



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Sub-Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa
Programa de Pós Graduação em Telemedicina e Telessaúde
UDT - Laboratório de Telessaúde

Wanessa Campos Vinhal

Impactos da regulação da Teleconsultoria na Atenção Primária

Rio de Janeiro

2018

Wanessa Campos Vinhal

Impactos da regulação da Teleconsultoria na Atenção Primária



Trabalho de Conclusão do Curso apresentada, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Telessaúde, ao Programa de Pós-graduação em Telemedicina e Telessaúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador (a): Prof.^a Dra. Renata Nunes Aranha

Coorientador: Prof. Dr. Denizar Vianna Araújo

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CTC-A

Vinhal, Wanessa Campos.

Impactos da regulação da Teleconsultoria na Atenção Primária /
Wanessa Campos Vinhal. – 2018.f. :67.

Orientador: Renata Nunes Aranha.

Coorientador: Denizar Vianna Araújo

Trabalho de Conclusão do Curso em Mestrado Profissional em
Telemedicina e Telessaúde - Programa de Pós Graduação em
Telemedicina e Telessaúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

I. Aranha, Renata Nunes II. Araújo, Denizar Vianna. III. Impactos
da regulação da Teleconsultoria na Atenção Primária. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Autorizo para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Wanessa Campos Vinhal

Impactos da regulação da Teleconsultoria na Atenção Primária

Trabalho de Conclusão do Curso apresentada, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Telessaúde, ao Programa de Pós-graduação em Telemedicina e Telessaúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 07 de março de 2018.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Renata Nunes Aranha Orientador(a)

Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes - UERJ

Prof. Dr. Denizar Vianna Araújo Coorientador(a)

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof.^a Dra. Leila Cristina Soares Brollo

Fisiopatologia e ciências cirúrgicas – UERJ

Prof.^a Dra. Juliana Arruda de Matos

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - Fundação
Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

Dedico este mestrado a minha família que são as pessoas mais importantes da minha vida, e sei que posso contar em qualquer momento. Ao meu marido Douglas pelo companheirismo e apoio, ao meu filho Bernardo que é minha maior motivação para correr atrás dos meus sonhos e acreditar em um mundo melhor, aos meus pais Maria José e Djalma pelos ensinamentos que fizeram eu me tornar quem sou, devo tudo a eles, aos meus irmãos que sempre me apoiaram e aos amigos que sempre estão presentes na minha vida e me dão força quando preciso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, aos meus familiares e amigos pela compreensão nos momentos de ausência e apoio.

Agradeço a minha Orientadora Prof^a Renata Nunes Aranha pela colaboração, conhecimento e atenção que tem comigo.

Agradeço o meu Co-orientador Prof. Denizar Vianna Araújo pela contribuição e ajuda neste trabalho.

Agradeço a Prof^a Alexandra Monteiro pela oportunidade de conseguir realizar um sonho e por proporcionar a condição necessária para a conclusão desta dissertação.

A instituição UERJ e todos os professores sempre dispostos a ajudar.

Aos amigos de turma que sempre foram prestativos comigo.

Agradeço também ao Allan Rodrigo Murrieta França pela contribuição generosa nesta dissertação.

Minha enorme gratidão a Prof.^a Dr^a Clareci Silva Cardoso por quem eu tenho muita admiração e respeito, agradeço também toda equipe da Rede de Teleassistência de Minas Gerais pelo apoio, disponibilidade e por acreditar que o conhecimento enobrece o ser humano.

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo.
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.

José de Alencar

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Telessaúde promove processo de mudança cultural com um serviço novo, mas pouco popularizado, é também uma ótima ferramenta de integração entre a inovação e a saúde pública, porém as ações no Brasil não impactaram como esperado.

OBJETIVO: Analisar os aspectos associados à baixa utilização das teleconsultorias considerando as limitações dos usuários, e também a qualidade da utilização do sistema após a publicação da resolução SES/MG 5.246 entrar em vigor e tornar a teleconsultoria obrigatória.

METODO: Trata-se de um estudo transversal com aplicação de questionário elaborado para profissionais de saúde e teleconsultores plantonistas, tendo como objetivo avaliar a demanda e a qualidade da teleconsultoria, e também investigar os fatores associados a sua utilização.

RESULTADO: Os profissionais que responderam acreditam que o sistema ajuda no atendimento qualificado, dá suporte clínico para resolver casos sem precisar encaminhar, mas alegam falta de tempo e acabam não realizando Teleconsultoria. A maioria dos profissionais que responderam o questionário são enfermeiros, cerca de 80% deles tem nível de formação superior. A maioria dos profissionais de saúde utiliza o celular para buscar informações sobre casos clínicos, mas quando fazem teleconsultoria usam o computador do trabalho. Em relação ao funcionamento, desempenho, tempo de resposta e satisfação dos profissionais de saúde sobre a teleconsultoria, a maioria das respostas foram positivas e favoráveis ao sistema. Os teleconsultores descreveram que aumentou muito as teleconsultorias, porém com casos fictícios e repetidos. **CONCLUSÃO:** Identificou-se que apesar do aumento da teleconsultoria após a resolução, houve baixa qualidade e efetividade, e com isso a necessidade de treinamento prático, apoio da gestão e orientação sobre novas tecnologias e serviços de saúde principalmente na atenção básica. Cabe divulgar e ressaltar que leis precisam estar em conjunto com as ações e com os usuários que utilizam a teleconsultoria para garantir sua efetividade.

Palavras-chave: Teleconsultoria. Telemedicina. Tecnologia de Informação. Atenção Primária à saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Telehealth promotes a process of cultural change as a new service, but little popularized, it is also a great tool for integrating innovation and public health, but actions in Brazil did not impact as expected. **OBJECTIVE:** To analyze the aspects associated the low utilization of teleconsultation considering the limitations of the users, and also the quality of the use of the system after the publication of resolution SES/MG 5.246 come into force and make teleconsultation mandatory. **METHODS:** This is a cross-sectional study with application of a questionnaire prepared for health professionals and teleconsultores on-call, with the objective of evaluating remote consultation demand and quality, as well as investigating the factors associated with its use. **RESULTS:** The professionals who answered believe that the system helps in qualified care, gives clinical support to solve cases without having to forward, but they claim lack of time and end up not doing remote consultation. Most of the professionals who answered the questionnaire are nurses, about 80% of them have a higher education level. Most health professionals use their cell phone to look for information on clinical cases, but when they do remote consultation they use their work computer. Regarding the functioning, performance, response time and satisfaction of the health professionals about remote consultation, the majority of responses were positive and favorable to the system. The teleconsultores described that it greatly increased teleconsultorias, but with fictitious and repeated cases. **CONCLUSIONS:** It was identified that despite the increase in teleconsultation after resolution, there was low quality and effectiveness, and with this the need for practical training, management support and guidance on new technologies and health services mainly in basic care. It is worth disclosing and emphasizing that laws need to be in tandem with the actions and with the users who use remote consultation to guarantee its effectiveness.

Keywords: Remote Consultation. Telemedicine. Information Technology. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura	1 Mapa situacional da implantação de núcleos de telessaúde no Brasil.....	24
Figura	2 Modelo de múltiplos fluxos da política pública de telessaúde no contexto brasileiro.....	25
Figura	3 Cobertura da Rede de Teleassistência de Minas Gerais de acordo com as fases de implantação.....	31
Figura	4 A estrutura da Rede de Teleassistência de Minas Gerais.....	32
Figura	5 Manual rápido de utilização do sistema de Teleconsultoria.....	34

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico	1 Resultado da pesquisa com profissionais de ESF vinculados ao Núcleo de Teleassistência de Minas Gerais, sobre a influência de atividades de capacitação no município na sua decisão de permanecer em locais remotos.....	19
---------	--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro	1 Principais Portarias que Regulamentam a Telessaúde no Brasil.....	27
Quadro	2 Áreas de teleconsultoria oferecidas pela RTMG de teleconsultoria no segundo período foi estatisticamente significativa.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela	1 Indicador de produtividade para repasse de recurso financeiro para atenção primária.....	35
Tabela	2 Análise dos profissionais entrevistados:.....	40
Tabela	3 Análise descritiva das características dos profissionais de saúde entrevistados...	41
Tabela	4 Relação dos profissionais de saúde com acesso eletrônico.....	41
Tabela	5 Qualidade de internet e nível de conhecimento em informática.....	42
Tabela	6 A análise das respostas dos profissionais de saúde, sobre as perguntas referentes ao sistema de teleconsultoria.....	43
Tabela	7 Análise dos Teleconsultores Plantonistas entrevistados.....	45
Tabela	8 Relação das respostas dos Teleconsultores em relação a teleconsultoria e a opinião sobre a obrigatoriedade do uso.....	46
Tabela	9 A frequência e porcentagem de teleconsultorias recebidas pelos dois períodos analisados.....	47
Tabela	10 A quantidade de teleconsultoria realizada por especialidade nos dois períodos.	48
Tabela	11 Análise com o teste t de Student para identificar se a diferença de utilização...	49

LISTA DE APÊNDICE

Apêndice	A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	57
Apêndice	B Questionário para Teleconsultor Plantonista.....	60
Apêndice	C Questionário dos Profissionais de saúde após grupo focal e discussão com o especialista.....	63

LISTA DE ANEXO

Anexo	1 Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.....	66
-------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APS	Atenção Primária à Saúde
CCO	Campus Centro Oeste Ministério da Saúde
CEM	Código de Ética Médica
CENAPAD	Centro Nacional de Processamento de Alto Desempenho
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIRM	Centro Internacional e Rádio Médico
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CT	Centro de Telessaúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EDM-Milênio	Estação Digital Médica
ESF	Equipe de Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
GEICOM	Gerenciador de Indicadores Compromissos e Metas
GM	Gabinete do Ministro
GRS	Gerência Regional de Saúde
HC	Hospital das Clínicas
ITU	União Internacional das Telecomunicações
LCC	Laboratório de Computação Científica
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASA	National Aeronautics and Space Administration
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
REMAVE	Rede Metropolitana de Alta Velocidade
RNP	Rede Nacional de Ensino e Pesquisa
RTMG	Rede de Teleassistência de Minas Gerais
RUTE	Rede Universitária de Telemedicina
SAS	Secretário de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Tecnologia de Informação
TIC	Tecnologia de Informação de Comunicação
UF	Unidade Federativa
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFSJ	Universidade Federal de São João Del Rei
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UFVJM	Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri
Unimontes	Universidade Estadual de Montes Claros

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
MATERIAL	19
Histórico da Telessaúde	21
Telessaúde no Brasil	22
Principais Portarias que Regulamentam a Telessaúde no Brasil	26
NORMAS DA TELEMEDICINA	28
Os principais artigos da resolução relacionados à Telemedicina são:	28
NORMAS REFERENTES A OUTRAS ÁREAS DA SAÚDE	29
TELESSAÚDE EM MINAS GERAIS	30
TELECONSULTORIA	36
OBJETIVOS:	37
Específicos:	37
METODOLOGIA	38
Coleta de Dados:	38
População do estudo, critérios de inclusão e exclusão e estatística:	39
Aspecto Ético:	40
RESULTADOS	40
DISCUSSÃO	49
CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	57
APÊNDICE B – Questionário para Teleconsultor Plantonista	60
APÊNDICE C – Questionário dos Profissionais de saúde após grupo focal e discussão com o especialista	63
ANEXO 1: Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG	66

INTRODUÇÃO

O conceito de tecnologia em saúde, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), abrange qualquer intervenção utilizada para promover a saúde, e isto inclui todas as tecnologias que interagem diretamente com os pacientes, como medicamentos, equipamentos, procedimentos médicos, técnicas cirúrgicas, normas técnicas para uso de equipamento, sistemas organizacionais (BRASIL, 2009).

A OMS define tecnologia em saúde como a “*aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida*”. O termo envolve diversos fatores, pois tem o interesse de incentivar melhorias na saúde, precaver e tratar as doenças, recuperar pacientes e ajudar na triagem diagnóstica (OMS, 2010).

Os avanços na tecnologia estão sendo incorporados a várias dimensões sociais e trazendo contribuições importantes no cuidado à saúde e prestação da assistência qualificada. Estes avanços abrangem um conjunto de tecnologias baseadas nas telecomunicações e na informática, denominado Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) (PIROPO, 2015).

Os avanços na tecnologia desde os anos 1900 permitiram novas formas de prestar assistência médica, com a potencialidade de promover serviços de alta qualidade mais acessíveis, melhora dos resultados podendo ser aplicado em países desenvolvidos e em desenvolvimento (MALIK, 2015). Hoje, a tecnologia de informação (TI) está tão inserida nos serviços de saúde que é praticamente inviável ter uma decisão sem utilizá-la, pois está presente em hardwares, softwares, sistemas de integração e apoio, em infraestruturas operacionais e pessoais, trazendo benefício clínico, organizacional e financeiro.

Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2016) da 139ª sessão do conselho executivo, realizada dia 27 de maio de 2016, as tecnologias móveis estão se transformando em um recurso importante para oferecer um serviço de saúde melhor, pela sua praticidade, alto alcance e facilidade de uso, gerando boa aceitação. De acordo com o relatório preparado pela União Internacional das Telecomunicações (ITU) em

2015, há mais de 7 bilhões de assinaturas de telefonia móvel em todo o mundo, mais de 70% são em países em desenvolvimento. Em muitos lugares, as pessoas são mais propensas a ter acesso a um telefone móvel do que serviços básicos. Podemos destacar que essa mudança facilita o acesso a informação, melhora a comunicação e diminui as barreiras geográficas.

Muitos termos são utilizados para indicar o uso das TICs na Saúde, um deles é a telemedicina. Existem várias expressões para o termo: e-Saúde, telessaúde, telemedicina, teleassistência e vários outros referentes às especialidades médicas multiprofissionais (teleradiologia, telecardiologia, teleenfermagem, teleodontologia e etc.).

A primeira muito usada foi a telemedicina, a partir da década de 1960. Existem muitas definições na literatura para o termo telemedicina, mas ao longo do tempo estão sendo aprimoradas e reformuladas de acordo com as novas facilidades tecnológicas e com as necessidades em saúde. As maiorias das definições estão centradas na idéia de que a telemedicina consiste no uso da tecnologia para possibilitar os cuidados à saúde, nas situações em que a distância seria uma dificuldade. Telemedicina significava inicialmente, nos anos 1960, o “tratamento do paciente pelo médico à distância”. Na seqüência o conceito foi ampliado para “*transferência de dados médicos por meio eletrônico de um local para outro*” (SANTOS, 2006).

Craig e Patterson (2006) sugerem a seguinte definição para telemedicina: “*rápido acesso à experiência (médica) por meio de tecnologias de telecomunicações e informações, não importando onde esteja localizado o paciente ou a informação*”.

Segundo Chao (2015), além dos aspectos assistenciais, a telemedicina também oferece acesso à educação, ao conhecimento multicêntrico, à atualização continuada do profissional de saúde, e à pesquisa médica, em especial para os estudantes e os médicos que se localizam em regiões mais afastadas.

Segundo Nouhi(2012), quatro fatores são importantes para a telemedicina atingir o objetivo de melhorar os resultados de saúde:

1. Ter a finalidade de fornecer suporte clínico;
2. Superar barreiras geográficas;
3. Conectar usuários que não estão presentes no mesmo lugar;

4. Usar vários tipos de TIC.

A teleconsulta, que é a relação entre o profissional de saúde com o paciente à distância, é proibida no Brasil pelo Art. 62 do Código de Ética Médica (BRASIL, 2009), salvo em situações de emergência, o que é regulado pela Resolução 1.643/02 do Conselho Federal de Medicina.

Segundo o MS, teleconsultoria é a consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área da saúde, por meio de TIC, para esclarecer dúvidas sobre casos clínicos, ações de saúde e questões sobre processo de trabalho.

A expansão da aplicação da telemedicina para os diversos serviços de saúde proporcionou o surgimento de termos adicionais na década de 1990, sendo os mais comuns “telecuidado”, “e-Saúde” e “telessaúde”, todos com o objetivo de ampliar a sua abrangência (CRUZ, 2016).

Os termos “telessaúde”, “telemedicina” e “e-Saúde” são os mais citados na literatura, e muito utilizados dentro do mesmo contexto. Os termos telemedicina e a telessaúde são comparados de forma equivocada como sinônimos, entretanto, a telessaúde tem um conceito mais amplo abrangendo multiprofissionais e a telemedicina deve ser vista como um subconjunto da telessaúde (CRUZ, 2016).

Norris (2002) define a telessaúde como o *“uso das tecnologias de informação e comunicação para transferir informações de dados e serviços clínicos, administrativos e educacionais em saúde”*.

A OMS define e-Health como *“o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação na saúde”*. Pode-se definir então que e-Health melhora o fluxo das informações para aprimorar a organização dos sistemas e prestação de serviços de saúde. A saúde eletrônica – e-Health - altera a prestação de cuidados, interfere nas pesquisas, modifica a capacitação de recursos humanos e ações humanitárias. Os avanços tecnológicos, o investimento econômico e as mudanças sociais e culturais também contribuem para reforçar o fato de que o setor da saúde deve indiscutivelmente usar a tecnologia para melhorar o seu funcionamento (BRASIL, 2010).

O constante crescimento do consumo em saúde, a maior elaboração de novas tecnologias e as mudanças epidemiológicas no perfil da população nos últimos anos, trouxe a necessidade de desenvolver mecanismos de articulação política e social entre os setores envolvidos na produção, introdução e utilização de tecnologias nos sistemas de saúde (BRASIL, 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, conforme a Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, tem por objetivo garantir a universalidade e a integralidade à saúde, possibilitando maior e melhor acesso da população às redes de atenção. Entretanto, é evidente que os recursos existentes, na maioria das vezes, não são utilizados da forma mais clara para que o objetivo seja atingido. Por isso, para garantir que o princípio da integralidade seja executado, novas tecnologias devem ser realizadas privilegiando a incorporação das que forem mais eficazes e seguras, que os riscos e danos não ultrapassem os seus benefícios e que não causem prejuízo para o atendimento de outros segmentos da população (BRASIL, 1990).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estimulou o desenvolvimento de ações de telessaúde na América Latina e a inclusão dessa metodologia para que seja uma atividade integrante de sua Estratégia e Plano de Ação sobre a Saúde (2012–2017), aprovada em 2011 pelos seus membros. Ficou definido também a Telessaúde como uma opção para melhorar o acesso aos serviços de saúde com qualidade utilizando as TICs, a alfabetização digital, o acesso a informações baseadas em evidências científicas e implementação contínua de vários métodos científicos (SANTOS, 2014).

Segundo Santos (2006), a necessidade de atuação em cenários cada vez mais amplos e, ao mesmo tempo, cheios de possibilidades imprime ao processo de trabalho na área da saúde desafios constantes. Estabelecer uma melhor relação custo-efetividade dos processos de saúde pública e permitir que as facilidades dos grandes centros cheguem aos locais mais remotos é um dos obstáculos a serem superados. Nesse contexto, o conceito de telessaúde surge como uma ferramenta potencializadora para os serviços de saúde (SANTOS, 2006).

Segundo Pereira (2015), para corrigir algumas falhas na área da saúde no Brasil, como a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, a inadequação às necessidades da população, a insatisfação quanto a qualidade e a ausência de integralidade das ações, o governo resolveu apostar e investir na telessaúde.

MATERIAL

Estudos mostram que existe uma dificuldade histórica no recrutamento e retenção de profissionais, principalmente médicos, em zonas remotas. Essa rotatividade é fator dificultador na manutenção de sistemas de telessaúde, sendo sempre necessários fazer treinamentos e sensibilizações dos novos usuários para se conseguir a sustentabilidade dos serviços.

Segundo Haddad (2012), uma dificuldade encontrada pela ESF é a alta rotatividade dos profissionais, em especial dos médicos. Um estudo conduzido no Núcleo de Telessaúde de Minas Gerais, que entrevistou 105 profissionais de ESF de 32 municípios atendidos pelo Programa, mostrou que 67% dos entrevistados consideraram a capacitação no município um fator de alta importância na decisão de continuar no município remoto. Para aqueles com até 3 anos de formados, esse percentual sobe para 76% e somente 3% consideram que a capacitação não tem nenhum impacto na sua decisão de permanecer no município.

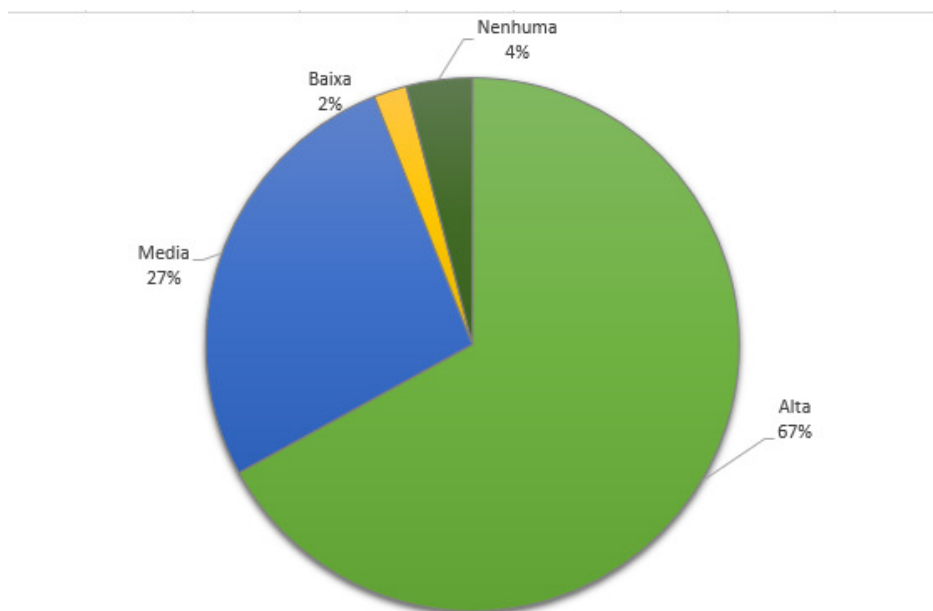


Gráfico 1 – Resultado da pesquisa com profissionais de ESF vinculados ao Núcleo de Teleassistência de Minas Gerais, sobre a influência de atividades de capacitação no município na sua decisão de permanecer em locais remotos.

Um estudo para avaliar a oferta e utilização de teleconsultoria na atenção primária no Programa Telessaúde Brasil Redes analisou no período de 24 meses (outubro de 2013 a setembro de 2015) a produção de teleconsultoria de 18 núcleos de telessaúde. No que diz respeito à utilização da teleconsultoria, a média mensal de demanda espontânea de solicitações por unidade de saúde ficou bem abaixo dos valores entre 1,5 e 1,9 solicitações mensais por unidade encontrados em experiências nacionais e internacionais. Apesar de a baixa utilização ser um problema, ela é uma realidade da demanda espontânea nacional e internacional (SCMITZ, 2017).

Isso é reforçado por um estudo recente de Castro Filho (2015), ao sugerir que clínicos preferem encaminhar pacientes para consultas em outros níveis de atenção do que solicitar suporte assistencial por telessaúde para resolver os casos localmente e com qualidade na atenção primária. Outro estudo já havia demonstrado um percentual de 30% de usuários médicos cadastrados que não utilizavam um serviço de teleconsultorias.

Tanto o problema da baixa utilização quanto da baixa aceitação clínica, bem como do aperfeiçoamento profissional, são de natureza multifatorial e requerem ações multifacetadas no seu enfrentamento (OXMAN, 1995).

Um estudo interessante realizado pelo Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul, diz respeito a medir o potencial da Teleconsultoria em evitar encaminhamento de casos inicialmente atendidos atenção primária para serviços de maior complexidade. Esta pesquisa apurou que em 70% dos 510 casos respondidos para médicos até agosto de 2009, a teleconsultoria evitou que o paciente precisasse ser referido para outro serviço. Além disso, as respostas aos profissionais, incluídos os que habitualmente não desencadeiam referências, resolveram totalmente as dúvidas em 77% dos casos e parcialmente em mais 13% (HADDAD, 2012).

Segundo Haddad (2012), resultados semelhantes são obtidos pelo Núcleo de telessaúde do HC de Minas Gerais. A análise de 210 teleconsultorias, em outubro de 2009, mostrou que na maioria dos casos há resistência inicial do profissional em relação à tecnologia e geralmente depois de um tempo ela aumenta, logo em seguida cai e se estabiliza. Possivelmente essa redução subsequente na utilização está relacionada a

maior segurança e autonomia dos profissionais em solucionar os casos que até então tinham dúvidas.

O estudo-piloto de custo em telessaúde realizado em 20 municípios das regiões Norte e Nordeste de Minas Gerais, em 2008, concluiu que o custo do atendimento presencial especializado, foi cerca de oito vezes maior que o custo da segunda opinião à distância. Nos municípios estudados, a redução de apenas cinco encaminhamentos por município ao mês, ou 1,5% dos encaminhamentos que podem ser impactados pelo sistema de telessaúde, é suficiente para cobrir os custos das atividades de Telessaúde (FIGUEIRA, 2009).

Histórico da Telessaúde

A partir do século XX surgiram as primeiras publicações sobre telemedicina com o desenvolvimento do correio, a invenção do telégrafo, telefone e rádio. Estas invenções facilitaram a transmissão de informações de saúde como diagnóstico e orientação de tratamento.

O primeiro serviço de teleassistência por rádio foi em 1920, com a prestação de assistência médica para marinheiros embarcados. Em 1935 o Centro Internacional e Rádio Médico (CIRM), com sede em Roma, foram à maior organização do mundo a prestar assistência médica para marinheiros embarcados e passageiros e tripulantes de vôos de longa distância por telemedicina (CRAIG, J, & PATTERSON, V., 2005).

