

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

KAROLINA DE CÁSSIA LIMA DA SILVA

**ANÁLISE DO PROGRAMA TELESSAÚDE BRASIL REDES NO ESTADO DE
PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2007 A 2011**

RECIFE
2013

KAROLINA DE CÁSSIA LIMA DA SILVA

**ANÁLISE DO PROGRAMA TELESSAÚDE BRASIL REDES NO ESTADO DE
PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2007 A 2011**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof^o Dr. José Luiz do Amaral Correa de Araújo Júnior

Coorientadora: Prof^a Dra. Tereza Maciel Lyra

Recife

2013

Catlogação na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S586a Silva, Karolina de Cássia Lima da.
Análise do Programa Telessaúde Brasil Redes
no estado de Pernambuco no período de 2007 a
2011./ Karolina de Cássia Lima da Silva. Recife: K.
C. da Silva, 2013.
162 p.: ilus.

Dissertação (Mestrado acadêmico em saúde
pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

Orientador: José Luiz do Amaral Correa de
Araújo Júnior.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Formulação
de políticas. 3. Telemedicina. 4. Atenção primária à
saúde. I. Araújo Júnior, José Luiz do Amaral Correa
de. II. Título.

KAROLINA DE CÁSSIA LIMA DA SILVA

**ANÁLISE DO PROGRAMA TELESSAÚDE BRASIL REDES NO ESTADO DE
PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2007 A 2011**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 11/04/2013

BANCA EXAMINADORA

Dr. José Luiz do Amaral Correa de Araújo Júnior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM/FIOCRUZ

Dr. Sidney Feitoza Farias
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM/FIOCRUZ

Dra. Magdala de Araújo Novaes
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

*Dedico este trabalho aos profissionais da saúde
que acreditam no SUS que dá certo.*

AGRADECIMENTOS

Ao longo destes dois anos, muitos foram os desafios enfrentados para que pudesse chegar até uma efetiva conclusão. Agradeço imensamente por ter chegado até aqui:

A Deus, porque d'Ele por Ele e para Ele são todas as coisas;

À minha querida e amada família e ao meu namorado Neto pelo apoio, torcida, incentivo e compreensão pela ausência e noites mal dormidas em todo esse processo. Amo vocês;

Ao meu cunhado Anderson Lucena (*in memoriam*) que tanto se alegrou quando recebi o resultado da minha aprovação no mestrado;

A José Luiz pela orientação objetiva e pelo aprendizado proporcionado no campo da Análise de Políticas de Saúde;

À Tereza Maciel pela coorientação e grande apoio na construção das matrizes de condensação de significados;

À minha amiga de residência, mestrado e se Deus quiser, de doutorado Jeane Coelho, por todas as contribuições, orações, desabafos e incentivos;

Aos colegas da turma de Mestrado Acadêmico do CPqAM/Fiocruz 2011-2013: Amanda Ferreira, Ana Beatriz Ishigami, Ana Carolina Cintra, Camila Sarteschi, Camila Ximenes, Divar Fernandes, Fernando Moreira, Isabele Araújo, Jessyka Barbosa, Juliana Oriá, Maria Ribeiro, Mariana Nunes, Mayara Marques, Patrícia Araújo, Rodrigo Fonseca, Telissa Kassar, Verônica Barbosa;

A Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria de Saúde do Recife (DGGTES/SS-Recife), pela compreensão pelos meus momentos de ausência e pela oportunidade de me fazer “mergulhar” na temática da Telessaúde. Em especial, agradeço: Giliate Coelho Neto, Isabel Brandão Correia, Kleber Araújo, Cinthia Alves, Suely Oliveira, Eliane Aguiar e Juliana Siqueira;

A banca de qualificação, Antônio Mendes e Magdala Novaes, pelas valiosas contribuições produzidas;

A todos que disponibilizaram seu tempo para a realização de entrevistas, pela contribuição de suas falas para o estudo;

Ao NUTES-UFPE pela oportunidade dada para a realização deste estudo e pela torcida especial da equipe de atendimento do Programa RedeNUTES e da coordenação;

Ao CNPq pela bolsa concedida;

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães em especial Secretaria Acadêmica, Biblioteca, e professores com quem pude aprender e trocar experiências da Saúde Coletiva;

A todos que contribuíram direta e indiretamente com este trabalho.

