapa compulsória para discussão de casos antes da solicitação de encaminhamentos ao nível especializado e, há cinco anos, o uso de telediagnóstico em dermatologia é a única forma de acesso presencial à especialidade, quando necessário e se o município tem pactuação para isso com a Central Estadual de Regulação Ambulatorial. Há também dois municípios que possuem fluxos próprios, sistematizados e compulsórios, que incluem a discussão de casos via teleconsultoria. Não há contribuição do Núcleo Telessaúde SC em protocolos clínicos utilizados no Estado.

Os coordenadores de APS e os profissionais de saúde consideraram que o apoio assistencial oferecido pelo Telessaúde facilita a comunicação em equipe para planejamento e implementação da assistência aos problemas prevalentes. Mas em relação a efeitos sobre a relação da APS com outros pontos da rede, foram apontados apenas por coordenadores de APS e pelos médicos dos quatro municípios de maior estrato, nas especialidades contempladas. A médica de um dos municípios abordou o efeito do fortalecimento da APS para a qualificação das redes de atenção à saúde:

C.APS3: ...são trocas de experiências. [...] Quando a gente fala dos mais variados assuntos, a gente não está só na Atenção Primária, a gente está em outros níveis de atenção também.

M3: ...você tem uma comunicação pela internet, mas é uma comunicação mais direta, porque, por exemplo, às vezes eu encaminho um paciente para o dermatologista, eu não sei o que ele falou ou o que pensa. Já quando é com a dermatoscopia, o dermatologista indica “pode ser isto, a conduta que tem que tomar é esta”, [...] é uma comunicação. Fortalecendo o trabalho da unidade a telessaúde ajuda a fortalecer também o trabalho das outras redes, então é uma coisa bem ligada, dependendo do uso que se dá para ele.

Quanto à participação do Telessaúde em protocolos orientadores de fluxo, a minoria entre os coordenadores de APS e pouco mais da metade dos profissionais de saúde identificaram o protocolo estadual de tele dermatologia e as teleconsultorias como importantes para organização da assistência em fluxos instituídos na rede. Contudo, não fizeram menção a documentos publicados em âmbito municipal ou estadual sobre esses fluxos. Já em relação à participação do Telessaúde na organização de diretrizes clínicas para o cuidado em saúde, um enfermeiro e um médico mencionaram o Protocolo Estadual de Tele dermatologia.

C.APS4: ...e uma coisa bem interessante também da tele dermatologia é a questão que a gente está começando a trabalhar com protocolos. E quando eu cheguei aqui já existia o protocolo da tele dermatologia. [...] Escutei alguns enfermeiros falando que a tele dermatologia no município só trouxe benefício.

C.APS5: ...a capacidade de influenciar é a organização do serviço e a qualidade nos encaminhamentos, isso afetou muito a nossa utilização, afetou positivamente. [...] A gente aproveitou do Telessaúde foi mesmo a teleconsultoria para organizar o sistema interno, principalmente da regulação.

Apesar de não reconhecerem documentos formais, uma coordenadora identificou nas webpalestras uma forma de organizar o cuidado nas redes a partir da discussão de procedimentos-padrão nas diversas situações e a maioria dos profissionais de saúde (n=11) afirmaram o papel do apoio assistencial do Telessaúde para o manejo clínico dos casos na rede de atenção a partir de suporte atualizado e qualificado. Apenas as duas enfermeiras, que referiram não desenvolver ações assistenciais com seus pacientes, não se posicionaram nesse ponto:

C.APS1: ...com o Telessaúde a gente acaba vendo como agir, de que forma trabalhar e as agentes de saúde estão desenvolvendo um trabalho, essa ação. Então, isso facilita porque dá a informação passa para todas ao mesmo tempo.

D4: ...ele é bem importante porque padroniza algumas coisas a nível nacional [...] porque tem alguns assuntos que são essenciais, todo mundo deveria ter domínio daquilo.

M3: Eles facilitam isso porque se eu mandei para lá e ele não conseguiu resolver, vai me orientar quanto ao que tenho que fazer, para qual

especialista encaminhar. De uma forma ou de outra é uma retroalimentação, [...] é uma coisa conjunta.

Quanto ao Telessaúde ser o apoio disponível para muitos profissionais e trabalhadores de saúde e um espaço de fomento ao trabalho em rede e fortalecimento da APS, os coordenadores do Núcleo, os coordenadores de APS e uma dentista entendem que os serviços oferecidos são necessários e permitem importantes espaços de compartilhamento e troca de experiências com profissionais de outros municípios.

C.Tele9: ...são discussões, e ele promove também a troca de experiências entre os municípios, porque o válido para eles no fórum é a troca de experiências. Entra um município e diz 'eu faço assim', e entra o outro e diz... Então ele serve, além da qualificação, como uma troca de experiências. Para eles isso é rico.

C.APS4: [...] Eu acho que contribui, apesar de a nossa rede ainda estar um pouco fragmentada, cada um mais na sua ilha. Mas eu acho que com todo o serviço que ele tem, se a gente souber como utilizar, sim.

D5: [...] Regionalizada sim, porque daí você pode conhecer como são as realidades de outros municípios.

Coordenadores de APS e profissionais de saúde, apontaram a possibilidade de encontrar no Telessaúde uma forma de ter suporte acessível de uma rede de profissionais que não há na equipe ou no município em que atuam. Contudo, uma coordenadora destacou que na prática, ainda há muita fragmentação e que é preciso saber usar o Telessaúde para que ele possa contribuir e uma dentista não identificou essa característica no apoio assistencial do Telessaúde:

C.Tele4: Eu vejo como muito importante, não deixar as equipes do interior do estado, do Brasil, especificamente aqui no estado de Santa Catarina, muito isoladas, então eu acho que o Telessaúde é um instrumento de gestão importante para fazer uma aproximação entre as equipes.

M1: ...importância que a gente, principalmente pelo fato de ser do interior e da dificuldade que temos de locomoção até grandes centros para cursos etc. [...] A telemedicina veio muito a calhar

nesse sentido, você resolver cada vez mais os problemas aqui, sem precisar se deslocar.

M4: Acho que o serviço de Telessaúde consegue dar um aporte para o médico da APS não ficar tão isolado...

M5: ...aqui a gente está muito sozinho, muito distante. No hospital você tem várias coisas, tudo concentrado ali no local. Já quem trabalha na APS está meio isolado, na periferia... Ainda mais que aqui somos uma equipe só.

Todos os coordenadores de APS e os profissionais de saúde afirmaram que o apoio assistencial oferecido pelo Telessaúde responde às necessidades reais e locais, mencionando as características das teleconsultorias nesse contexto e o fato de a busca pelo apoio ser fruto de uma demanda local. Dois profissionais – médico e dentista-, entretanto, apontaram que há casos em que não é possível implementar a conduta sugerida por insuficiência de recursos ou devido a padrões locais estabelecidos em relação ao que cabe à APS:

C.APS1: Sim... Principalmente quando é feito algum questionamento específico, a informação que vem é justamente para apoiar essa situação, porque, às vezes, quando é um município diferente, onde tem uma condição maior, a necessidade é outra. Então, quando o médico nosso aqui, a enfermeira questiona, a resposta é específica para a nossa condição.

E4: A teleconsultoria foi justamente eu quem pedi, então é um problema que eu estou vivenciando. Os cursos sim, são para coisas que vivemos no cotidiano também, como as webconferências.

M4: ...utilizamos para discutir um pouco mais sobre saúde mental, que é um problema bem importante e muito frequente nas unidades, que é o uso de benzodiazepínicos e antidepressivos de maneira excessiva, às vezes sem indicação clínica...

D5: ...na parte clínica a gente tem muito a questão de protocolo: tal coisa eu preciso encaminhar para lá, eu não tenho recurso material disponível para resolver aqui na unidade, até gostaria de fazer, mas não tem como. [...] O Telessaúde vem e me fala sobre NASF, que é um protocolo do Ministério que deveria estar implantado, mas aqui a gente

não tem. Então fica uma realidade um pouco distante...

M5: ...a gente tem bastante travas às vezes, por questão de recursos. Então, ah! Tem que fazer esse exame aqui para esse paciente, mas esse exame custa tanto, daí você vai solicitar pelo SUS vai demorar seis meses, e vai, vai ... aí então tem travas (risos).

Outro aspecto do apoio assistencial do Telessaúde diz respeito à oferta dos serviços para responder às demandas regionais, o que foi apontado por uma médica:

M3: ...geralmente eles contribuem para o pensamento tanto local como regional. Porque eu não vou ver só a minha área, eu tenho que ver tudo o que fica ao redor da minha área, porque uma contaminação, por exemplo, de dengue... se um não resolver de forma regional, ele pode atingir minha área também, então é uma coisa que eu tenho que ver de forma regional, não só na unidade.

Quanto a possíveis resultados relacionados à satisfação e fixação profissional, apenas uma coordenadora de APS identificou no apoio oferecido pelo Telessaúde uma fonte de satisfação para os profissionais de saúde e nenhum dos coordenadores relacionou a disponibilidade de apoio assistencial pelo Telessaúde à fixação dos profissionais nas equipes de APS. Já os profissionais de saúde foram unânimes em considerar a contribuição do Telessaúde para satisfação profissional por fortalecer, tranquilizar e respaldar a prática profissional, mas que não é determinante para a fixação do profissional na APS, apesar de poder colaborar se o profissional quiser:

D1: Com certeza! Porque às vezes não conseguíamos resolver um caso, às vezes o paciente não tem dinheiro para pagar. [...] E aí a gente conseguir resolver na APS é muito satisfatório!

M2: Sim, porque não é fácil ficar sozinho com toda a carga responsável de um paciente. [...] se cria um vínculo, e sim, é bom!

M1: ...se bem que fixar profissionais na APS depende muito mais da visão que o profissional tem da sua profissão... então ajuda, mas tem tanta coisa importante neste contexto.

Cadeia de resultados: desenvolvimento de ações pelos atores-chave

Em relação à cadeia de resultados proposta para análise do que se esperava verificar para os diferentes atores envolvidos no processo, foram considerados “encontrados” aqueles que contemplaram todos os atores participantes em relação aos seus pares (Quadro 2).

A partir dos coordenadores de telessaúde, foram contemplados todos os itens listados como essenciais ou desejáveis para o Telessaúde SC, mas no que diz respeito às estratégias de articulação e participação em discussões para elaboração de protocolos de fluxo que respondam às necessidades das redes de atenção, as mesmas não são suficientes, já que não contemplam todas as necessidades identificadas e não são reconhecidos pelos atores. Os itens listados como avançados, não foram contemplados, pois na visão dos coordenadores, o Núcleo tem limitações para compor a equipe a partir das demandas totais da rede; não consegue ainda avaliar a eficácia das estratégias de divulgação para ampliar a utilização dos serviços; e não tem participado efetivamente na construção de protocolos clínicos para organizar e qualificar o cuidado em saúde.

Entre os coordenadores de APS, quanto ao que se considerou essencial, não foram contemplados os resultados quanto ao monitoramento da utilização dos serviços do Telessaúde pelos profissionais do município e quanto ao conhecimento acerca dos protocolos já publicados e implantados que incluem a utilização do Telessaúde. Dentre os itens listados como desejáveis para os coordenadores de APS, apenas foi contemplado o item relacionado ao reconhecimento do apoio assistencial do Telessaúde para qualificar a comunicação em equipe e da equipe com as redes de atenção. Nenhum dos itens considerados avançados foram contemplados pelos coordenadores de APS.

Quanto aos profissionais de saúde, dentre os itens essenciais, nem todos os profissionais conheciam e sabiam como acessar todos os serviços disponibilizados pelo Telessaúde ou não reconheciam nestes serviços uma ferramenta de apoio assistencial. Além disso, a minoria conhecia os protocolos que regulamentam e implementam a utilização de serviços de telessaúde. Para os itens desejáveis, foram considerados aqueles que os profissionais contemplaram a identificação de resultados da utilização de telessaúde para apoio assistencial para os usuários dos serviços no município e o reconhecimento da contribuição do Telessaúde para a articulação da equipe, apesar de não ser consenso a extrapolação desses efeitos quando envolve outros pontos de atenção da rede. Entre os últimos resultados analisados, propostos como avançados, apenas foi

contemplada a identificação do apoio assistencial do Telessaúde para fomentar o cuidado integral e centrado nos usuários.

Quadro 2. Cadeia de resultados em relação aos atores envolvidos no processo de utilização de telessaúde para apoio assistencial à APS. (Continua)

	Resultados Essenciais	Resultados Desejáveis	Resultados Avançados			
Coordenadores de serviços de telessaúde	Conhecer a estrutura necessária para uso dos serviços pelos profissionais e equipes.	S	Participar da discussão, construção e divulgação de documentos para regulamentar o uso de telessaúde.	S		
	Oferecer apoio aos profissionais com dificuldade de acesso e uso da plataforma.	S				
	Avaliar as necessidades da rede para distribuição de equipamentos feita com recurso do Programa.	S	Monitorar as necessidades da rede que apoiam e ofertar serviços orientados para essa realidade.	S	Compor a equipe a partir das demandas de apoio da rede.	N
	Divulgar os serviços.	S			Avaliar a relação entre as estratégias de divulgação e o maior uso dos serviços.	N
	Articular-se a instâncias gestoras para avaliar as necessidades de apoio e planejar a oferta de serviços.	S	Participar na elaboração de protocolos de fluxo que incluam o uso de telessaúde.	S	Participar na construção de protocolos clínicos para qualificação e organização do cuidado em saúde.	N

Quadro 2. Cadeia de resultados em relação aos atores envolvidos no processo de utilização de telessaúde para apoio assistencial à APS. (Continuação)

	Resultados Essenciais	Resultados Desejáveis	Resultados Avançados		
Coordenadores de equipe / gestores locais de saúde	Conhecer os serviços de telessaúde disponíveis, saber como usar o portal e usar o apoio da telessaúde.	S Saber como cada serviço de telessaúde pode ser utilizado para potencializar e qualificar a APS.	N		
	Garantir disponibilidade de, no mínimo, um computador com kit multimídia e acesso à internet por unidade.	S Garantir unidades informatizadas, com computador e acesso a internet, disponíveis e em quantidade suficiente, para todos os profissionais utilizarem.	N		
	Indicar a utilização dos serviços de telessaúde no período de trabalho, individualmente e em equipe.	S Regulamentar e proteger espaço na agenda de trabalho para utilização dos serviços de telessaúde pelos profissionais.	N	Estimular e motivar para a utilização de telessaúde como parte da agenda de trabalho de profissionais e equipes.	N
	Monitorar os efeitos da utilização da telessaúde pelos profissionais no município.	N Identificar resultados da utilização de telessaúde para apoio assistencial para os usuários dos serviços de saúde no município.	N	Monitorar a utilização de telessaúde pelos profissionais.	N
	Conhecer e utilizar no município, os protocolos existentes no Estado e país que incluem a utilização de telessaúde.	N Reconhecer a telessaúde como estratégia para auxiliar na comunicação em equipe e da equipe com outros pontos de atenção da rede.	N	Ter registros das mudanças no acesso dos usuários aos serviços e mudança da resolubilidade na APS relacionados à utilização de telessaúde.	N
	Identificar a telessaúde como apoio técnico qualificado para reduzir o isolamento profissional e discutir a realidade e necessidades locais.	S Reconhecer na telessaúde para apoio assistencial uma estratégia para implementação do trabalho em rede.	S	Entender a telessaúde como estratégia para promoção da organização do cuidado e regulação do acesso à assistência em saúde nos diferentes níveis de atenção, a partir da APS.	N
	Identificar que os profissionais que usam a telessaúde para apoio assistencial são mais satisfeitos.	N		Creditar ao apoio via telessaúde um estímulo à fixação de profissionais na APS.	N

Quadro 2. Cadeia de resultados em relação aos atores envolvidos no processo de utilização de telessaúde para apoio assistencial à APS. (Conclusão)

	Resultados Essenciais	Resultados Desejáveis	Resultados Avançados	
Profissionais de saúde da APS	Conhecer todos os serviços de telessaúde disponíveis e saber como acessá-los.	Saber para que serve o apoio assistencial e sua aplicação.		
		Conseguir utilizar os serviços em horário de trabalho sempre que precisam.		
	Ser motivados para utilizar os serviços de telessaúde.	Acessar os serviços de telessaúde sempre que têm dúvidas para o cuidado ou querem se qualificar sobre um tema.	Identificar na telessaúde apoio que fomenta o cuidado integral e centrado nos usuários.	S
	Reconhecer na telessaúde uma ferramenta de apoio clínico e diagnóstico para auxiliar quando têm dúvidas e dificuldades no dia-a-dia de trabalho.	Identificar resultados da utilização de telessaúde para apoio assistencial para os usuários dos serviços de saúde no município.	Entender a telessaúde como apoio para o cuidado coordenado e orientado pela APS.	N
	Aplicar o apoio recebido por meio da telessaúde para qualificar e ampliar as ações desenvolvidas.		Entender a telessaúde como estratégia para promoção da organização do cuidado e regulação do acesso à assistência em saúde nos diferentes níveis de atenção, a partir da APS.	N
	Sentir-se mais seguros para planejar e implementar o cuidado quando têm apoio dos serviços de telessaúde.			
	Identificar no apoio assistencial um recurso que potencializa os resultados no cuidado dos pacientes e a maior resolubilidade na APS.	Reconhecer e usar a telessaúde como estratégia para auxiliar na articulação e comunicação em equipe e da equipe com outros pontos de atenção da rede.	Identificar efeitos do apoio via telessaúde para qualificação do processo de referência e contrarreferência de pacientes entre os diferentes níveis de atenção.	N
	Conhecer e utilizar os protocolos existentes no município, Estado e país, que incluem a utilização de telessaúde.	Reconhecer e usar a telessaúde para apoio assistencial como uma estratégia para implementação do trabalho em rede.		
		Identificar na telessaúde uma estratégia para diminuir o isolamento profissional de quem atua na APS.	Creditar ao apoio via telessaúde um estímulo à fixação profissional na APS.	N

Fonte: As autoras (2018).

Legenda: S = Sim; N = Não

5.4.2. Artigo 4: Avaliação da utilização de Telessaúde para Apoio Assistencial na Atenção Primária à Saúde

Resumo

Objetivo: Avaliar a utilização de telessaúde para apoio assistencial em um estado brasileiro a partir da compreensão do funcionamento da intervenção por parte dos atores envolvidos no processo. **Método:** Estudo de caso único, com três níveis de análise, de abordagem qualitativa. Realizou-se inicialmente estudo de avaliabilidade e modelização para avaliação de telessaúde para apoio assistencial na Atenção Primária à Saúde com orientação pela Teoria de Mudança. Foi selecionado como caso um Núcleo de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes que existe desde o início do Programa e oferece todos os serviços propostos. Os níveis de análise foram definidos a partir de atores-chave envolvidos na oferta e utilização do Telessaúde. A coleta de evidências contemplou a pesquisa de documentos e referências, 19 entrevistas individuais e um grupo focal e foi empregada a análise de conteúdo temática orientada por categorias estabelecidas pela modelização. **Resultados:** Apesar do alcance de 100% dos municípios do Estado, identificou-se que o Núcleo Telessaúde Santa Catarina ainda não atinge todos os profissionais e equipes de saúde; não há equipamentos suficientes e nem cobertura total da rede de internet; as regulamentações formais disponíveis são insuficientes e não identificadas, mesmo determinando o aumento na utilização de serviços quando implantadas. Quando utilizado, o apoio assistencial oferecido pelo Telessaúde SC ampliou o acesso e qualificou o cuidado em saúde, melhorou a comunicação entre os pares, fortaleceu e deu mais segurança aos profissionais. **Conclusões:** Há desafios a serem superados para ampliar a utilização do Telessaúde, sendo imprescindível o fortalecimento de políticas, leis e regulamentações para a garantia da sustentabilidade e utilização.

Palavras-Chave: Telessaúde; Teoria de Mudança; Avaliação de Políticas e Programas de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

Introdução

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) regulamenta a utilização de telessaúde a partir de serviços de tele-educação, teleconsultoria, segunda opinião formativa e telediagnóstico, oferecidos por Núcleos Estaduais, Intermunicipais ou Municipais de Telessaúde, cujos objetivos são promover apoio assistencial e apoio à Educação Permanente em Saúde

(EPS), qualificando profissionais e aumentando a resolubilidade da Atenção Primária à Saúde (APS)^{1,2}.

Contudo, apesar da estrutura já implantada pelo Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes) seus benefícios são pouco explorados³ e, apesar do contexto de expansão, há uma capacidade técnica instalada ociosa e baixa utilização de serviços^{3,4}.

