

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM
GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE

Michele Silva Lachno

**TELESSAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO À
DISTÂNCIA NA GESTÃO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Três de Maio, RS, Brasil

2015

Michele Silva Lachno

**TELESSAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
NA GESTÃO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde (Ead), da universidade Federal de Santa Maria/CESNORS (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof^{ra}. Dr^a. Isabel Cristina Pacheco Van der Sand

Três de Maio, RS, Brasil

2015

Michele Silva Lachno

Artigo apresentado ao Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde, da UFSM/CESNORS,
como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Gestão de Organização
Pública em Saúde.**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Artigo de Conclusão de Curso

**TELESSAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
NA GESTÃO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

elaborado por
Michele Silva Lachno

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Isabel Cristina Pacheco Van der Sand, Dr^a.
(Presidente/Orientador)

Rafael Marcelo Soder, Dr. (UFSM)
(Examinador)

Loiva Beatriz Dallepiane, Dr^a. (UFSM)
(Examinador)

Três de Maio, 04 de dezembro de 2015.

TELESSAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA NA GESTÃO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Michele Silva Lachno¹

Isabel Cristina Pacheco Van der Sand²

Resumo

A intenção do presente estudo, que se constitui no Trabalho de Conclusão de sua autora junto ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde – UFSM, é apresentar um relato crítico e reflexivo da experiência vivida junto ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Esse Programa é considerado uma potente ferramenta de gestão e nele serão enfocados os dispositivos do Telessaúde que melhor se adequam à gestão de serviços, no sentido de permitir a ampliação da capacidade resolutiva através da resolução da demanda profissional da Atenção Básica. O processo reflexivo propiciado por meio deste relato de experiência permite concluir que o Telessaúde visa auxiliar os gestores e profissionais dos serviços de saúde, representando um dispositivo interlocutor capaz de transformar processos de trabalho no campo da saúde.

Descritores: Telessaúde, Atenção Primária em Saúde, Educação à Distância, Gestão em Saúde.

Abstract

The intention of this study, which constitutes the Work Completion its author with the Specialization in Public Management Organisation Health - UFSM , is to present a critical and reflective account of their experience with the National Telehealth Program Brazil Networks. This program is considered a powerful management tool and it will be focused on the telehealth devices that best suit management services, to allow the expansion of response capacity by solving the professional demands of primary care. The reflective process afforded by this experience report shows that the Telehealth aims to help managers and professionals of health services , representing a speaker device capable of transforming work processes in health.

Keywords: Telehealth , Primary Health Care , Distance Education, Health Management.

¹ Enfermeira. Pós-graduanda em Gestão das Organizações Públicas de Saúde – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

² Enfermeira, Doutora em Ciência. Professora Adjunta da UFSM. Professora Orientadora do TCC.

Considerações Iniciais

A temática deste estudo, que se constitui em um relato de experiência, é o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Assim, para introduzir o tema, e explicitar as razões pelas quais se optou por construir este relato, é pertinente mencionar que a partir da consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em nosso país como uma política de Estado, o Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou o acesso às pessoas e às famílias à atenção à saúde, por meio de um cuidado integral e continuado de saúde. Para a efetivação desse cuidado prestado pelas equipes é imprescindível a utilização de ferramentas que qualifiquem diariamente esses profissionais, incluindo, nesse contexto, o uso das tecnologias, com vista a impactar favoravelmente a resolutividade do sistema público de saúde (CASTRO FILHO, 2007).

O uso das tecnologias de informação e comunicação tornou-se realidade em diversas áreas, não somente nas relativas ao conhecimento, com abrangência e importante aplicabilidade no campo da saúde. Com o acelerado crescimento tecnológico, em especial em países desenvolvidos e em desenvolvimento, a partir do século XX ocorreram transformações nas formas de conexão entre os diversos locais do mundo em que as informações transitam por meio de uma teia de redes (CARNEIRO, 2013).

O processo de informatização é importante recurso para criação de estratégias de ampliação da qualidade do gerenciamento da informação e do conhecimento, cabendo destacar que até pouco tempo predominava o pensamento da informatização centrada na automação de processos, com conseqüente substituição da mão-de-obra humana (RODRIGUES, 2015). Nessa perspectiva, a dimensão humana da organização do trabalho e sua importância nas adaptações necessárias durante as crises são relegadas a um segundo plano, com centralidade na máquina e nas questões tecnológicas (SANTOS, 2003).

Entretanto, é importante salientar que essa é uma tendência em superação, uma vez que na atualidade a informatização tem sido considerada uma potente ferramenta, recurso e estratégia para o trabalho humano, cujos objetivos são os de facilitar, agilizar, qualificar processos informacionais e ampliar as possibilidades de geração, uso e compartilhamento de conhecimento. Nesta lógica, a informatização contribui para a qualificação dos processos e para a produção de resultados satisfatórios, uma vez que, nessa orientação, o ser humano está no centro desse processo, pois o fenômeno informacional é também de ordem humana e social, e não apenas de ordem material e tecnológica (HADAD et al., 2004).