*“Nós não estamos mudando tudo, mas estamos fazendo tudo
para mudar”.*

Eliana Caminha (enfermeira que ajudou a construir a Estratégia de
Saúde da Família no município de Olinda-PE)

SILVA, Karolina de Cássia Lima da. **Análise do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado de Pernambuco no período de 2007 a 2011**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

RESUMO

A questão dos profissionais com formação adequada na Atenção Primária à Saúde (APS) tem direcionado o surgimento de iniciativas de Educação Permanente em Saúde. Uma delas utiliza Tecnologias da Informação e Comunicação, sendo a Telessaúde uma realidade no Sistema Único de Saúde. Enquanto política pública teve início a partir do Programa Telessaúde Brasil (PTBR), atualmente denominado Telessaúde Brasil Redes (PTBR-Redes), relacionado às Redes de Atenção à Saúde. Pernambuco tem o Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco (NUTES-UFPE) que coordena o Programa por meio da RedeNUTES. O objetivo foi analisar o PTBR-Redes em Pernambuco entre 2007 e 2011. Buscou-se compreender o contexto do surgimento, o processo de elaboração, implementação, monitoramento e avaliação, que atores o influenciaram e o conteúdo propositivo do Programa. O estudo foi qualitativo, com cinco entrevistas semi-estruturadas, utilizando matriz de condensação de significados e triangulação metodológica. As exigências éticas foram seguidas. Os resultados trazem achados sobre o contexto, conteúdo, atores e processo. Sobre o contexto destaca-se: a eleição presidencial de Lula que tinha uma agenda política social, pautando o Programa de Aceleração do Crescimento, que teve como uma de suas ações o PTBR-Redes; o fortalecimento da APS como prioridade e um panorama sanitário, epidemiológico e da organização dos serviços de saúde que justifica a implantação do PTBR-Redes. Quanto ao conteúdo, há fragilidades nas normas, porém as diretrizes do Telessaúde são pertinentes ao enfrentamento da problemática assistencial encontrada. Os principais atores relacionados com o Programa no Estado são o NUTES, Ministério da Saúde, da Ciência e Tecnologia, Equipes de Saúde, Secretarias de Saúde, GERES e COSEMS. O processo de implementação ressalta a experiência pregressa das Universidades que propuseram a formulação e implantação do Programa. A avaliação do Programa é imprescindível para a sua sustentabilidade.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde, Formulação de Políticas, Telemedicina, Atenção Primária à Saúde.

SILVA, Karolina de Cássia Lima da. **Analysis of the Telehealth Networks Program in the State of Pernambuco, Brazil from 2007 to 2011**. 2013. Dissertation (Master in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

ABSTRACT

The lack of enough family health professionals with formal training has been a challenge, therefore continuing professional development initiatives have been proposed. One of these strategies is the use of information and communication technologies to support healthcare, which is already a reality in Brazil through the use of telehealth. National telehealth policies for public health have started as the Brazilian Telehealth Program. It is currently called Brazilian Telehealth Networks Program and supports the Healthcare Network model. In Pernambuco state, the coordinating telehealth center is called NUTES which is located at the Federal University of Pernambuco (NUTES-UFPE) and is responsible for the RedeNUTES, a state telehealth network. The aim of this study is to analyse the National Telehealth Program in Pernambuco from 2007 to 2011. Focusing on understanding the processes of policy making, implementation, monitoring and evaluation based on the opinions of some characters involved in these phases. It is a qualitative research, based on five semi-structured interviews assessed by a meaning condensation matrix. It was submitted to the appropriate ethical reviewers. Results about context, content, actors and processes were found. Regarding the context, as president Lula had a strong social agenda, the Growth Acceleration Program was prioritized and accommodated the Brazilian Telehealth Networks Program; another aspect is the strengthening of primary health care, in its sanitary, epidemiological and organizational aspects; As for content, the current rules need improvement, but the telehealth guidelines are appropriate to face the healthcare challenges found. The main institutional actors involved in this program in Pernambuco are NUTES-UFPE, Ministry of Health, Ministry of Science and Technology, primary care teams, Departments of Health, GERES and COSEMS. The implementation process highlights the past experience of the Universities which proposed the formulation and implementation of the Program. The assessment of the program is essential to its sustainability.