Ainda é baixa a incorporação de TIC por equipes de APS, apesar de estar associada à maior qualidade na atenção, reforçando a importância de investimentos e políticas públicas na área⁵. A Telessaúde é a forma de EPS mais utilizada pelas equipes, mas alcançou menos de 30% do total de equipes que participaram da avaliação externa do PMAQ. Dentre as equipes que referiram utilizar o apoio do Telessaúde, apenas 35,7% faziam uso de Telediagnóstico e 51,8% de Teleconsultoria⁶.

Estudos de qualidade, que analisem a telessaúde em saúde pública, podem contribuir para reconhecer seus benefícios potenciais, ampliar a utilização pelos profissionais de saúde e subsidiar a tomada de decisões políticas que orientem e regulamentem o uso^{7,8}, sendo os estudos de avaliação estratégicos para esse fim.

A Teoria de Mudança (TM) pode potencializar a avaliação, pois explica como as atividades se desenvolvem para produzir resultados, permite a representação dos fatores contextuais que ajudam ou impedem mudanças, bem como as condições necessárias para que um programa funcione⁹. O Mapeamento de Resultados é uma abordagem de mudança por meio da compreensão do comportamento dos atores e de como a mudança individual provoca mudanças em outros atores¹⁰. Permite-se então um diagnóstico e o planejamento de ações possíveis de serem desenvolvidas pelos envolvidos¹¹, influenciando a implementação da intervenção e o alcance dos seus objetivos.

Assim proposta, a avaliação considera o aprendizado para identificar oportunidades de alcance das melhorias pretendidas¹¹ e é uma forma de ouvir os interessados e dar voz às suas opiniões em busca do alcance da mudança desejada⁹.

Este estudo propõe avaliar a utilização de telessaúde para apoio assistencial em um estado brasileiro a partir da compreensão do funcionamento da intervenção por parte dos atores envolvidos no processo. São considerados os recursos, experiências e condições necessárias para as mudanças pretendidas, de forma a agir sobre forças negativas e potencializar as forças positivas que interferem na utilização da telessaúde.

Métodos

Trata-se de um estudo de caso único, com três níveis de análise, de abordagem qualitativa¹². Um estudo de avaliabilidade definiu o modelo teórico para núcleos do Telessaúde Brasil Redes¹³, com posterior modelização orientada pela TM para a avaliação da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS e o conjunto de resultados pensados para cada grupo de atores envolvidos¹⁴. No presente estudo, é feita uma avaliação a partir da Teoria da Mudança, identificando o alcance dos resultados pretendidos a partir dos atores envolvidos.

O Núcleo Telessaúde Santa Catarina (Telessaúde SC) foi selecionado como caso por conveniência e por ser um dos nove núcleos de telessaúde do Telessaúde Brasil Redes que existe desde o início do projeto nacional¹³. Para definição dos níveis de análise, foram consideradas a oferta e a utilização dos serviços de telessaúde, o que envolve o Núcleo de Telessaúde, a gestão municipal da APS e os profissionais de saúde. Os municípios e equipes que compuseram o estudo foram selecionados dentre os que mais utilizaram os serviços oferecidos pelo Telessaúde SC entre janeiro e junho de 2017¹⁵.

Os informantes-chave dos diferentes níveis de análise foram selecionados dentre coordenadores de serviços e áreas estratégicas do Telessaúde SC, coordenadores de APS de municípios selecionados e vinculados ao núcleo de telessaúde avaliado, e enfermeiros, dentistas e médicos das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) destes municípios. O interesse em participar do estudo foi verificado com antecedência, com agendamento de data para coleta de evidências por meio de entrevistas semiestruturadas, grupo focal e análise de documentos. Os roteiros para entrevista fundamentaram-se na modelização¹⁴ e um pré-teste permitiu ajustar sua estrutura e sua aplicação, com inclusão de exemplos aos questionamentos realizados.

Foram realizadas 19 entrevistas individuais - cinco médicos, cinco enfermeiros, quatro cirurgiões-dentistas e cinco coordenadores de APS, com tempo médio de 50 minutos cada. Aos nove coordenadores de serviços e atividades do Núcleo Telessaúde SC foi aplicado o roteiro semi-estruturado para realização de um grupo focal, que teve duração de 1 hora e 36 minutos.

As entrevistas e o grupo focal foram transcritos, editados e enviados por e-mail aos atores envolvidos para validação. Os dados ordenados e classificados foram complementados pela pesquisa documental de protocolos de uso dos serviços no Núcleo Telessaúde SC, de normativas do cenário Nacional e Estadual, e documentos oficiais do

Telessaúde SC. Os participantes foram identificados de acordo com a função e o número sequencial ou relacionado ao local/município de trabalho (exemplos: Coordenador do Telessaúde – C.Tele1; Coordenador de APS – C.APS1; Médico – M1, Enfermeiro – E1, Dentista – D1).

A análise de conteúdo temática¹⁶ foi orientada pelas dimensões e elementos destacados no quadro 1, com decomposição e agregação das informações obtidas, considerando cada nível de análise – coordenação do Telessaúde SC, coordenadores e profissionais de saúde da APS.

Quadro 1. Elementos orientadores da análise para avaliação da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS. (Continua)

Entradas (<i>inputs</i>) – o que investimos / condicionantes:	Atividades (<i>activities</i>) – o que fazemos	Produtos (<i>outputs</i>) – bens e serviços produzidos	Resultados (<i>outcomes</i>) – o que acontece devido às atividades
<i>Dimensão: Âmbito organizativo e de gestão</i>			
Disponibilidade e suficiência de estrutura e recursos para utilização da telessaúde (em horário de trabalho) pelos profissionais e equipes.	1. Provimento tecnológico e incentivo à informatização das unidades.	Conectividade, existência de equipamentos completos e operantes.	Acesso a computadores e internet em todas as unidades básicas de saúde.
	2. Organização do processo de trabalho nos serviços de saúde.	Regulamentações que garantam as condições de utilização dos recursos de apoio em horário de trabalho.	Utilização de telessaúde pelos profissionais e trabalhadores de saúde.
<i>Dimensão: Âmbito do conhecimento e domínio da tecnologia</i>			
Profissionais de saúde sabem que a telessaúde existe, entendem como pode apoiá-los para a assistência e conseguem acessar os serviços e navegar na plataforma.	1. Divulgação da telessaúde (folders, eventos, redes sociais, treinamento).	Conhecimento acerca dos serviços e compreensão quanto à aplicabilidade.	Reconhecimento e utilização regular da telessaúde como ferramenta de apoio assistencial.
	2. Disponibilização de plataforma e suporte ao acesso permanente e utilização contínua dos serviços.	Plataforma simples e de fácil navegação com apoio tecnológico imediato quando necessário.	Profissionais e trabalhadores de saúde cadastrados conseguem acessar os serviços, navegar na plataforma, solicitar apoio e visualizar os retornos.

Quadro 1. Elementos orientadores da análise para avaliação da utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS. (Conclusão)

Entradas (<i>inputs</i>) – o que investimos/condicionantes:	Atividades (<i>activities</i>) – o que fazemos	Produtos (<i>outputs</i>) – bens e serviços produzidos	Resultados (<i>outcomes</i>) – o que acontece devido às atividades
<i>Dimensão: Âmbito humano e do modelo integral de atenção à saúde</i>			
Apoio assistencial aos profissionais de saúde que promove: ampliação da oferta de ações e serviços; diagnóstico, planejamento e implementação do cuidado com segurança e qualidade; trabalho em equipe, organizado e articulado a outros pontos de atenção; interdisciplinaridade e regionalização orientadas por necessidades locais.	1. Apoio para ampliação das competências profissionais e aumento da oferta de serviços.	Acesso: - Profissionais e equipes com maior capacidade de resposta às necessidades dos usuários. - Mais ações / serviços oferecidos na APS.	Redução do tempo para resolubilidade do problema. Redução da necessidade de encaminhamentos para outros serviços.
	1. Apoio para diagnóstico e assistência.	Cuidado: - Profissionais seguros para realizar diagnóstico, planejar o manejo e implementar a assistência. - Profissionais estimulados a pensar outras formas de cuidar.	Aumento da capacidade resolutiva. Promoção de equidade no acesso e qualificação dos encaminhamentos. Assistência mais qualificada.
	1. Apoio para encaminhamentos pela APS às demandas de saúde. 2. Apoio para implantação de protocolos orientadores de fluxo que incluam a utilização da telessaúde. 3. Participação na construção e implementação de protocolos clínicos.	Regulação: - Auxílio às condutas dos profissionais para os problemas prevalentes. - Construção compartilhada de protocolos entre Telessaúde e instâncias gestoras. - Padronização de diretrizes clínicas.	Facilitação do trabalho e da comunicação e articulação em equipe e da APS com outros níveis de atenção. Regulação de fluxos. Organização do cuidado em saúde.
	1. Oferta de apoio técnico acessível. 2. Promoção de espaço de diálogo orientado pelas reais necessidades locais.	Trabalho em rede: - Formação de uma rede de apoio técnico. - Regionalização da assistência.	Respostas resolutivas às necessidades dos diferentes contextos. Diminuição do isolamento profissional. Satisfação e fixação profissional.

Fonte: Nilson et al., 2018¹⁴.

Os dados foram analisados considerando os atores envolvidos e as ações esperadas para cada grupo, nos diferentes níveis de análise, para construir o conjunto de evidências esperadas, desenvolvendo o mapeamento dos resultados e construindo a teoria de mudança para indicar as mudanças quanto a ações dos atores^{10,14}.

No contexto brasileiro de utilização de telessaúde, o Telessaúde Brasil Redes tem forte expressão e alcance, com mais de 40 núcleos no país, em 23 estados¹⁷. Alguns atores estão diretamente envolvidos para que a telessaúde aconteça e precisam ser contemplados em qualquer estratégia que se pense para monitorar, avaliar e transformar a realidade para alcançar os objetivos desejados, que poderão ser identificados por meio dos marcadores de progresso detalhados no quadro 2.

Trata-se do que o Mapeamento de Resultados descreve como sendo desejado, contemplando os três tipos de mudanças sustentáveis de comportamento esperadas para os atores-chave em um grau crescente de demonstrações de envolvimento com o processo de mudança¹⁰.

A relação entre a oferta de serviços por núcleos de telessaúde e a utilização destes pelos profissionais de saúde, passa diretamente pela garantia de condições mínimas de infraestrutura para que o acesso aos serviços seja possível e pela compreensão dos resultados possíveis na assistência. Esse processo envolve quem oferta os serviços nos núcleos e os profissionais que necessitam do apoio, e passa intimamente pela gestão dos sistemas de saúde locais. A partir da identificação desses atores e do problema em questão, são propostos os resultados passíveis de investigação com cada grupo, classificados como: essenciais – esperados e básicos, desejáveis – esperados além dos essenciais, e avançados – situação ideal¹⁸.

Para alcançar a promoção de maior utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS, é preciso compreender como esses atores se colocam em relação à intervenção e aos aspectos que permeiam e determinam a oferta e o acesso aos serviços de telessaúde, levando em conta o contexto que os cerca e a melhor forma de alcançar cada um e promover engajamento. Com a definição dos resultados almejados, é possível estabelecer com a TM, como as ações podem influenciar o alcance do objetivo.

Quadro 2. Medida de resultados baseados nos atores envolvidos. (Continua)

Atores	Resultados essenciais	Resultados desejáveis	Resultados avançados
Coordenadores de serviços de telessaúde	<p>Conhecer a estrutura necessária para utilização dos serviços pelos profissionais e equipes.</p> <p>Oferecer apoio aos profissionais com dificuldade de acesso e utilização da plataforma.</p> <p>Avaliar as necessidades da rede para distribuição de equipamentos feita com recurso do Programa.</p> <p>Divulgar os serviços.</p> <p>Articular-se a instâncias gestoras para avaliar as necessidades de apoio e planejar a oferta de serviços.</p>	<p>Participar da discussão, construção e divulgação de documentos para regulamentar o utilização de telessaúde.</p> <p>Monitorar as necessidades da rede que apoiam e ofertar serviços orientados para essa realidade.</p> <p>Participar na elaboração de protocolos de fluxo que incluam a utilização de telessaúde.</p>	<p>Avaliar a relação entre as estratégias de divulgação e a maior utilização dos serviços.</p> <p>Compor a equipe a partir das demandas de apoio da rede.</p> <p>Participar na construção de protocolos clínicos para qualificação e organização do cuidado em saúde.</p>

Quadro 2. Medida de resultados baseados nos atores envolvidos. (Continuação)

Atores	Resultados essenciais	Resultados desejáveis	Resultados avançados
Coordenadores de equipe / gestores locais de saúde	<p>Conhecer os serviços de telessaúde disponíveis, saber como usar o portal e usar o apoio da telessaúde.</p> <p>Garantir disponibilidade de, no mínimo, um computador com kit multimídia e acesso à internet por unidade.</p> <p>Indicar a utilização dos serviços de telessaúde no período de trabalho, individualmente e em equipe.</p> <p>Monitorar os efeitos da utilização da telessaúde pelos profissionais no município.</p> <p>Conhecer e utilizar no município, os protocolos existentes no Estado e país que incluem a utilização de telessaúde.</p> <p>Identificar a telessaúde como apoio técnico qualificado para reduzir o isolamento profissional e discutir a realidade e necessidades locais.</p> <p>Identificar que os profissionais que usam a telessaúde para apoio assistencial são mais satisfeitos.</p>	<p>Garantir unidades informatizadas, com computador e acesso à internet disponíveis e em quantidade suficiente, para todos os profissionais utilizarem.</p> <p>Regulamentar e proteger espaço na agenda de trabalho para utilização dos serviços de telessaúde pelos profissionais.</p> <p>Identificar resultados da utilização de telessaúde para apoio assistencial para os usuários dos serviços de saúde no município (p.ex.: mudanças nas solicitações de exames, na oferta de cuidado, no tempo de espera para acesso a especialidades, na necessidade de deslocar pacientes a outros serviços etc.).</p> <p>Reconhecer na telessaúde para apoio assistencial uma estratégia para implementação do trabalho em rede.</p> <p>Reconhecer a telessaúde como estratégia para auxiliar na articulação e comunicação em equipe e da equipe com outros pontos de atenção da rede.</p>	<p>Saber como cada serviço de telessaúde pode ser utilizado para potencializar e qualificar a APS.</p> <p>Estimular e motivar para a utilização de telessaúde como parte da agenda de trabalho de profissionais e equipes.</p> <p>Monitorar a utilização de telessaúde pelos profissionais.</p> <p>Ter registros das mudanças no acesso dos usuários aos serviços e mudança da resolubilidade na APS relacionados à utilização de telessaúde.</p> <p>Avaliar a economia decorrente do acesso à telessaúde.</p> <p>Entender a telessaúde como estratégia para promoção da organização do cuidado em saúde e regulação do acesso à assistência em saúde nos diferentes níveis de atenção, a partir da APS.</p> <p>Creditar ao apoio via telessaúde um estímulo à fixação de profissionais na APS.</p>

Quadro 2. Medida de resultados baseados nos atores envolvidos. (Conclusão)

Atores	Resultados essenciais	Resultados desejáveis	Resultados avançados
Profissionais de saúde da APS	<p>Conhecer todos os serviços de telessaúde disponíveis e saber como acessá-los.</p> <p>Ser motivados para utilizar os serviços de telessaúde.</p> <p>Reconhecer na telessaúde uma ferramenta de apoio clínico e diagnóstico para auxiliar quando têm dúvidas e dificuldades no dia-a-dia de trabalho.</p> <p>Aplicar o apoio recebido por meio da telessaúde para qualificar e ampliar as ações desenvolvidas.</p> <p>Sentir-se mais seguros para planejar e implementar o cuidado quando têm apoio dos serviços de telessaúde.</p> <p>Identificar no apoio assistencial um recurso que potencializa os resultados no cuidado dos pacientes e a maior resolubilidade na APS.</p> <p>Conhecer e utilizar os protocolos existentes no município, Estado e país, que incluem a utilização de telessaúde.</p>	<p>Saber para que serve o apoio assistencial e sua aplicação.</p> <p>Conseguir utilizar os serviços em horário de trabalho sempre que precisam.</p> <p>Acessar os serviços de telessaúde sempre que têm dúvidas para o cuidado ou querem se qualificar sobre um tema.</p> <p>Identificar resultados da utilização de telessaúde para apoio assistencial para os usuários dos serviços de saúde no município (p.ex.: mudanças nas solicitações de exames, na oferta de cuidado, no tempo de espera para acesso a especialidades, na necessidade de deslocar pacientes a outros serviços etc.).</p> <p>Reconhecer e usar a telessaúde como estratégia para auxiliar na articulação e comunicação em equipe e da equipe com outros pontos de atenção da rede.</p> <p>Reconhecer e usar a telessaúde para apoio assistencial como uma estratégia para implementação do trabalho em rede.</p> <p>Identificar na telessaúde uma estratégia para diminuir o isolamento profissional de quem atua na APS.</p>	<p>Identificar na telessaúde apoio que fomenta o cuidado integral e centrado nos usuários.</p> <p>Entender a telessaúde como apoio para o cuidado coordenado e orientado pela APS.</p> <p>Entender a telessaúde como estratégia para promoção da organização do cuidado em saúde e regulação do acesso à assistência em saúde nos diferentes níveis de atenção, a partir da APS.</p> <p>Identificar efeitos do apoio via telessaúde para qualificação do processo de referência e contrarreferência de pacientes entre os diferentes níveis de atenção.</p> <p>Creditar ao apoio via telessaúde um estímulo à fixação profissional na APS.</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir da proposta de Young et al.¹⁰.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – Parecer nº 1.466.605/2016, sendo respeitados os preceitos éticos quanto à anuência dos participantes para a realização do estudo.

Resultados

Contexto

O Telessaúde SC é financiado pelo Ministério da Saúde para oferecer serviços de apoio aos profissionais e trabalhadores de saúde em busca de uma APS forte. Está localizado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e oferece, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), todos os serviços previstos pelo Telessaúde Brasil Redes^{1,13,19}. Para isso, conta com uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais com formações diversas nas áreas de saúde e tecnologias de informação, orientados para o trabalho na APS, com expertise em Saúde Coletiva, Avaliação em Saúde e Telessaúde.

Com cobertura em 100% dos municípios catarinenses e uma demanda crescente na utilização dos serviços que oferece (Tabela 1), os serviços considerados essencialmente de apoio assistencial – Teleconsultoria e Telediagnóstico, ainda não alcançam todos os profissionais. Em 2017, por exemplo, 286 (96%) dos municípios solicitaram teleconsultorias, contudo, em 100 (35%) destes municípios foram solicitadas até cinco teleconsultorias apenas. Já quanto ao telediagnóstico, quatro (1,34%) dos municípios ainda não utilizam nenhuma das modalidades disponíveis – telecardiologia (eletrocardiograma), não utilizada por sete (2,37%) municípios, ou Teledermatologia (dermatoscopia), não utilizada por 82 (28%) municípios¹⁵.

O Estado de Santa Catarina possui cerca de sete milhões de habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,774²⁰. Tem uma rede de APS bem difundida, com 83,48% de cobertura pelas 1.748 equipes de ESF²¹. Os municípios catarinenses são na maioria (78%) de pequeno porte, com menos de 20 mil habitantes, e 74% destes tem menos de 10 mil habitantes²⁰, característica que dificulta a organização própria de atividades de educação permanente que contemplem todas as demandas.

Tabela 1. Evolução da oferta de serviços pelo Núcleo Telessaúde Santa Catarina, entre os anos 2010 e 2017.

Serviço	Modalidade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
TE	Webpalestra	86	56	54	79	85	114	277	351
	Participantes em Webpalestras	5.318	9.878	16.449	17.688	13.057	16.069	24.942	17.503
	Cursos	01	01	03	29	34	27	40	75
	Profissionais em Cursos	32	77	206	382	719	1015	2339	5244
TC	Processo de trabalho e Clínica	356	448	1.221	2.881	1.574	4.479	15.112	21.554
TD	ECG	108.481	105.025	135.313	174.021	208.908	200.659	208.950	220.676
	Dermatoscopia	24	19	496	912	4.221	9.390	23.163	22.847
SOF	TC Sistematizada	-	-	-	07	59	72	71	28

Fonte: Universidade Federal de Santa Catarina¹⁵.

Legenda: TE – Tele-educação; TC – Teleconsultoria; TD – Telediagnóstico; SOF – Segunda Opinião Formativa; ECG - Eletrocardiograma.

Entre as equipes nos municípios selecionados, apenas uma não contava com cirurgião-dentista no momento das entrevistas e, entre os participantes, um dentista nunca havia utilizado os serviços oferecidos pelo Telessaúde SC. Dentre os coordenadores de APS, quatro eram mulheres e apenas dois estavam na função há mais de um ano; e entre os profissionais de saúde, a maioria do sexo feminino (64%), com tempo de trabalho na equipe variando de alguns meses a 15 anos, com destaque para o município 5, cuja média de anos de trabalho dos profissionais na equipe foi de 10 anos.