Na saúde, como em outros campos em que há atividades de gestão e gerenciamento, a incorporação de tecnologias da informação é essencial, pois representa suporte à melhoria dos processos de trabalho, elaboração do planejamento e monitoramento de suas atividades (SANTOS et al., 2003). Em geral, esses serviços necessitam buscar informações e conhecimentos de modo contínuo, a fim de atender as demandas sociais que, a cada dia são mais complexas. Isso exige a busca de meios ou abordagens que se ancorem em evidências científicas (FERNANDES, 2009).

A partir dessas necessidades, por meio da Portaria nº 2554, de 28 de outubro de 2011, foi instituído em nosso país o Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica (AB), com o objetivo de potencializar a qualificação da AB/ESF, estimulando o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs). Este Programa teve início no ano de 2007 como um projeto piloto, envolvendo nove núcleos de Telessaúde localizados em algumas universidades, com o objetivo de apoiar a AB. Em 2011 o financiamento do Programa foi expandido para núcleos intermunicipais e estaduais. Atualmente funciona em 22 estados brasileiros reunindo cerca de 6.000 pontos de Telessaúde, instalados em Unidades Básicas de 2.600 municípios, possibilitando o acesso de 50.000 profissionais de saúde (BRASIL, 2015).

Em 2012 o programa expandiu-se ainda mais, inserindo o serviço de Teleconsultoria por telefone e disponibilizando “suporte aos médicos da Atenção Básica participantes dos Programas Mais Médicos para o Brasil, Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), e às equipes do Programa Melhor em Casa” (BRASIL, 2015, p. 7). Essa ampliação teve por objetivos facilitar o acesso à informação e agilizar tomadas de decisão, de modo contribuir na resolução de problemas de saúde e dúvidas clínicas, sem a necessidade de agendamento prévio (BRASIL, 2015).

Contudo, a despeito do crescimento do acesso aos serviços de teleeducação e telediagnóstico verificado nos últimos quatro anos, de acordo com documento oficial ainda há uma subutilização desses serviços, em especial pelos profissionais médicos. Em razão dessa subutilização, em 2014, o governo brasileiro instituiu incentivo financeiro de custeio destinado aos núcleos de Telessaúde do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes na AB, por meio da Portaria 2.859, de 30 de dezembro de 2014 (BRASIL, 2015).

Cabe destacar que, neste relato de experiência, entende-se por teleeducação, conforme a Portaria MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, o conjunto de conferências, aulas e cursos ministrados por meio de utilização de tecnologias de informação e comunicação. O telediagnóstico, por vez, é definido, pela Portaria MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011,

como um serviço autônomo que utiliza as tecnologias de informação e comunicação para apoiar o diagnóstico através de distâncias geográfico e temporal (BRASIL, 2015).

Todo o esforço governamental no sentido de superar a subutilização mencionada ancorou-se na crença de que por meio de teleconsultoria haveria ampliação da capacidade resolutiva do profissional que acessa esse serviço, pois essa é uma atividade de apoio assistencial de natureza educacional. Nesta perspectiva, a consultoria teria potência para contribuir, dentre outras possibilidades, “na resolução da demanda do profissional da Atenção Básica por meio de respostas diretas a dúvidas concretas; na melhoria do acesso à Atenção Especializada no SUS, qualificando ou evitando encaminhamentos desnecessários com apoio da equipe de teleconsultores” (BRASIL, 2015, p. 8).

Cabe informar que a autora deste estudo, em sua trajetória profissional, teve a oportunidade de inserir-se na implantação do Telessaúde em nível regional para os municípios interessados pertencentes a 14ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) em Santa Rosa a partir de uma capacitação realizada pelo Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico do Rio Grande do Sul, sendo ao total de quatro horas/aula.

A intenção do presente estudo, que se constitui no Trabalho de Conclusão de sua autora junto ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública de Organização Pública em Saúde é apresentar um relato crítico e reflexivo, da experiência vivida junto ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Neste relato, esse Programa é considerado uma potente ferramenta de gestão e nele serão enfocados os dispositivos do Telessaúde que melhor se adéquam à gestão de serviços, no sentido de permitir a ampliação da capacidade resolutiva através da resolução da demanda profissional da Atenção Básica por meio de respostas diretas às dúvidas da realidade e que contribuam, também, na melhoria do acesso a atenção especializada no SUS, evitando encaminhamentos desnecessários e qualificando através do apoio da equipe de teleconsultores.

Dessa forma, o relato tem como objetivos:

- Relatar os desafios enfrentados na implantação da ferramenta Telessaúde como instrumento de qualificação e gestão em uma região de saúde do Rio Grande do Sul;
- Discutir acerca do Telessaúde como instrumento de gestão do cuidado e como ferramenta para educação permanente das equipes de saúde.