Keywords: Health Public Policy, Policy Making, Telemedicine, Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família. Brasil, 1998, 2010 e agosto/2011	26
Quadro 1 –	Programas e ações estruturantes pautadas na proposta de Educação Permanente em Saúde no SUS	28
Quadro 2 –	Portarias e resoluções que regulamentam o Programa Telessaúde Brasil/Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco	32
Quadro 3 –	Número de pontos de telessaúde implantados por Regional de Saúde e número de municípios que fazem parte da RedeNUTES	34
Figura 2 –	Domínios das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) na saúde atuais e suas origens	38
Quadro 4 –	Modelo para a análise do Programa Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco	45
Figura 3 –	Mapa do Estado de Pernambuco e atual configuração das Gerências Regionais de Saúde (GERES)	48
Quadro 5 –	Sites pesquisados relacionados ao Programa Telessaúde Brasil Redes	50
Quadro 6 –	Matriz de condensação de significados para análise das entrevistas .	51
Quadro 7 –	Gerências Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco e municípios sede	69
Quadro 8 –	Estimativa do gasto em saúde no Brasil em 2009	69
Quadro 9 –	Projetos e recursos destinados ao Programa Telessaúde Brasil Redes, 2011-2012	75
Quadro 10 –	Projetos e recursos destinados ao Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado de Pernambuco, 2011	76
Figura 4 –	Distribuição dos projetos submetidos ao Programa Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco, 2011.....	76
Figura 5 –	Distribuição espacial segundo porte populacional do município e Região de Saúde	79
Quadro 11 –	Síntese da categoria contexto do Programa Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco.....	82
Quadro 12 –	Síntese do conteúdo do Programa Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco.....	102
Quadro 13 –	Mobilização dos atores envolvidos na implementação do Programa Telessaúde Brasil Redes no estado de Pernambuco	114
Quadro 14 –	Características dos atores envolvidos na formulação e implantação do PTBR-Redes	114
Quadro 15 –	Síntese da categoria atores no Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco	116
Quadro 16 –	Síntese da categoria processo no Telessaúde Brasil Redes	130

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
Bireme	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
Cies	Comissão de Integração Ensino-Serviço
Cosems	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
DAB	Departamento de Atenção Básica
Degerts	Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
Deges	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP	Escolas de Saúde Pública
ETSUS	Escolas Técnicas do SUS
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Geres	Gerência Regional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro da Saúde
HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Ies	Instituições de Ensino Superior
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Lika	Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami
MCTI	Ministério da Ciência e Tecnologia e Inovação
MS	Ministério da Saúde
NOB/RHSUS	Norma Operacional Básica dos Recursos Humanos do SUS