Os resultados são apresentados considerando os coordenadores do Telessaúde SC como responsáveis pela oferta dos serviços de apoio no contexto estadual; os coordenadores de APS como representantes da gestão municipal de saúde para viabilizar o acesso ao Telessaúde pelos profissionais e equipes; e os profissionais de saúde como usuários do apoio assistencial oferecido.

Quanto à Dimensão “Âmbito Organizativo e de Gestão”

Em resposta ao desenho avaliativo proposto, as evidências coletadas em relação à estrutura tecnológica e organização do processo de trabalho para utilização de telessaúde para apoio assistencial são apresentadas no quadro 3, segundo nível de análise.

Quadro 3. Resultados encontrados quanto aos níveis de análise em relação à Dimensão “Âmbito Organizativo e de Gestão”.

Encadeamento lógico	Níveis de análise – Atores-chave		
	Coordenadores do Telessaúde SC	Coordenadores de APS	Profissionais de Saúde
Entradas	<i>Disponibilidade e suficiência de estrutura e recursos para utilização de telessaúde pelos profissionais.</i>		
Atividade 1	Provimento tecnológico e incentivo à informatização das unidades de saúde.		
Produtos	Conectividade, equipamentos completos e operantes.		
Resultados	Insuficiência de computadores e internet em unidades e equipes de saúde.	Suficiência para unidades, mas sem informação quanto a kits multimídia. Oscilação da internet.	Insuficiência de equipamentos e oscilação da internet.
Atividade 2	Organização do processo de trabalho nos serviços de saúde para utilizar telessaúde.		
Produtos	Regulamentações que garantem as condições de utilização dos recursos de apoio em horário de trabalho.		
Resultados	A regulamentação que orienta a implementação da utilização do Telessaúde SC pelas equipes de saúde no Estado não é suficiente.	Não há regulamentação formal para utilização do Telessaúde pelas equipes, mas há espaços para isso no processo de trabalho.	Não há regulamentação, apenas indicação para utilizar. Em quatro equipes a reunião é momento para acessar alguns serviços do Telessaúde SC.

Fonte: As autoras (2018).

O Núcleo Telessaúde SC e a SES/SC investiram em equipamentos – computadores, kits multimídia, dermatoscópios e aparelhos de eletrocardiograma, que foram distribuídos desde o início do projeto a partir de levantamento de necessidades e da realidade dos municípios. Contudo, os coordenadores de Telessaúde entendem que os municípios devem investir na manutenção e sustentabilidade do acesso pelos

profissionais a recursos mínimos que permitam utilizar os serviços de telessaúde. Tais equipamentos são necessários para outras atividades na unidade e os coordenadores de APS mencionaram esse compromisso da gestão municipal.

Participantes de todos os níveis mencionaram o e-SUS e o PMAQ como importantes indutores de informatização, somando com o Programa Telessaúde.

Os profissionais estão informados sobre os serviços e há incentivo da gestão para a utilização, segundo os coordenadores de APS. Os profissionais confirmaram o incentivo para utilizar o apoio, mas somente se há tempo entre os atendimentos. Foram unânimes na necessidade de mais tempo e de espaço na agenda para utilizar Telessaúde. Somente os médicos foram unânimes quanto ao estímulo da gestão para sua utilização.

As reuniões de equipe foram citadas por quatro coordenadores de APS como espaço para os profissionais de saúde utilizarem serviços do Telessaúde SC, mas estes não entendem dessa forma, pois não há garantia de que todos possam participar das reuniões. Um médico mencionou o período destinado para reunião de equipe como o seu momento de utilização da Teleconsultoria e do Telediagnóstico para envio dos casos ou dúvidas. Em apenas um município foi mencionado um espaço diário na agenda do médico para estudar.

D5: Em equipe sim, no momento das reuniões. Daí depois é só quem tem interesse, individualmente. Geralmente daí fora do horário de trabalho.

Quanto à Dimensão “Âmbito do Conhecimento e de Domínio da Tecnologia”

Quanto ao conhecimento dos profissionais acerca do Telessaúde e ao acesso aos serviços por meio da plataforma, os resultados são apresentados no quadro 4 para cada nível de análise.

A utilização dos serviços oferecidos pelo Telessaúde SC ultrapassa o fato de ter uma estrutura mínima e conhecer os serviços. São necessários o estabelecimento de normas para utilização como parte do processo de trabalho e a identificação de uma necessidade que estimule os profissionais e trabalhadores a buscarem o apoio. Além disso, o Telessaúde SC deve ser reconhecido como possibilidade real de apoio assistencial e respostas às demandas em serviço, o que depende da confiança na equipe do Núcleo e em sua capacidade técnica para oferecer um suporte qualificado.

C.Tele2: A estratégia que eu vejo ser necessária é “nós temos que mostrar que o Núcleo é de confiança”, o NÚ-CLE-O inteiro é de confiança, e quem está ali me atendendo é alguém que faz parte de um Núcleo de confiança.

E5: ... eu confio muito! Pelo menos as pessoas que eu tenho contato dentro do Telessaúde, são pessoas que demonstram conhecimento científico e uma segurança para a gente. Bárbaros!

No apoio do Telessaúde, coordenadores de APS e profissionais de saúde não separam os serviços de Teleconsultoria, Tele-educação e Telediagnóstico quanto à utilidade para práticas assistenciais e também de formação, qualificação, aperfeiçoamento e apoio para organização do processo de trabalho. Um coordenador de APS destacou a utilização abaixo do possível:

M5: ...hoje em dia, por exemplo, eu não faço tantas perguntas, porque eu vou nas webs, eu vejo se tem web do assunto que eu ia perguntar, aí primeiro eu assisto. Se eu tiver alguma dúvida após eu ter assistido, eu faço a pergunta. [...]

C.APS5: [...] Eu tenho a sensação, pelos menos assim à distância, de que o Telessaúde não tem sido explorado na sua plenitude pelos profissionais, não pergunte muito por que desta não utilização. [...]

Quadro 4. Resultados encontrados quanto aos níveis de análise em relação à Dimensão “Âmbito do Conhecimento e de Domínio da Tecnologia”.

Encadeamento lógico	Níveis de análise – Atores-chave		
	Coordenadores do Telessaúde SC	Coordenadores de APS	Profissionais de Saúde
Entradas	<i>Profissionais de saúde sabem que o Telessaúde existe e entendem como pode apoiá-los.</i>		
Atividade 1	Divulgação da telessaúde (folders, eventos, redes sociais, treinamento).		
Produto	Conhecimento acerca dos serviços e compreensão quanto à aplicabilidade.		
Resultados	Todas as estratégias de divulgação não garantem que o Telessaúde seja conhecido.	Conhecimento de todos os serviços, mas desconhecimento quanto aos serviços utilizados pelos profissionais em serviço. Aplicação do apoio pelos profissionais para qualificar a assistência aos pacientes e melhorar processo de trabalho.	Conhecimento acerca do Telessaúde, mas três dentistas e uma enfermeira não conheciam todos os serviços oferecidos. Serviços são aplicados para apoiar a assistência e para atualização e aperfeiçoamento.
Atividade 2	Disponibilização de plataforma e suporte ao acesso permanente e uso contínuo dos serviços.		
Produto	Plataforma simples e de fácil navegação.		
Resultados	Telessaúde se preocupa em ofertar uma plataforma simples e oferecer suporte às dificuldades. Há adaptações na plataforma de acordo com as necessidades dos serviços e de quem utiliza.	Acesso possível a todos os serviços por meio da plataforma.	A maioria dos profissionais apontou a simplicidade e praticidade da plataforma. Três profissionais mencionaram dificuldades iniciais superadas e um dentista nunca tentou acesso.

Fonte: As autoras (2018).

Quanto à Dimensão “Âmbito Humano e do Modelo Integral de Atenção à Saúde”

No que se refere ao apoio assistencial para qualificar acesso, cuidado, regulação e trabalho em rede, as evidências construídas com os atores estão apresentadas no quadro 5.

Quadro 5. Resultados encontrados quanto aos níveis de análise em relação à Dimensão “Âmbito Humano e do Modelo Integral de Atenção à Saúde”. (Continua)

Encadeamento lógico	Níveis de análise – Atores-chave		
	Coordenadores do Telessaúde SC	Coordenadores de APS	Profissionais de Saúde
Entradas – Acesso	<i>Apoio assistencial aos profissionais de saúde que promove ampliação da oferta de ações e serviços.</i>		
Atividade	Apoio para ampliação das competências profissionais e aumento da oferta de serviços.		
Produto 1	Profissionais e equipes com maior capacidade de respostas às necessidades dos usuários.		
Resultados	A crescente utilização dos serviços e a validação da SES/SC em documentos sinaliza para a contribuição dos serviços com a resolubilidade e o acesso aos serviços de saúde.	O apoio do Telessaúde SC agiliza o acesso dos usuários aos serviços de saúde pela qualificação da oferta.	A maioria dos profissionais (n=10) considerou que o apoio do Telessaúde SC contribui para agilizar o acesso dos pacientes aos serviços.
Produto 2	Mais ações/serviços oferecidos na APS.		
Resultados	-	A maioria entende que o apoio do Telessaúde contribui para reduzir a necessidade de deslocar pacientes para outros serviços pela ampliação da oferta no próprio município.	Unanimidade em indicar o aumento da oferta de serviços e a maioria (n=10) apontou menor necessidade de deslocamento de pacientes quando há apoio do Telessaúde.

Quadro 5. Resultados encontrados quanto aos níveis de análise em relação à Dimensão “Âmbito Humano e do Modelo Integral de Atenção à Saúde”. (Continuação)

Encadeamento lógico	Níveis de análise – Atores-chave		
	Coordenadores do Telessaúde SC	Coordenadores de APS	Profissionais de Saúde
Entradas – Cuidado	<i>Apoio assistencial aos profissionais de saúde que promove diagnóstico, planejamento e implementação do cuidado com segurança e qualidade.</i>		
Atividade	Apoio para diagnóstico e assistência.		
Produto 1	Profissionais seguros para realizar o diagnóstico, planejar o manejo e implementar a assistência.		
Resultados	O apoio assistencial tem gerado aumento da resolubilidade na APS e redução de encaminhamentos e o Telessaúde SC se preocupa com a composição e capacitação de sua equipe técnica para que os serviços oferecidos tenham o conteúdo e a objetividade necessários para responder às demandas dos profissionais.	Coordenadores de APS de três municípios identificam que os profissionais que usam o apoio conseguem melhores resultados na assistência aos pacientes.	Há aumento da capacidade resolutiva e da qualificação quando utilizam o apoio assistencial do Telessaúde SC. Apenas uma enfermeira não mencionou efeitos do Telessaúde para maior segurança e competência na assistência aos pacientes.
Produto 2	Profissionais estimulados a pensar outras formas de cuidar.		
Resultados	-	-	A maioria dos profissionais (n=11) identificou a qualificação do processo assistencial quando utilizam o apoio do Telessaúde.

Quadro 5. Resultados encontrados quanto aos níveis de análise em relação à Dimensão “Âmbito Humano e do Modelo Integral de Atenção à Saúde”. (Continuação)

Encadeamento lógico	Níveis de análise – Atores-chave		
	Coordenadores do Telessaúde SC	Coordenadores de APS	Profissionais de Saúde
Entradas – Regulação	<i>Apoio assistencial aos profissionais de saúde que promove trabalho em equipe, organizado e articulado a outros pontos de atenção.</i>		
Atividade 1	Apoio para encaminhamentos pela APS às demandas de saúde.		
Produto	Auxílio às condutas profissionais para os problemas prevalentes.		
Resultados ‘a’	Telessaúde SC busca compor uma equipe capaz de responder às necessidades de apoio a partir de diagnóstico de demandas em saúde no Estado. Limitações porque a contratação de profissionais depende da disponibilidade no mercado e dos problemas de financiamento – é um projeto de extensão da Universidade, sem garantia de sustentabilidade.	Quatro coordenadores de APS entendem que o Telessaúde SC contribui para a melhoria da comunicação e articulação em equipe para o cuidado.	A maioria dos profissionais de saúde (n=10), das cinco equipes, identificaram que o Telessaúde SC promove melhoria do trabalho e comunicação em equipe.
Resultados ‘b’	A busca do Telessaúde SC em orientar as ações que desenvolve pelas necessidades da rede promove: articulação dos serviços em rede; articulação com instâncias gestoras; construção e redação de protocolos.	Quatro coordenadores de APS apontaram que o Telessaúde SC contribui para melhorar a comunicação da APS com outros pontos da rede.	Quatro médicos apontaram contribuição dos serviços de Telessaúde – Telediagnóstico em dermatologia e Teleconsultorias de especialidades, para articulação da APS com outros níveis de atenção da rede.

Quadro 5. Resultados encontrados quanto aos níveis de análise em relação à Dimensão “Âmbito Humano e do Modelo Integral de Atenção à Saúde”. (Continuação)

Encadeamento lógico	Níveis de análise – Atores-chave		
	Coordenadores do Telessaúde SC	Coordenadores de APS	Profissionais de Saúde
Entradas – Regulação	<i>Apoio assistencial aos profissionais de saúde que promove trabalho em equipe, organizado e articulado a outros pontos de atenção.</i>		
Atividade 2	Apoio para implantação de protocolos orientadores de fluxo que incluam o uso da telessaúde.		
Produto	Construção compartilhada de protocolos entre Telessaúde SC e instâncias gestoras.		
Resultados	Identificada a participação do Telessaúde SC na construção de protocolos orientadores de fluxo em nível de Estado e com municípios polo com interesse.	Não são reconhecidos os protocolos existentes que formalizam a utilização do Telessaúde SC. Menção a orientações gerais e apenas um citou o protocolo de Teledermatologia.	Dois enfermeiros e dois médicos identificaram protocolos de regulação de fluxo que incluem serviços do Telessaúde SC – Teleconsultorias de especialidades e Telediagnóstico em dermatologia.
Atividade 3	Participação na construção e implementação de protocolos clínicos.		
Produto	Padronização de diretrizes clínicas.		
Resultados	-	Apoio assistencial do Telessaúde SC contribui para dar suporte ao manejo e orientar o cuidado dos pacientes pelos profissionais, mas não citaram protocolos clínicos construídos em parceria com o Telessaúde SC ou que incluam a utilização de telessaúde.	A maioria dos profissionais de saúde (n=11) identificou o apoio do Telessaúde SC para orientar clinicamente o cuidado em saúde. Apenas um enfermeiro mencionou o protocolo de Teledermatologia como exemplo de Protocolo Clínico com participação do Telessaúde SC.

Quadro 5. Resultados encontrados quanto aos níveis de análise em relação à Dimensão “Âmbito Humano e do Modelo Integral de Atenção à Saúde”. (Conclusão)

Encadeamento lógico	Níveis de análise – Atores-chave		
	Coordenadores do Telessaúde SC	Coordenadores de APS	Profissionais de Saúde
Entradas - Trabalho em Rede	<i>Apoio assistencial aos profissionais de saúde que promove interdisciplinaridade e regionalização orientadas por necessidades locais.</i>		
Atividade 1	Oferta de apoio técnico acessível.		
Produto	Contribui para diminuir o isolamento profissional; promove satisfação, mas não determina a fixação profissional.		
Resultados	O Telessaúde SC age como elo entre os profissionais e a oferta de serviços permite espaços de compartilhamento de saber e apoio mútuo também entre diferentes equipes de diferentes municípios.	Três coordenadores de APS identificaram o Telessaúde SC como apoio técnico para amparar os profissionais; dois entendem que esse apoio promove satisfação profissional; e, apenas um que isso contribui para fixar profissionais na APS.	A maioria dos profissionais de saúde (n=12) identifica o Telessaúde SC como apoio técnico que os conecta e promove satisfação profissional, mas não é determinante para fixar profissionais na APS.
Atividade 2	Promoção de espaço de diálogo orientado pelas reais necessidades locais.		
Produto	Apoio quase sempre responde às necessidades locais.		
Resultados	Há busca para que a oferta de serviços seja orientada para as necessidades predominantes no Estado, a partir das demandas por serviços, sugestões enviadas por profissionais e gestores, demandas do Ministério da Saúde e da SES/SC a partir de indicadores de saúde-doença.	O Telessaúde SC oferece apoio assistencial que responde a necessidades reais e locais.	A maioria dos profissionais de saúde (n=12) entende que o apoio assistencial oferecido pelo Telessaúde SC responde às necessidades reais que têm na APS.

Fonte: As autoras (2018).

Profissionais de duas equipes consideraram o apoio assistencial do Telessaúde como transversal e parte do trabalho multidisciplinar:

E4: Eu não vejo assim em que ponto o Telessaúde não se insere na nossa prática. Porque pode ser que eu não tenha feito uma teleconsultoria sobre aquele assunto, mas eu já assisti um vídeo ou já fiz um curso. [...]

M4: ...o próprio Telessaúde não aborda só especificamente áreas médicas, aborda as questões de maneira multidisciplinar. Então eu acho que ajuda bastante nesse aspecto.

No que diz respeito ao acesso dos usuários aos serviços de saúde, quatro coordenadores de APS e os profissionais de saúde, com unanimidade entre os médicos, citaram o serviço de telediagnóstico e as teleconsultorias com especialistas focais para exemplificar a ampliação na oferta de serviços que reduziu a necessidade de deslocar pacientes a outros locais.

C.APS1: Os exames... antes do Telessaúde, a gente não tinha o eletrocardiograma, não tinha os exames da dermato, também... são ações que foram criadas em virtude do Telessaúde. [...] Sim, mudou, porque daí como tem aqui, não precisa eles se deslocarem.

C.APS2: ...agora também o reumato, eu acho que o reumato é uma coisa bacana, que dá para fluir, e flui. Eu acho que a endócrino também porque é um campo mais fácil de você lidar coisa bacana, que dá para fluir, e flui.

C.APS5: ...o que acontece na prática, nós temos liberado durante o processo de regulação, após a teleconsultoria determinados exames que até então eram restritos a especialistas, até para que a gente consiga otimizar a primeira consulta que a gente encaminha para o especialista. [...]

M1: ...tanto em termos de comodidade para o paciente, como em termos de custo para a saúde como um todo, essas ferramentas de telediagnóstico eu acho que são um caminho sem volta.

M3: ...você já faz o tratamento certinho aqui e o paciente não tem que se deslocar... você tem possibilidade de ter acesso a todas as especialidades.

O apoio assistencial do Telessaúde SC, ao ampliar as respostas positivas da APS às necessidades em saúde dos usuários, diminui também o tempo de espera por essas respostas. O acesso a especialistas do nível secundário de atenção e a exames que exigem laudo de médico especialista tiveram destaque nesse aspecto, sendo apontados como uma barreira do SUS que o Telessaúde permite transpor.

M1: ...sim, porque tem algumas coisas que demora muito tempo se você for encaminhar para o especialista. A oferta de especialistas é hoje um gargalo do SUS. [...] A resposta do Telessaúde muitas vezes ajuda a gente a resolver o problema em uma-duas semanas, sendo que se for esperar o especialista demoraria mais tempo.

M4: ...então, ter um aporte nessa área que te ajuda a resolver os problemas e também ao mesmo tempo te ensina, beneficia bastante o paciente, porque não vai ter que esperar tanto tempo na fila do SUS. [...]

A equipe do Núcleo Telessaúde SC está composta para fornecer serviços que respondam às necessidades da rede que apoia, com qualidade e eficácia técnica. Mas as características de financiamento do projeto, as formas de contratação de profissionais e a adequação ao perfil da função são alguns empecilhos.

C.Tele7: ...essa escolha, [...] ela também tem uma limitação que é financeira. Porque não é um serviço, a gente trabalha com projetos. Então tem uma projeção para alguns anos e aí também você não pode consolidar algumas coisas até pela incerteza se isso vai continuar ou não. [...], a gente poderia expandir várias coisas para vários polos aqui no Estado, mas a gente tem que ir conforme as pernas de recurso financeiro também. Então isso é um limitador também.

Coordenadores de APS e profissionais percebem que quando utilizam serviços de telessaúde para apoio sentem-se mais seguros para implementar o cuidado e melhoram sua resolubilidade no manejo dos casos:

C.APS5: ...a utilização dessa ferramenta trouxe soluções para problemas históricos da gente, coisa de encaminhamentos desnecessários, atendimento sem resolutividade que você acaba tendo essa possibilidade de você orientar o profissional de saúde.

M1: ...então você resolve coisas sem encaminhar [...] o que às vezes as teleconsultorias ajudam é você decidir aquele caso que realmente não tem como escapar de ir para o especialista.