O surgimento da televisão na década de 1950 tornou a comunicação por vídeo possível. Na segunda metade do século XX, a telemedicina foi impulsionada pelos avanços dos meios de comunicação que progrediram de analógicos para digitais, e pelos projetos da National Aeronautics and Space Administration (Administração Nacional Aeronáutica Espacial) (NASA), que precisou cuidar da saúde de seus astronautas em missão.

Em 1957, no Canadá, o radiologista Albert Jutras iniciou um serviço pioneiro de telerradiologia para promover atendimento e apoio a comunidades rurais e com poucos recursos. No final dessa década a NASA, em parceria com o Ministério da Saúde dos Estados Unidos, passou a transmitir eletrocardiogramas e radiografias de uma

comunidade indígena do Arizona para serem avaliados por especialistas (SANTOS, 2006).

Em 1964, o Instituto de Psiquiatria Nebraska, em Omaha, estabeleceu uma conexão de via dupla por circuito fechado de televisão com o Hospital Psiquiátrico Estadual de Norfolk, com 180 quilômetros de distância. Esta linha de comunicação era utilizada para a realização de consultas interativas entre médicos especialistas e generalistas, educação e treinamento à distância (MURPHY & BIRD, 1974).

A queda no custo das TICs, a substituição de formas analógicas de comunicação por meios digitais, o desenvolvimento da telefonia móvel e a comunicação por satélite, impulsionou ainda mais a telemedicina, e os projetos e programas de telessaúde multiplicaram-se no mundo todo (VIANA, 2015).

A popularização da internet acelerou ainda mais os avanços das TICs, aumentando o alcance da telemedicina, criando aplicativos na web, teleconferências e webconferências usando vídeo e imagens digitais, e também possibilitando o uso dessas tecnologias em países em desenvolvimento e carentes (WOTTON, 2005).

Telessaúde no Brasil

A Telessaúde surge no Brasil aos poucos no final da década de 1980 nas universidades públicas e alguns centros de pesquisa, com o objetivo de ampliar o acesso ao cuidado em saúde melhorando a qualidade, principalmente para a população que reside em municípios remotos (MELO, 2006).

Em 2005, a Rede Universitária de Telemedicina foi criada pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) para implantar infraestrutura e interconectar hospitais universitários com unidades de ensino de saúde no Brasil. A Rute/RNP apoiou iniciativas de telessaúde para facilitar a troca de informação entre grupos de pesquisas por rede de velocidade alta (SILVA, 2013).

O lançamento da telemedicina no edital do Programa Institutos do Milênio pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) foi no ano de 2005, no mesmo ano foi aprovado o Projeto Estação Digital Médica (EDM-Milênio), e

que contou com um consórcio formado por nove instituições para ampliar e consolidar a telemedicina no Brasil (CRUZ, 2016).

Também ocorreu no Brasil a elaboração do Projeto na Telemática de Telemedicina em apoio à Atenção Primária à Saúde (APS) em dezembro de 2005, o qual impulsionou a criação do Programa Telessaúde Brasil pela Portaria Gabinete do Ministro (GM/MS nº 35, de 4 de janeiro de 2007) que institui no âmbito federal o Programa Telessaúde Brasil como uma intervenção do Programa Mais Saúde, resultante do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), desencadeando o Projeto Piloto em apoio à APS envolvendo nove núcleos de telessaúde (CRUZ, 2016).

A partir de 2007, o MS implementa o Programa Nacional de Telessaúde, coordenando iniciativas em nove estados. Dos nove núcleos de Telessaúde, quatro eram instituições que integravam o Programa Institutos do Milênio: Universidade de São Paulo, Universidade do Estado do Amazonas, Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os Estados do Ceará, de Pernambuco, de Goiás, do Rio de Janeiro e de Santa Catarina completam os nove núcleos-piloto, regiões onde existiam centros com experiências em telemedicina (CRUZ, 2016).

O Programa Telessaúde Brasil foi instituído em âmbito nacional em 2010, a partir a Portaria GM/MS nº 402, de 24 de fevereiro de 2010, que revoga a Portaria GM/MS nº 35, de 4 de janeiro de 2007. Em 2011, a Portaria GM/MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, redirecionou e amplificou o Telessaúde Brasil, que passou a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. A portaria determina que os projetos devam ser realizados na forma de uma rede parceira de serviços, com a criação de projetos intermunicipais ou de regiões de saúde, gerenciada de maneira compartilhada, com a possibilidade de participação das Secretarias Estaduais de Saúde, instituições de ensino e serviços de saúde, priorizando a vinculação com os núcleos de telessaúde já implantados (CRUZ, 2016).

Em 2010, em articulação com a Rute/RNP, o Programa Nacional de Telessaúde oficializa as ações de tele-educação e teleassistência. Em 2011, o programa é renomeado para Telessaúde Brasil Redes (SILVA, 2013).

O mapa situacional da implantação de núcleos de telessaúde no Brasil é apresentado abaixo na Figura 1.

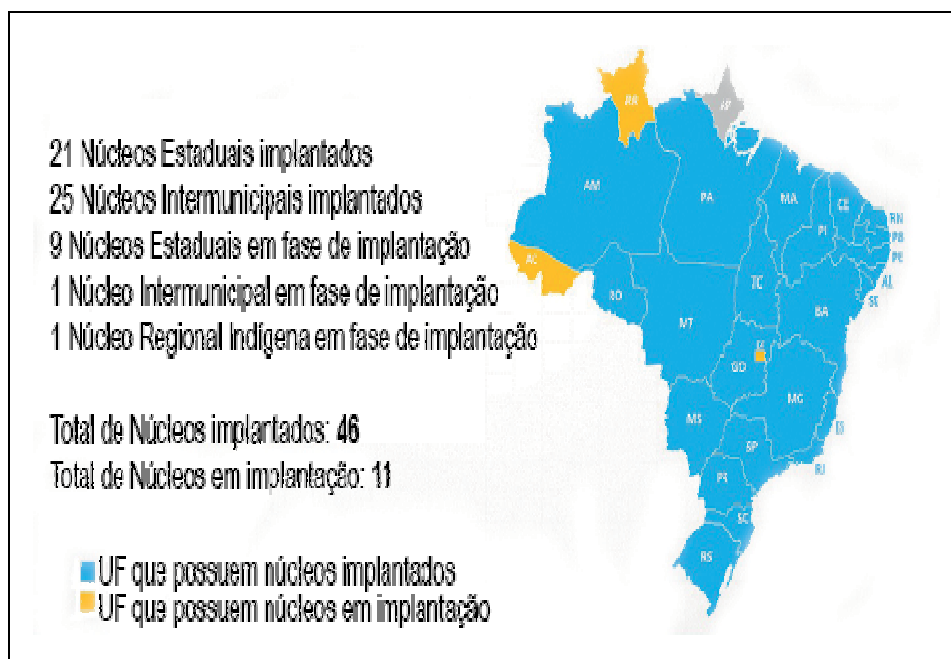


Figura 1 – Mapa situacional da implantação de núcleos de telessaúde no Brasil por Unidade Federativa (UF). Fonte: Adaptado de Cruz (2016).

Alguns estudos apontam que em comunidades remotas a dificuldade de acesso a serviços de saúde é grande. A iniquidade no direito à saúde vai além das limitações locais, sendo expressas, sobretudo, pelas precárias condições sociais e econômicas. O mesmo caráter limitante é aplicado à realidade de populações de zonas rurais, onde é imperativa a adaptação da dinâmica do processo de trabalho dos programas de saúde, e estratégias para permitir a acessibilidade e a utilização destes serviços, considerando a cultura local, costumes e prevalência das enfermidades (GOMES, 2013).

Alguns autores como Wallace et al (2001) descrevem a telessaúde como alternativa para garantir que a assistência a saúde chegue a todos e com o menor custo possível, vencendo barreiras geográficas e de isolamento.

O modelo de múltiplos fluxos é elaborado por Kingdon para análise de processos definidores da agenda e determinantes de políticas públicas justamente em setores de anarquias organizadas. Sua pesquisa é baseada em entrevistas com gestores do setor saúde e associada a estudo de casos e levantamentos. Ele privilegia o processo de formação e execução das políticas, analisando desde o reconhecimento do problema,

passando pelo contexto político à elaboração e ao refinamento das idéias, para resolver este problema e à ação propriamente dita da política pública (SILVA, 2013).

A aplicação do modelo teórico de múltiplos fluxos de política pública para analisar o surgimento da telessaúde no cenário político nacional é baseada na observação, participação e análise de atas de reuniões do Comitê Assessor da Rute/RNP, da Comissão Especial de Estudo em Informática em Saúde da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, da legislação pertinente, entre outras reuniões e congressos científicos sobre o tema (SILVA, 2013).

Em relação ao modelo de múltiplos fluxos sua aplicação resultou em uma síntese de como a telessaúde emerge para uma “agenda decisória” no Brasil, conforme figura 2. O modelo não esgota o tema, porém, mostra a complexidade da emergência de uma política pública e a articulação de alguns atores estratégicos para a implantação da telessaúde no SUS.

Figura 2 Modelo de múltiplos fluxos da política pública de telessaúde no contexto brasileiro.



A aplicação do modelo no fluxo, em que se observa o processo de construção do conjunto de alternativas e soluções para o problema, resulta na identificação dos seguintes pontos:

- Incipiente discussão sobre telessaúde no âmbito do Departamento de Ciência e Tecnologia do MS, bem como da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde;

- Fortalecimento do debate da incorporação da telessaúde ao SUS por intermédio das ações do Telessaúde Brasil Redes (MS);

- Suporte adicional pelas agências de fomento da política de ampliação da Rute/RNP;

- Aumento do interesse em torno de normas técnicas institucionais referentes à telessaúde por parte da indústria de TIC, representada pela ABNT, empresas nacionais e multinacionais, fazendo interface com a Administração Pública, em especial o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A telessaúde, no âmbito do SUS, precisa ser apropriada para além do nicho de negócio. Ela constitui processo de mudança cultural e poderosa ferramenta de integração entre a inovação e a saúde pública, com vistas a alcançar a almejada integralidade na atenção primária (SILVA, 2013).

Todas as atividades de telessaúde no Brasil para a APS são de apoio assistencial com caráter educacional com o objetivo de ampliar a autonomia e a capacidade resolutiva de quem as solicita. Além disso, devem ser baseadas na melhor evidência científica disponível, adaptada para as realidades locais e seguindo os princípios do SUS e da APS (BRASIL, 2013).

Principais Portarias que Regulamentam a Telessaúde no Brasil

As principais diretrizes do Programa Telessaúde Brasil Redes são explicitadas nas portarias sistematizadas conforme apresentado no Quadro 1.

Portarias	Finalidades
GM/MS nº 561, de 16 de março de 2006	Institui, no âmbito do MS, a Comissão Permanente de Telessaúde.
GM/MS nº 35, de 4 de janeiro de 2007	Institui, no âmbito do MS, o Programa Nacional de Telessaúde.
GM/MS nº 402, de 24 de fevereiro de 2010	Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Equipe de Saúde da Família no SUS, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil, e dá outras providências.
GM/MS nº 2.073, de 31 de agosto de 2011	Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para os sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar.
GM/MS 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).
GM/MS 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.
GM/MS nº 1.229, de 14 de junho de 2012	Estabelece os recursos financeiros destinados ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.
GM/MS nº 2.013, de 14 de setembro de 2012	Institui o Grupo de Trabalho, no âmbito do MS, com a finalidade de avaliar, discutir e propor critérios e ações para a expansão do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes).
GM/MS nº 58, de 29 de janeiro de 2015	Institui o incentivo financeiro de custeio destinado aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal com núcleos de telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes para apoio à implantação da estratégia e-SUS Atenção Básica.

nº 671, de 3 de junho de 2015	Habilita os Estados-sede de núcleo de telessaúde a receberem recurso para o apoio à implantação da estratégia e-SUS Atenção Básica (AB).
-------------------------------	--

Fonte: Adaptado de Cruz (2016)

NORMAS DA TELEMEDICINA

O aspecto primordial do atendimento de pacientes na área da saúde é o respeito ao sigilo, à confidencialidade e à privacidade das informações geradas pelas práticas de telessaúde. No Brasil, várias leis e normas estão disponíveis para o bom exercício dessas práticas. A orientação ética para o exercício da medicina está no Código de Ética Médica (CEM), promulgado pela resolução nº 1 246 de 8 de janeiro de 1988 do Conselho Federal de Medicina (CFM) (REZENDE, 2010).

Os principais artigos da resolução relacionados à Telemedicina são:

- Artigo 62: É vedado ao médico prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento.

- Artigo 102: É vedado ao médico revelar informações sobre os pacientes sem o consentimento dos mesmos, exceto em situações que possam se configurar como dever legal ou justa causa. A proibição permanece em situações que chegam a juízo, bem como nas solicitações das seguradoras.

- Artigo 104: É vedado ao médico fazer referência a casos clínicos identificáveis, exhibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos.