NTES	Núcleo de Telessaúde do IMIP
Nutes	Núcleo de Telessaúde do Hospital das Clínicas de Pernambuco
OMS	Organização Mundial de Saúde
Opas	Organização Pan-Americana de Saúde
Pacs	Programa de Agentes Comunitários em Saúde
Pet-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
Pnab	Política Nacional de Atenção Básica
Pneps	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
Profaps	Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área da Saúde
Pró-Residência	Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
ProgeSUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
Provab	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTBR	Programa Telessaúde Brasil
PTBR-Redes	Programa Telessaúde Brasil Redes
RedeNutes	Rede de Núcleos de Telessaúde de Pernambuco
RNP	Rede Nacional de Ensino e Pesquisa
Rute	Rede Universitária de Telemedicina
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SCNES	Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
TIS	Grupo de Tecnologia da Informação em Saúde da Universidade Federal de Pernambuco
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
Unasus	Universidade Aberta do SUS
UPE	Universidade de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	22
2.1	A Educação Permanente em Saúde	22
2.1.1	A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	24
2.2	A Estratégia Saúde da Família: da expansão à qualificação	26
2.3	Programa Telessaúde Brasil em apoio à Atenção Primária à Saúde	29
2.3.1	Programa Telessaúde Brasil Redes no estado de Pernambuco	33
2.4	Nomenclaturas utilizadas em Telessaúde	35
2.4.1	Telemática e e-Saúde e m-Saúde (saúde móvel)	35
2.4.2	Telessaúde e Telemedicina	39
2.5	Entendendo o campo da Análise de Políticas de Saúde	42
3	OBJETIVOS.....	46
3.1	Geral	46
3.2	Específicos	46
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	47
4.1	Tipo de estudo	47
4.2	Local do estudo	47
4.3	Período do estudo	48
4.4	Coleta de dados	48
4.5	Processamento e análise dos dados	51
4.6	Limitações do método	52
5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	52
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
6.1	O contexto da mudança para o surgimento de um Programa de Telessaúde no Brasil e em Pernambuco	53
6.1.1	Macro contexto	53
6.1.1.1	<i>Esfera política</i>	53
6.1.1.2	<i>Esfera econômica</i>	57
6.1.1.3	<i>Esfera social</i>	59
6.1.2	Micro contexto: o setor saúde	62
6.1.2.1	<i>Políticas Setoriais</i>	63
6.1.2.2	<i>Financiamento do setor saúde</i>	68
6.1.2.2.1	<u>As finanças setoriais</u>	68
6.1.2.2.2	<u>Os gastos com o Programa Telessaúde Brasil Redes</u>	71
6.1.2.3	<i>Panorama sanitário, epidemiológico e da organização dos serviços de saúde</i>	77
6.2	Conteúdo do Programa Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco	83
6.2.1	Concepção, adequação objetivos e metas	83
6.2.2	Ações e serviços de telessaúde	92

6.2.3	Resultados e coerências do Programa	96
6.3	Papel dos diferentes atores do Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco	102
6.3.1	Identificação dos principais atores envolvidos no Programa	102
6.3.1.1	<i>Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco (NUTES-UFPE)</i>	103
6.3.1.2	<i>Ministério da Saúde</i>	104
6.3.1.3	<i>Equipes de saúde (usuários diretos do Programa)</i>	105
6.3.1.4	<i>Secretarias Municipais de Saúde</i>	106
6.3.1.5	<i>Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco (COSEMS-PE)</i>	107
6.3.1.6	<i>Gerências Regionais de Saúde (GERES)</i>	107
6.3.1.7	<i>Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE)</i>	108
6.3.1.8	<i>Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCT)</i>	109
6.3.1.9	<i>Atores importantes a partir da expansão da telessaúde por meio de outros projetos e iniciativas (IMIP e UPE)</i>	111
6.3.1.10	<i>Precursor da telemedicina em Pernambuco (Dr. Pedrosa do Centro de Oncologia Pediátrica/CEOP-IMIP)</i>	111
6.3.1.11	<i>Atores importantes na atualidade (PTBR-Redes/PE)</i>	111
6.3.1.12	<i>Ator potencialmente relevante (controle social)</i>	111
6.3.1.13	<i>Ator potencialmente relevante (PE-Multidigital)</i>	111
6.3.2	Descrição da mobilização dos atores, de acordo com sua posição	113
6.3.3	Estabelecimento das relações de poder de cada ator em relação aos demais	114
6.4.	Processo de implementação do Programa Telessaúde Brasil Redes	116
6.4.1	A definição da agenda (<i>agenda setting</i>) e formulação do PTBR/PTBR-Redes	116
6.4.2	A Implementação do PTBR/PTBR-Redes	120
6.4.3	O Monitoramento e Avaliação do PTBR-Redes	126
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
	REFERÊNCIAS	135
	APÊNDICE A – Roteiro das Entrevistas	156
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	158
	ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	160

1 INTRODUÇÃO

A conjuntura atual que perpassa o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) representa importante balizamento para as propostas e estratégias de viabilização de políticas de Educação Permanente em Saúde (EPS). O desafio contínuo em garantir ações e serviços de saúde de qualidade à população encontra-se orientado por movimentos de preparação para o trabalho nesta área.

O SUS tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva. Também tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar seus trabalhadores (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Uma destas estratégias é a EPS, a qual propõe que o processo de educação do profissional de saúde, formado ou em formação, se faça de acordo com a problematização do processo de trabalho, e que todo o processo formativo seja feito de acordo com as necessidades da população envolvida (BRASIL, 2009).