M4: ...do material disponível no Telessaúde me ajudou bastante a manejar casos, a orientar o paciente e encaminhar já com todos os procedimentos que podem ser feitos aqui na unidade básica...

No que se refere aos resultados do apoio para promover melhorias no processo de regulação do acesso de pacientes ao nível especializado, a minoria entre os coordenadores de APS e pouco mais da metade dos profissionais de saúde identificaram as iniciativas implantadas. Foram citados o protocolo estadual de teledermatologia e as teleconsultorias como importantes para organizar a assistência aos pacientes e apenas um médico e um enfermeiro mencionaram o protocolo de Teledermatologia como diretriz clínica para o cuidado em saúde.

Coordenadores de APS e quatro médicos apontaram efeitos do apoio assistencial do Telessaúde sobre a relação da APS com outros pontos de atenção da rede nas especialidades médicas contempladas pela teleconsultoria e nas modalidades de telediagnóstico. A médica de um dos municípios abordou, inclusive, o efeito do fortalecimento da APS para a qualificação das redes de atenção à saúde:

M3: ...você tem uma comunicação pela internet, mas é uma comunicação mais direta. [...] O dermatologista indica “pode ser isto, a conduta que tem que tomar é esta” [...] é uma comunicação. Fortalecendo o trabalho da unidade a telessaúde ajuda a fortalecer também o trabalho das outras redes. [...]

C.Tele4: Eu vejo como muito importante, não deixar as equipes do interior do estado, do Brasil, especificamente aqui no estado de Santa Catarina, muito isoladas, então eu acho que o Telessaúde é um instrumento de gestão importante para fazer uma aproximação entre as equipes.

M1: ...importância que a gente, principalmente pelo fato de ser do interior e da dificuldade que temos de locomoção até grandes centros para cursos etc. [...]

A partir da análise dos resultados que se esperava verificar com cada grupo de atores-chave, quanto à oferta de serviços, o Telessaúde SC contemplou todos os itens considerados essenciais e desejados, mas não

foi reconhecido nas estratégias de articulação e participação em discussões para elaboração de protocolos de fluxo que respondam às necessidades das redes de atenção. Os itens avançados não foram contemplados, pois na visão dos coordenadores, o Núcleo tem limitações para compor a equipe a partir das demandas totais da rede; ainda não consegue avaliar a eficácia das estratégias de divulgação para ampliar a utilização dos serviços; e não tem participado efetivamente na construção de protocolos clínicos para organizar e qualificar o cuidado em saúde.

Entre os resultados essenciais esperados para os coordenadores de APS, não foram detectados os resultados de monitoramento da utilização dos serviços do Telessaúde pelos profissionais do município e de conhecimento dos protocolos já publicados e implantados que incluem a utilização do Telessaúde. Dentre os resultados desejados para os coordenadores de APS, apenas foi contemplado o reconhecimento do apoio assistencial do Telessaúde para qualificar a comunicação em equipe e da equipe com as redes de atenção. Nenhum resultado avançado foi contemplado.

Na utilização do apoio do Telessaúde pelos profissionais, entre os resultados essenciais, nem todos os profissionais conheciam e sabiam como acessar todos os serviços disponibilizados pelo Telessaúde ou não reconheciam nestes serviços uma ferramenta de apoio assistencial. Além disso, a minoria conhecia os protocolos que regulamentam e implementam a utilização de serviços de telessaúde. Dos resultados considerados desejáveis, os profissionais identificaram resultados da utilização de telessaúde para apoio assistencial aos usuários dos serviços no município e o reconhecimento da contribuição do Telessaúde para a articulação da equipe, apesar de não ser consenso a extrapolação desses efeitos quando envolve outros pontos de atenção da rede. A identificação do apoio assistencial do Telessaúde para fomentar o cuidado integral e centrado nos usuários foi o único resultado avançado contemplado pelos profissionais.

Discussão

Se os benefícios da telessaúde já são conhecidos, são também claras as dificuldades para que sejam potencializados. Identifica-se a força na utilização de tecnologias de informação e comunicação (TIC), especialmente na educação à distância, mas há baixo aproveitamento da telessaúde e as oportunidades para alavancar seu potencial dependem de cooperação e promoção do uso orientado para a Saúde Pública, com foco na sustentabilidade dos serviços e no acesso universal à saúde integral²².

A soma de estratégias – Telessaúde, PMAQ e e-SUS, promoveu a informatização para 100% dos municípios em Santa Catarina. O alcance do Telessaúde SC é de 100% do território, mas os equipamentos não são suficientes para todos os profissionais e equipes. É necessário um processo de manutenção permanente, incluindo os equipamentos para realização dos exames de telediagnóstico, que não é realizado em todos os casos. A qualidade da conexão de internet é outro problema e as unidades de saúde mais isoladas no Estado não possuem conexão, dificultando aos profissionais buscar apoio. Conexão de internet ruim e falta de insumos está relacionada à baixa participação em ações de telessaúde^{7,23,24}, sendo a internet mais associada à utilização do que o acesso a computador⁵.

O Núcleo Telessaúde SC tem seus serviços acessados espontaneamente ou por indicação de protocolos de gestão²⁵, que normatizam o acesso a algumas especialidades médicas em Santa Catarina^{25,26}. No entanto, as normativas e regulamentações existentes demonstraram ser frágeis, pois não são reconhecidas por todos os atores e não determinam claramente a organização dos processos, corroborando com desafios já apontados na literatura⁷.

Apesar disso, houve aumento exponencial de utilização dos serviços de Teleconsultoria e Telediagnóstico a partir da implantação de fluxos compulsórios com centrais de regulação em municípios e no Estado, conforme demonstram os dados da tabela 1. Isso reforça a indicação da necessidade de o Telessaúde se incorporar e colaborar com os processos regulatórios e construir alternativas à espera pela demanda espontânea por apoio a partir dos profissionais de saúde⁴.

Apenas os médicos referiram o incentivo da coordenação e gestão para a utilização do apoio assistencial do Telessaúde SC, o que pode estar atrelado ao fato de a utilização dos fluxos compulsórios ser a forma para acesso a determinadas especialidades ou exames. De forma geral, os profissionais de saúde apontaram justamente a falta de tempo na rotina de trabalho como principal entrave para maior utilização do Telessaúde e, assim como coordenadores de APS, relacionaram a utilização à capacidade de os profissionais se organizarem para isso, mas sem prioridade. O excesso de trabalho leva à desmotivação dos profissionais para incorporar a telessaúde²⁴.

A incorporação da telessaúde requer o redesenho das equipes multidisciplinares para adequar o processo de trabalho⁷, repensar as agendas de profissionais e equipes e outros documentos de forma a incluir

a telessaúde como prática de EPS que permita o aprimoramento profissional e o acesso de todos ao apoio necessário^{1,27}.

Aspectos econômicos e de financiamento não foram alvo deste estudo, mas os coordenadores do Telessaúde apontaram o financiamento irregular como uma limitação para a sustentabilidade da oferta dos serviços de apoio e a necessidade de investimentos para a institucionalização do Programa de Telessaúde. As questões de financiamento interferem ainda, diretamente, na possibilidade de expansão das modalidades de serviços disponibilizadas e na manutenção de uma equipe técnica qualificada para manter o suporte aos profissionais.

A inexistência de sustentabilidade financeira pode ser uma ameaça às ações programadas e ao alcance dos resultados esperados²⁴. Apesar da legislação do Programa Nacional de Telessaúde integrá-lo ao SUS e ter ocorrido a expansão de núcleos registrados como estabelecimentos de saúde e com conceitos definidos para os serviços ofertados²⁷, o financiamento se dá a partir de projetos renovados em curtos períodos e sujeitos a cortes de financiamento.

Outro aspecto econômico foi mencionado por profissionais de saúde ao referir menores custos quando a APS é mais resolutiva e os pacientes não precisam ser deslocados de sua unidade de saúde de referência, poupando também os custos aos próprios pacientes e custos indiretos relacionados. Os benefícios econômicos da teleconsultoria e telediagnóstico já foram analisados e estão associados a outros benefícios para pacientes e sistema de saúde como um todo^{23,28}.

Em um contexto com forças que ainda interferem na utilização de telessaúde²⁹⁻³², resultados preliminares da utilização do apoio assistencial do Telessaúde SC por meio de teleconsultorias por especialistas focais a profissionais da APS já apontam para a redução de encaminhamentos, maior coordenação do cuidado pela APS, qualificação do processo de regulação e melhoria da resolubilidade também na Atenção Especializada, levando em conta a priorização do acesso de casos complexos aos especialistas²⁵.

Quando o apoio é utilizado, ocorre qualificação dos profissionais, aumento da resolubilidade e qualificação do acesso ao nível especializado. Também contribui para a qualificação da comunicação entre os pontos de atenção da rede ao definir os fluxos dos usuários, para referência e contra referência, estabelecendo uma rede de cuidados. Estes resultados reforçam o que vem sendo descrito na literatura^{24,28,33}.

Entretanto, ainda há uma lacuna entre o potencial do apoio assistencial do Telessaúde e a utilização pelos profissionais: as evidências aqui construídas apontam para a confiança no Telessaúde e a sua

incorporação nos municípios, mas os profissionais participantes fazem parte de equipes destaque na utilização do Telessaúde SC. Confiança e segurança quanto à utilização, conhecimento acerca dos benefícios possíveis e uma aprendizagem experiencial contribuem com a aceitação pelos profissionais^{31,34}, já que a natureza humana impõe acreditar em algo para que haja esforço em fazer aquilo dar certo³¹.

O preparo das equipes de APS para lidar com a alta complexidade de demandas e promover a atenção integral em saúde esperado como resultado da utilização do apoio assistencial³³ foi apontado nesse estudo como possível a partir do Telessaúde SC, com destaque para a médica que considerou o fortalecimento da APS como a estratégia necessária para que todos os outros serviços ou níveis de atenção se fortaleçam e qualifiquem igualmente.

Outra questão que emergiu dos participantes foi quanto ao entendimento e aplicação do apoio assistencial a partir da oferta dos serviços de Tele-educação, Teleconsultoria e Telediagnóstico, o que difere da literatura consultada, que vincula à Tele-educação um caráter educacional e não assistencial³⁵. O único aspecto reconhecido por profissionais participantes foi que é necessária uma intencionalidade do profissional em utilizar os serviços de Teleconsultoria e Telediagnóstico para que possa receber o apoio, enquanto na Tele-educação há uma oferta pelo Núcleo Telessaúde SC que convida o profissional a encontrar respostas que precisa.

Em termos da análise lógica do encadeamento das ações condicionantes (o que se oferece e o que é feito - com o que é produzido e alcançado a partir disso), há pontes a serem construídas – principalmente em termos de regulamentação, para que a utilização do Telessaúde seja possível por quem precisar e desejar, sempre que for necessário. Deve-se trabalhar para uniformizar o entendimento quanto ao valor e utilização da telessaúde desde os usuários do sistema de saúde, passando pelos profissionais e trabalhadores até os gestores de saúde nos diversos níveis, alcançando a conscientização geral para pensar a atuação da telessaúde em resposta às necessidades reais^{7,24,31,32}.

Para que possa haver mudança no cenário e a utilização de telessaúde para apoio assistencial seja potencializada, são propostas as mudanças necessárias a partir dos atores-chave envolvidos no processo (Quadro 6).

Quadro 6. Proposta de ações sobre os fatores limitadores para a promoção de mudanças e alcance dos resultados desejados. (Continua)

Fatores limitadores	Recursos, experiências e condições necessárias para as mudanças pretendidas	
Não alcança todos os profissionais e equipes de saúde.	<i>Telessaúde SC</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar e fomentar a informatização e conectividade na área da saúde; - Mapear equipes que não utilizam e estabelecer contato para divulgação; - Divulgar o Telessaúde nos cursos que formam profissionais de saúde.
	<i>Gestão / Coordenação APS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar a utilização pelas equipes e profissionais nos territórios; - Viabilizar ou manter a infraestrutura mínima quanto a equipamentos e internet.
	<i>Profissionais de saúde</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aproximar-se do Telessaúde e os serviços ofertados; - Acessar o site do programa com os recursos disponíveis (institucional ou próprio).
Suas potencialidades são desconhecidas.	<i>Telessaúde SC</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a melhor estratégia de orientação do uso dos serviços (com exemplos); - Utilizar cada serviço como espaço para fomentar a procura pelos outros serviços; - Motivar a gestão municipal para incentivar e orientar o uso dos serviços; - Compor uma oferta de serviços acertada às necessidades.
	<i>Gestão / Coordenação APS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgar os efeitos do Telessaúde para as equipes e usuários; - Buscar parcerias com o Telessaúde para consolidar o seu uso pelas equipes e profissionais.
	<i>Profissionais de saúde</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar-se para utilizar o apoio assistencial oferecido pelo Telessaúde SC; - Discutir com a equipe as formas de utilizar os serviços.
Faltam regulamentações / normativas ético-legais claras e bem estabelecidas.	<i>Telessaúde SC</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular e participar de discussões sobre as normativas acerca de telessaúde com os Conselhos regulamentadores de categorias profissionais; - Pautar o desenvolvimento de tecnologias para a oferta de serviços nos preceitos éticos e legais vigentes; - Contribuir com a discussão quanto à orientação teórica e à ética que guia as práticas de telessaúde.

Quadro 6. Proposta de ações sobre os fatores limitadores para a promoção de mudanças e alcance dos resultados desejados. (Conclusão)

Fatores limitadores	Recursos, experiências e condições necessárias para as mudanças pretendidas	
Faltam regulamentações / normativas ético-legais claras e bem estabelecidas.	<i>Gestão / Coordenação APS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer e discutir as regulamentações disponíveis: em Colegiados Regionais de Gestão; com Conselhos de Saúde e outros setores no município etc; - Discutir e regulamentar a utilização do Telessaúde no contexto da APS no município.
	<i>Profissionais de saúde</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as prerrogativas legais e éticas disponíveis; - Planejar as agendas de trabalho (individuais, de equipe) para incluir o uso do apoio que o Telessaúde oferece. - Participar da construção de propostas que atualizem e ampliem o potencial de emprego do apoio da telessaúde em prol de melhorias na oferta de serviços.
O financiamento é irregular e há necessidade de investimentos para a institucionalização.	<i>Telessaúde SC</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar parcerias com as Secretarias de Estado e Municipais de Saúde para ampliar a oferta de apoio e atender demandas prioritárias do território; - Planejar estratégias de busca por investimento; - Buscar o financiamento permanente do Telessaúde.
	<i>Gestão / Coordenação APS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer parcerias locais, regionais e estaduais com o Telessaúde SC para viabilizar a ampliação sustentável da oferta de apoio; - Defender o financiamento permanente do Telessaúde.
	<i>Profissionais de saúde</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar a discussão acerca da importância (ou não) da utilização do Telessaúde.
Fragilidade da organização político-institucional para regular os processos e promover sustentabilidade.	<i>Telessaúde SC</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer parcerias com as centrais de regulação para ampliar a inclusão do apoio do Telessaúde em processos regulatórios; - Oferecer suporte técnico para a construção de protocolos clínicos e de acesso da APS para a Atenção Especializada; - Participar e desenvolver análises de efeitos e contribuições da telessaúde para o sistema de saúde.
	<i>Gestão / Coordenação APS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar gargalos e fragilidades locais e regionais de resolução de demandas em saúde; - Estabelecer parcerias com o Telessaúde para a qualificação dos processos regulatórios por meio do fortalecimento da APS; - Viabilizar parcerias com profissionais da rede ou liberar profissionais da agenda de atendimentos para que possam ser teleconsultores / laudadores / contêudistas etc.
	<i>Profissionais de saúde</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Acessar e utilizar os serviços de Telessaúde de acordo com as necessidades; - Participar da identificação de demandas de apoio; - Avaliar os serviços utilizados, seus efeitos na prática assistencial e para os pacientes.

Fonte: As autoras (2018).

Conclusões

Há desafios políticos, culturais e técnicos que apontam para a necessidade de repensar a oferta e a viabilização do acesso dos profissionais e trabalhadores de saúde ao Telessaúde SC. Apesar de o cenário para atuação do Núcleo Telessaúde SC ser favorável quanto ao alcance dos municípios e capacidade de oferta dos serviços, ainda não alcança todas as equipes e apresenta vulnerabilidade quanto à manutenção do financiamento e a garantia da sustentabilidade das estratégias já implementadas.

A Teoria de Mudança ajudou a trabalhar a análise do programa, com seus diferentes grupos e facilitou o diagnóstico de fragilidades e potencialidades que orientou a análise das necessidades e oportunidades para alcançar o aumento da utilização do apoio assistencial do Telessaúde. Reforça-se a importância de fortalecer e ampliar as estratégias de articulação do Telessaúde com instâncias gestoras, instituições de ensino, conselhos profissionais e órgãos representativos em geral para buscar viabilizar o acesso e utilização do Telessaúde por todos os profissionais e a institucionalização dos serviços.

Em relação ao apoio assistencial, o estudo nos permitiu uma reflexão sobre a dicotomização por vezes apresentada em relação às modalidades de oferta de telessaúde quanto a oferecerem apoio assistencial ou educacional. Os serviços do Telessaúde são complementares entre si para o alcance do apoio assistencial como resposta direta a dúvidas e como promotor de formação e qualificação permanente.

A sustentabilidade da telessaúde depende de padrões mais bem estabelecidos nos níveis micro e macro, mas requer que nosso olhar atente para questões amplas no contexto do sistema de saúde. Um exemplo disso foi a importância do trabalho em equipe e da não-rotatividade dos profissionais como forma de fortalecer espaços de construção coletiva multiprofissional e formação nas equipes, o que inclui a utilização de telessaúde.

Agradecimentos

Esse estudo integra o Projeto de Pesquisa 401211/2013-4 – ‘Avaliação do impacto dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina’, financiado pela Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit nº.08/2013 – Pesquisa em educação permanente para o SUS e dimensionamento da força de trabalho em saúde. Durante o desenvolvimento da avaliação, a

pesquisadora recebeu bolsa de estudos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Conflitos de interesse

Não há.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica 50/2015: Diretrizes para a oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 123 p.
3. Figueiredo AM, Guedes TAL. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. In: Valentim RAM et al. (Ed.). A Telessaúde no Brasil e a inovação tecnológica na atenção primária. Natal: EDUFRN, 2015. pp.27-46.
4. Schmitz CAA, Harzheim E. Oferta e utilização de teleconsultorias para a Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro, 2017 Jan-Dez;2(39):1-11.
5. Santos AF, Fonseca Sobrinho D, Araújo LL, Procópio CSD, Lopes EAS, Lima AMLD, Reis CMR, Abreu DMX, Jorge AO, Matta-Machado AT. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2017; 33(5):e00172815.
6. Pinto HA, Ferla AA, Ceccim RB, Florêncio AR, Barbosa MG, Stédile NLR, Zortea AP, Matos IB. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro out.2014;51:145-160.
7. Maldonado JMSV, Marques AB, Cruz A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro 2016;32(Sup 2):e00155615.
8. Lapão LV, Dussault G. The contribution of eHealth and mHealth to improving the performance of the health workforce: a review. Public Health Panorama Sept 2017;3(3):463-471.

9. Stein D, Valters C. Understanding Theory of Change in International Development. JRSP Paper 1. The Asia Foundation. August 2012. 25 p. Disponível em: http://www.theoryofchange.org/wp-content/uploads/toco_library/pdf/UNDERSTANDINGTHEORYOFChangeSteinValtersPN.pdf, acesso 06 maio 2018.
10. Young J, Shaxson L, Jones H, Hearn S, Datta A, Cassidy C. Guia de engajamento e de influência política. Manual ROMA do ODI – Traduzido por Associação para a Cooperação Entre os Povos (ACEP). Research & Policy in Development, 2014. 84p.
11. Allen W, Cruz J, Warburtun B. How Decision Support Systems can benefit from a Theory of Change approach. B. Gestão ambiental Junho de 2017;59(ed.6):956-965.
12. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
13. Nilson LG, Dolny LL, Natal S, Lacerda JT, Calvo MCM. Telehealth Centers: A Proposal of a Theoretical Model for Evaluation. Mary Ann Liebert, Inc. Telemedicine and e-health 2017;23(11):905-912.
14. Nilson LG, Ângulo-Tuesta A, Hartz ZMA, Dolny LL, Calvo MCM. Telessaúde para apoio assistencial na Atenção Primária à Saúde: uma proposta de Teoria de Mudança para o alcance dos resultados almejados. (Artigo 3 dos resultados da tese – a ser submetido)
15. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde: Planilhas de acompanhamento de serviços. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.
16. Minayo MCS. Técnicas de Análise do Material Qualitativo. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014. pp.303-372.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica à Saúde: Núcleos de Telessaúde. Departamento de Atenção Básica, Telessaúde, 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_telessaude.php?conteudo=nucleos_telessaude, acesso 14 setembro 2018.
18. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. Maio 2014. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf), acesso 02 setembro 2018.