O PROGRAMA NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL REDES NO CONTEXTO DO SUS: notas da literatura

Com a finalidade de subsidiar teoricamente a reflexão crítica que se pretende empreender a partir do presente relato de experiência, esta seção é composta de alguns aportes acerca do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária em Saúde, com foco na Estratégia de Saúde da Família, sinalizando para a importância de ações resolutivas, que contemplem de modo integral e abrangente as demandas dos usuários, a partir de um entendimento abrangente de saúde. Ancoradas nesta lógica, a seção discorre ainda sobre a importância de ações no âmbito do SUS que exigem, entre outros elementos, a capacitação e qualificação profissional. Diante disso, busca-se conceituar e diferenciar educação permanente e educação continuada em saúde e, por fim, traz-se algumas noções a respeito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.

A Constituição Federal, de 1988, definiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípio básico o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da atenção à saúde (BRASIL, 1999). O texto constitucional mostra o interesse na descentralização dos serviços de saúde, reforçando a autonomia municipal e a participação popular, cabendo ressaltar que a normalização do SUS foi instituída apenas em 1990, com a aprovação das Leis nº 8080/90 e nº 8142/90.

A construção do SUS é norteada por alguns princípios doutrinários, como a universalidade, a equidade e a integralidade das ações de saúde, e sua organização se dá através de diretrizes como a regionalização e a hierarquização, bem como a resolutividade, a descentralização, a complementaridade e a participação dos cidadãos. Além disso, é pertinente, buscando-se aportes que ancorem a reflexão sobre a temática dessa reflexão, assinalar que essas diretrizes são basilares na gestão do SUS, a qual é realizada, com representação das três esferas federal, estadual e municipal, através da Comissão Gestores Tripartite - CIT (HADDAD, 2012).

No intuito de dar materialidade a esses princípios e diretrizes, em meados da década de noventa emerge, no cenário brasileiro, a proposição de reorganização do modelo assistencial de saúde. A partir desta proposta criada, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), que na década seguinte transforma-se na Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF torna-se a porta de entrada para a população no sistema de saúde representando

um mecanismo emblemático de reorganização da Atenção Primária em Saúde (APS) em nosso país (BRASIL, 2010).

Nesta perspectiva, a ESF é, para o Ministério da Saúde, a tática prioritária da APS e baseia-se na promoção da saúde, conceito abrangente que inclui, também, prevenção de doenças e tratamento de agravos mais comuns. As ações produzidas nessa estratégia têm potência para serem resolutivas, desde que contemplem integralmente e de forma mais abrangente as necessidades colocadas para além da assistência de saúde (BRASIL, 2012a), as quais, muitas vezes, demandam capacitação dos profissionais que compõem as equipes da atenção primária em saúde, que a partir de agora, em razão de uma tendência brasileira, nos referiremos como atenção básica (AB).

Cabe destacar que, a Constituição Federal, no artigo 200, que trata sobre as competências do SUS, em seu item III versa sobre a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, o que tem associação com distintos dispositivos de capacitação dos profissionais da saúde, dentre os quais a educação continuada e a educação permanente em saúde (BRASIL, 1999).

Diante desse contexto, considera-se necessário pautar as diferenças entre educação continuada e educação permanente em saúde. A primeira baseia-se nas necessidades do próprio indivíduo, a fim de melhorar suas competências e atender essa demanda de forma pontual. A segunda envolve mudanças nas relações, nos processos, nos produtos e, principalmente, nas pessoas, tornando-as mais críticas e integrando diversas abordagens no processo de trabalho (GUIMARÃES, 2006 apud CARNEIRO, 2013).

A educação continuada refere-se às experiências subsequentes à formação inicial do profissional visando o aperfeiçoamento das suas competências, constituindo-se de práticas educativas contínuas para desenvolver potencialidades nas áreas cognitiva, afetiva e psicomotora. A tarefa, então, não é apenas ensinar, mas sim propiciar ao profissional uma consciência crítica e a percepção de que é capaz de sempre aprender (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

A concepção de educação permanente, trazida na Portaria 198/2004, é de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e dos processos de trabalho. Neste contexto, os processos de qualificação dos trabalhadores devem ter como orientadores as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do

controle social em saúde (BRASIL, 2004). É importante salientar que na atualidade essa definição teve, por meio da Portaria 278/2014, reformulação e aprofundamento. Assim, entende-se que a Educação Permanente em Saúde (EPS) deve ancorar-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde, o que significa que o processo de aprendizagem deve permitir a produção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho (BRASIL, 2014).

Na EPS a lógica é a da descentralização, da ascendência, da multidisciplinaridade e transversalidade, o que envolve mudanças das relações, principalmente entre os sujeitos, além dos processos e produtos. Isto requer, ainda, ações no âmbito da formação, em todos os níveis de estudo, na (re)organização do trabalho e do serviço (MANCIA, 2004).