Demandas de EPS surgem no SUS, bem como no processo de implementação da rede de Atenção Primária à Saúde (APS)¹ e da Estratégia Saúde da Família (ESF). Mendonça, Martins e Giovanella (2009) relatam que a partir de 1994, surgimento do até então Programa de Saúde da Família (PSF), a gestão do trabalho em saúde enfrenta limites quanto à necessária ampliação e fixação do quadro de pessoal, sobretudo no nível municipal, diante das responsabilidades assumidas pelo sistema de saúde neste nível de governo.

Problemas como a baixa disponibilidade de profissionais, sobretudo da categoria médica, a distribuição irregular com grande concentração em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas, a crescente especialização e suas consequências sobre os custos econômicos e dependência de tecnologias mais sofisticadas, o predomínio da formação hospitalar e centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência demandam ambiciosas iniciativas de transformação da formação de trabalhadores (CECCIM, 2004). O Ministério da Saúde (MS) é responsável pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que inclui, dentre suas várias ações, a utilização das novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), visando qualificação da atenção à

¹Na Política Nacional de Atenção Básica, portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde são considerados equivalentes.

saúde (BRASIL, 2011a). A Telessaúde se configura como uma das estratégias integrantes desta Política.

A Telessaúde é o uso abrangente de TIC para fins assistenciais, administrativos e educacionais em saúde (NORRIS, 2002). Seu surgimento encontra incentivo numa resolução da Organização Mundial de Saúde (OMS), que oportuniza seus Estados-membros a formularem uma política de ensino orientada para a transformação das práticas de saúde vigentes. Propõe-se o enfoque de EPS e a utilização de TIC em oposição às tradicionais modalidades de ensino, que pouco contribuem para a aquisição das competências necessárias ao modelo da APS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Hoje em dia, é difícil encontrar um estado ou um país sem telemedicina ou telessaúde, ou até mesmo a ausência do estabelecimento de programas ou planos para seu desenvolvimento (BASHSHUR et al., 2011). Para Alkmim, Ribeiro e Figueira (2010), a aplicação de recursos de Telessaúde à APS representa um mecanismo propulsor de princípios constitucionais do SUS, como a universalidade, integralidade e equidade. Os principais resultados são a qualificação do atendimento com conseqüente melhoria da saúde da população e redução das desigualdades sociais.

As iniciativas brasileiras em Telemedicina e Telessaúde alcançaram o estágio de integração federal ministerial quando o MS criou, em março de 2006, a Comissão Permanente de Telessaúde e, em janeiro de 2007, o Programa Telessaúde Brasil com o protótipo aplicado na APS, implantando redes assistenciais em nove estados (RIBEIRO FILHO et al., 2008).

Os Núcleos de Telessaúde iniciais, oriundos do Programa, foram implantados nas Universidades Federais do Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e nas Universidades Estaduais do Amazonas, Rio de Janeiro e São Paulo (BRASIL, 2011a). Mais núcleos estaduais estão em funcionamento: Tocantins, Mato Grosso do Sul e Espírito Santo (ALGEBAILLE; MATHIAS, 2010). Os núcleos estaduais nos demais estados do país encontram-se em processo de implantação.

No estado de Pernambuco, o Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco (NUTES-UFPE), membro do Programa Telessaúde Brasil Redes, sediado no Hospital das Clínicas, foi criado em 2003 pelo Grupo de Tecnologia da

Informação em Saúde (TIS) da UFPE, a partir do desenvolvimento do projeto Telessaúde na Estratégia Saúde da Família, Rede de Núcleos de Telessaúde (RedeNUTES), com financiamento do MS, numa parceria que envolveu o Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami (LIKA), o Hospital das Clínicas (HC) e Secretarias Municipais de Saúde (OLIVEIRA, 2007 *apud* OLIVEIRA, 2010).

Além do NUTES-UFPE, outros núcleos de Telessaúde foram criados no Estado, como as Redes Intermunicipais de Telessaúde (RIT) financiadas por meio de projetos submetidos ao Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) em 2011, promovendo a ampliação dos serviços de teleassistência, teleeducação e telegestão para profissionais de saúde, agregando também o fortalecimento à política de APS.