19. 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). Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html, acesso 06 maio 2018.
20. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>, acesso 12 abril 2018.
21. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção Básica – Acompanhamento e Avaliação. Acompanhamento da Estrutura: Saúde da Família e Serviços na Atenção Básica, 2018. Disponível em: http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=384&Itemid=464, acesso 16 abril 2018.
22. Lapão LV, Messina LA, Ungerer R, Campos F. Roteiro estratégico para a telessaúde na CPLP: diagnóstico e prioridades para o desenvolvimento da telessaúde. *An Inst Hig Med Trop* 2016; 15(Supl. 1):S65-S73.
23. Velázquez M, Pacheco A, Silva M, Sosa D. Evaluación del proceso de teleconsulta desde la perspectiva del proveedor, Programa de Telesalud de Oaxaca, México. *Rev Panam Salud Publica* 2017;41:1-8.
24. Correia A, Azevedo V, Lapão LV. A Implementação da Telemedicina em Cabo Verde: Fatores Influenciadores. *Acta Med Port.* 2017;30(4):255-262.
25. Maeyama MA, Calvo MCM. A Integração do Telessaúde nas Centrais de Regulação: a Teleconsultoria como Mediadora entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2018;42(2):63-72.
26. Cortese M, Nilson LG, Maeyama MA, Leopoldo KCG, Silva TE, Calvo MC. Avanço da Teleconsultoria no Estado de Santa Catarina: uma parceria da Regulação do Estado com o Núcleo Telessaúde. *Revista Catarinense de Saúde da Família out.* 2017;Ano 7(14):6-10.
27. Haddad AE, Silva DG, Monteiro A, Guedes T, Figueiredo AM. Follow up of the legislation advancement along the implementation of the Brazilian Telehealth Programme, *J Int Soc Telemed eHealth* 2016;4(e11):1-7.
28. Marcolino MS, Alkmim MB, Assis TGP, Sousa LAP, Ribeiro ALP. Teleconsultorias no apoio à atenção primária à saúde em municípios

- remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(5/6):345–52.
29. Akhlaq A, Mckinstry B, Muhammad KB, Sheikh A. Barriers and facilitators to health information exchange in low- and middle-income country settings: a systematic review. *Health Policy an Planning* 2016;31(9)1310-1325.
30. Pessoa CG, Sousa L, Ribeiro A, Oliveira T, Silva JL, Alkmim MB, Marcolino MS. Description of Factors Related to the Use of the Teleconsultation System of a Large Telehealth Service in Brazil – the Telehealth Network of Minas Gerais. *Journal of the International Society for Telemedicine and eHealth* 2016;4:1-9.
31. Scott RE, Mars M. Telehealth in the developing world: current status and future prospects. *Smart Homecare Technology na telehealth* 2015;2015(3):25-37.
32. Alkmim MB, Marcolino MS, Figueira RM, Sousa L, Nunes MS, Cardoso CS, Ribeiro AL. Factors Associated with the Use of a Teleconsultation System in Brazilian Primary Care. *Telemedicine and e-Health Mary Ann Liebert, Inc.* 2015;21(6):1-11.
33. Mendes, EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. 193p.
34. Taylor J, Coates E, Brewster L, Mountain G, Wessels B, Hwley MS. Examining the use of telehealth in community nursing: identifying the factors affecting frontline staff acceptance and telehealth adoption. *J Adv Nurs*. 2015 Feb;71(2):326-337.
35. Schmitz CAA, Gonçalves MR, Umpierre RN, Siqueira ACS, D'Ávila OP, Bastos CGM, Dal Moro RG, Katz N, Harzheim. Teleconsulta: nova fronteira da interação entre médicos e pacientes. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017; 12(39):1-7.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A telessaúde precisa ser pensada de forma sistêmica e articulada, em todos os aspectos, a gestores, desenvolvedores e usuários, de forma que o processo seja significado em todos os espaços, que todos se sintam contemplados e visualizem a importância das ações a serem desenvolvidas para que os resultados pretendidos sejam construídos coletivamente.

Através desse estudo identificou-se que, apesar de o Núcleo Telessaúde Santa Catarina existir desde 2007 e ofertar os serviços propostos pelo Ministério da Saúde há 10 anos, ainda há barreiras a serem transpostas para o alcance dos objetivos, e todas envolvem questões amplas por dependerem de articulação política e mudança na lógica de financiamento.

Foi possível conhecer melhor a proposta de trabalho do Telessaúde SC desde a sua concepção até o funcionamento atual. O que se espera da telessaúde no contexto do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (preencher lacunas quanto à formação profissional, qualificar e fortalecer a APS) pode ser alcançado se o Telessaúde conseguir colocar a utilização de tecnologias duras (infraestrutura de equipamentos e internet) a serviço da construção de conhecimento que oriente a transformação da realidade para usuários do sistema de saúde.

O estudo de avaliabilidade desenvolvido permitiu maior clareza para pensar e trabalhar o objeto de estudo a partir da definição do Modelo Teórico para Núcleos Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, fortalecendo a importância de se avaliar o alcance dos seus objetivos e tornando mais clara a proposição do Modelo Teórico-Lógico e a proposta de avaliação da telessaúde para apoio assistencial no contexto da APS orientada pela Teoria de Mudança.

A utilização da Teoria de Mudança permitiu propor um novo olhar em relação ao objeto, dando mais ênfase ao papel dos atores envolvidos no processo de oferta e utilização da telessaúde para apoio assistencial. A ênfase da proposta de avaliação pautada na literatura disponível sobre o objeto foi a busca por identificar forças e fragilidades no desenvolvimento das ações necessárias ao alcance dos resultados pretendidos.

A partir da coleta de evidências foi possível perceber que a utilização pode ser potencializada se as ferramentas de telessaúde disponibilizadas forem conhecidas e reconhecidas; se os serviços forem organizados para a incorporação da utilização; se os profissionais tiverem

postura ativa quanto à busca por serviços de apoio; se a gestão orientar e conduzir a implementação do acesso e uso em serviço.

Reforça-se com este estudo a importância da telessaúde como estratégia para viabilizar a melhoria do acesso aos usuários do SUS por meio do preparo de profissionais e trabalhadores de saúde para a oferta de uma assistência qualificada, além da contribuição para a gestão das necessidades e regulação do cuidado por meio de trabalho articulado com secretarias de saúde.

A tese defendida segue sendo a de que para aumentar a utilização de telessaúde para apoio assistencial é necessário que a gestão da saúde, nas diferentes esferas de governo, assuma e regulamente a telessaúde para apoio assistencial e apoio à EPS como parte da oferta de serviços, estabelecendo fluxos e agendas compatíveis com a utilização pelos profissionais de saúde. Para isso, será preciso um movimento articulado que envolve o Telessaúde Brasil Redes e os Núcleos de Telessaúde no Brasil, as Secretarias de Estado e Municipais de Saúde, Universidades, Conselhos Profissionais, Conselhos de Saúde, estudantes e usuários do sistema de saúde.

Considera-se que a tomada de decisão consciente e orientada por todos os envolvidos com a oferta e utilização de telessaúde para apoio assistencial na APS poderá facilitar o alcance dos resultados desejados e potencializar o impacto do Telessaúde SC. Para isso, é imprescindível o desenvolvimento destas ações em um cenário com a estrutura de núcleos de telessaúde devidamente financiados, implantados na maioria dos estados brasileiros, com equipes constituídas para o desenvolvimento dos serviços em resposta às necessidades da sua rede de usuários.

Uma limitação do estudo foi não contemplar a análise econômica, já que o financiamento pode favorecer ou impor entraves à utilização de telessaúde. Em relação à Teoria de Mudança, por tratar-se de uma pesquisa avaliativa, a proposta limita-se no sentido do desenvolvimento do plano de ação, já que este depende da apropriação das evidências e tomada de decisão pelos atores na prática.

REFERÊNCIAS

ALKMIM, M.B.M.; MARCOLINO, M.S.; FIGUEIRA, R.M.; SOUSA, L.; NUNES, M.S.; CARDOSO, C.S.; RIBEIRO, A.L. Factors Associated with the Use of a Teleconsultation System in Brazilian Primary Care. **Telemicine and e-Health Mary Ann Liebert, Inc.** v.21, n.6, p.1-11, 2015.

ALLEN, W.; CRUZ, J.; WARBURTON, B. How Decision Support Systems can benefit from a Theory of Change approach. *B. Gestão ambiental.* Junho de 2017, v.59, ed.6, pp.956-965.

ANDRADE, M.V.; MAIA, A.C.; CARDOSO, C.S.; ALKMIM, M.B.; RIBEIRO, A.L.P. Custo-benefício do serviço de telecardiologia no Estado de Minas Gerais: projeto Minas Telecardio. **Arq. Bras. Cardiol.** v.97, n.4, p.307-16, 2011.

ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J.M. **Comunicação e saúde.** 20.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. 152 p.

ASCENCIO, A.C.S. **A Teleducação interativa na capacitação de profissionais em saúde auditiva** [Dissertação]. Bauru: Universidade de São Paulo; 2012.

ATA, AMERICAN TELEMEDICINE ASSOCIATION. **What is Telemedicine?** 2016. Disponível em: <<http://www.americantelemed.org/about-telemedicine/what-is-telemedicine#.VsD2RvkrLIU>>. Acesso em: 14 fevereiro 2016.

BARRETO, A.M.; PARADELLA, M.D.; ASSIS, S. Bibliotecas públicas e telecentros: ambientes democráticos e alternativos para a inclusão social. **Ci. Inf.** v.37, n.1, p.27-36, 2008.

BILL, G.; CRISCI, C.D.; CANET, T. La Red de Telesalud de las Américas y su papel em la atención primaria de la salud. **Rev Panam Salud Publica.** v.35, n.5/6, p.442-5, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: CONASS, 2015a. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/Conass-APS-e-RAS.pdf>>. Acesso em: 05 junho 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>, acesso 12 abril 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: Regulamenta a 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. Brasília: Ministério da Saúde. 2011c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 17 fevereiro 2016.

_____. Ministério da Saúde. **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: 16 fevereiro 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde**. Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 123 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_telessau.de.pdf>. Acesso em: 12 março 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica 50/2015**: Diretrizes para a oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Ministério da Saúde. 2015b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf, acesso 24 junho 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 15 fevereiro 2016.

_____. 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). Ministério da Saúde. 2011e. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 24 fevereiro 2016.

_____. 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). Ministério da Saúde. 2011a. Disponível em: <<http://www.telessaudebrasil.org.br/>>. Acesso em: 16 fevereiro 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011**: Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Ministério da Saúde. 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2554_28_10_2011.html. Acesso em: 06 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 35, de 04 de janeiro de 2007**: Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Ministério da Saúde. 2007. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/13/portaria35-04012007.pdf>, acesso 06 maio 2018.

CÁCERES MÉNDEZ, E.A.; CASTRO-DÍAZ, S.M.; GÓMEZ-RESTREPO, C.; PUYANA, J.C. Telemedicina: historia, aplicaciones y nuevas herramientas en el aprendizaje. **Univ Méd Bogotá** (Colombia). v.52, n.1, p.11-35, 2011.

CAMPELO, V.E.S.; BENTO, R.F. Teleaudiometria Automática: Um Método de Baixo Custo para Triagem Auditiva. **Arq. Int. Otorrinolaringol.** v.14, n.1, p.82-9, 2010.

CASTRO FILHO, E.D. Telessaúde em apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Rev Bras Med Fam e Com.** v.3, n.11, p.210-215, out/dez. 2007.

CFM, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.643/2002**: Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina, 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1643_2002.htm>. Acesso em: 14 fevereiro 2016.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Modelizar as Intervenções. In:

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. (Orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b. p.61-74.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J.L. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. (Orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011a. p.41-60.

COELHO, H. **Tecnologias de informação**. Lisboa: D. Quixote, 1986.

CONTANDRIOPOULOS, D.; BROUSSELLE, A. Evaluation models and evaluation use. *Evaluation (Lond)*. v.18, n.1, p.61-77, 2012.

CORRÊA, K.; ARREGUY, E.; SANTOS, N.B. **Telemedicina: novos caminhos para os serviços de saúde**. 2008. Disponível em: www.necso.ufrj.br/esocite2008/trabalhos/36216.doc. Acesso em: 24 junho 2016.

CRAVO, T.A.; SILVA, G.D.M. Uma proposta de um painel de indicadores de desenvolvimento para o monitoramento da Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR). In: RESENDE, G.M. (ed.). **Avaliação de políticas públicas no Brasil: uma análise da Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR)**. Brasília: Ipea, 313-367.

DECS, DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Telemedicina**. Biblioteca Virtual em Saúde. 2018. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>. Acesso em: 04 maio 2018.

EL-KHOURI, S.G. **Telemedicina: análise da sua evolução no Brasil** [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

FIGUEIREDO, A.M.; GUEDES, T.A.L. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. In: VALENTIM, R.A.M., et al. (Editores). **A Telessaúde no Brasil e a inovação tecnológica na atenção primária**. Natal: EDUFRN, 2015. p.27-46.

FRIGOTTO, G. **Tecnologia**. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tec.html>. Acesso em: 18 junho 2015.

GALEANO, E. **O livro dos abraços**. Porto Alegre: L&PM, 2018.

GONÇALVES, C.C.M.; CORREIA, A.D.M.S.; MONREAL, V.R.F.D.; NUNES, E.A.; HADDAD, P.O. A saúde rompendo distâncias para o ensino e a formação: o Programa Telessaúde Brasil Redes em Mato Grosso do Sul. **Faculdade de Tecnologia de Guaratinguetá Revista Científica On-line Tecnologia – Gestão – Humanismo**. v.3, n.1, p.26-35, 2014.

GUEDES, A.C.C.M.; SÍNDICO, S.R.F. Implantação de Telessaúde em hospital de alta complexidade: o desafio de construir campo de interlocução entre o desenvolvimento tecnológico e a qualificação em saúde. **J Bras Tele**. v.3, n.2, p.56-63, 2014.

HADDAD, A.E.; SILVA, D.G.; MONTEIRO, A.; GUEDES, T.; FIGUEIREDO, A.M. Follow up of the Legislation Advancement Along the Implementation of the Brazilian Telehealth Programme. **Journal of the International Society of Telemedicine and eHealth**. v.4. 2016.

HARTZ, Z.M.A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Salvador: EDUFBA / Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

HARTZ, Z.M.A.; SANTOS, E.M.; MATIDA, A.H. **Promovendo e Analisando o Uso e a Influência das Pesquisas Avaliativas**: desafios e oportunidades ao se institucionalizar a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira; FELISBERTO, Eronildo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. Meta-avaliação da atenção básica à saúde - teoria e prática. 22.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.325-340.

HEAD, B.A.; KEENEY, C.; STUDTS, J.L.; KHAYAT, M.; BUMPOUS, J.; PFEIFER, M. Feasibility and Acceptance of a Telehealth Intervention to Promote Symptom Management during Treatment for Head and Neck Cancer. **J Support Oncol**. v.9, p.n.e1-e11, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074232/pdf/nihms-259530.pdf>>. Acesso em: 01 fevereiro 2016.

KHOJA, S.; DURRANI, H.; SCOTT, R.E.; SAJWANI, A.; PIRYANI, U. Conceptual framework for development of comprehensive e-Health evaluation tool. **Telemed e-Health**, v.19, n.1, p.48-53, 2013.

LEE, D.; HELAL, S.; ANTON, S.; DE DEUGD, S.; SMITH, A. Participatory and Persuasive Telehealth. **Gerontology**. v.58, p.269-81, 2011.

MAEYAMA, M.A.; CALVO, M.C.M. A Integração do Telessaúde nas Centrais de Regulação: a Teleconsultoria como Mediadora entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.42, n.2, 2018. p.63-72.

MALDONADO, J.M.S.V.; MARQUES, A.B.; CRUZ, A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32 Sup 2:e00155615, 2016.

MALIK, A.M.; VIANA, F.M. **Telessaúde, eficiência e sustentabilidade**. Harvard Business Review. p.54-8, Agosto 2015.

Disponível em:

<<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/14980/Telessa%C3%BAde,%20efici%C3%Aancia%20e%20sustentabilidade.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 25 junho 2016.

MALTA, D.C.; SANTOS, M.A.S.; STOPA, S.R.; VIEIRA, J.E.B.; MELO, E.A.; DOS REIS, A.A.C. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.2, p.327-38, 2016.

MARCOLINO, M.S.; ALKMIM, M.B.M.; ASSIS, T.G.P.; PALHARES, D.M.F.; SILVA, G.A.C.; CUNHA, L.R.; SOUSA, L.; ABREU, M.P.; FIGUEIRA, R.M.; RIBEIRO, A.L. A Rede de Teleassistência de Minas Gerais e suas contribuições para atingir os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS - relato de experiência. **RECIIS - R Eletr de Com Inf Inov Saúde**. v.7, n.2, p.1-21, 2013.

MEDINA, M.G.; SILVA, G.A.P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z.M.A. Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L. (Orgs.). **Avaliação em Saúde - dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro / Salvador: Fiocruz / EDIUFBA, 2005. pp.41-63.

MELO, M.C.B.; SILVA, E.M.S. Aspectos Conceituais em Telessaúde. In: SANTOS, A.F., et al. (Orgs.). **Telessaúde: um instrument de suporte assistencial e educação permanente**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. pp.17-31.

MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. 193p.

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

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 Panamericana da Saúde, 2012. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 05 junho 2016.

MENESES, D.A.O.; OLIVEIRA, A.A.; NASCIMENTO, R.P.C. Avaliação de Tecnologia: TV Digital Interativa aplicada a Telehealth. IEEE EATIS, 2016. **Telematics and Information Systems (EATIS)**, 2016 8th Euro American Conference, Colombia.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Trabalho em Saúde**. Material produzido para a EPJV / FIOCRUZ. 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>>. Acesso em: 08 junho 2013.

MESH. **Telemedicine**. National Center for Biotechnology Information. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=telemedicine>>. Acesso em: 04 maio 2018.

MINAYO, M.C.S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M.C.S. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. pp.19-51.

MINAYO, M.C.S. Técnicas de Análise do Material Qualitativo. In: MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14.ed. São Paulo: Hucitec. 2014. pp.303-372.

MONTEIRO, D.M.; RIBEIRO, V.M.B.; STRUCHINER, M. As tecnologias da informação e da comunicação nas práticas educativas: espaços de interação? Estudo de um fórum virtual. **Educ. Soc.** [online]. v.28, n.101, p.1435-54, 2007.

NASA, NATIONAL AIR AND SPACE AGENCY. **A Brief History of Contribuições da NASA para Telemedicina**. 2013. Disponível em:

<<http://www.nasa.gov/content/a-brief-history-of-nasa-s-contributions-to-telemedicine/#.VsRHKvkrLIU>>. Acesso em: 17 fevereiro 2016.

NATAL, S., et al. A implementação do Projeto Estratégico de Fortalecimento da Capacidade Técnica em Monitoramento e Avaliação das Secretarias de Saúde: avaliação formativa e auto-avaliação. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; SILVA, L.M.V. **Meta-avaliação da atenção básica à saúde - teoria e prática**. 22.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.341-367.

NATAL, S.; SAMICO, I.; OLIVEIRA, L.G.D.; ASSIS, A.M.J. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.18, n.4, p.560-71, 2010.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: característica, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração**, v. 1, n.3, São Paulo, 1996.

NILSON, L.G.; DOLNY, L.L.; NATAL, S.; LACERDA, J.T.; CALVO, M.C.M. Telehealth Centers: A Proposal of a Theoretical Model for Evaluation. **Mary Ann Liebert, Inc. Telemedicine and e-health**. v.23, n.11, 2017. p.905-912.

OLIVEIRA, E.S.G.; REGO, M.C.L.C.; VILLARDI, R.M. Aprendizagem mediada por ferramentas de interação: análise do discurso de professores em um curso de formação continuada a distância. **Educ. Soc.** [online]. v.28, n.101, p.1413-34, 2007.

OLIVIERA, D.G.; FRIAS, P.G.; VANDERLEI, L.C.M.; VIDAL, S.A.; NOVAES, M.A.; SOUZA, W.V. Análise da implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.31, n.11, p.2367-78, nov 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Capacidades Humanas para a Saúde Telessaúde**. Brasil. 2018. Disponível em:

<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=256&Itemid=373>. Acesso em 06 abril 2018.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD;
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia Y Plan de Acción Sobre eSalud (2012-2017)**. In: <http://www.paho.org/> OPdS-, editor. Washington: CD51/13; 2011.

_____. **Marco de Implementación de um Servicio de Telemedicina.**

Washington, DC: OPS, 2016. Disponível em:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28413/9789275319031_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 14 junho 2016.