- Artigo 108: É vedado ao médico facilitar o manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao sigilo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.
- Artigo 134: É vedado ao médico dar consulta, diagnóstico ou prescrição por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa.

Para garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados dos pacientes e o sigilo profissional, os sistemas de informações devem possuir mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, de acordo com a sua função no processo assistencial. Alguns conselhos regionais de medicina, como o do Estado de São Paulo (CREMESP), aprovaram resoluções e pareceres com implicações para o exercício da telemedicina. A resolução CREMESP n° 097, promulgada em março de 2001, instituiu que os usuários da internet em busca de informações, serviços ou produtos de saúde *online* têm o direito de exigir das organizações e indivíduos responsáveis pelos *sites*: transparência; honestidade; qualidade; consentimento livre e esclarecido; privacidade; ética médica; responsabilidade e procedência. Essa mesma resolução obriga os médicos e instituições de saúde registrados no CREMESP a adotarem as normas do Manual de Princípios Éticos para Sites de Medicina e Saúde na Internet, para efeito de idealização, registro, criação, manutenção, colaboração e atuação profissional em domínios, sites, páginas eletrônicas, ou portais sobre medicina e saúde na Internet.

Cabe ainda ao Conselho Regional de Medicina estabelecer constante vigilância e avaliação das técnicas de telemedicina no que concerne a qualidade da atenção, relação médico-paciente e preservação do sigilo profissional.

NORMAS REFERENTES A OUTRAS ÁREAS DA SAÚDE

Neste aspecto de normatização na área da medicina está mais avançada frente à discussão e à elaboração de resoluções relativas às questões sobre a telessaúde. Algumas resoluções a respeito da educação à distância são normatizadas pelo Ministério da Educação, mesmo sem estarem diretamente ligadas a algum conteúdo da área da

saúde especificamente. Dentre as poucas normatizações de áreas que não a medicina, é possível citar a resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) n° 002/95, de 20 de fevereiro de 1995, que dispõe sobre a prestação de serviços psicológicos por telefone; a resolução CFP n° 003/2000, de 25 de setembro de 2000, que regulamenta o atendimento psicoterapêutico mediado por computador; e a resolução n° 0006/2000, que institui uma comissão nacional de credenciamento e fiscalização dos serviços de psicologia pela internet (REZENDE, 2010).

TELESSAÚDE EM MINAS GERAIS

Minas Gerais é uma das 27 unidades federativas do Brasil, sendo o quarto estado com a maior área territorial e o segundo em quantidade de habitantes, localizada na Região Sudeste do país. Seu território é subdividido em 853 municípios, a maior quantidade dentre os estados brasileiros (IBGE, 2016).

A história da telessaúde na rede pública de Minas Gerais teve início em 1998 na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) por meio do projeto Rede Metropolitana de Alta Velocidade (REMAVE), coordenado pelo Laboratório de Computação Científica do Centro Nacional de Processamento de Alto Desempenho (LCC/CENAPAD) da UFMG, e depois com a aproximação do Hospital das Clínicas da UFMG, a partir do ano 2001. Os dois primeiros anos foram dedicados ao planejamento, articulação política, composição e especialização da equipe (ALKMIM, 2012).

A telessaúde no estado de Minas Gerais tem destaque no cenário nacional pelo empenho nas atividades iniciadas nos anos 2000, com investimentos dos governos federal, estadual e municipal e agências de fomento à pesquisa. A Rede de Teleassistência de Minas Gerais (RTMG) foi criada em 2005, um serviço público de telessaúde que por consequência resultou na união de sete universidades públicas do estado. A RTMG teve um aumento expressivo na quantidade de municípios atendidos ao longo dos anos desde a sua criação e presta serviços de teleconsultoria e telediagnóstico em cardiologia a 943 pontos do estado considerando todos os serviços e projetos, principalmente na APS. Seu principal objetivo é dar suporte aos profissionais da APS e, conseqüentemente, reduzir o encaminhamento desnecessário de pacientes a consultas ou serviços especializados, representar uma forma de educação permanente em serviço e reduzir a sensação de

isolamento profissional de quem atua em municípios remotos (ALKMIM, 2015). Cobertura da RTMG de acordo com as fases de implantação conforme a figura 3.

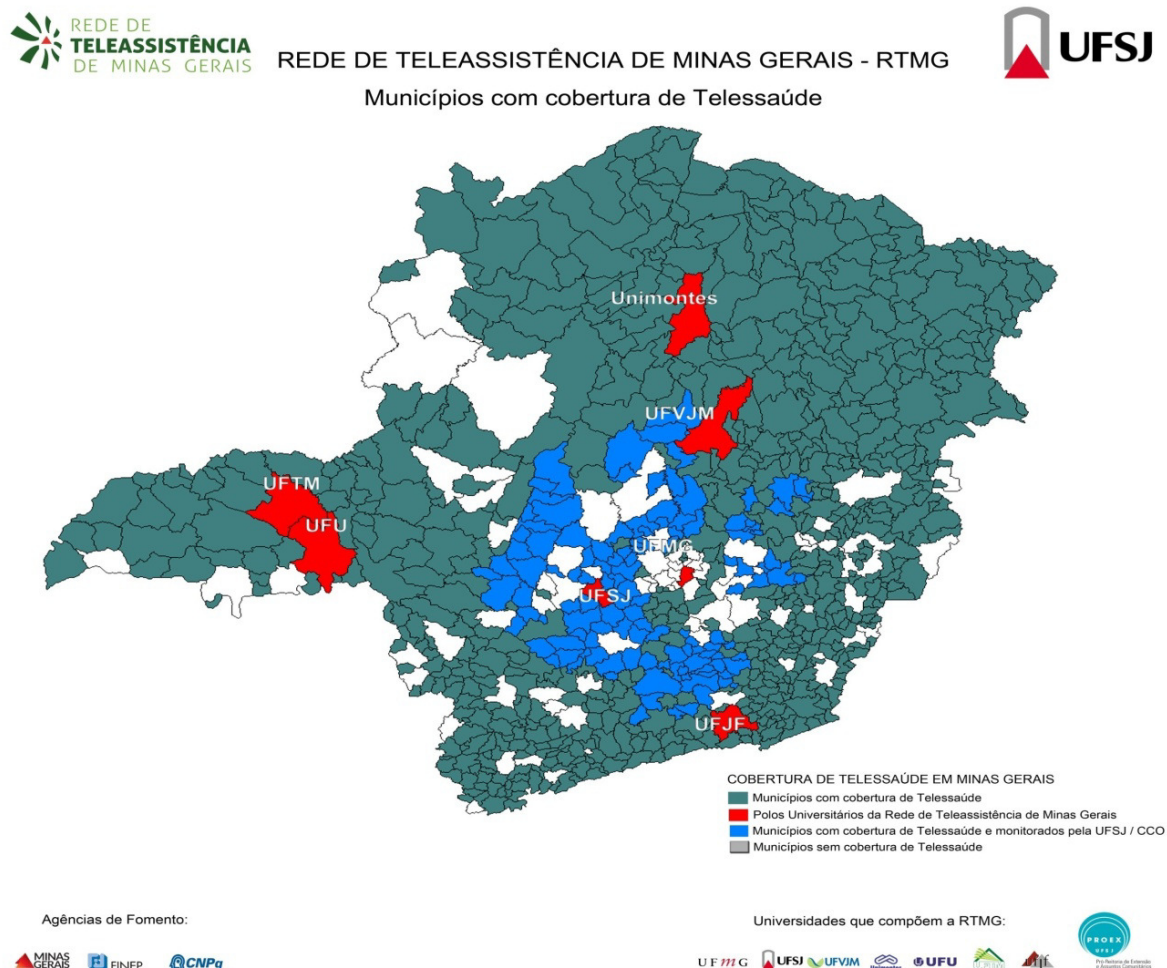
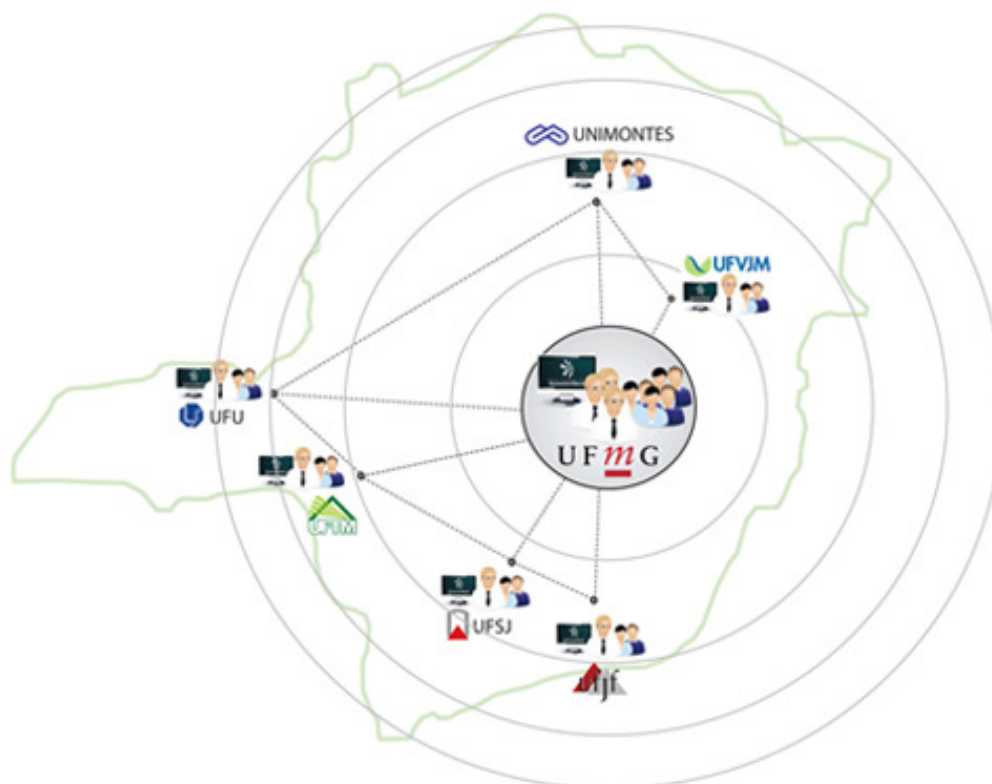


Figura 3 – Cobertura da Rede de Teleassistência de Minas Gerais de acordo com as fases de implantação. (n=780)

Em 2006, após a implementação do Projeto Minas Telecardio em 82 municípios no estado de Minas Gerais, o Centro de Telessaúde do Hospital das Clínicas (CT do HC/UFMG) passou a coordenar a Rede de Teleassistência de Minas Gerais (RTMG) que é a cooperação e interação de sete universidades públicas do estado. A RTMG é composta atualmente pelo pólo coordenador no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Universidade Federal Triângulo Mineiro (UFTM), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Universidade Federal de São João Del Rei Campus Centro Oeste (UFSJ/CCO)

e Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) e Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Cada pólo tem sua estrutura física, tecnológica e quadro de pessoal suficiente para o atendimento efetivo dos municípios que pertence ao projeto. A estrutura da Rede de Teleassistência de Minas Gerais está desenhada conforme a figura 4.



Fonte: www.telessaude.hc.ufmg.br

O Centro de Telessaúde UFSJ/CCO atualmente é responsável pelo monitoramento e acompanhamento de 126 municípios do estado de Minas Gerais que estão ligados a RTMG, distribuídos em 05 Gerências Regionais de Saúde (GRS) Itabira, São João Del Rei, Divinópolis, Sete Lagoas, Barbacena.

Existem dois formatos de teleconsultoria: síncrona que é realizada em tempo real, através de chat e ferramentas para interação com voz e vídeo, e a assíncrona, que é o formato por meio de mensagens off-line, em que as respostas do teleconsultor são disponibilizadas ao profissional de saúde em até 72 horas.

A RTMG oferece serviços de teleconsultorias assíncronas, na qual a questão enviada pelo solicitante e posteriormente respondida pelo especialista chamado de teleconsultor por meio de TIC bidirecional. Os teleconsultores são profissionais especialistas que são professores nas universidades públicas que formam a RTMG. As teleconsultorias são respondidas pelos plantões reguladores em até 24 horas de segunda a sexta-feira e os especialistas focais o prazo de resposta é de até 48 horas. São oferecidas mais de 40 especialidades. Além disso, oferece serviços de telediagnóstico (laudos à distância de eletrocardiograma, monitorização ambulatorial da pressão arterial, espirometria, holter e retinografia), de tele-educação (educação permanente ofertada através de ferramentas tecnológicas) e de suporte técnico para as cidades pequenas e distantes dos grandes centros (MARCOLINO, 2016). Conforme Quadro 2 as áreas de teleconsultoria oferecidas pela RTMG são:

Plantão Regulador:	Especialidades disponíveis:	
Medicina de Família e Comunidade	Angiologia	Mastologia
Ginecologia/Obstetrícia	Cardiologia adulto e pediátrica	Medicina de Família e Comunidades
Pediatria	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Medicina do Trabalho
Dermatologia	Cirurgia geral	Nefrologia (adulto e ped.)
Enfermagem	Clínica Médica	Neurologia (adulto e ped.)
Odontologia	Dermatologia	Nutrição
Fisioterapia	Endocrinologia (adulto e ped.)	Odontologia
Farmacologia	Enfermagem (adulto e ped.)	Oftalmologia
Psicologia	Enfermagem/Feridas	Oncologia
Fonoaudiologia	Enfermagem de urgência	Ortopedia
	Farmácia/Bioquímica	Otorrinolaringologia
	Fisioterapia	Patologia Clínica
	Fonoaudiologia	Pediatria geral
	Gastroenterologia (adulto e ped.)	Pneumologia (adulto e ped.)
	Genética	Psicologia
	Geriatria	Psiquiatria
	Ginecologia/Obstetrícia	Reumatologia
	Hematologia (adulto e ped.) Infectologia (adulto e ped.)	