A história da Telessaúde na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade de Pernambuco (UPE), também membro do Programa Telessaúde Brasil Redes, tem início em agosto de 2010 com a assinatura de um termo de cooperação técnica entre a FCM e o NUTES-UFPE, para a realização de projeto de extensão para profissionais de Unidades de Saúde da Família do Recife na área da dermatologia (NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2012).

Em outubro de 1998, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) iniciou um programa de telemedicina. O objetivo era facilitar o intercâmbio na área de oncologia pediátrica que já mantinha, há quatro anos, com o St. Jude Children's Research Hospital, de Memphis, nos Estados Unidos da América (SPOSITO, 2012).

Em dezembro de 2010, foi criado um Núcleo de Telessaúde no IMIP (NTES-IMIP). O Núcleo tem o intuito de utilizar a Telessaúde como instrumento político e estratégico para o apoio e fortalecimento das ações de assistência, ensino, pesquisa e extensão do IMIP e de instituições parceiras (NÚCLEO DE TELESSAÚDE DO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA, 2012).

Tendo surgido como um dispositivo de requalificação das Equipes de Saúde da Família, através do processo de EPS que promove aumento da resolutividade na APS, diminuição do número de encaminhamentos para a Atenção Secundária, e consequente qualificação da atenção à saúde, o Programa Telessaúde Brasil no

Estado de Pernambuco contém elementos relevantes para análise enquanto política pública, no âmbito do SUS.

Para Frey (2000), a pesquisa sobre políticas públicas não pode se eximir da investigação da vida interna dos processos políticos-administrativos, pois os arranjos institucionais, as atitudes e os objetivos dos atores políticos, os instrumentos de ação e as estratégias políticas são importantes elementos explicativos sobre a gênese e o percurso dos programas políticos.

Conhecer fatores relacionados à implantação do Programa pode ser fundamental para o sucesso de sua implementação e sustentabilidade.

2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

Este estudo adota como referencial teórico os conceitos de Educação Permanente em Saúde, telemática, e-Saúde, telessaúde, telemedicina, teleassistência, Segunda Opinião Formativa, tele-educação e telegestão no âmbito da Atenção Primária à Saúde do SUS. Através disto, pode-se estabelecer o entendimento da realidade vigente no que se refere ao uso de novas TIC na saúde coletiva, sobretudo a observância dos fatores que influenciaram a implantação do Programa Telessaúde Brasil no estado de Pernambuco. O Programa Telessaúde Brasil, que contém elementos que fazem parte da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde será o elemento central do estudo. A análise de políticas de Saúde também faz parte deste capítulo, focalizando o modelo analítico escolhido para esta dissertação.

2.1 A Educação Permanente em Saúde

A difusão da Educação Permanente em Saúde (EPS) na América Latina ocorreu através da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), cuja proposta era a necessidade da Educação Permanente dos profissionais da saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região, com reconhecimento de que os serviços de saúde são organizações complexas e que somente a aprendizagem significativa seria capaz de aderir os trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano (CECCIM, 2004).

A aprendizagem significativa é aquela que promove e produz sentidos, e propõe que a transformação das práticas profissionais se baseie na reflexão crítica sobre as práticas reais em ação na rede de serviços de saúde (BRASIL, 2003). Ao aproximar o mundo do trabalho do mundo da educação, o ambiente de aprendizagem é o próprio espaço dos serviços de saúde e da gestão do SUS. Por isso tem sentido, utilidade e mais proximidade com realidade para o profissional (LOPES et al., 2007).

A EPS é uma estratégia que contribui para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas, da organização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, para melhoria da qualidade da saúde prestada à população pelo SUS (OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, 2006).

Carrega a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2004).

Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2009).

Ceccim e Feuerwerker (2004) reiteram que é a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, em cada serviço de saúde, que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

A lógica da EPS é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ceccim (2004) relata que, para alguns educadores, a EPS configura uma teoria formada a partir de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, proveniente da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde (CECCIM, 2004).