Destaca-se que o ideário da Educação Permanente se fundamenta em uma prática que privilegia o “saber fazer”, no intuito de dar respostas e superar as exigências do mundo do trabalho, o que sinaliza para a busca do auto aprimoramento do sujeito e da competência pessoal, profissional e social. Ela busca superar a dissociação entre intervenção e interação e entre fazer, pensar e sentir, objetiva, ainda, a garantia da autonomia dos sujeitos, da constante capacidade de aprender e de associar teoria e prática (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, ferramenta de educação permanente e de gestão do SUS, implantado em 2011, visa a qualificação dos serviços da AB, por meio da melhoria da prática profissional, representada pela resolutividade, o que, em tese, tem potência para impactar na redução dos encaminhamentos para a atenção especializada. Desde essa lógica, o Telessaúde é uma ferramenta de ampliação do diálogo entre a atenção especializada e a AB, visando aumentar a resolutividade desta última e qualificar o acesso do usuário aos serviços especializados (BRASIL, 2015).

Esse aumento da resolutividade se dá através da teleconsultoria, que é a comunicação eletrônica e telefônica por meio do que os profissionais de saúde discutem casos e tiram dúvidas. Essa ferramenta permite também apoio diagnóstico, o que se dá por meio de exames que permitem a realização de telediagnóstico, tais como eletrocardiograma (ECG), análise da imagem de fundo de olho, análise de lesões dermatológicas, dentre outros. Desse modo, o Telessaúde tem potencial para promoção de mudanças no processo de trabalho das equipes, transformando o modelo tradicional e se comprometendo com o cuidado integral e em rede (BRASIL, 2015).

Este Programa se implanta por meio de um processo de integração ensino-serviço. Estrutura-se em rede com a participação tanto de universidades como de serviços de saúde, tendo como um desafio a articulação, tanto em níveis técnicos e políticos, da gestão das áreas da saúde e da educação. A regência das universidades pelo Ministério da Educação permite, mesmo assim, a submissão de processos institucionais e administrativos próprios e independentes do SUS, o qual possui em suas esferas municipal, estadual e federal, suas próprias instâncias colegiadas de pactuação e gestão (HADDAD, 2012).

Para sua efetiva implantação e implementação, na lógica tripartite que orienta a gestão do SUS, o Programa Telessaúde foi instituído em articulação com a Coordenação Nacional do próprio Programa e os Comitês Gestores Estaduais do Telessaúde Brasil. Cada um dos 12 estados constituiu seu próprio Comitê Gestor Estadual, contando com as seguintes representações: Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde, Coordenação da Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço, Coordenação do Núcleo Universitário de Telessaúde, Direção da Escola Técnica do SUS (HADDAD, 2012).

A composição do Comitê Gestor Estadual aprovado pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB) escolheu de comum acordo os municípios e UBSs que seriam incluídos no Programa. A lista de municípios, bem como o plano de ações, foi aprovada nas respectivas CIBs. Na primeira etapa de implantação do programa, os critérios gerais de escolha dos municípios e Unidades Básicas de Saúde que seriam prioritariamente beneficiados também foram pactuados na Comissão Gestora Tripartite - CIT e publicados no ato normativo que o instituiu. Assim, em cada estado, as regiões mais remotas e com barreiras geográficas, os municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo e aqueles com maior cobertura do Programa de Saúde da Família foram priorizados. Ficou estabelecido que a conectividade fosse uma condição necessária e se constituísse em contrapartida do município para inclusão no programa (HADDAD, 2012).

Para isso, o Telessaúde utiliza modernas tecnologias da informação e comunicação à distância em seus diversos níveis, constituindo-se em um serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, de forma a apoiar o planejamento, monitorar, avaliar e intervir nos serviços da APS (BRASIL, 2012b). Os Núcleos de Telessaúde foram, então, equipados com computadores e equipamentos para videoconferências. Já os Pontos de Telessaúde localizados nas UBS receberam computador com *webcam*, impressora e câmera fotográfica digital com acessórios para captação de imagens padronizadas. Em todos os núcleos, a presença do clínico

geral ou do médico de família e comunidade foi essencial para garantir um padrão de atenção baseado no modelo da Atenção Básica como porta de entrada e ordenadora da Atenção à Saúde.

As etapas de implementação do Programa em cada estado, após a aprovação do projeto, envolvem, em linhas gerais: o planejamento e o desenvolvimento do sistema de Telessaúde, a sensibilização e mobilização dos gestores, a escolha dos municípios e Unidades de Saúde da Família que receberão o serviço, pactuação na CIB, a visita aos municípios para análise local das condições de implantação, o treinamento das equipes, a instalação dos equipamentos e testes para o total funcionamento.

Durante o período de manutenção, o Núcleo Universitário de Telessaúde, no caso do Rio Grande do Sul sediado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), deve manter em funcionamento os serviços técnicos, clínicos e educacionais, além de monitorar e avaliar sua utilização. Frente a uma baixa utilização das atividades de Telessaúde por um ou muitos municípios, pode-se disparar uma série de ações a fim de se esclarecer os motivos da baixa utilização (má qualidade das respostas às teleconsultorias, verificada no processo de auditoria) e apontar as intervenções para a correção de rumo (atividades de educação permanente e de qualificação dos teleconsultores ou sua substituição) (BRASIL, 2012b).