Fonte: www.telessaude.hc.ufmg.br

Cada profissional tem seu login e senha individual para acesso a plataforma digital que é o site da RTMG. Conforme a figura 5 que mostra o passo a passo de como solicitar uma teleconsulta:

REDE DE TELEASSISTÊNCIA DE MINAS GERAIS

Manual Rápido de Utilização do Sistema de Teleconsulta

- 1 Na página www.telessaude.hc.ufmg.br selecione TELECONSULTORIAS
 
- 2 Selecione a opção abaixo
 
- 3 Informe o Usuário e Senha
 
- 4 Clique 2 vezes sobre o ícone "Teleconsulta"
 
- 5 Clique no botão NOVA para solicitar uma nova teleconsulta
 
- 6 Selecione o tipo – Assistencial ou Educacional
 
- 7 Informe os dados do paciente(Assistencial)
 
- 8 Informe os dados da teleconsulta
 
- 9 Preencha as informações complementares
 
- 10 Descreva o motivo da solicitação
 
- 11 Selecione o CID/SUBCID ou CIAP
 

Não Obrigatório
- 12 Clique no Clips para anexar arquivos
 
- 13 Leia os termos de uso e confirme
 
- 14 Clique em Limpar para reiniciar a teleconsulta, em Rascunho para gravar e enviar posteriormente, e Enviar para que seja enviada.
 

Este programa tem o apoio e financiamento de várias instituições de fomento à pesquisa como a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Estas estratégias foram um marco na história da Telessaúde no estado, pois levou à estruturação de novo modelo de Teleassistência, voltado para municípios pequenos, remotos e mais carentes de atendimento especializado (ALKMIM, 2012).

Em 13 de Abril de 2016 foi publicada a Resolução SES/MG 5.246 no estado de Minas Gerais, que estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação da concessão de incentivo financeiro para cofinanciamento da APS para o exercício do ano de 2016.

O incentivo financeiro de que trata esta resolução deverá ser utilizado pelo município em ações e serviços da APS. Esses recursos serão repassados quadrimestralmente e são vinculados ao cumprimento de meta de indicadores no exercício de 2016 com aferição de resultados via Sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas (GEICOM).

A resolução informa vários indicadores, e dentre eles o percentual de produção de teleconsultorias por equipe cadastrada nos programas Tele Minas Saúde (SES/MG) e Telessaúde Brasil Redes (MS), acarretando a obrigatoriedade do uso do sistema pelos profissionais da atenção primária. No caso do indicador “Percentual de produção de teleconsultorias” para efeito de pagamento, será considerado o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) cadastradas, apuradas a partir dos relatórios emitidos pela RTMG de equipes cadastradas no programa.

NOME DO INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO DE PAGAMENTO POR QUADRIMESTRE
Percentual de produção de teleconsultorias, por equipe cadastrada nos programas Tele Minas Saúde (SES/MG) e Telessaúde Brasil Redes (MS).	Valor = Somatório do número de ESF cadastrada X valor do Fator de Alocação X percentual de cumprimento conforme sistemática de pagamento

Tabela 1: Indicador de produtividade para repasse de recurso financeiro para atenção primária.

TELECONSULTORIA

Para um serviço mais qualificado de saúde os pacientes precisam ir atrás de atendimento especializado longe das cidades onde vivem, e na maioria das vezes necessita encaminhá-los para outra localidade acarretando no deslocamento que são demorados e cansativos, e em alguns casos precisa de internação, estas situações aumenta o custo dos pacientes e para o sistema de saúde (MONTEIRO, 2015).

O modelo de telessaúde no Brasil tem atingido bons resultados em relação à diminuição dos encaminhamentos quando a teleconsultoria é utilizada, resolvendo os casos dentro da atenção primária. Em média, de cada duas teleconsultorias realizadas um encaminhamento é evitado para outro serviço de saúde, e quando o caso precisa realmente ser encaminhado a utilização do serviço qualifica o atendimento ampliando a resolução da atenção a saúde em geral (MONTEIRO, 2015).

Segundo Moura (2016), alguns benefícios da telessaúde que são esperados podem ser apresentados em três grupos:

1. Pacientes, famílias e comunidades que tem acesso a telessaúde como uma forma de inclusão social.
2. Os gestores que terão acesso direto e imediato aos dados dentro de sua competência e grau em diferentes esferas.
3. Profissionais de saúde que terão conhecimento para entender e usar sistemas informatizados, também terão melhor embasamento sobre as melhores práticas, protocolos e diretrizes

A telessaúde tem inúmeros benefícios para as populações de áreas distantes e rurais e isso ajudaria a melhorar o atendimento dos pacientes, melhorar o acompanhamento dos

cuidados e evitar encaminhamentos desnecessários como resultado de ter maior acesso aos serviços especializados. Entretanto, mesmo que seja claro e crescente os seus benefícios, a telessaúde ainda não está incorporada na prática profissional nos sistemas de saúde. Ainda é preciso discutir as condições de uso da ferramenta com o propósito de integrá-la na rotina dos profissionais (ALKMIM, 2015).

A teleconsultoria tem vários problemas relacionados à sua aceitação por profissionais de saúde em geral e incorporação na prática diária dos usuários. Estudos revelam que as principais barreiras e fatores associados à falta de adesão da teleconsultoria são: a carência de evidências científicas sobre o impacto da ferramenta nos indicadores de saúde, a necessidade de transformação na gestão de saúde e nos métodos de trabalho, a falta de compreensão dos profissionais em relação aos benefícios e limitações, falta de estudos científicos de custo e sustentabilidade, pouca adesão de tecnologia, falta de infra-estrutura nas unidades de saúde, considerações éticas e legalização, falta de especialista e estudos com potencial para avaliar a adoção da telessaúde (ALKMIM, 2015).

Para compreender melhor as percepções dos profissionais de saúde da atenção primária que tem acesso aos serviços de telessaúde, em especial a teleconsultoria, este estudo tem o objetivo de analisar o uso da ferramenta, os fatores que resultam na sua subutilização e a mudança após sua obrigatoriedade. O propósito do estudo é potencializar a teleconsultoria melhorando sua utilização através da percepção dos profissionais que são cadastrados no sistema e que utilizaram a teleconsultoria sob a responsabilidade do Centro de Telessaúde CT UFSJ/CCO.

OBJETIVOS:

Analisar os aspectos associados à baixa utilização das teleconsultorias e também a qualidade da utilização do sistema após a publicação da resolução SES/MG 5.246 entrar em vigor e tornar a teleconsultoria obrigatória.

Específicos:

- Comparar a quantidade de profissionais de saúde cadastrados no sistema com a quantidade de teleconsultorias realizadas ao longo do tempo.

- Identificar o perfil dos profissionais que usaram a teleconsultoria no período de oito meses antes e oito meses após a Resolução SES/MG 5.246.
- Analisar os aspectos relacionados à baixa e a qualidade da teleconsultoria

METODOLOGIA

Coleta de Dados:

Trata-se de um estudo transversal com aplicação de questionário elaborado para profissionais de saúde e teleconsultores plantonistas, tendo como objetivo avaliar a demanda e a qualidade da teleconsultoria, e também investigar os fatores associados a sua utilização. O questionário foi elaborado a partir do modelo que existe do projeto de Alkmim (2010) e adaptado com o propósito de levantar as dificuldades dos profissionais de saúde na utilização da teleconsultoria, e aplicação de questionário também para os teleconsultores plantonistas da RTMG, com o objetivo de identificar a qualidade das teleconsultorias recebidas. O questionário tinha perguntas abertas e as perguntas fechadas foram agrupadas e categorizadas.

A coleta de dados foi realizada a partir da modalidade de questionário estruturado e foram utilizadas também, informações secundárias da base de dados da RTMG. Este método foi escolhido para facilitar a abordagem e garantir que as hipóteses e os propósitos do estudo sejam atingidos.

O questionário foi construído a partir de um modelo que existe do projeto de Alkmim (2010) e ajustado para o presente estudo, ele foi elaborado e apresentado inicialmente para um grupo de especialistas, logo em seguida aplicado como piloto para uma amostra de conveniência. Foram escolhidos aleatoriamente 15 profissionais de saúde cadastrados no sistema de teleconsultoria para a amostra de conveniência. Logo após as discussões e sugestões, finalizamos as modificações e chegamos ao modelo final de questionário para ser aplicado.

O questionário aplicado aos profissionais de saúde, tanto de nível técnico quanto de nível superior, foi elaborado levando em consideração o objetivo do estudo que era levantar dados sobre a baixa utilização das teleconsultorias. Ele foi dividido em três blocos de perguntas, no primeiro foram colocadas perguntas sobre as características profissionais e individuais, com algumas variáveis sócio demográficas, no segundo

foram perguntas referente ao acesso a internet e conhecimento de informática, o terceiro bloco foram perguntas relacionadas ao sistema de teleconsultoria.

O questionário aplicado para os teleconsultores plantonistas foi elaborado em dois blocos, o primeiro com perguntas sobre informações pessoais e características sócio demográficas, o segundo com perguntas sobre a teleconsultoria. Este questionário tem o objetivo de levantar informações sobre a qualidade das perguntas das Teleconsultorias recebidas, após a implantação da Resolução que obriga a utilização do serviço.

O questionário foi enviado por um único entrevistador via e-mail através de um link de formulário no Google docs e também através de telefone. O estudo não teve perguntas sem resposta por falta de compreensão e entendimento de quem as respondeu. O tempo médio que gasta para responder é de cinco minutos.

População do estudo, critérios de inclusão e exclusão e estatística:

O questionário foi aplicado aos profissionais da atenção primária em saúde, e eles foram incluídos de acordo com os seguintes critérios: ter utilizado pelo menos uma vez a teleconsultoria no período de agosto de 2015 a dezembro de 2016, ser cadastrado em municípios de responsabilidade do Centro de Telessaúde UFSJ/CCO. Os teleconsultores que responderam o questionário são obrigatoriamente plantonistas da RTMG. Já o critério de exclusão será a negativa de assinatura do TCLE, não ser cadastrado no sistema de teleconsultoria nos municípios sob responsabilidade do CT da UFSJ/CCO e não ter utilizado a ferramenta no período citado.

As principais dificuldades são a disponibilidade e comprometimento dos profissionais e teleconsultores em responder e enviar as informações do questionário, identificar as dados pessoais e entrar em contato com eles. A principal limitação deste estudo constituiu na falta de feedback e interesse dos profissionais, já que os dados foram coletados em um único momento através de formulário online, e-mail e telefone.

Após a leitura e compilação sistemática das respostas, progrediu-se para a categorização das variáveis e transcrição dos resultados para o Statistical Package for Social Science (SPSS). A última etapa foi à análise do conteúdo e resultados.

Aspecto Ético:

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ, sob o parecer 2.535.127., com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece os critérios de pesquisa com seres humanos. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, que os respalda e garante anonimato, ausência de ônus, esclarecimentos e direito de desistência a qualquer momento no decorrer do estudo.

RESULTADOS

Foram 333 profissionais de saúde que fizeram teleconsultoria após a resolução, deste total o questionário foi respondido por 30 pessoas que trabalham em 25 municípios diferentes. A RTMG tem no total 19 teleconsultores plantonistas e 13 responderam o questionário com as perguntas sobre as respostas das teleconsultorias.

A maioria dos profissionais de saúde que responderam o questionário foi de enfermeiros, com uma porcentagem de 36,7% (n=11), seguido dos médicos, com 23,3% (n=7), logo em seguida foram fisioterapeutas, com 10% (n=3), agentes comunitários de saúde, com 10% (n=3), e técnico de enfermagem, com 10% (n=3), fonoaudiólogo, foram 6,7% (n=2), nutricionista, com 3,3% (n=1). Essa porcentagem alta de enfermeiros se dá pelo fato de serem profissionais mais acessíveis, os quais têm o controle da maioria das atividades dentro de uma unidade de atenção primária a saúde, e que conseqüentemente utilizam mais o sistema de teleconsultoria. Conforme tabela abaixo:

Tabela 2: Análise dos profissionais entrevistados:

		PROFISSAO	
		Frequência	Porcentagem
Válido	AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE	3	10,0
	ENFERMEIRO	11	36,7
	FISIOTERAPEUTA	3	10,0
	FONOAUDIOLOGO	2	6,7
	MEDICO	7	23,3
	NUTRICIONISTA	1	3,3
	TECNICO ENFERMAGEM	3	10,0
	Total	30	100,0

Dos 30 profissionais que responderam 80% (n=24) tem escolaridade em nível superior e 20% (n=6) tem escolaridade em nível técnico. Do total de profissionais a grande maioria foi do sexo feminino, com 76,7% (n=23) e 23,3% (n=7) foram homens. São profissionais que formaram o ensino superior entre os anos de 2000 a 2015 e em sua maioria de cor parda.