A EPS é uma alternativa capaz de responder ao esgotamento do modelo da educação continuada que trata das atividades de ensino após a formação inicial e tem como finalidade a atualização e aquisição de conhecimentos específicos por meio de capacitações pontuais para determinadas categorias profissionais. Capacitação é uma estratégia para enfrentar problemas de desenvolvimento dos serviços, podendo ser traduzida como uma ou mais ações intencionais e planejadas para fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios (DAVINI, 2009).

Embora a EPS possa abranger diversas ações de capacitação, elas serão necessariamente parte de uma estratégia maior tendo como horizonte a mudança institucional e como base a integração do ensino com o serviço (DAVINI, 2009).

No tópico que segue apresentam-se os desdobramentos das discussões sobre EPS no processo de gênese do SUS, culminando na institucionalização de uma política pública de Educação Permanente em Saúde.

2.1.1 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Antes mesmo da EPS, inicialmente discutida como educação continuada, ser ponto de pauta de conferências de recursos humanos, as Conferências Nacionais de Saúde já apontavam a inadequação da formação dos trabalhadores da saúde frente à realidade encontrada nos serviços de saúde brasileiros (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002). A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 apontou que o novo Sistema Nacional de Saúde deveria reger-se pelos princípios relacionados com a política de recursos humanos de capacitação e reciclagem permanentes e formação dos profissionais de saúde integrados ao Sistema de Saúde (LOPES et al., 2007).

O artigo 200, inciso III e IV, da Constituição Federal de 1988 reafirmado pelo art. 6, incisos III e X, da Lei Orgânica da Saúde de 1990 (Lei 8080/90), define o SUS como o responsável pela ordenação da formação de recursos humanos em saúde (BRASIL, 1988; 1990). Até o surgimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), muitos programas foram criados com o objetivo de melhorar a formação em saúde, mas eram isolados e desarticulados. A EPS só recentemente alçou o *status* de política pública. Esta nova perspectiva vem gerando um movimento inovador de construção de conhecimento visando apoiar sua implementação e consolidação (MASSAROLI; SAUPE, 2008).

De acordo com a pesquisa intitulada Recursos Humanos e Regionalização da Saúde: programa de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, até a atual formatação da PNEPS, houve pelo menos outros dois modelos institucionais de integração ensino-serviço. O primeiro, criado em 1996 por edital público, foi o dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, cuja tarefa era formar as equipes da ESF (VIANA, 2010).

Ao longo de 1998 a 2002, foi discutido pela sociedade civil e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) o documento referencial a uma Norma Operacional Básica concernente aos Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB/RHSUS), como um instrumento de gestão do setor contendo um capítulo dedicado aos princípios e diretrizes para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do sistema de saúde no País. Este foi um instrumento disputado pela sociedade, sua construção e formulação final foram pautadas em instâncias participativas, de oficinas a Conferências Nacionais (CECCIM, 2008).

A criação em 2003 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), nesta inseridos os Departamentos de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), permitiu que já no ano seguinte fosse articulado um segundo modelo de integração ensino-serviço, mais abrangente. É na Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, que surgem os Pólos de Educação Permanente em Saúde, instâncias de articulação entre instituições formadoras, gestores, serviços e controle social (BRASIL, 2004; VIANA, 2010).

As bases atuais da PNEPS foram lançadas em 2007, a partir da edição da Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, que trouxe como novidade as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que já eram previstas pela Lei 8080/90 e substituíram os Polos e os Colegiados de Gestão Regional (CGR), criados pela Portaria GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, que divulgou o Pacto pela Saúde 2006. Houve um reforço da estratégia de descentralização e regionalização do SUS (BRASIL, 2007a; 2006a).

Nos estados, conduzem a PNEPS as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), Escolas de Saúde Pública (ESP), Secretarias de Estado da Saúde, compreendendo a coordenação estadual da Educação Permanente em Saúde e áreas técnicas, Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e Instituições de Ensino Superior (IES) (BRASIL, 2012a).

A partir da PNEPS, considera-se relevante explicar sobre o surgimento das demandas de EPS na Atenção Primária à Saúde, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família, importante modelo de atenção à saúde implantado no SUS.