De acordo com a portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, que redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, este fornecerá aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde no SUS os serviços de teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e teleducação (BRASIL, 2011).

A teleconsultoria, como já mencionado na introdução deste estudo, refere-se à 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, podendo ser de duas formas, uma sendo síncrona teleconsultoria realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência ou assíncrona teleconsultoria realizada por meio de mensagens *off-line*.

O telediagnóstico é um serviço autônomo que utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através distâncias geográfica e temporal. Já, a Segunda Opinião Formativa consiste em uma resposta sistematizada,

construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS. A tele-educação se constitui por meio de conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação.

Dentre as atividades que podem ser realizadas por um Núcleo de Telessaúde (NT, o Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico do Rio Grande do Sul (TelessaúdeRS), por exemplo, disponibiliza às equipes de EFS vinculadas ao Programa várias modalidades de tele-educação como Webpalestras, cursos de educação à distância, objetos de aprendizagem (textos, imagens, apresentações multimídia) e a Webconferência de Acompanhamento (WA) (SILVA, *et al.*, 2012).

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e reflexivo, acerca da experiência de implantação do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes junto a municípios pertencentes à 14ª CRS do RS, a qual a autora principal deste relato teve a possibilidade de acompanhar. Destaca-se que este é um olhar da autora que se ancora na literatura do campo da saúde coletiva, em especial da educação permanente, e também em publicações de cotejamento que buscam refletir sobre esse Programa como ferramenta de qualificação da Atenção Básica em Saúde.

O desafio de relatar uma experiência, de acordo com Truisi (2011), refere-se à capacidade de olhá-la como um processo histórico complexo no qual intervêm diferentes atores, que ocorre em um contexto econômico-social determinado e num momento institucional no qual seu autor foi parte. Deste modo, sistematizar uma experiência significa entender porque esse processo se desenvolveu de determinada forma, entender e interpretar o que ocorreu, a partir de um ordenamento e da reconstrução do sucedido naquele processo no qual tomou parte o próprio autor.

O desafio está em não cairmos na tendência de somente reconstruir o que se sucedeu sem a interpretação crítica do sucedido, o que possibilita extrair as lições aprendidas que tenham utilidade para o futuro. Portanto, o desafio neste aspecto é que sejamos capazes de passar do descritivo e narrativo para o crítico e interpretativo (TRUISI, 2011, p. 179 – tradução nossa).

RESULTADOS E DISCUSSÃO: relato e reflexões sobre a experiência de implantação do Programa Telessaúde Redes Brasil no âmbito da 14ª CRS

A implantação do Telessaúde na 14ª CRS/RS, objeto deste relato de experiência, se constituiu nesta Coordenadoria a partir de um pedido oficial, por escrito, dos municípios para ingresso no Programa, após uma capacitação ministrada pelo próprio Telessaúde RS com parceria da UFRGS.

Nesse momento, foram capacitados profissionais de vinte dos vinte e dois municípios da abrangência dessa CRS. Apenas dois municípios não receberam a capacitação ofertada em razão de, na época, não ter Estratégia de Saúde da Família implantada, condição para o ingresso no Programa. Atualmente os vinte e dois municípios da 14ª CRS/RS têm pontos de acesso ao Telessaúde, o que, em tese, fomenta a educação permanente e a gestão do cuidado para essas Equipes de Saúde da Família. Cabe salientar que esses dois municípios que não receberam capacitação ofertada na época até hoje permanecem sem capacitação.

No ano de 2013, em março, foi desenvolvida, no município de Santa Rosa, sede da 14ª CRS, uma capacitação para a utilização das ferramentas do Telessaúde. Esta foi uma iniciativa do Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico do Rio Grande do Sul, totalizando quatro horas/aula. Nessa iniciativa participaram duas pessoas por município, um representante dos profissionais de nível superior e outro dos de nível técnico ou médio, também o convite se entendeu para os gestores desses municípios. Nessa ocasião todos tiveram oportunidade de conhecer as proposições do Programa do Telessaúde e de manusear a Plataforma de Telessaúde do Ministério da saúde. Além disso, foi apresentada e acessada a Plataforma do Telessaúde RS, quando foram habilitados à acessá-la por meio da realização de cadastro, com login e senha. Os participantes tiveram, ainda, possibilidade de usar e configurar os aplicativos Skype e Adobe Connect, ferramentas úteis aos objetivos do Programa.

No acompanhamento desse processo de implantação e implementação do Programa Telessaúde no âmbito da 14ª CRS, as maiores dificuldades nesse processo foram que alguns municípios não apresentavam cenário adequado para utilizarem a ferramenta do telessaúde, além de algumas vezes apresentarem dúvidas em relação à plataforma do programa, como acessar aos diferentes cursos, como solicitar uma teleconsultoria, entre outros. Por se tratar de um instrumento novo e pouco conhecido, inicialmente alguns municípios enfrentaram dificuldades, o que contribuiu para que recorressem à CRS à procura de maiores informações por meio de telefonemas ou e-mail. Da mesma forma, os profissionais do Departamento da Atenção Básica da 14ª CRS gerenciavam e coordenavam, além do Telessaúde, outros

programas, o que, também representou dificuldades e fez com necessitassem buscar o respaldo da Secretaria Estadual da Saúde a fim de sanar suas dúvidas para dar o suporte que os municípios necessitavam. Outro fator que pode ter contribuído para agravar essas dificuldades iniciais está no processo de capacitação oferecido tanto às equipes dos municípios quanto aos profissionais da Coordenadoria, que, como já referido neste relato, foi de um único encontro de quatro horas/aula.