Tabela 3: Análise descritiva das características dos profissionais de saúde entrevistados:

		N	Porcentagem
ESCOLARIDADE	ESPECIALIZAÇÃO	8	26,7%
	NIVEL TECNICO	6	20,0%
	RESIDENCIA	2	6,7%
	SUPERIOR COMPLETO	14	46,7%
COR AUTO RELATADA	BRANCA	8	26,7%
	NEGRA	4	13,3%
	PARDA	18	60,0%
SEXO	HOMEM	7	23,3%
	MULHER	23	76,7%
Total		30	

O acesso eletrônico mais utilizado pela maioria dos profissionais para buscar informações de forma geral foi o celular, com 60% (n=18) seguido do computador do trabalho com 30% (n=9). Entretanto, a relação do uso do computador do trabalho é muito maior quando utilizado para acessar a teleconsultoria, sendo 93,3% (n=28), e 6,6% (n=2) utilizam o celular ou tablet. A telefonia móvel é uma tendência que busca diminuir as barreiras entre os serviços de saúde e a população em geral. Dados da Anatel indicam que o Brasil terminou outubro de 2017 com 240,9 milhões de celulares. Isso significa que os núcleos de telessaúde do Brasil, deveriam investir e propagar mais a utilização do celular para realizar as teleconsultorias, criando aplicativos que facilitem o uso do sistema.

Tabela 4: Relação dos profissionais de saúde com acesso eletrônico.

		N	Porcentagem
Qual o acesso eletrônico você mais utiliza para buscar informações de forma geral?	CELULAR	18	60,0%
	COMPUTADOR DE CASA	3	10,0%
	COMPUTADOR DO TRABALHO	9	30,0%
Qual o acesso eletrônico você mais utiliza para fazer a Teleconsultoria?	CELULAR	1	3,3%
	COMPUTADOR DO TRABALHO	28	93,3%
	TABLET	1	3,3%
Total		30	

Em relação à qualidade do acesso a internet na unidade de saúde onde os profissionais trabalham, eles responderam que é boa em 43,3% (n=13), média em 33,3% (n=10) e ruim em 23,3% (n=7). O nível de conhecimento em informática é básico para 63,3% (n=19) dos profissionais, é intermediário para 26,7% (n=8), e 10% (n=3) responderam que é muito básico.

Tabela 5: Qualidade de internet e nível de conhecimento em informática.

		N	Porcentagem
Qual a qualidade do acesso a internet da unidade de saúde que trabalha?	BOA	13	43,3%
	MEDIA	10	33,3%
	RUIM	7	23,3%
Qual seu nível de conhecimento em informática?	BÁSICO	19	63,3%
	INTERMEDIÁRIO	8	26,7%
	MUITO BÁSICO	3	10,0%
Total		30	100,0%

Uma resposta que chama a atenção foi em relação à pergunta sobre como os profissionais de saúde souberam da existência do sistema de teleconsultoria, e a maioria informou que soube através do gestor municipal, que pode ser tanto o secretário de saúde quanto o coordenador de atenção primária no município 56,7% (n=17) dos profissionais responderam que ficaram sabendo do sistema através do gestor municipal, 33,3% (n=10) ficaram sabendo através de treinamento presencial que a RTMG fornece aos municípios que tem o programa, seguido de

6,7% (n=2) que ficaram sabendo pelos colegas de trabalho e 3,3% (n=1) pela instituição de ensino que estudou.

Em relação às perguntas sobre o funcionamento do sistema de teleconsultoria, as respostas foram na sua maioria boas e favoráveis ao desempenho e os benefícios que ela oferece. Os profissionais de saúde responderam que o nível de satisfação com a teleconsultoria é bom em 56,7% (n=17), é muito bom em 40% (n=12), e ruim em 3,3% (n=1). Os profissionais avaliaram o tempo de resposta da teleconsultoria bom em 53,3% (n=16), muito bom em 36,7% (n=11), e médio em 10% (n=3), sendo que não teve respostas para ruim ou muito ruim. Os profissionais responderam avaliando as respostas recebidas em 53,3% (n=16) boa, em muito boa 43,3% (n=13), e em ruim 3,3% (n=1). Eles responderam que acreditam que a teleconsultoria ajuda muito na prática dos profissionais que utilizam em 60% (n=18), médio em 26,7 % (n=8), ajuda pouco ou muito pouco em 13,3% (n=4).

Quase unanimidade foi à resposta em relação a concordar que o sistema de teleconsultoria é tecnicamente confiável, 96,7% (n=29) dos profissionais disseram que concordam totalmente e 3,3% (n=1) respondeu que concorda em parte. Essa afirmação ajuda a confirmar que a teleconsultoria seria o sistema mais confiável e prudente para tirar dúvidas e discutir casos clínicos dos pacientes.

A maioria dos profissionais respondeu que concorda totalmente que a teleconsultoria pode reduzir os encaminhamentos no município, 63,3% (n=19), 30% (n=9) concorda em parte e 6,6% (n=2) discorda em parte ou totalmente. Sobre a capacitação para o uso do sistema de teleconsultoria a maioria respondeu que não teve 56,7% (n=17), 40% (n=12) respondeu que teve e foi satisfatório e 3,3% (n=1) disseram que teve capacitação e não foi satisfatória.

Em relação a concordar que o sistema de teleconsultoria seja um indicador de produtividade, tornando seu uso obrigatório, os profissionais responderam em 63,3% (n=19) que concorda em parte, 23,3% (n=7) discordam totalmente, 6,7% (n=2) concorda totalmente, 3,3% (n=1) discorda em parte e 3,3% (n=1) não concordam e nem discordam.

Tabela 6: A análise das respostas dos profissionais de saúde, sobre as perguntas referentes ao sistema de Teleconsultoria

		N	Porcentagem
Como você soube da existência do sistema de Teleconsultoria?	PELA INSTITUIÇÃO DE ENSINO QUE ESTUDOU	1	3,3%
	PELO GESTOR MUNICIPAL	17	56,7%
	PELOS COLEGAS DE TRABALHO	2	6,7%
	POR TREINAMENTO PRESENCIAL	10	33,3%
Como você avalia o tempo de resposta da Teleconsultoria?	BOM	16	53,3%
	MEDIO	3	10,0%
	MUITO BOM	11	36,7%
Qual o nível de satisfação com o serviço de Teleconsultoria?	BOM	17	56,7%
	MUITO BOM	12	40,0%
	RUIM	1	3,3%
Como avalia as respostas da Teleconsultoria?	BOM	16	53,3%
	MUITO BOM	13	43,3%
	RUIM	1	3,3%
Você acredita que a Teleconsultoria ajuda na prática diária dos profissionais que utilizam?	MUITO	18	60,0%
	POUCO	3	10,0%
	MUITO POUCO	1	3,3%
	MEDIO	8	26,7%
Você concorda que o sistema de Teleconsultoria é tecnicamente confiável?	CONCORDO EM PARTE	1	3,3%
	CONCORDO TOTALMENTE	29	96,7%
Você concorda que a Teleconsultoria pode reduzir os encaminhamentos no município?	CONCORDO EM PARTE	9	30,0%
	CONCORDO TOTALMENTE	19	63,3%
	DISCORDO EM PARTE	1	3,3%
	DISCORDO TOTALMENTE	1	3,3%
Você teve capacitação para o uso do sistema de Teleconsultoria?	NÃO TIVE	17	56,7%
	TIVE E FOI SATISFATORIA	12	40,0%
	TIVE MAS FOI INSATISFATORIA	1	3,3%
Você concorda da Teleconsultoria ser um indicador de produtividade, tornando seu uso obrigatório?	CONCORDO EM PARTE	19	63,3%
	CONCORDO TOTALMENTE	2	6,7%
	DISCORDO EM PARTE	1	3,3%
	DISCORDO TOTALMENTE	7	23,3%
	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	1	3,3%
			100,0%
Total		30	

Duas perguntas do questionário tinham a resposta de forma livre e aberta para que o profissional de saúde tivesse liberdade de expressar sua opinião sobre o sistema, elas foram agrupadas e categorizadas. A primeira pergunta era para definir brevemente a desvantagem da teleconsultoria e a segunda uma breve definição de vantagem do sistema. Em relação às

respostas sobre a desvantagem da teleconsultoria 60% (n=18) responderam falta de tempo, 16,6% (n=5) informaram que o sistema é difícil, têm vários campos de preenchimento, pouca resolutividade e que não ajuda em casos de urgência, 13,3% (n=4) disseram que não tem nenhuma desvantagem, e 10% (n=3) dos profissionais informaram que a desvantagem é a adesão. Quanto as repostas sobre a vantagem 60% (n=18) das pessoas informaram que a teleconsultoria serve de apoio, auxílio e suporte rápido, fácil e confiável para resolver alguns casos, 33,3% (n=10) dos profissionais relatou que as vantagens são o conhecimento, esclarecimento e troca de experiência e 6,6% (n=2) informaram que é otimização e eficiência.

A maioria dos teleconsultores plantonistas que responderam reside em Belo Horizonte, 76,9% (n=10), os demais moram em Betim, Ouro Preto e Uberlândia. Dos teleconsultores plantonistas que responderam o questionário 61,5% (n=8) são médicos, os demais são Enfermeiros, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Psicólogo. Todos os médicos têm nível de escolaridade doutorado, a média do tempo de experiência profissional é de 26 anos.

Tabela 7: Análise dos Teleconsultores Plantonistas entrevistado (N=13)s:

		N	Porcentagem
Município de residência	Belo Horizonte	10	76,9%
	Betim	1	7,7%
	Ouro Preto	1	7,7%
	Uberlândia	1	7,7%
Profissão	Enfermeiro	1	7,7%
	Farmacêutico	1	7,7%
	Fisioterapeuta	1	7,7%
	Fonoaudiólogo	1	7,7%
	Médico	8	61,5%
	Psicólogo	1	7,7%
Escolaridade	Especialização	1	7,7%
	Residência	2	15,4%
	Mestrado	2	15,4%
	Doutorado	8	61,5%
Válido		13	100,0%
Total		13	

Dentro do sistema de teleconsultoria que é disponibilizado para os profissionais de saúde, existe a opção de prioridade da resposta, urgente, prioridade ou normal. Os teleconsultores responderam que a maioria das perguntas que recebem é normal com 92,3% (n=12), esse resultado reflete no modelo de teleconsultoria assíncrona que é disponibilizado para os profissionais de saúde, no qual a dúvida é enviada pelo solicitante, e deve ser respondido dentro do prazo máximo de 72 horas estipulado pela Portaria Nº 2.554/2011.

Sete teleconsultores 53,8% responderam que raramente recebem teleconsultorias com dados completos e com a pergunta bem formulada, e o enfoque mais solicitado é para tratamento com 69,2% (n=9), 61,5% (n=8) dos teleconsultores avaliou que a dificuldade das perguntas foi de nível médio, e 38,5% (n=5) de nível fácil. O modelo de treinamento que os teleconsultores consideram mais efetivo é em grupo e presencial citado em 53,8% (n=7) das respostas.

Em relação ao efeito que a introdução da Resolução 5.246 causou sobre a utilização das teleconsultorias, pode-se destacar a piora na qualidade das perguntas após a obrigatoriedade, citada por 53,8% (n=7) dos teleconsultores, sobre a pergunta do aumento de teleconsultorias recebidas, 38,5% (n=5) dos teleconsultores responderam que aumentou muito, 23,1% (n=3) relatou um aumento médio, e 23,1% (n=3) responderam que aumentou pouco. Sobre a teleconsultoria ser um indicador de produtividade, os teleconsultores responderam que concorda em parte 38,5% (n=5), seguido de não concordo nem discordo, com 23,1% (3).