PAIM, J. Capítulo 15: Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L., et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008. pp. 547-573.

PONTE, J.P. Tecnologias de informação e comunicação na formação de professores: que desafios? **Revista Ibero Americana de Educação**. n.24, pp.63-90, Set./Dez. 2000.

RANGEL-S, M.L.; GUIMARÃES, J.M.M.; BELENS, A.J. Comunicação e Saúde: Aproximação ao Estado da Arte da Produção Científica no Campo da Saúde. In: PAIN, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. pp.625-37.

RIBEIRO FILHO, J.L.; MESSINA, L.A.; SIMÕES, N.; COURY, W. Telemedicina e Telessaúde - A Construção de Redes Colaborativas de Ensino, Pesquisa e Assistência ao Diagnóstico e ao Tratamento em Saúde Bucal. **Informática Pública**. v.10, n.2, p.97-104, 2008.

ROGERS, P. **Theory of Change**, Methodological Briefs: Impact Evaluation nº 2. UNICEF Office of Research: Florence. 2014. 16 p.

ROJAS-MENDIZABAL, V.A.; SERRANO-SANTOYO, A.; CASTILLO-OLEA, C.; GOMEZ-GONZALEZ, A.; CONTE-GALVAN, R. e-Saúde e complexidade: uma proposta para o desenho de políticas públicas. **J Bras Tele**. v.3, n.2, p.33-44, 2014.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. Abordagens Metodológicas na Avaliação em Saúde. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: ModBook, 2010. pp.18-28.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção Básica – Acompanhamento e Avaliação. **Acompanhamento da Estrutura: Saúde da Família e Serviços na Atenção Básica**, 2018. Disponível em:

http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=384&Itemid=464, acesso 16 abril 2018.

SANTOS, D.S.; MISHIMA, S.M.; MERHY, E.E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v.23, p.861-870, 2018.

SCHMITZ, C.A.A.; GONÇALVES, M.R.; UMPIERRE, R.N.; SIQUEIRA, A.C.S.; D'ÁVILA, O.P.; BASTOS, C.G.M.; DAL MORO, R.G.; KATZ, N.; HARZHEIM, E. Teleconsulta: nova fronteira da interação entre médicos e pacientes. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.12, n.39. p.1-7, 2017.

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

SILVA, A.B.; MORAES, I.H.S. O caso da Rede Universitária de Telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira. **Physis** [online]. v.22, n.3, pp.1211-1235, 2012.

SILVA, A.B.; MOREL, C.M.; MORAES, I.H.S. Proposal for a telehealth concept in the translational research model. **Revista de Saúde Pública**. v.48, n.2, p.347-56, 2014.

SILVA, K.C.L. **Análise do Programa Telessaúde Brasil Redes no estado de Pernambuco no período de 2007 a 2011** [Dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. Maio 2014. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf), acesso 02 setembro 2018.

SOUZA, L.E.P.F.; SILVA, L.M.V.; HARTZ, Z.M.A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. pp. 65-91.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STEIN, D.; VALTERS, C. Entendendo a Teoria da Mudança no Desenvolvimento Internacional. **JRSP**. Artigo 1 – Projeto colaborativo JSRP e TAF. Agosto 2012. 23 p.

TEL AVIV. **Declaração de Tel Aviv**: Sobre responsabilidades e normas éticas na utilização da telemedicina. Adotada pela 51ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial em Tel Aviv, Israel, em outubro de 1999. Disponível em:

<<http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medica/27telaviv.html>>.

Acesso em: 15 fevereiro 2016.

THURSTON, W. E.; POTVIN, L. Evaluability Assessment: A Tool for Incorporating Evaluation in Social Change Programmes. **Evaluation**. SAGE Publications. London, Thousand Oaks and New Delhi, v. 9, n.4; p.453-69, 2003.

THURSTON, W.E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. **Canadian Journal of Program Evaluation**, Toronto, v.20, n.2, p.1-25, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Núcleo Telessaúde Santa Catarina: Relatórios e planilhas de monitoramento dos serviços**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2018.

URTIGA, K.S.; LOUZADA, L.A.C.; COSTA, C.L.B. **Telemedicina: uma visão geral do estado da arte**. Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) [Internet]. 2004.

Disponível em:

<<http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/652.pdf>>. Acesso em: 02 setembro 2015.

VALTERS, Craig. **Theories of Change** – Time for a radical approach to learning in development. The Asia Foundation. London: ODI – Overseas Development Institute. September 2015. 20p.

VIANA, F.M. **Telemedicina: uma Ferramenta para Ampliar o Acesso à Assistência em Saúde no Brasil** [Dissertação]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2015. 86 f.

VOGEL, I. ESPA Guide to Working with Theory of change for research projects. ESPA Programme. 2012. Disponível em:

<http://www.espa.ac.uk/files/espa/ESPA-Theory-of-Change-Manual-FINAL.pdf>, acesso 01 novembro 2017.

VON WANGEHEIM, A.; CAVALCANTE, C.; WAGNER, H. Capítulo 15: Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC): Telemedicina e Telessaúde. In: MESSINA, L.A.; RIBEIRO FILHO, J.L. **Impactos da rede universitária de telemedicina: ações de educação contínua, pesquisa colaborativa e assistência remota: Fase I (2006-2009)**. 1.ed. Rio de Janeiro: E-papers, 2013. pp. 158-171.

VON WANGENHEIM, A.; DE SOUZA NOBRE, L.F.; TOGNOLI, H.; NASSAR, S.M.; HO, K. User Satisfaction with Asynchronous Telemedicine: A Study of Users of Santa Catarina's System of Telemedicine and Telehealth. **Mary Ann Liebert, Inc. Telemedicine and e-health**. v.18, n.5, p.339-46, 2012.

WEISS, C.H. Nothing as Practical as Good Theory: Exploring Theory-Based Evaluation for Comprehensive Community Initiatives for Children and Families. In: Connell, J.; Kubisch, A.; Schorr, L.; Weiss, C. (Eds.). *New Approaches to Evaluating Community Initiatives: Concepts, Methods and Contexts*. New York: Aspen Institute (65-92). 1995.

WEN, C.L. Telemedicina e Telessaúde: Um panorama no Brasil. **Informática Pública**. ano 10, n.2, p.7-15, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Observatory for eHealth** [Internet]. 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf?sequence=1>> . Acesso em 03 abril 2018.

_____. **Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth 2009**. Geneva: World Health Organization, 2010. 96 p. (Global Observatory for eHealth Series, 2).

YIN, R. K. Validity and generalization in future case study evaluations. **Evaluation**. v.19, issue 3, 2013.

_____. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A – Matriz Avaliativa

Utilização de Telessaúde para apoio assistencial na Atenção Primária à Saúde - Qualidade na oferta de serviços, alcance da integralidade no cuidado em saúde e redução de custos para o sistema.

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Medidas	Resultados esperados	
Âmbito organizativo e de gestão	Provímento tecnológico	Equipamentos e internet para uso da telessaúde	Internet e equipamentos disponíveis (computador e kit multimídia), funcionando e em quantidade suficiente (1 por unidade) para os profissionais utilizarem.	Disponibilidade e suficiência de estrutura para uso da telessaúde pelos profissionais de saúde.	
	Condições para incorporação do apoio como	Organização do processo de trabalho nos serviços de saúde	Regulamentação do processo de trabalho na APS (documentos orientadores, que fortaleçam a telessaúde como estratégia de educação permanente). Organização da agenda de trabalho na APS para uso da telessaúde.	Uso da telessaúde em horário de trabalho para responder às necessidades de apoio dos profissionais/equipes.	
Âmbito do conhecimento e domínio da tecnologia	Divulgação o da telessaúde	Reconhecimento o da-telessaúde como ferramenta de apoio	Conhecimento acerca dos serviços de telessaúde. Compreensão quanto à aplicabilidade dos serviços de telessaúde para apoio assistencial na APS.	Profissionais de saúde sabem que a telessaúde existe e têm entendimento de que pode contribuir para os capacitar, qualificar e apoiar para a assistência.	
	Uso da plataforma telessaúde	Acesso e uso dos serviços de telessaúde.	Simplicidade da plataforma para acesso e uso dos serviços (conseguir acessar, navegar na plataforma, solicitar apoio e visualizar os retornos).	Uso e acesso facilitado à plataforma para os profissionais de saúde.	
Âmbito humano e do modelo integral de atenção à saúde	Acesso	Mudança na disponibilidade de serviços no município após o apoio	Ações assistenciais que passaram a ser realizadas por profissionais apoiados com suas equipes.	Ampliação das competências profissionais. Aumento da oferta de serviços.	
			Mudança no tempo de resolução do problema após o apoio.	Redução do tempo de resolubilidade do problema. Redução de deslocamento a outros serviços.	
	Cuidado	Diagnóstico	Segurança para realizar diagnóstico após o apoio.		Qualificação dos encaminhamentos.
			Competência para planejar intervenções.		Aumento da capacidade resolutive.
	Assistência	Segurança para promover assistência e manejar casos após o apoio.		Dúvida sanada e caso resolvido.	
		Novas maneiras de cuidar a partir do apoio.		Oferta de cuidado de maior qualidade aos usuários.	
	Regulação	Protocolos de acesso	Existência de protocolos orientadores de fluxo (nas RAS) que estimulem a oferta e acesso ao apoio. Participação da telessaúde na existência de referência e contra-referência.		Facilitação do trabalho/comunicação em equipe e entre diferentes níveis de atenção. Articulação da APS com os pontos de atenção das redes.
		Protocolos clínicos	Participação da telessaúde nos protocolos clínicos. Apoio com indicações clínicas de manejo do caso na rede.		Organização do cuidado em saúde. Auxílio à conduta profissional em problemas mais prevalentes de forma padronizada e validada.
Trabalho em rede	Diminuição do isolamento profissional	Rede de apoio técnico acessível.		Satisfação e fixação profissional.	
		Promoção de espaços de debate e problematização da realidade orientados pelas complexas necessidades locais.		Assistência interdisciplinar regionalizada orientada por necessidades locais.	
03	08	11	18		

APÊNDICE B – Roteiros semi-estruturados para entrevistas

a) Roteiro semi-estruturado para grupo com coordenação do Telessaúde SC	
Bloco inicial de identificação dos respondentes:	
Data e Local: Nome: Formação profissional (graduação e especialização): Local de trabalho: Tempo de trabalho na função: Objetivos profissionais: Porque atua com Telessaúde?	
Dimensão “âmbito organizativo e de gestão”	
<i>Subdimensão ‘Provimento’</i>	<i>Roteiro oculto</i>
- Qual a estrutura necessária para usar os serviços do Telessaúde SC? - Quem provê essa estrutura?	- O Telessaúde distribuiu equipamentos necessários e suficientes para o acesso aos serviços oferecidos? Quem financiou? - Quantos kits multimídia já foram entregues? - Todos os municípios do Estado foram contemplados? Quais os critérios para a distribuição? - O Telessaúde SC contribui com a garantia de acesso à internet na APS?
<i>Subdimensão ‘Incorporação do apoio como rotina’</i>	- Qual a participação do Telessaúde SC na incorporação dos serviços que oferece como parte do processo de trabalho das equipes de APS? - Há algum documento ou decisão que regulamente, oriente e motive a utilização dos serviços do Telessaúde SC como parte do processo/agenda de trabalho das equipes? - Quem deve fazer essa regulamentação?
- Há regulamentação do acesso ao Telessaúde e do uso dos serviços oferecidos?	
Dimensão “âmbito do conhecimento e domínio da tecnologia”	
<i>Subdimensão ‘Divulgação da telessaúde’</i>	- Há estratégias implementadas pelo Telessaúde SC para informar sobre os serviços oferecidos e orientar para a utilização dos mesmos? Se sim, quais? (Exemplos: divulgação, oficinas, treinamentos etc.) - Há mensuração da relação entre as estratégias e as mudanças na utilização dos serviços pelos profissionais das equipes de APS?
- Como os profissionais que atuam na rede de APS conhecem o Telessaúde SC? - Como os profissionais que atuam na rede de APS reconhecem o Telessaúde SC?	
<i>Subdimensão ‘Uso da Plataforma’</i>	- O telessaúde oferta apoio técnico para os municípios em caso de dificuldade de acesso à plataforma pelos profissionais? - O telessaúde incorpora sugestões dos profissionais que atende para facilitar o acesso à plataforma disponível?
- O que é feito quando os profissionais que usam a plataforma indicam problemas?	
Dimensão “âmbito humano e do modelo integral de atenção à saúde”	
<i>Subdimensões ‘Acesso, Cuidado, Regulação e Trabalho em Rede’</i>	- O Núcleo identifica as necessidades mais recorrentes dos profissionais para a oferta de serviços que respondam a elas? - Contrata profissionais com formação adequada para as demandas que recebe? - Oferece apoio que possibilita ampliar a oferta de ações e cuidado na APS? - Se articula com as instâncias gestoras para discutir as dificuldades e entraves para acesso ao sistema pelos usuários? - Discute e participa da elaboração de protocolos (de fluxo e clínicos), discutindo a inserção dos serviços neles?
- Quais as estratégias utilizadas pelo telessaúde para promover a qualificação assistencial dos profissionais da APS?	
Final: O que é determinante para o uso de telessaúde?	(ex.: gestão, pessoal – escolha, busca-, equipe ...)

b) Roteiro semi-estruturado para entrevista com gestores municipais de saúde/coordenadores de APS	
Bloco inicial de identificação dos respondentes:	
Data e Local: Nome: Formação profissional (graduação e especialização): Local de trabalho: Tempo de trabalho na função: Objetivos profissionais: Porque atua na gestão de sistema público / com Atenção Básica no SUS?	
Dimensão “âmbito organizativo e de gestão”	
<i>Subdimensão ‘Provisão’</i>	<i>Roteiro oculto</i>
- Quem tem acesso os serviços oferecidos pelo Telessaúde SC e de onde é feito o acesso?	- A gestão municipal provê às equipes de APS os equipamentos necessários e suficientes para o acesso aos serviços oferecidos? - O município recebeu kit multimídia para usar os serviços? - A gestão municipal garante o funcionamento de rede de internet para que todas as equipes possam utilizar os serviços do Telessaúde SC?
<i>Subdimensão ‘Incorporação do apoio como rotina’</i>	- A gestão municipal prevê a incorporação dos serviços oferecidos pelo Telessaúde SC como parte do processo de trabalho das equipes de APS? - Há algum documento que regulamente, oriente e motive a utilização dos serviços do Telessaúde SC como parte do processo/agenda de trabalho das equipes? - Há espaço protegido na agenda para utilizar os serviços de telessaúde? - Quais serviços são utilizados pelos profissionais do município.
- Algum fator estimula para que os serviços de Telessaúde sejam acessados?	
Dimensão “âmbito do conhecimento e domínio da tecnologia”	
<i>Subdimensão ‘Divulgação da telessaúde’</i>	Subdimensão ‘Informação e entendimento sobre telessaúde’ - Qual a importância da utilização dos serviços oferecidos pelo Telessaúde SC para os profissionais e equipes de APS? - A utilização do apoio oferecido pelo Telessaúde SC contribui de alguma forma com a assistência oferecida na APS do seu município? Como?
- O que é Telessaúde? - Por que utilizam o Telessaúde?	
<i>Subdimensão ‘Uso da plataforma telessaúde’</i>	- Conhece o endereço para acessar o portal do Telessaúde SC? - Consegue utilizar os serviços sempre que precisa?
- Qual a forma de acesso ao Telessaúde você utiliza? - E os profissionais?	
Dimensão “âmbito humano e do modelo integral de atenção à saúde”	
<i>Subdimensão ‘Acesso’</i>	Indicador – Mudança na disponibilidade de serviços no município após apoio: - Houve mudança nas condutas dos profissionais? - Houve mudança/aumento da oferta de serviços por equipe/município? - Mudou o acesso às especialidades? - Houve mudança no tempo de resolução dos problemas dos usuários e de espera por atendimento? - Isso gerou mudança na necessidade de deslocamentos de pacientes a outros serviços? E redução de custos para o sistema de saúde? - Que fatores interferem nesse processo?
- Os usuários se beneficiam com o uso do Telessaúde SC pelos profissionais?	
<i>Subdimensão ‘Cuidado’</i>	Indicadores – Diagnóstico e Assistência - Há redução dos encaminhamentos de pacientes a outros níveis de atenção? - Há mudança na solicitação de exames? - Como essa redução/mudança foi percebida? - Percebe aumento da qualidade do cuidado ofertado aos usuários com o apoio da telessaúde aos profissionais da APS? - Que fatores interferem nesse processo?
- O uso do Telessaúde SC contribuiu para mudanças na resolubilidade da APS?	
<i>Subdimensão ‘Regulação’</i>	Indicadores – Protocolos de acesso e Protocolos clínicos - Há protocolos implantados que incluem o uso de telessaúde? - Telessaúde contribui para a existência de protocolos clínicos e orientadores de fluxo que estimulem a oferta e acesso ao apoio? - Há facilitação do trabalho/comunicação em equipe e entre diferentes níveis de atenção? - Isso promove a articulação da APS com outros pontos de atenção das redes? - Promove a organização do cuidado em saúde? - Que fatores contribuem nesse processo?
- Há participação do telessaúde na organização da rede de atenção à saúde em que atua?	
<i>Subdimensão ‘Trabalho em rede’</i>	Indicador – Diminuição do isolamento profissional - Usar Telessaúde contribui para a formação de rede de apoio técnico acessível? Há com isso promoção da satisfação e fixação profissional? - Que fatores interferem nesse processo? Indicador – Regionalização da assistência - Teleconsultorias e telediagnóstico promovem espaços de debate e problematização da realidade orientados pelas complexas necessidades locais? - Conseguem assim pensar a assistência de forma regionalizada? - Que fatores interferem nesse processo?
- Os profissionais discutem os casos que cuidam nas unidades básicas de saúde?	

c) Roteiro semi-estruturado para entrevista com profissionais usuários dos serviços de telessaúde para apoio assistencial	
Bloco inicial de identificação dos respondentes:	
Data e Local: Nome: Formação profissional (graduação e especialização): Local de trabalho: Tempo de trabalho na função: Objetivos profissionais: Porque atua na Atenção Básica no SUS?	
Dimensão "âmbito organizativo e de gestão"	
<i>Subdimensão 'Provisão'</i>	<i>Roteiro oculto</i>
- De onde você acessa os serviços do Telessaúde?	- Há equipamentos disponíveis, suficientes e funcionando para acesso ao Telessaúde SC? - Há internet funcionando e com qualidade, que permite a utilização?
<i>Subdimensão 'Incorporação do apoio como rotina'</i>	- Os serviços do Telessaúde estão incorporados parte do seu processo de trabalho? E da equipe? Há inclusão do uso na agenda de trabalho? - Algum documento regulamenta a incorporação/uso? (Ex.: plano de educação permanente, protocolo)
- Por que você usa os serviços do Telessaúde SC?	- Há motivação/orientação para o acesso e utilização do apoio no cotidiano de trabalho das equipes? - A gestão possibilita organização da agenda de trabalho para uso da telessaúde?
Dimensão "âmbito do conhecimento e domínio da tecnologia"	
<i>Subdimensão 'Divulgação da telessaúde'</i>	- Você recebeu informações / orientações / treinamento sobre os serviços de Telessaúde, como e para que utilizá-los?
- Como você conheceu o Telessaúde SC? - Para que você usa o apoio oferecido?	- Quais serviços o Telessaúde SC oferece? - Qual a importância de utilizar os serviços de teleconsultoria e telediagnóstico?
<i>Subdimensão 'Uso da plataforma telessaúde'</i>	- Qual o endereço para acessar o portal do Telessaúde SC? - Consegue utilizar os serviços sempre que precisa?
- Há alguma dificuldade para acessar o portal do Telessaúde SC?	- Consegue navegar na plataforma, solicitar e obter o retorno das demandas que envia aos serviços de teleconsultoria e telediagnóstico?
Dimensão "âmbito humano e do modelo integral de atenção à saúde"	
<i>Subdimensão 'Acesso'</i>	Indicador – Mudança na disponibilidade de serviços no município após apoio: - Teleconsultorias e telediagnóstico ampliam as competências profissionais para resolver os problemas dos usuários na própria unidade? - O uso dos serviços promoveu a realização de outras ações assistenciais? Houve aumento da oferta de serviços? Ex.: a formação de um grupo, o cuidado a outras doenças. - Com o uso, houve mudança no tempo de resolução dos problemas dos usuários e de espera por atendimento? - Houve mudança na disponibilidade de serviços no município após o apoio? Ex.: disponibilidade de exames, outros exames e ações assistenciais. - Isso gerou mudança na necessidade de deslocamentos de pacientes a outros serviços? Que fatores interferem nesse processo?
<i>Subdimensão 'Cuidado'</i>	Indicadores – Diagnóstico e Assistência - Com o apoio que recebe se sente mais seguro para diagnosticar e manejar o cuidado dos pacientes? - Usar teleconsultorias e telediagnóstico gera competência para planejar intervenções? Isso qualifica os encaminhamentos e promove satisfação dos usuários? - Os serviços de telessaúde te estimulam a pensar e aplicar outras formas de cuidar dos pacientes? Quais? Ex.: olhar para outros determinantes em saúde, realização de consulta compartilhada e/ou projeto terapêutico singular, responsabilização compartilhada paciente-profissional-equipe. - Há redução dos encaminhamentos de pacientes a outros níveis de atenção? Que fatores interferem nesse processo?
- Algo mudou na sua prática profissional e clínica com o uso do Telessaúde?	
<i>Subdimensão 'Regulação'</i>	Indicador – Protocolos de acesso - É usado no município algum protocolo de regulação que inclua o Telessaúde na rede? - O Telessaúde contribui para a existência de protocolos orientadores de fluxo que estimulem a oferta e acesso ao apoio? - Há facilitação do trabalho/comunicação em equipe e entre diferentes níveis de atenção? - Teleconsultorias e telediagnóstico contribuem para a referência e contrarreferência dos casos cuja assistência é compartilhada entre diferentes profissionais? - Isso promove a articulação da APS com outros pontos de atenção das redes? Que fatores interferem nesse processo?
- Há participação do telessaúde na organização da rede de atenção à saúde em que atua?	Indicador – Protocolos clínicos - O Telessaúde contribui para a existência e implementação de protocolo clínico? Isso promove a organização do cuidado em saúde? - O uso de teleconsultorias e telediagnóstico promove apoio com indicações clínicas de manejo do caso na rede? Que fatores contribuem nesse processo?
<i>Subdimensão 'Trabalho em rede'</i>	Indicador – Diminuição do isolamento profissional - Usar Telessaúde contribui para a formação de rede de apoio técnico acessível? Há com isso promoção da satisfação e fixação profissional? Que fatores interferem nesse processo?
- Você está satisfeito e seguro com sua atuação na APS? Por quê?	Indicador – Regionalização da assistência - Teleconsultorias e telediagnóstico promovem espaços de debate e problematização da realidade orientados pelas complexas necessidades locais? Conseguem assim pensar a assistência de forma regionalizada? Que fatores interferem nesse processo?
- Tem oportunidade de discutir seus casos?	