Dentre as dificuldades destaca-se, também, a conectividade, o que se associa à baixa frequência de *internet*, principalmente em unidades localizadas no interior, resultando em falhas de transmissão *online* de webconferencias e demais vídeos. Nesse sentido, houve investimentos financeiros por parte do governo estadual, afim de que as secretarias municipais de saúde pudessem qualificar as redes lógica e elétrica, estruturas essas que dão suporte para que ocorra a transmissão on-line de dados através da plataforma do Telessaúde.

Cabe mencionar que a teleconsultoria, que se dá por iniciativa do profissional de saúde solicitante, assenta-se em uma proposta que pretende ir além de meramente responder ao que foi perguntado, propõe, também, otimizar as possibilidades de aprendizado. Nesta perspectiva, a resposta deve contextualizar o problema epidemiologicamente e por meio dos atributos da Atenção Primária, com vistas a transformar o processo de trabalho. Mais do que isso, é uma ferramenta que informa ao solicitante possibilidades de atualização em outras oportunidades e oferece informações baseadas em evidências científicas confiáveis (SILVA et al, 2012).

Outro gargalo, objeto de discussão entre os profissionais das equipes da 14ª CRS que aderiram ao Programa, referia-se ao tempo disponibilizado a esses profissionais, no interior de seu processo de trabalho, para se atualizarem, ou seja, para participarem de atividades de tele-educação, e, até mesmo, para buscarem respostas para suas dúvidas clínicas. Essa dificuldade aponta para a importância de os gestores se sensibilizarem para a necessidade da educação permanente dos profissionais das equipes da AB, e, concomitantemente, se apropriarem da ferramenta Telessaúde, compreendendo-a como um instrumento que, de forma rápida e segura, capacita e melhora a qualidade e a resolutividade prestada das ações dos atores envolvidos na atenção à saúde dos usuários, numa atitude franca de corresponsabilidade.

Refletindo-se acerca da implantação e implementação do Programa Telessaúde Redes Brasil, a vivência da autora principal deste relato permite conjecturar que no cenário dos municípios da 14ª CRS, apesar dos investimentos e alguns avanços relativos a este processo

iniciado há dois anos nessa regional de saúde, as atividades de teleconsultoria encontram-se, ainda, em processo de implantação, com baixa adesão por parte dos profissionais de saúde e, em consequência, com resolutividade abaixo do potencial esperado para esta atividade, o que é, ainda, bastante comum em outros municípios brasileiros e inclusive gaúchos.

Em investigação, do tipo estudos de casos múltiplos, desenvolvida em Pernambuco, com o objetivo de avaliar o grau de implantação da RedeNutes em municípios da 11ª Regional de Saúde daquele estado, o estudo conclui que, em todas as dimensões analisadas, o componente Tele-assistência encontra-se não implantado. A autora destaca que o Telessaúde tem potencialidade para contribuir com a melhoria do cuidado integral à saúde da população assistida, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, contudo, para atingir seus objetivos necessita de maior adesão à intervenção, sobretudo no componente relacionado à Tele-assistência (OLIVEIRA, 2010).

Estudo, que incluiu 286 Equipes de Saúde da Família de 127 municípios gaúchos que eram atendidas pelo Programa, cujo objetivo foi o de avaliar quantitativamente o TelessaúdeRS a partir da análise de quatro indicadores de processo, constatou que no período analisado não ocorreu grande número de solicitações por equipe de saúde, visto que a média foi de 0,39 teleconsultorias/mês/ESF. A investigação revela, ainda, que foram realizadas 1.325 solicitações de Teleconsultorias, com média de 110 solicitações de Teleconsultorias por mês para o total de municípios. Foram realizadas 785 Webconferência de Acompanhamento (WA), com média de 65 WA/mês e participação média de 48 municípios/mês. Nesses sete meses, 950 profissionais participaram em 446 WA. Os autores concluem que o número de solicitação de Teleconsultorias não alcançou o desejável, pois, segundo a Portaria 2.554/2011, o financiamento de Projetos de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica prevê uma média de duas teleconsultoria/mês/ESF⁴. Além disso, asseveram que a ferramenta de Tele-educação tem uma maior adesão quando comparada com o número de solicitação de Teleconsultorias (SILVA, *et al.*, 2012).