Tabela 8: Relação das respostas dos Teleconsultores em relação à Teleconsultoria e a opinião sobre a obrigatoriedade do uso:

		N	Porcentagem
Qual a prioridade de Teleconsultoria você mais recebe?	Prioridade	1	7,7%
	Normal	12	92,3%
As Teleconsultorias que você recebe apresenta dados completos?	Frequentemente	3	23,1%
	Moderadamente	3	23,1%
	Raramente	7	53,8%
Como você avalia o nível de dificuldade nas Teleconsultorias?	Médio	8	61,5%
	Fácil	5	38,5%
Já recebeu alguma Teleconsultoria onde o profissional tenha relatado dificuldade em descrever o caso?	Frequentemente	3	23,1%
	Moderadamente	3	23,1%
	Raramente	3	23,1%
	Nunca	4	30,8%
A qualidade das perguntas da Teleconsultoria mudou após a obrigatoriedade do uso?	Piorou	7	53,8%
	Não Mudou	2	15,4%
	Melhorou	4	30,8%
Você concorda da Teleconsultoria ser um indicador de produtividade?	Concordo em parte	5	38,5%
	Não concordo nem discordo	3	23,1%
	Discordo em parte	2	15,4%
	Discordo totalmente	3	23,1%
Aumentou as Teleconsultorias após a resolução entrar em vigor?	Aumentou muito	5	38,5%
	Aumentou médio	3	23,1%
	Aumentou pouco	3	23,1%
	Não aumentou	2	15,4%
Válido		13	100,0%
Omisso		0	
Total		13	

A análise do banco de dados secundários fornecido pela RTMG, com informações do período de dezesseis meses (01/08/2015 a 31/12/2016), revelou que dentro deste período foram realizadas 1.894 teleconsultorias.

Tabela 9 mostra a frequência e porcentagem de teleconsultorias recebidas pelos dois períodos analisados:

TELECONSULTORIA

		Frequência	Porcentagem
Válido	01/08/2015 A 31/03/2016	377	19,9
	01/05/2016 A 31/12/2016	1517	80,1
	Total	1894	100,0

Fonte: Rede de Teleassistência de Minas Gerais

A tabulação cruzada de duas variáveis mostra a quantidade de teleconsultoria realizada por especialidade nos dois períodos. Podemos identificar que no primeiro período a utilização maior era de médicos, seguido dos fisioterapeutas e logo em seguida os enfermeiros, e no segundo período o cenário mudou completamente com a maior participação dos enfermeiros, seguido dos médicos, fisioterapeutas. Podemos observar também a inserção de algumas especialidades que no primeiro período não utilizavam o sistema e passou a usar em quantidades significativas que foram os técnicos de enfermagem, seguido dos dentistas e os agentes comunitários em saúde, conforme tabela 10 abaixo:

Tabulação cruzada ESPECIALIDADE * PERIODO

Contagem

ESPECIALIDADE	PERIODO		Total
	01/08/2015 A 30/03/2016	01/05/2016 A 31/12/2016	
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS TÉCNICO)	1	70	71
ASSISTENTE SOCIAL	0	2	2
BIOMÉDICO	30	0	30
BIOQUÍMICO	6	0	6
DENTISTA	3	73	76
EDUCADOR FÍSICO	0	2	2
ENFERMEIRO	84	574	658
FARMACÊUTICO	3	14	17
FISIOTERAPEUTA	93	203	296
FONOAUDIÓLOGO	9	35	44
GESTOR EM SAÚDE PÚBLICA	0	6	6
MÉDICO	115	373	488
NUTRICIONISTA	29	39	68
PSICÓLOGO	0	35	35
TÉCNICO ENFERMAGEM	3	88	91
TÉCNICO SAÚDE BUCAL	0	1	1
TERAPÊUTA OCUPACIONAL	0	3	3
Total	376	1518	1894

Para analisar se o aumento e a diferença de utilização de teleconsultoria no segundo período foram estatisticamente significativos, foi usado o teste estatístico t de Student e o teste de Levene realizado pelo Spss. O teste de Levene permitiu averiguar a homogeneidade das variâncias. Neste caso, conclui-se que as variâncias são diferentes nos dois grupos, uma vez que a significância associada ao teste foi inferior a 0,05. Uma vez que não se assume a homogeneidade das variâncias. O teste t foi realizado para duas amostras independentes e encontrou o valor de $p < 0,005$, hipótese alternativa significa que as médias das teleconsultorias realizadas são diferentes para os dois períodos. A diferença média de -275 quer dizer que o segundo período teve mais teleconsultorias que o primeiro, com porcentagem de nível de confiança de 95% ($t(1.892) = -72.893$; $p < 0,05$). Conforme tabela 11 abaixo:

Teste de amostras independentes									
Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferença média	Erro padrão da diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
								Inferior	Superior
Variâncias iguais assumidas	40,149	,000	-72,893	1892	,000	12,617	26,011	-282	19,846
Variâncias iguais não assumidas			-64,685	508,197	,000	12,617	46,051	-283	26,465

DISCUSSÃO

No banco de dados havia informações sobre a teleconsultoria, nome do profissional, especialidade, município, unidade de saúde que trabalha e data do envio da dúvida. A análise teve o objetivo de comparar a utilização da teleconsultoria pelo período de oito meses antes (01/08/2015 a 31/03/2016) e oito meses após (01/05/2016 a 31/12/2016) a resolução SES/MG 5.246 entrar em vigor, o mês de abril não foi contabilizado, pois foi período que os municípios tiveram para adequação das normas. O total de teleconsultoria mostrado na tabela 10 mostrou que depois da resolução aumentou significativamente o número de teleconsultorias quando comparado ao primeiro período, e comprova que a regulação aumenta a quantidade de utilização.

Sobre as respostas do questionário a maioria dos profissionais que responderam acredita que o sistema direciona para um atendimento qualificado e dá suporte clínico para resolver os casos

sem precisar encaminhar, mas alegam falta de tempo devido à rotina intensa e acabam postergando a utilização do sistema. Os Teleconsultores Plantonistas descreveram o quanto foi perceptível e discrepante o aumento do número de teleconsultorias recebidas, contudo eles passaram a receber Teleconsultorias com casos fictícios e repetidos. Com isso pode-se identificar que apesar do aumento na utilização, após o incentivo financeiro, houve baixa efetividade da utilização do sistema.

Esta pesquisa mostrou que falta preparo dos profissionais de saúde e desconhecimento sobre o uso correto da ferramenta em relação a sua funcionalidade. Para suprir esta necessidade a RTMG disponibiliza vários tipos de treinamentos aos usuários com orientação e manual de instrução, para informar o profissional sobre o sistema de teleconsultoria. Os envolvidos nas práticas de telessaúde devem passar por um processo de sensibilização e capacitação para lidar com essas novas ferramentas. Além disso, devem estar atentos às questões éticas e legais que envolvem o atendimento a esses pacientes. Os conselhos federais e regionais dos profissionais envolvidos orientam em seus códigos de ética o resguardo ao sigilo profissional, mas no campo da telessaúde muitas discussões ainda devem ocorrer.

O gestor municipal de saúde e sua equipe têm um papel fundamental na adesão dos profissionais de saúde e na manutenção dos serviços de teleassistência no município. Quando a gestão e coordenação têm conhecimento do funcionamento da teleconsultoria e de seus benefícios, certamente os profissionais de saúde utilizariam o serviço com mais responsabilidade e comprometimento. Planejar reuniões e treinamentos específicos para a gestão poderia ser uma boa estratégia para passar as informações referentes à teleconsultoria e sensibilização dos profissionais. Outro fator negativo que atrapalha a utilização mostrada por este estudo foi à conexão de internet e dificuldade com tecnologias de informação e comunicação que os profissionais de saúde relataram.

Os serviços a distância se configuram como uma boa oportunidade, principalmente para as regiões carentes e remotas, onde não se pode esperar uma cobertura especializada presencial. A aplicação de tecnologias de baixo custo, são necessárias e deve ser estimulada de modo a consolidar redes integradas de assistência à saúde a distância, o uso de dispositivos móveis como celulares e tablets usado na prática de saúde em geral, é uma tendência que busca diminuir as barreiras entre os serviços de saúde e a população.

CONCLUSÃO

No Brasil ainda não se discute a teleconsulta, mas essa realidade já está presente em outros países. Quanto aos pacientes, o correto é que eles sejam esclarecidos e devidamente informados sobre todos os procedimentos que serão executados em forma de telessaúde (REZENDE, 2010).

As práticas de telessaúde vêm crescendo em todo o País, ampliando as discussões que devem ser pautadas em critérios éticos e legais, favorecendo o aumento de publicações do setor. Para isso, o envolvimento dos profissionais, o engajamento dos Conselhos Federal, Regionais e da sociedade científica é essencialmente importante na condução das discussões que pautam a atuação das ações da telessaúde como instrumento transformador (PIROPO, 2015).

Para aumentar o envolvimento dos profissionais e tentar melhorar a utilização da teleconsultoria é necessário investimento para promoção e divulgação do governo em relação às práticas de telessaúde no Brasil. As tecnologias de informação e comunicação possuem grande potencial para desenvolver modelos e processos educativos integradores. No entanto, as TICs sozinhas não são capazes de resolver as demandas e os problemas da formação em saúde: isso depende da abordagem pedagógica e da visão de educação, de tecnologia e de saúde daqueles que as adotam.

Apesar dos avanços da tecnologia, ainda não é possível transmitir remotamente sensações advindas do encontro presencial, promovidas pelo contato físico. Por outro lado, a telessaúde possibilita encontros entre profissionais de saúde que podem refletir na melhoria da assistência ao paciente, inclusive proporcionando uma diminuição na demanda para a assistência secundária.

Diante dos benefícios da telessaúde é interessante a partir de observações científicas, buscar soluções para o problema da subutilização dos sistemas de teleconsultoria, e desta forma colaborar na adoção e difusão dessa nova prática de trabalho resultando na melhoria do atendimento na atenção primária do sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS

ALKMIM, MBM.; MARCOLINO, MS; FIGUEIRA, RM; SOUSA, L; NUNES, MS; CARDOSO, CS., e RIBEIRO, AL .. Telemedicina e e-Saúde. Maio 2015.

ALKMIM, MBM. et al. Nove Anos de Experiência em Teleconsultorias para Atenção Primária. In: Mathias I, Monteiro A. Gold book [recurso eletrônico]: inovação tecnológica em educação e saúde. – Dados eletrônicos. – Rio de Janeiro: EdUERJ; 2012. p.224-240. <http://www.telessaude.uerj.br/resource/goldbook/pdf/14.pdf>. Acesso em 20 de outubro de 2017.

ALKMIM M.B.M. Fatores associados à utilização de sistema de teleconsultoria na atenção primária de municípios remotos de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010. Dissertação (Mestrado Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 110 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Telessaúde para Atenção Básica. Ministério da Saúde, Portaria 2.546, 27/10/2011, Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Telessaúde para a Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde : Protocolo de Telerregulação de Teleconsultorias / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 42 p.: il. Suplemento para o Manual de Telessaúde para a Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde Modo de acesso: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/telerregularizacao.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 48 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde)

BRASIL. Lei 8.080/90 Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 07 de setembro de 2017.

CRAIG, J., & PATTERSON, V. (2005). Introduction to the practice of telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11(1), 3–9. doi:10.1258/1357633053430494

CRUZ, ELD; SILVA, KCL. Telessaúde. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Kalinowski, CE; Crozeta K; Costa, MFBNA, organizadores. PROENF Programa de

Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 5. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p. 121-53. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1).

CHAO, LW. Telemedicina e Telessaúde: Oportunidade de novos serviços e da melhoria da logística em saúde Revista Panorama Hospitalar 24ª edição fevereiro de 2015

CÓDIGO de ética médica. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.643/02 Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Disponível em: <http://www.rcem.cfm.org.br/index.php> . Acesso em: 10 de janeiro de 2018.

CASTRO FILHO ED. Telessaúde no apoio a médicos de atenção primária [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

Conselho Federal de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução CREMESP nº97, de 20 de fevereiro de 2001. Disponível em: www.cremesp.com.br/?siteAcao= Pesquisa Legislacao&dif=s&ficha=1&id=3217&tipo=RESOLUÇÃO&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20São%20Paulo&numero=97&situacao=VIGENTE&data=20-02-2001.

Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº002/95. Disponível em: www.pol.org.br/legislacao/doc/resolucao1995_2.doc. Acessado em 10 de janeiro de 2018.

Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº003/2000. Disponível em: www.pol.org.br/legislacao/doc/resolucao2000-3.doc. Acessado em 10 de janeiro de 2018.

Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº006/2000. Disponível em: www.pol.org.br/legislacao/doc/resolucao2000_6.doc. Acessado em 10 de janeiro de 2018.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº1 246/88. Código de Ética Médica. Brasília: CFM; 1996. Acessado em 10 de janeiro de 2018

DIRETORIA EXECUTIVA EB139/8 139º sessão 27 de maio de 2016.<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTINFORMATIONANDCOMMUNICATIONANDTECHNOLOGIES/0,,contentMDK:23242711~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:282823,00.html>. Acessado em 05 de junho de 2017.

SANTOS, A. D. F., Souza, C. de, Alves, H. J., & dos Santos, S. F. (2006). Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: Editora UFMG.

FIGUEIRA, RM;ALKMIM, MBM;ABREU, MP;ALKMIM, EM. Análise da gestão financeira de serviços de Telessaúde aplicados na atenção básica. Relatório final, Carta Acordo BR/LOA/0700061.004, SGTES/Ministério da Saúde, Janeiro 2009.