APÊNDICE C – Termo de Anuência Institucional**TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS
INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

Local e data: Florianópolis, SC, xxx de xxxxxxx de 20xx.

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "Avaliação do impacto dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que na execução do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Luana Gabriele Nilson
Pesquisadora

Luise Lüdke Dolny
Pesquisadora

Maria Cristina Marino Calvo
Coordenadora da Pesquisa

XXXXXXXXXXXX
Secretário(a) Municipal de Saúde de xxxxxxx
/ou/ Responsável pelo Núcleo Telessaúde SC

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
estou sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Avaliação dos resultados dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina”. As pesquisadoras me explicaram e eu compreendi que esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar o resultado dos serviços oferecidos pelo Núcleo Técnico-Científico Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina.

O protocolo desta pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e aprovado. Estou ciente de que a pesquisa realizada é pré-requisito para as pesquisadoras obterem o título de Doutoradas em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

As pesquisadoras me explicaram que minha conduta e minhas respostas não serão objeto de avaliação. Minha contribuição nesta pesquisa auxiliará as pesquisadoras na avaliação de uso de tecnologias de apoio à tomada de decisão clínica na Atenção Primária à Saúde e para avaliar se os serviços de telessaúde contemplam as características e pressupostos da Educação Permanente em Saúde.

Fui informado que a minha contribuição na pesquisa ocorrerá mediante a realização de entrevista que será gravada em aparelho digital e posteriormente transcrita com a garantia de sigilo das informações prestadas, do informante e da Instituição a qual pertencço. Durante a gravação a minha identificação não será nominal e sim por uma codificação estabelecida pelos pesquisadores cuja relação com minha identidade permanecerá restrita às etapas de análise da pesquisa e sob sigilo. Também foi informado que minha privacidade será respeitada, e que todos os dados contidos em minha entrevista serão mantidos em sigilo.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar minha identificação. O risco de que minha identidade venha a público e minha participação cause constrangimento perante pessoas e instituições é praticamente nulo em razão dos cuidados na proteção da confidencialidade das informações.

Foi-me esclarecido que não sou obrigado a participar da pesquisa uma vez que não será arcado com nenhum custo pela minha participação neste estudo. Estou ciente que posso desistir de participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Se desejar sair da pesquisa, não terei qualquer prejuízo em minha relação com o pesquisador ou com a Instituição.

O benefício relacionado à minha participação é: fornecer subsídios para a avaliação do Telessaúde enquanto política pública de saúde que se compromete com a ampliação qualificada do acesso e resolubilidade em saúde, bem como a identificação da coerência entre a implantação e os resultados com os objetivos do programa.

Foi-me assegurado a indenização financeira, caso venha a sofrer danos comprovados decorrentes da participação nesta pesquisa, nos termos da legislação brasileira.

As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto são Luana Gabriele Nilson, Luise Lüdke Dolny, Maria Cristina Marino Calvo e Josimari Telino de Lacerda, da Universidade Federal de Santa Catarina e com elas poderei manter contato pelo endereço ou telefones antes, durante e após a realização da pesquisa em caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimento. É assegurado que os itens constantes no presente TCLE atendem as exigências contidas IV.3 da Resolução 466 de dezembro de 2012, que regulamenta pesquisas em seres humanos.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo que foi mencionado e compreendido a natureza da pesquisa, assim como seu objetivo, riscos e benefícios, manifesto meu livre consentimento em participar como voluntário, deste estudo, assinando esse TCLE em duas vias ao seu término e rubricando todas as páginas que o constituem, pois uma cópia pertencerá comigo e a outra com o pesquisador.

Assinatura: _____ RG: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e contato das pesquisadoras responsáveis pela pesquisa:

Luana Gabriele Nilson
 Telefone: (48) 996485667
 E-mail: luanagnilson@gmail.com

Maria Cristina Marino Calvo
 Telefone: (48) 988168380
 E-mail: cristina.clv@gmail.com

Luise Lüdke Dolny
 Telefone: (48) 99645 4143
 E-mail: luiseludke@gmail.com

Josimari Telino de Lacerda
 Telefone: (48) 991624321
 E-mail: jtelino@gmail.com

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Campus Reitor João David Ferreira Lima. Rua Delfino Conti, S/N, Bloco H, Bairro: Trindade, Florianópolis-SC, CEP: 88040-370.

Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina

Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400
Contato: (48) 3721-6094 cep.propesq@contato.ufsc.

ANEXO A – Artigo submetido para avaliação e publicação no periódico *Cadernos de Saúde Coletiva*

OFERTA E USO DE SERVIÇOS DE TELESSAÚDE EM SANTA CATARINA/BRASIL

Resumo

Introdução: O Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina atua há mais de 10 anos e apresenta cobertura de 100% dos municípios do Estado, com demandas e usos diversificados. O objetivo é descrever a oferta e uso desses serviços, identificando possíveis limitações ainda existentes. *Métodos:* Estudo transversal exploratório de abordagem quali-quantitativa dos serviços de telessaúde ofertados às equipes de atenção primária pelo Telessaúde SC. Foi aplicado um questionário com 65 profissionais de 16 equipes de atenção primária em 2016. *Resultados:* Houve maior uso das webpalestras (83,0%), do telediagnóstico (42,6%) e das teleconsultorias (40,4%). Nos 42,6% de usuários do telediagnóstico estão incluídos os técnicos que realizavam o exame. Dentre os médicos entrevistados, 70% usa o telediagnóstico. O menor uso é de cursos (21,3%) e segunda opinião formativa (10,6%). O telediagnóstico e as webpalestras são parte da rotina das equipes e recebem importante apoio da gestão para o uso. Gestores que entendem o potencial do Telessaúde são agentes ativos na facilitação do uso. *Conclusão:* São necessárias estratégias de estímulo ao uso dos serviços ofertados, que podem promover o trabalho interdisciplinar e a reflexão crítica, potencializando a educação permanente em saúde e a busca autônoma por apoio para qualificação do processo de trabalho.

Palavras-chave: Telessaúde. Atenção Básica à Saúde. Uso.

OFFER AND USE OF TELEHEALTH SERVICES IN SANTA CATARINA/BRAZIL

Abstract

Introduction: Telehealth Center of Santa Catarina (SC Telehealth) has been operating for 10 years and covers 100% of the state's municipalities, with diverse demands and uses. The purpose of this article is to describe the offer and the use of its services (Teleconsultation, Tele-education – web lectures and distance courses, and Telediagnosis), identifying the existent limitations. *Methods:* A descriptive study of a qualitative-quantitative approach, of telehealth services offered to primary care teams

by a Brazilian telehealth center. A questionnaire was applied with 65 professionals from Primary Care Teams in 2016, selected among those who made greater use of services. *Results:* Among the offered telehealth services, there was greater use of web lectures (83,0%), followed by telediagnosis (42,6%) and teleconsultation (40,4%). The technicians that perform the telediagnosis examinations are included in the 42,6% of these service users. Considering only the interviewed physicians, 70% of them used telediagnosis. The distance courses (21,3%) and the formative second opinion (10,6%) are the least used services. *Discussion:* Telediagnosis and web lectures are included as part of the teams' routine and receive important support of managers for its use. Managers and teams' coordinators that understand the role and potential of telehealth services are active agents in the mobilization and facilitation of its use, as observed in studies carried on other countries. *Conclusion:* The Telehealth centers need to invest more in strategies so that the offered services can promote interdisciplinary teamwork and work critical reflection, increasing the continuing professional health education and enhancing their autonomy and active participation in health care networks, driven by primary care.

Keywords: Telehealth. Primary Health Care. Use.

Introdução

O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes promoveu a implantação de Núcleos Regionais de Telessaúde, cuja finalidade é oferecer apoio aos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta da telessaúde nesse programa é qualificar as ofertas assistenciais e aumentar a sua resolubilidade (Telessaúde Brasil Redes)^{1,2,3,4,5}.

O programa foi criado em 2007 e iniciou suas atividades com a implantação de nove núcleos estaduais vinculados a universidades federais. O objetivo dos núcleos era fornecer apoio clínico-assistencial e apoio à educação permanente de equipes de APS, e os serviços previstos eram Teleconsultoria, Tele-educação, Telediagnóstico e Segunda Opinião Formativa⁶.

O Núcleo Telessaúde de Santa Catarina estava entre os nove primeiros implantados, e desde seu início buscou oferecer todos os serviços propostos pelo programa, apresentando cobertura em todo território estadual, que conta com aproximadamente duas mil equipes de atenção primária distribuídas em 295 municípios.

Este estudo tem o objetivo de descrever a oferta e o uso dos serviços, explorar o potencial de apoio dos serviços de telessaúde, e identificar barreiras e facilitadores de acesso aos serviços de telessaúde.

Método

Estudo descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, dos serviços ofertados às equipes de Atenção Primária entre 2016 e 2017 por um Núcleo do Programa Telessaúde Brasil Redes. O caso selecionado é o Núcleo Telessaúde de Santa Catarina, com 10 anos de implantação, oferta de todos os serviços previstos na legislação e cobertura de 100% do território estadual. Esse estudo compõe uma pesquisa de avaliação de resultados com aprovação e financiamento do CNPq.

Os municípios catarinenses foram estratificados de acordo com o número de equipes de APS existentes: estrato 1 (0 a 3 equipes); estrato 2 (4 a 10 equipes); estrato 3 (11 a 20 equipes); estrato 4 (mais de 20 equipes). Para cada município, foram relacionadas as informações das equipes usuárias dos serviços. A classificação dos municípios em cada estrato observou maior número de participações totais nos serviços de telessaúde, maior variedade de categorias profissionais e maior número de teleconsultorias. Os dados para essa classificação foram do ano de 2015.

Foram selecionados os dois municípios mais bem classificados em cada estrato, e em cada município foi identificada a equipe com maior uso dos serviços e uma equipe que não usou os serviços (ou usou muito pouco), para efeito de comparação. Para o caso dos municípios do estrato 1, foram selecionados dois com equipes usuárias dos serviços e outros dois com equipes não usuárias dos serviços, com o mesmo porte e características. Foram 16 equipes selecionadas no total (Tabela 1).

A participação de algum dos serviços ofertados pelo Telessaúde SC no ano de 2015 foi registrada em 291 municípios de Santa Catarina (98,6). A participação nos municípios com menor número de equipes de SF foi maior que a participação em municípios com maior número de equipes (Tabela 1). As participações nos serviços de telediagnóstico e de cursos a distância não foram consideradas no *ranking* para seleção dos municípios por não terem livre oferta (os cursos têm vagas limitadas por turma e o telediagnóstico é restrito à categoria médica).

Tabela 1: Total de municípios, equipes selecionadas e suas participações nos serviços de telessaúde, segundo estrato definido, Santa Catarina, Brasil, 2015.

Estrato	Nº de municípios	Equipes selecionadas por município	Nº participações por equipe
1	165	Equipe usuária município 1	949
		Equipe não usuária município 2	1
		Equipe usuária município 3	543
		Equipe não usuária município 4	-
2	97	Equipe usuária município 5	142
		Equipe não usuária município 5	-
		Equipe usuária município 6	131
		Equipe não usuária município 6	29
3	17	Equipe usuária município 7	177
		Equipe não usuária município 7	-
		Equipe usuária município 8	260
		Equipe não usuária município 8	-
4	12	Equipe usuária de município 9	47
		Equipe não usuária município 9	-
		Equipes usuária município 10	191
		Equipes não usuária município 10	-

Fonte: As autoras (2017).

Em abril e maio de 2016 foram aplicados questionários estruturados sobre o uso dos serviços de telessaúde com 65 profissionais das equipes selecionadas. Os questionários foram construídos pelos pesquisadores para o estudo, e sua aplicação foi previamente agendada com todas as equipes. A coleta foi realizada por duas pesquisadoras, nas datas determinadas, nas unidades de saúde onde os profissionais das equipes selecionadas atuam, variando o tempo de coleta de 15 minutos a 1 hora.

As categorias profissionais convidadas para participar foram: médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, dentista, técnico ou auxiliar de consultório dentário, e um representante dos agentes comunitários de saúde (ACS).

As evidências coletadas foram digitadas em formulário do *Google Drive*® e compiladas em planilha do programa *Microsoft Office Excel*®. Também foram registradas as observações dos pesquisadores sobre o processo de aplicação dos questionários em Diário de Campo. Ao final de cada dia os pesquisadores se reuniam para compartilhar as observações e impressões, que foram registradas em documento *Microsoft Office Word*®.

A análise das evidências foi pautada pela descrição do cenário e das potencialidades e fragilidades identificadas para o uso dos serviços de telessaúde por profissionais da atenção primária. O estudo compõe uma

pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, conforme parecer no 1.466.605.

Resultados

Em 2016, a cobertura do Telessaúde SC era de 100% dos municípios do Estado, com mais de 270 mil participações nos diferentes serviços de ofertados: 232 mil em telediagnóstico; 24 mil em webpalestras durante a transmissão; 15 mil em teleconsultoria; 2,3 mil em cursos a distância.

Responderam ao questionário 65 profissionais de saúde das equipes selecionadas para a amostra (67,7% da amostra prevista), sendo 83,0% mulheres (Tabela 2).

Tabela 2: Percentual dos profissionais que responderam o questionário segundo categoria profissional, tempo de formação e tempo de trabalho na APS (em anos), Santa Catarina, Brasil, 2016.

Categoria profissional (n)	Tempo de Formação			Tempo de Trabalho na APS		
	< 1	1 a 9	≥ 10	< 1	1 a 9	≥ 10
ACS (14)	(2) 14%	(6) 43%	(6) 43%	(2) 14%	(6) 43%	(6) 43%
Técnico Enfermagem (15)	-	(8) 53%	(7) 47%	(1) 7%	(11) 73%	(3) 20%
Enfermeiro (13)	-	(8) 62%	(5) 38%	(1) 8%	(8) 61%	(4) 31%
Médico (10)	(2) 20%	(4) 40%	(4) 40%	(2) 20%	(4) 40%	(4) 40%
Odontólogos (8)	-	(5) 62%	(3) 8%	(2) 25%	(3) 37,5%	(3) 37,5%
ASB (5)	-	(3) 60%	(2) 40%	-	(4) 80%	(1) 20%

Fonte: As autoras (2017).

Todos os entrevistados mencionaram o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Para os 72% (47) que afirmaram já ter utilizado algum dos serviços ofertados pelo Telessaúde SC foram feitas perguntas gerais sobre o Telessaúde SC, questões específicas sobre os serviços utilizados por eles, e questões sobre o não uso dos demais serviços. Os 28% (18) que nunca usaram os serviços de telessaúde responderam apenas as questões da sessão inicial sobre uso das TICs e questões sobre os motivos de não uso.

Dentre os respondentes que afirmaram utilizar algum serviço de telessaúde (n = 47; 72%), o serviço mais utilizado era a tele-educação na modalidade webpalestras (n = 39; 83,0%). O acervo de webpalestras era usado por 51,1% (n = 24) dos respondentes e as teleconsultorias por 40,4% (n = 19). O serviço de telediagnóstico era usado por 42,6% (n =

20), incluindo os técnicos que realizavam o exame. Dentre os médicos, 70% (n = 7) já usou o serviço de telediagnóstico. Os serviços menos usados foram os cursos (n = 10; 21,3%) e a Segunda Opinião Formativa (n = 5; 10,6%). Na teleconsultoria, os enfermeiros eram os usuários mais frequentes (n = 7; 37%), seguidos pelos médicos (n = 4; 21%) e ACS (n = 3; 16%).

Foram investigados os aspectos que pudessem interferir no uso dos serviços, facilitando ou dificultando o acesso aos mesmos. Os maiores percentuais de dificuldade foram observados no item “tempo para acessar no serviço” (Tabela 3).

Tabela 3: Percentual de profissionais que referiram aspectos que interferem (F=Facilita; D=Dificulta; I=Indiferente) nos diversos serviços de telessaúde, Santa Catarina, Brasil, 2016.

		Aspectos que interferem no acesso aos serviços de Telessaúde				
		Características do site	Disponibilidade de computadores	Tempo de acesso durante o trabalho	Velocidade da Internet	Apoio dos gestores
SOF (n=5)	F	(5) 100	(5) 100	(4) 80	(4) 80	(3) 60
	D	-	-	(1) 20	(1) 20	(1) 20
	I	-	-	-	-	(1) 20
Tele-educação (n=49)	F	(45) 92	(41) 84	(28) 57	(33) 67	(41) 84
	D	(1) 2	(6) 12	(19) 39	(12) 25	(6) 12
	I	(3) 6	(2) 4	(2) 4	(4) 8	(2) 4
Telediagnóstico (n=20)	F	(16) 80	(15) 75	(13) 65	(11) 55	(13) 65
	D	(1) 5	0	(3) 15	(1) 5	-
	I	(3) 15	(5) 25	(4) 20	(8) 40	(7) 35
Teleconsultoria (n=19)	F	(13) 68	(15) 79	(11) 58	(12) 63	(14) 74
	D	(1) 5	-	(6) 32	(3) 16	(1) 5
	I	(5) 27	(4) 21	(2) 10	(4) 21	(4) 21

Fonte: As autoras (2017).

O tempo de resposta às demandas dos profissionais foi apontado como um facilitador do uso em 63% (n=12) para a teleconsultoria e em 85% (n=17) para o telediagnóstico. Para o telediagnóstico, o protocolo orientador (65%; n=13) e a localização dos aparelhos para eletrocardiograma (75%; n=15) e para dermatologia (55%; n=11) também foram apontados como aspectos facilitadores.

Especificamente sobre o telediagnóstico dois médicos indicaram que seria um fator facilitador ter respostas síncronas do especialista para a APS nos casos de urgência e emergência, e quatro médicos indicaram como outras barreiras a forma como foi feita a capacitação da rede para usar o serviço, a alta frequência com que os aparelhos estragam, a comunicação ruim entre unidades básicas e hospitais, e o fluxo municipal que interrompe o acesso aos exames.

Sobre a tele-educação, a qualidade das webpalestras foi analisada a partir da opinião sobre os palestrantes, que foram considerados qualificados por 51% (n=20), e das temáticas trabalhadas, sendo que 90% (n=35) considerou que os temas atenderam às demandas e dúvidas frequentes do processo de trabalho. Todos os respondentes (n=39) consideram que a participação das webpalestras contribui para a qualificação, atualização e aperfeiçoamento dos conhecimentos em saúde e 97% (n=38) consideram que auxilia na melhoria da interação/comunicação entre os profissionais da equipe.