Silva, *et al.* (2012), frente a esses resultados, asseveram que, mesmo que as solicitações de teleconsultoria tivessem atingido o preconizado de duas por ESF/mês, a eficiência das ações do Programa pode ser colocada em xeque, porque não há garantias de que impactarão positivamente na saúde dos indivíduos e comunidades. Ancoram-se ao tecer esta afirmação em resultados de dissertação de mestrado que verificou baixa associação entre as

solicitações de Teleconsultorias e condições sensíveis de internação³ das regiões estudadas (FONTANIVE, 2009). Isto pode estar associado, segundo os autores, ao fato de que muitas solicitações de teleconsultorias ocorrem durante as webconferências de acompanhamento, o que acarreta em uma associação positiva entre WA e teleconsultorias, mas não afeta necessariamente os desfechos em saúde da população. Por outro lado, ressaltam que a WA consegue abranger um maior número de ESF participantes e discutir, em tempo real, problemas específicos das equipes. Além disso, destacam que nessa atividade são reforçados aspectos relacionados ao processo de trabalho e os atributos da Atenção Primária (SILVA, *et al.*, 2012).

Contudo, a vivência ora relatada permitiu perceber que este modelo se depara com desafios, já mencionados anteriormente, por se tratar de uma prática relativamente nova dentro da rede de saúde, por requerer a plena informatização dos serviços e a instituição de uma mudança cultural no cotidiano de trabalho das equipes de saúde.

Entretanto, apesar das dificuldades encontradas por alguns municípios em relação a essa ferramenta de educação permanente em saúde, considera-se que ela é potente para qualificação do processo de trabalho das equipes, na medida em que permite o aperfeiçoamento dos profissionais por meio de cursos, palestras, discussão de casos, entre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é um relato de experiência que surge do trabalho de sua autora principal em uma Coordenadoria Regional de Saúde do RS, em específico junto ao processo de implantação e implementação do Programa Telessaúde Redes Brasil. A experiência, apesar das dificuldades e dos desafios a serem superados pelas equipes que aderiram ao Programa, parece constituir-se em importante dispositivo de gestão em serviços de saúde, dada a possibilidade de acesso a modernas tecnologias informacionais, destacadas as suas benesses para o aprimoramento dos processos de trabalho em saúde, visando repercussão positiva na atenção prestada aos usuários da AB.

³ A avaliação das Internações por Condições Sensíveis (ICS) constitui-se em indicador da resolutividade da APS. As ICS referem-se a problemas e complicações agravos à saúde que, se devidamente tratados no âmbito da APS, seriam atenuados ou mesmo evitados (FONTANIVE, 2009, p.13).

A vivência permite afirmar que é difícil pensar, nos dias atuais no cenário brasileiro, na gestão de serviços de saúde sem os aparatos da tecnologia. Essa percepção aponta para o desafio de que tais tecnologias adentrem lugares longínquos deste país de dimensões continentais, representados pelos cenários rurais, ribeirinhos, de florestas, dentre outros, e qualifiquem também a atenção à saúde das populações aí residentes (e não só das residentes em meio urbanos com maior densidade populacional) para quem ainda se tem uma dívida histórica, de saúde e social, a ser resgatada.

Nessa perspectiva, a educação à distância representa uma estratégia para qualificar a prática de saúde, tornando-a mais resolutiva. Essa percepção se fortalece nos casos em que ela é orientada pelos pressupostos da educação permanente que se ancore em paradigmas emancipadores. Pautado nessas ideias, o Telessaúde representa potente dispositivo de mediação capaz de propiciar ao profissional conhecimentos sobre determinada temática e de instiga-lo a buscar maiores informações e saberes.

A despeito dos desafios ainda a serem enfrentados para a plena implementação desse Programa, a experiência da autora permite afirmar que essa modalidade de educação permanente é de extrema valia, na medida em que permite atender a profissionais que se encontram distantes dos centros de ensino tradicionais, situação que, quase sempre, contribui para dificultar sua qualificação profissional. Além disso, essa modalidade oferece suporte multiprofissional e assistência de qualidade à equipe de trabalho de uma forma mais rápida do que nos moldes tradicionais.

A partir da implantação do Telessaúde no ambiente de trabalho em saúde se percebe o quanto ele possibilita melhores resultados, respostas agilizadas para os questionamentos dos profissionais, capacitação multiprofissional de qualidade e à distância sem custos, bem como troca de saberes e de práticas. Ademais, favorece a integração entre gestores e os profissionais das ESF, estimulando a busca de novos conhecimentos.

A reflexão acerca dessa experiência aponta, ainda, para a necessária sensibilização dos gestores acerca das potencialidades do Telessaúde e da necessária reorganização dos processos de trabalho de modo a possibilitar que os profissionais se qualifiquem por meio dessa ferramenta. Nesse sentido, essa sensibilização talvez possa ser alcançada, pelo menos em parte, através da utilização mais frequente dos instrumentos do próprio Programa pelos gestores, de forma a ampliar sua compreensão sobre seus benefícios e, em consequência, permitir uma adesão cada vez maior à telemática.