GOMES, K. O. et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1829-1842, 2013. Disponível em: . Acessado em: 05 de junho 2017

HADDAD, AE. Experiência Brasileira do Programa Nacional Telessaúde Brasil. Gold book [recurso eletrônico]: inovação tecnológica em educação e saúde. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2012. p.12- 44. Disponível em: <http://www.telessaude.uerj.br/goldbook/artigos/Acesso em: 09/07/2015>. Publicação do Banco Mundial, informação e comunicação para o desenvolvimento: maximizando móvel, está disponível em: <http://www.telessaude.uerj.br/goldbook/artigos/Acessado em: 05 de junho 2017>.

HERSH WR, WALLACE JA, PATTERSON PK, KRAEMER DF, NICHOL WP, GREENLICK MR, KRAGES KP, HELFAND M. Telemedicine for the Medicare population: Pediatric, obstetric, and clinician-indirect home interventions. Evidence Rep Technol. Assess. (Summ) 2001;24 Suppl:1-32 [citado 2011 Out 25] Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0035433550amp> Hunkeler EM, Meresman JF, Hargreaves WA, Fireman B, Berman WH, Kirsch

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. [Site]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 10 maio 2017.

KINGDON, J. W. Agendas, Alternatives, and Public Policies. 2. New York: Longman, 2002. 280.

MALIK, AM; VIANA, FM. Telessaúde, eficiência e sustentabilidade. FOCO: Melhores Práticas de Gestão na Área da Saúde. Harvard Business Review agosto 2015.54-58p.

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.

MARCOLINO, MS; et al. The Experience of a Sustainable Large Scale Brazilian Telehealth Network. Telemedicine and e-Health 2016; vol. 22 no. 11

MELO, MCB; SILVA, SEM. ASPECTOS CONCEITUAIS EM TELESSAÚDE. Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente By Alaneir de Fátima dos Santos et. Al Organizadores. – Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. 17-31p. : il.

MONTEIRO, Alexandra. A História da Telessaúde da Cidade para o Estado do Rio de Janeiro [recurso eletrônico]: história em inovação tecnológica / Organizadores, Alexandra Monteiro, João Paulo Neves. – Dados Eletrônicos. – Rio de Janeiro :Ed. UERJ, 2015.(381p.) : arquivo pdf

MOURA, LA. The Need for a Strategic vision for Telehealth. J Int. Soc. Telemed Health 2016; 4: e2

Murphy, R. L., & Bird, K. T. (1974). Telediagnosis: a new community health resource. Observations on the feasibility of telediagnosis based on 1000 patient transactions. American Journal of Public Health, 64(2), 113-9.

NORRIS, AC. Essentials of Telemedicine and Telecare. Baffins Lane - England: John Wiley & Sons, 2002. 177p.

NOUHI, M;FAYAZ-BAKHS, A;MOHAMADI, E;SHAFII, M. 2012. Telemedicineand its potentialimpactsonreducinginequalities in accesstohealthmanpower. *Telemedicineand e-Health* 18(8): 648-653 CrossRef, Medline.

Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <http://www.who.int/goe/en/>. Acessado em 10 de maio de 2017.

OXMAN AD, THOMSON MA, DAVIS DA, HAYNES RB. No magicbullets: a systematicreviewof 102 trials ofinterventionsto improve professional practice. *CMAJ*. 1995;153(10):1423-31.

PEREIRA,CCA; MACHADO, CJ. Telessaúde no Brasil – conceitos e aplicações. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3283-3284, Oct. 2015 . Availablefrom<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015001003283&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 08 de junho 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/141381232015209.07082015>.

PIROPO, TGN; AMARAL, HOS. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano *SAÚDE DEBATE* | rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 279-287, JAN-MAR 2015

Resolução SES/MG 5.246 de 13 de abril de 2016
<http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/resolucoes> Acessado em 20 de maio de 2017

REZENDE EJC, MELO MCB, TAVARES EC, SANTOS AF, SOUZA C. Ética e telessaúde: reflexões para uma prática segura. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;28(1):58–65.

RAYMOND L. H. MURPHY, JR., M.D., Sc.D. KENNETH T. BIRD, M.D. Telediagnosis: New Community Health Resource. *TELEDIAGNOSIS. AJPH FEBRUARY, 1974, Vol. 64, No. 2.*

SANTOS, AF;D'AGOSTINO, M;BOUSKELA, MS;FERNANDÉZ, A;MESSINA, LA;ALVES, HJ. Uma visão panorâmica das ações de telessaúde na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(5/6):465

SILVA, AB, Política pública, educação, tecnologia e saúde articuladas: como a telessaúde pode contribuir para fortalecer o SUS?. Tese (Ciências na área de Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p.142. 2013

SCHMITZ CAA, HARZHEIM E. Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-11. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1453](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1453)

VIANA, FM. Telemedicina: uma ferramenta para Ampliar o Acesso á Assistência em Saúde no Brasil / Fernanda Martins Viana – 2015. 86f. Dissertação (Mestre em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, FundaçãoGetulio Vargas, São Paulo, 2015

WOOTTON R, JEBAMANI LS, DOW SA. E-healthandtheUniversitas 21 organization. 2. *Telemedicineandunderservedpopulations. J TelemedTelecare* 2005; 11:221-4.

WHO-Global Observatory for eHealth. (2010). *Telemedicine: Opportunities and developments in Member States. Observatory* (Vol. 2, p. 96).doi:10.4258/hir.2012.18.2.153

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada **Impactos da regulação da Teleconsultoria na Atenção Primária**, conduzida por **Wanessa Campos Vinhal**. Este estudo tem o objetivo de analisar os fatores associados à subutilização das Teleconsultorias considerando as características e limitações dos usuários, a qualidade da utilização do sistema após a publicação da resolução SES/MG 5.246 entrar em vigor e tornar a Teleconsultoria obrigatória. Você foi selecionado (a) por ser cadastrado no sistema da Rede de Teleassistência de Minas Gerais. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação não será remunerada nem implicará em gastos para os participantes. Nesta pesquisa habitualmente não existem riscos físicos, mas se você sentir desconforto ao compartilhar as informações pessoais ou confidenciais em alguns tópicos, pode optar por não responder se estiver incomodado. Deixo claro que não precisa responder qualquer pergunta ou parte das informações obtidas na pesquisa se sentir que ela é muito pessoal ou desagradável.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário online com perguntas referente a Teleconsultoria e o uso desta ferramenta. Você poderá responder o questionário de qualquer lugar e local, desde que tenha acesso a um computador com internet, basta responder o e-mail enviado pela pesquisadora. A leitura e resposta do questionário têm duração de 5 minutos. A resposta do e-mail será o registro da sua participação na pesquisa.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, responda o e-mail. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Wanessa Campos Vinhal, Assistente Administrativo, Av Sebastião Gonçalves Coelho, nº400, Bairro: Chanadour, Divinópolis, Minas Gerais, CEP:35501-296. E-mail: wanessatelessaude@ufsj.edu.br. Telefone: 037-3690 4469 / 037-98801 4051.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE B – Questionário para Teleconsultor Plantonista

Questionário projeto mestrado telessaúde e telemedicina

Bloco 1 - Características Teleconsultores Plantonistas e Individuais:

1. Município: _____
2. Profissão: () Dentista () Enfermeiro () Farmacêutico () Fisioterapeuta ()
Fonoaudiólogo () Médico () Psicólogo
3. Especialidade: _____
4. Escolaridade: () Superior completo () Especialização () Residência ()
Mestrado () Doutorado
5. Ano de conclusão da graduação: _____
6. Data de nascimento: ____/____/____
7. Cor: () branca () negra () parda () indígena () amarela
8. Sexo: () feminino () masculino

Bloco 2 – Pergunta sobre Teleconsultoria

9. Qual tipo de Teleconsultoria que você mais recebe? () Assistencial () Educacional
() Não sabe informar
10. Qual a prioridade de Teleconsultoria você mais recebe? () Urgente () Prioridade
() Normal
11. Qual o enfoque de Teleconsultoria que você mais recebe? () Promoção e Prevenção
de doenças () Diagnóstico () Prognóstico () Tratamento
12. Em relação às Teleconsultorias que você recebe, elas apresentam dados completos
para uma melhor resposta: () Sempre () Frequentemente () Moderadamente ()
Raramente () Nunca
13. Em relação à qualidade das perguntas da Teleconsultoria, você encontrou alguma
diferença após a obrigatoriedade do uso: () Piorou () Não mudou () Melhorou
14. Como você avalia o nível de dificuldade nas perguntas? () Muito difícil () Difícil
() Médio () Fácil () Muito fácil

15. Qual treinamento você considera efetivo para orientar os profissionais sobre o realizar uma Teleconsultoria? () Em grupo presencial () Em grupo á distância () Individual presencial () Individual á distância
16. Você concorda da Teleconsultoria ser um indicador de produtividade, tornando seu uso obrigatório?: () Concordo totalmente () Concordo em parte () Não concordo nem discordo () Discordo em parte () Discordo totalmente
17. Você identificou aumento nas teleconsultorias após a resolução SES/MG 5.246? () Aumentou muito () Aumentou médio () Aumentou pouco () Aumentou muito pouco () Não aumentou
18. Diga três dificuldades que você percebe que os usuários apresentam no uso do sistema

19. Qual a principal vantagem identificada após a Resolução SES/MG 5.246?

20. Qual a principal desvantagem identificada após a Resolução SES/MG 5.246?

APÊNDICE C – Questionário dos Profissionais de saúde após grupo focal e discussão com o especialista

Questionário projeto mestrado telessaúde e telemedicina

Bloco 1 - Características Profissionais e Individuais:

1. Município: _____
2. Profissão: () Dentista () Educador Físico () Enfermeiro () Farmacêutico
() Fisioterapeuta () Fonoaudiólogo () Médico () Nutricionista () Psicólogo
() Agente Comunitário de Saúde () Assistente Social () Técnico Enfermagem
() Técnico de Saúde Bucal
3. Especialidade: _____
4. Unidade de saúde que trabalha: _____
5. Escolaridade: () Nível técnico () Superior completo () Especialização
() Residência () Mestrado () Doutorado
6. Ano de conclusão da graduação: _____
7. Data de nascimento: ____/____/____
8. Cor auto relatada: () branca () negra () parda () indígena () amarela
9. Sexo: () feminino () masculino

Bloco 2 – Acesso internet e Conhecimento de Informática:

10. Qual o acesso eletrônico você mais utiliza para consultar de uma forma geral?
() Computador do trabalho () Computador de casa () Celular () Tablet
11. Qual o acesso eletrônico você mais utiliza para fazer a Teleconsultoria?
() Computador do trabalho () Computador de casa () Celular () Tablet
12. Qual a qualidade da internet na unidade de saúde onde trabalha? () Não tenho acesso
() Ruim () Média () Boa () Muito boa
13. Qual seu nível de conhecimento em informática? () Nenhum () Básico () Muito básico
() Intermediário () Avançado

Bloco 3 – Perguntas sobre Teleconsultoria

14. Como você soube da existência do sistema de Teleconsultoria? () Pelos colegas de trabalho () Pelo gestor municipal () Por treinamento presencial () Por treinamento á distância () Pela instituição de ensino que estudou () Outro
15. Qual o nível de satisfação com o serviço de Teleconsultoria? () Muito bom () Bom () Médio() Ruim () Muito ruim
16. Como você avalia o tempo de resposta da teleconsultoria?() Muito bom () Bom () Médio() Ruim () Muito ruim
17. Como avalia as respostas da teleconsultoria? () Muito bom () Bom () Médio () Ruim () Muito ruim
18. Você acredita que a teleconsultoria ajuda na prática diária dos profissionais que utilizam?() Muito () Médio () Pouco () Muito pouco () Não ajuda
19. Você concorda que o sistema de teleconsultoria é tecnicamente confiável?
() Concordo em parte () Concordo totalmente () Não concordo nem discordo
() Discordo em parte () Discordo totalmente
20. Você concorda que a teleconsultoria pode reduzir os encaminhamentos no município?
() Concordo em parte () Concordo totalmente () Não concordo nem discordo
() Discordo em parte () Discordo totalmente
21. Você teve capacitação para o uso do sistema de Teleconsultoria?() Não tive
() Tive mas foi insatisfatória () Tive e foi satisfatória
22. Você concorda da Teleconsultoria ser um indicador de produtividade, tornando seu uso obrigatório? () Concordo em parte () Concordo totalmente () Não concordo nem discordo () Discordo em parte () Discordo totalmente
23. Com uma palavra defina a desvantagem da teleconsultoria: _____
24. Com uma palavra defina a vantagem da teleconsultoria: _____

ANEXO 1: Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso da Teleconsultoria na atenção primária e os impactos da Resolução SES/MG 5.246

Pesquisador: Wanessa Campos Vinhal

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 69927417.5.0000.5282

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TELEMEDICINA E TELESSAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.535.127

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 09 de Março de 2018

Assinado por:
Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SÍ 3018

Bairro: Maracanã

CEP: 20.559-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180

Fax: (21)2334-2180

E-mail: etica@uerj.br