Dentre os que participaram dos minicursos ofertados, 90% (n=9) considerou a carga horária suficiente. O objetivo mais indicado ao se fazer um curso foi “aprendizagem” (100%; n=10), seguido por “atualização/capacitação” (90%; n=9). Os materiais didáticos foram considerados sempre qualificados por 90% (n=9) e a metodologia autoinstrucional foi considerada adequada por 80% (n=8).

Para 90% (n=17) dos profissionais que usam o serviço de teleconsultorias, este permite melhorar a assistência ao usuário, promove a reflexão crítica sobre o trabalho, apoia a avaliação do trabalho desenvolvido e esclarece as dúvidas. O conteúdo das teleconsultorias é utilizado para qualificar o cuidado aos usuários (94%; n=15) e, apesar de não serem todos a salvarem e disponibilizarem as respostas à equipe, eles usam as mesmas para discutir os temas com os colegas após a leitura no portal (69%; n=11).

Apenas 10,6% (n=5) referem utilizar a SOF, sendo os enfermeiros os usuários mais frequentes (40%; n=2), seguidos dos médicos (20%; n=1), dos técnicos de enfermagem (20%; n=1) e dos cirurgiões-dentistas (20%; n=1). O uso não é frequente, e a finalidade esteve mais relacionada ao apoio para a prática assistencial de forma variada, sendo menos relacionada a questões de coordenação de equipe e organização de processo de trabalho. As respostas foram indicadas como sempre (60%; n=3) ou quase sempre (40%; n=2) esclarecedoras e úteis.

O telediagnóstico era utilizado por 42,6% (n = 20) dos respondentes, sendo 40% (n=8) enfermeiros, 35% (n=7) médicos, 20%

(n=4) técnicos de enfermagem e 5% (n=1) ACS (auxílio a paciente para acessar o protocolo no site). O objetivo do uso está fortemente relacionado à obtenção de laudos de exames (95%; n=19), mas também para apoiar a tomada de decisões clínicas (60%; n=12), para aumentar a resolubilidade (65%; n=13) e qualificar os encaminhamentos dos pacientes (65%; n=13). Todos os médicos que afirmaram usar o serviço referiram o aumento da resolubilidade na Atenção Primária (n=7); 86% (n=6) apontaram a qualificação dos encaminhamentos e 71% (n=5) o apoio para tomar decisões clínicas.

Quando questionados quanto ao motivo de não utilizarem os demais serviços, os 72% (n=47) que usavam algum dos serviços ofertados pelo Núcleo Telessaúde SC, referiram falta de tempo durante o serviço como causa mais frequente para o não uso de webpalestras (50%; n=4) e cursos (59%; n=31). O desconhecimento do serviço foi a causa para não utilizarem teleconsultoria (54%; n=15), telediagnóstico (56%; n=15) e SOF (81%; n=34).

Entre os respondentes que afirmaram não utilizar os serviços de telessaúde (28%; n=18), os principais motivos apontados foram: não saber utilizar os serviços (50%; n=9), não saber da existência dos serviços (39%; n=7) e não ter tempo de usar durante o trabalho (28%; n=5).

Discussão

Os resultados permitiram observar que, a exemplo de outros Núcleos, o uso dos serviços de Núcleo Telessaúde SC ainda é inferior à capacidade de oferta e de apoio do Núcleo, apesar da oferta continua de todos os serviços e de serem considerados qualificados pelos respondentes^{7,8,9}. O uso dos serviços foi maior em municípios com menor número de equipes de SF, possivelmente pelo fato dos profissionais estarem mais distantes de grandes centros⁸.

O incentivo de gestores e coordenadores na adesão aos serviços de telessaúde foi um dos aspectos de maior destaque nos resultados. O serviço de webpalestras, mais usado pelos respondentes, foi também referido como o de maior estímulo da gestão. O coordenador da equipe tem papel central na orientação do acesso para uso dos serviços de telessaúde, podendo favorecer o uso dos mesmos à medida que promove a inclusão de toda a equipe no processo formativo. Em Santa Catarina, o incentivo da gestão para incluir serviços de telessaúde em fluxos de trabalho no âmbito da atenção primária tem ampliado o acesso e uso do apoio disponível¹⁰.

Vontade política, boa administração e estratégias efetivas, além de conhecimentos sobre as TIC, são essenciais para promoção de uma

cultura de uso de tecnologias que facilitem a troca de informações em saúde baseadas em evidências em países de baixa e média renda^{11,12,13}.

Considerar as reais necessidades de saúde no planejamento de ações e intervenções de telessaúde é apontado como um desafio para gestores e profissionais que atuam em países em desenvolvimento¹². Ao mesmo tempo, é também um importante fator facilitador do uso individual de serviços de telessaúde por profissionais de saúde¹¹. Neste estudo, os resultados demonstram que a metodologia e as temáticas trabalhadas nos serviços Núcleo Telessaúde SC estão em consonância com as necessidades e demandas da prática de atuação destes profissionais.

Os serviços de telessaúde apresentam potencial para ajudar as equipes de ABS no planejamento de suas ações, a partir do diagnóstico comunitário e problematização do processo de trabalho, apoiando a produção de materiais e organizando soluções voltadas aos problemas identificados⁹. Esse apoio pode ser ainda mais efetivo ao criar objetos de aprendizagem específicos que ajudem as equipes a usarem os serviços oferecidos de forma planejada e direcionada para sua realidade de trabalho^{14,15,16}. O emprego das ações de telessaúde impacta sobre as competências adquiridas pelos profissionais para o trabalho na atenção primária, ampliando a capacidade de respostas aos problemas e a resolutividade nesse nível de atenção⁴.

Saber que existe o Telessaúde SC e quais são os serviços ofertados demonstrou não ser suficiente para que os profissionais os usem. O contato pessoal com profissionais do núcleo ou com colegas que orientassem para o uso foi referido como importante para incorporar as ferramentas. Os profissionais precisam compreender a potencialidade dos serviços para incorporar o uso dos mesmos à rotina. Treinamento eficiente, sistema simples de oferta dos serviços, apoio e motivação da gerência para os profissionais usarem, condições de trabalho e estrutura para acesso ao sistema são alguns dos fatores associados à utilização dos serviços de telessaúde^{7,8,11,13}.

Apesar de aspectos estruturais e financeiros serem apontados por outros estudos como barreiras no uso de tecnologias em saúde^{11,12}, estes tiveram pouco destaque entre os dados levantados neste estudo, sendo ainda a conectividade precária nas unidades o principal problema tecnológico envolvendo o acesso aos serviços de telessaúde¹⁷.

O serviço de telediagnóstico é apontado por seus benefícios na redução de custos com emissão de laudos à distância em comparação à realização do exame quando o usuário precisa ser levado a um centro de

referência, além de não exigir que o usuário se desloque para longe de sua casa e equipe de referência¹⁸. Scott e colaboradores¹² relacionam como elemento de sucesso no Brasil a necessidade de aquisição de poucos equipamentos pelos municípios brasileiros para uso dos serviços de telessaúde. O investimento financeiro maior fica a cargo do Programa Telessaúde Brasil Redes que distribui o recurso aos núcleos de telessaúde para oferta dos serviços.

A telessaúde pode contribuir para a superação do modelo vertical de organização da atenção como pirâmide, impactando sobre o cuidado em saúde e para o alcance de maior resolubilidade, evitando iatrogenias, a fragmentação da assistência, o isolamento profissional e o desperdício de recursos públicos, qualificando e regulando o acesso a partir deste nível de atenção⁴. Sua expansão é apontada no Brasil como um caminho para integração das redes de atenção à saúde orientada por conhecimentos e evidências científicas que possam ampliar a qualidade na oferta de serviços¹⁷.

O tipo de apoio mais identificado pelos profissionais nos serviços de telessaúde foi o apoio para organização do processo de trabalho, que pode estar relacionado ao apoio fornecido às equipes para implantação e implementação de programa como Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), e-SUS na Atenção Primária, o trabalho com Práticas Alternativas e Complementares (PICs), construção de planos de fortalecimento da Atenção Primária, entre outros¹⁹.

O apoio clínico assistencial está em fase de ampliação no Telessaúde SC, especialmente no que se refere à negociação com centrais de regulação municipais e da Secretaria de Estado da Saúde, inserindo o serviço de teleconsultoria como parte do fluxo de acesso ao nível especializado de atenção à saúde¹⁹. Esse tipo de apoio é indicado como muito relevante no aumento da adoção de novas tecnologias no cuidado à saúde e ainda promove segurança na tomada de decisão clínica por ser baseado na melhor evidência científica¹³.

O apoio oferecido pelos serviços de teleconsultoria e telediagnóstico foi entendido pela maioria dos respondentes como potencial para qualificar o acesso dos usuários aos serviços, tornando esse acesso facilitado – mais próximo e rápido, com qualidade, o que corrobora com estudos anteriormente realizados^{3,18}. O apoio à gestão e coordenação das equipes ainda pode ser mais bem explorado e mais incentivado por meio de objetos de aprendizagem específicos para este público, considerando a forte influência que exercem no uso dos serviços pelos profissionais de saúde.

Sobre aos aspectos que influenciam o não uso, a maior dificuldade está relacionada à falta de tempo no trabalho. Promover tempo para que profissionais experimentem os benefícios do uso dos serviços de telessaúde e com isso compreendam que sua finalidade é uma forma de facilitar o trabalho e o acesso dos usuários¹³.

Também o desconhecimento de alguns serviços foi colocado como fator de não uso, reforçando a importância de repensar as estratégias de divulgação e de formação da rede para o uso do Telessaúde, além do incentivo dos gestores e coordenadores^{6, 7,8}.

Conclusão

Os serviços de telessaúde ofertados estão implantados em Santa Catarina e têm uma boa cobertura. Os serviços com maior participação são o telediagnóstico e as webpalestras. Ambos têm papel importante da gestão na pactuação para o uso e inclusão como parte da rotina das equipes, respectivamente. Gestão e coordenação de equipes que entendem o papel e potencial da telessaúde são agentes ativos na mobilização e facilitação do uso dos serviços pelos profissionais.

O Telessaúde precisa investir mais em estratégias para que os serviços ofertados promovam o trabalho em equipe interdisciplinar e a reflexão crítica sobre o trabalho, potencializando a educação permanente em saúde. Além disso, são necessárias novas discussões para planejamento da oferta de serviços de forma a alcançar a todos os membros das equipes e potencializar a autonomia e participação ativa de cada ator nas redes de atenção à saúde orientadas pela Atenção Primária. Bem como pensar estratégias para treinamento, apoio e motivação constantes para o uso dos serviços.

Referências

1. 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). Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011: Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil

Redes. Ministério da Saúde. 2011b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2554_28_10_2011.html>.

3. Aita Schmitz CA. Telessaúde como Suporte Assistencial para a Atenção Primária à Saúde no Brasil [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
4. Castro Filho ED. Telessaúde em apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Rev Bras Med Fam e Com.* 2007; 3(11): 210-215.
5. Silva AB. Telessaúde no Brasil – conceitos e aplicações. 1.ed. Rio de Janeiro: DOC, 2014.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Nota Técnica nº50/2015-DEGES/SGTES/MS: Diretrizes para a oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf>.
7. Pessoa CG, Sousa L, Ribeiro AL, Oliveira TB, Silva JLP, Alkmim MB and Marcolino MS. Description of Factors Related to the Use of the Teleconsultation System of a Large Telehealth Service in Brazil – the Telehealth Network of Minas Gerais. *J Int Soc Telemed eHealth*, 2016; 4:1-9.
8. Alkmim MBM, Marcolino MS, Figueira RM, Sousa L, Nunes MS, Cardoso CS and Ribeiro AL. Factors Associated with the Use of a Teleconsultation System in Brazilian Primary Care. *Telemedicine and e-Health*, 2015; 21(6): 1-11.
9. Figueiredo AM, Guedes TAL. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. In: Valentim RAM et al. (eds). A Telessaúde no Brasil e a inovação tecnológica na atenção primária. Natal: EDUFRRN, 2015. p. 27-46.
10. Maeyama MA, Giaretta ALS, Pupim B, Machado DC, Lunardelli GK, Nilson LG, Calvo MCM, Oliveira MB and Damas TB. Integração do Telessaúde no fluxo entre Atenção Básica e Atenção Especializada no Município de Joinville-SC. *Revista Catarinense de Saúde da Família.* 2016; 11(1): 107-114.

11. Akhlaq A, McKinstry B, Muhammad KB and Sheikh A. Barriers and facilitators to health information exchange in low- and middle-income country settings: a systematic review. *J Innov Health Inform.* 2015 Mar 27;22(2):284-92.
12. Scott RE and Mars M. Telehealth in the developing world: current status and future prospects. *Smart Homecare Technology and telehealth.* 2015; 3: 25-37.
13. Taylor J, Coates E, Brewster L, Mountain G, Wessels B and Hawley MS. Examining the use of telehealth in community nursing: indentifying the factors affecting frontline staff acceptance and telehealth adoption. *Journal of Advanced Nursing.* 2014; 71(2): 326-337.
14. Hadaad Q J. Las Necesidades de Intervención y el Monitoreo de los Procesos Educativos. In: Hadaad QJ, Roscke MAC and Davini MC (eds). *Educacion Permanente de Personal de Salud. Serie Desarrollo Recursos Humanos n. 100.* OPAS: Washington, D. C., 1994. p. 145-186.
15. Merhy EE, Feuerweker LCM and Ceccim RB. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Revista Salud Colectiva.* 2006; 2(2): 147-160.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministry of Health. 64 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>.
17. Oliveira DG, Frias PG, Vanderlei LCM, Vidal AS, Novaes MA and Souza WV. Análise da implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(11): 2367-78.
18. Von Wangenheim A et al. User Satisfaction with Asynchronous Telemedicine: A Study of Users of Santa Catarina's System of Telemedicine and Telehealth. *Telemedicine and e-health.* 2012; 18(5): 339-46.
19. Núcleo Telessaúde SC. Universidade Federal de Santa Catarina. Projetos do Núcleo Telessaúde SC. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina

Pesquisador: Maria Cristina Marino Calvo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53685716.6.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.466.605

Apresentação do Projeto:

Projeto da Profa. Dra. Maria Cristina Marino Calvo, do Departamento de Saúde Coletiva da UFSC, que pretende avaliar os resultados dos serviços do núcleo Técnico-científico Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina. A metodologia prevê a realização de entrevistas com coordenadores e técnicos do Núcleo Telessaúde SC e aplicação de questionário com cada um dos profissionais que compõem a equipe básica de saúde da família (médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, técnico ou auxiliar de consultório odontológico, agente comunitário de saúde) das equipes indicadas em cada município, num total de 80 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Avaliar o resultado dos serviços oferecidos pelo Núcleo Técnico-Científico Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina.

Objetivo Secundário: • Realizar revisão bibliográfica para identificar modelo teórico e indicadores de qualidade para o serviço de telessaúde; • Avaliar o uso de tecnologias de apoio à tomada de decisão clínica na Atenção Primária à Saúde; • Avaliar se os serviços de telessaúde contemplam as

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6004 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.466.605

características e pressupostos da Educação Permanente em Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: No formulário da Plataforma Brasil faz referência a risco mínimo, sem especificá-los; No TCLE faz referência sobre possível perda de sigilo e constrangimentos.

Benefícios: foram previstos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora envia declaração afirmando que "Não há conflito de interesse, apesar do vínculo acadêmico e político presente na relação entre avaliadora e avaliada, respectivamente, serão cumpridas todas as prerrogativas necessárias para que a pesquisa atenda às exigências em respeito à Legislação vigente".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os dois TCLEs foram adequados.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lista de pendências do parecer anterior:

- adequar o TCLE; PENDÊNCIA ATENDIDA.

- explicar a possibilidade de conflito de interesse gerada na pesquisa; PENDÊNCIA ATENDIDA.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável assume o risco pela existência de eventuais conflitos de interesse em decorrência do descrito nos dois pareceres.

Desta forma, este comitê é de parecer favorável a sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_651882.pdf	17/03/2016 19:02:23		Aceito
Outros	Carta_Resposta.pdf	17/03/2016 18:58:01	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
Outros	Declaracao_conflicto_interesse.pdf	17/03/2016 18:57:20	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoComiteEtica_2016.docx	17/03/2016 18:56:28	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

Continuação do Parecer: 1.466.605

Investigador	ProjetoComiteEtica_2016.docx	17/03/2016 18:56:28	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.docx	17/03/2016 18:56:16	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_especialistas.docx	17/03/2016 18:55:36	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	29/02/2016 15:02:54	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_Itaipolis.pdf	29/02/2016 15:02:14	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
Outros	termosDeConcessao.pdf	22/02/2016 14:24:32	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DeclaracaoConcordanciaInstituicao.pdf	22/02/2016 14:16:07	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	aut_uso_dados.pdf	22/02/2016 14:15:11	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_VargemBonita.pdf	22/02/2016 14:03:43	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_SaoMigueldaBoaVista.pdf	22/02/2016 14:03:29	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_Peritiba.pdf	22/02/2016 14:03:20	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_Itapema.pdf	22/02/2016 14:03:10	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_Florianopolis.pdf	22/02/2016 14:02:59	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de	Autorizacao_CordilheiraAlta.pdf	22/02/2016	LUISE LUDKE	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: oep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.466.605

Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_CordilheiraAlta.pdf	14:02:48	DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_Brusque.pdf	22/02/2016 14:02:31	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_BarraVelha.pdf	22/02/2016 14:02:18	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizaca_lcara.pdf	22/02/2016 14:02:07	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 28 de Março de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina

Pesquisador: Maria Cristina Marino Calvo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 53685716.6.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.788.545

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda solicitando inclusão do Município de Joinville na lista de locais onde a coleta de dados ocorrerá. A pesquisadora justifica a emenda pelo seguinte fato: "Após o desenvolvimento da etapa de coleta de dados com a aplicação do questionário junto aos municípios integrantes da amostra, verificou-se a necessidade de ampliar a pesquisa em relação à investigação do objeto. A investigação detalhada em uma segunda etapa de coleta visa aprofundar o objeto e alcançar os objetivos já listados, buscando aproveitar de forma mais qualificada o recurso financeiro disponível e o tempo de pesquisa." e "Considerando a experiência do município de Joinville no uso dos serviços de telessaúde como apoio assistencial e à educação permanente, com fluxos que incluem serviços de telessaúde para regulação do acesso a especialidades do nível secundário de atenção, este município será incluído por conveniência na amostra de sujeitos para coleta de dados..."

Objetivo da Pesquisa:

-

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

-

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.788.545

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentada autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, assinada pela Secretária Municipal Francieli Cristini Schultz.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_768261 ET.pdf	14/10/2016 16:18:41		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_Joinville.pdf	14/10/2016 10:50:57	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
Outros	Pedido_Emenda.docx	14/10/2016 10:45:45	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
Outros	Carta_Resposta.pdf	17/03/2016 18:58:01	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
Outros	Declaracao_confito_interesse.pdf	17/03/2016 18:57:20	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoComiteEtica_2016.docx	17/03/2016 18:56:28	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.docx	17/03/2016 18:56:18	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_especialistas.docx	17/03/2016 18:55:36	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	29/02/2016 15:02:54	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de	Autorizacao_Itaipolis.pdf	29/02/2016	LUISE LUDKE	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contabo.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

Continuação do Processo: 1.788.545

Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_Itaipolis.pdf	15:02:14	DOLNY	Aceito
Outros	termosDeConcessao.pdf	22/02/2016 14:24:32	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DeclaracaoConcordanciaInstituicao.pdf	22/02/2016 14:16:07	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	aut_uso_dados.pdf	22/02/2016 14:15:11	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_VargemBonita.pdf	22/02/2016 14:03:43	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_SaoMigueldeBoaVista.pdf	22/02/2016 14:03:29	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_Peritiba.pdf	22/02/2016 14:03:20	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_Itapema.pdf	22/02/2016 14:03:10	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_Florianopolis.pdf	22/02/2016 14:02:59	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_CordilheiraAlta.pdf	22/02/2016 14:02:48	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_Brusque.pdf	22/02/2016 14:02:31	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_BarraVelha.pdf	22/02/2016 14:02:18	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Autorizacao_Icara.pdf	22/02/2016 14:02:07	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Palácio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Balno: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-0094 E-mail: csp.propesq@contabo.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.788.545

Justificativa de Ausência	Autorizaca_icara.pdf	22/02/2016 14:02:07	LUISE LUDKE DOLNY	Aceito
---------------------------	----------------------	------------------------	----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 24 de Outubro de 2016

Assinado por:
Luiz Eduardo Toledo
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Pólo Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cnp.propesq@contato.ufsc.br