Fundamentada na experiência relatada, nos estudos que subsidiaram a reflexão sobre ela e na compreensão de que o Telessaúde pode contribuir na transformação das práticas de trabalho das equipes de saúde, constituindo-se em elo de comunicação das redes integradas de atenção à saúde, em que a APS é responsável por esta ordenação e pela coordenação do cuidado das pessoas, aponta-se para a importância do desenvolvimento de pesquisas que avaliem os impactos do Programa sobre a saúde dos usuários da AB e que busquem compreender fenomenologicamente os motivos da baixa adesão das equipes ao Programa.

A reflexão propiciada por meio deste relato de experiência permite concluir que o Telessaúde tem potência para auxiliar os gestores e profissionais dos serviços de saúde, representando um dispositivo interlocutor capaz de transformar processos de trabalho no campo da saúde.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988**. 22ª edição atualizada e ampliada. São Paulo: Saraiva, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Telessaúde para a Atenção Básica**. Atenção primária em Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional Telessaúde Redes: Custeio dos Núcleos de Telessaúde**. Manual Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 42, 28 fev. 2014. Seção 1, p. 59. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1, p. 50. Disponível em: <<http://cbitms.com.br/wp-content/uploads/2014/06/portaria2546.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para

a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004. Seção 1, p.37.

CARNEIRO, V. F.; BRANT, L. C. Telessaúde: dispositivo de educação permanente em saúde no âmbito da gestão de serviços. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 4, n. 2, 2013 p.494-16. Disponível em <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/515/pdf_1> Acesso em: 10 out. 2015.

CASTRO FILHO, E .D. Telessaúde em apoio a Atenção Primária a Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.3, n 11, out/dez 2007. Disponível em:< <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/227/180>> Acesso em: 10 out. 2015.

FARIA MGA, DAVID HMSL. Enfermagem e Educação permanente à distância: O exemplo do Projeto Telessaúde Brasil Núcleo Rio de Janeiro. **Cogitare enferm**. 2010;15(4):667-73.

FERNANDES, M.M. **Desenvolvimento de modelo de gestão de tecnologias no Instituto Nacional de Câncer**. 2009. p.141. Dissertação (Mestrado)– Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

FONTANIVE, P.V.N. **Necessidades em educação permanente percebidas por profissionais médicos das equipes da estratégia saúde da família dos municípios do projeto TelessaúdeRS**. 2009, p.13. Dissertação (Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

HADAD, S. C; et al. F. Informatização das unidades básicas de saúde em Belo Horizonte: mudanças e aperfeiçoamento dos processos de trabalho e de gestão. 2004. . Em: **Anais do IX CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE**; 2004; Ribeirão Preto, Brasil. São Paulo: Sociedade Brasileira de Informática em Saúde; 2004. p. 310-4. Disponível em:< www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/1051.doc> Acesso em 10. nov.2015.

HADDAD, A. E. Experiência Brasileira do Programa Nacional Telessaúde Brasil. In: Ivan Mathias; Alexandra Monteiro. (Org.). **Inovação Tecnológica em Educação e Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2012, v. 1, p. 12-44.

MANCIA, J.R., CABRAL, L.C. e KOERICH, M.S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF) 2004 set/out;v.57(5), p.605 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a18v57n5.pdf>> Acesso em:11 de out. 2015.

OLIVEIRA, D.G. **Análise do grau de implantação da Telessaúde na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco: estudo de casos**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; MÉIER M.J.; Percepção da educação permanente continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino – **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2007;São Paulo, v.41, n.3, p.478-484, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/19.pdf>> Acesso em 10 de out.2015.

RODRIGUES, E.F., LACHNO, M.S., ALBUQUERQUE, F.M.P., BISOGNIN, E. A informatização como ferramenta de integralidade do sistema único de saúde: relato de

experiência. **Anais** do CONGRESSO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – Unijuí. Ijuí-RS: 2015. Disponível em: <<http://www.casaleiria.com.br/3cies/3cies.zip>> Acesso em 10 de set de 2015.

SANTOS, A. de F., **Sistemas de informação em saúde do Brasil e da França: uma abordagem a partir dos referenciais da ciência da informação e da área da saúde.** p.274. Tese Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação)- ECI/UFMG, Belo Horizonte, MG, 2003.

SANTOS, S. F. et al. “Projeto de Informatização da Rede Municipal de Saúde de Belo horizonte – Sistema Saúde em Rede”. **Anais** do VII CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA. Brasília: Abrasco. 2003.

SILVA, A.R., et al. Monitoramento e avaliação: indicadores de processo de um núcleo de telessaúde. **Anais** do XIII CONGRESSO BRASILEIRO EM INFORMÁTICA EM SAÚDE – CBIS 2012. Disponível em:< <http://www.sbis.org.br/cbis2012/arquivos/802.pdf>> Acesso em 11 de Nov. 2015.

TRUISI, M. L. V. Cuidar e investigar: desafios metodológicos em Enfermería y en salud. **Texto Contexto Enfer.**, Florianópolis, 2011 Jan-Mar; v.20(1),p. 175-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000100021&script=sci_arttext Acesso em: 05 de Nov. 2015.