2.2 A Estratégia Saúde da Família: da expansão à qualificação

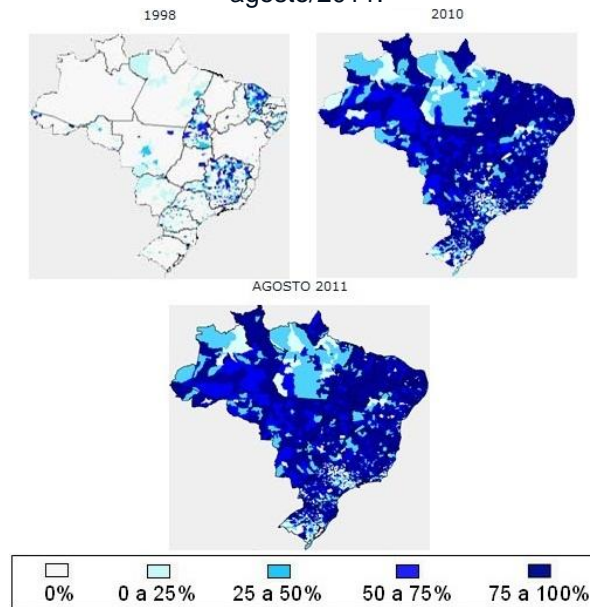
O Programa de Saúde da Família (PSF), hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, embora se tenha notícia de que já nesta data, guardadas suas particularidades, havia sido implantado em alguns municípios, entre eles, Niterói (RJ) em 1991; Itacarambi (MG) em 1993, entre outros.

Nasce com o propósito de superação de um modelo de atenção à saúde responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população, iniquidades em saúde (FRANCO e MERHY, 2003) e configura-se como um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil (BRASIL, 2011b).

A Estratégia foi apresentada como uma proposta de atenção à saúde voltada para áreas de risco, definidas pelo Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e vem tendo uma participação importante na oferta de postos de trabalhos municipais (MACIEL FILHO, 2007).

Configura-se como uma política de Estado, e não mais de governo (BRASIL, 2011b). Nos últimos anos, com o alcance de uma cobertura estimada de mais de metade da população brasileira pela ESF (Figura 1), a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de APS tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do SUS (BRASIL, 2011c).

Figura 1 – Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família. Brasil, 1998, 2010 e agosto/2011.



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c).

Em Pernambuco, a cobertura pela ESF também passou por uma gradual expansão. Em 1998, era existente em 70 municípios pernambucanos, com uma cobertura de 11,07%. Em 2003, 175 municípios eram contemplados, com cobertura de 52,85%, cerca de 4,7 vezes maior que o período anterior. A partir de 2008 os 185 municípios do Estado de Pernambuco tinham a ESF presente, cuja cobertura era de 68,04%. Em 2011 a cobertura é de 68,23%.

Tabela 1 – Histórico de cobertura da Estratégia Saúde da Família. Pernambuco, 1998-2011.

Ano	População	Nº de Municípios com EqSF	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
1998	7.466.773	70	826.474	11,07
1999	7.466.773	103	1.205.974	16,15
2000	7.580.826	149	2.658.955	35,07
2001	8.008.207	170	3.527.373	44,05
2002	8.008.207	172	3.949.428	49,32
2003	8.084.667	175	4.272.978	52,85
2004	8.182.842	178	4.709.637	57,56
2005	8.182.842	182	5.119.369	62,56
2006	8.466.791	185	5.277.310	62,33
2007	8.555.801	183	5.399.682	63,11
2008	8.555.801	185	5.820.950	68,04
2009	8.737.798	185	5.929.655	67,86
2010	8.813.860	184	6.023.396	68,34
2011	8.796.448	185	6.001.864	68,23

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento da Atenção Básica. (BRASIL, 2011c).

Para Campos e Belisário (2001), um dos mais relevantes problemas diante da expansão da ESF é a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos para atender a esta nova necessidade. Não há Residências de Medicina de Família e Comunidade em número adequado e sua distribuição no país não acompanha as necessidades regionais de formação de profissionais especialistas em APS. Como consequência, os profissionais que atuam na APS, não possuem formação específica para atuar nestes serviços e esta problemática aprofunda o desafio de se discutir o processo de formação e EPS destas equipes de saúde.

Diante disso, um dos maiores desafios para a implementação da APS é propiciar as condições para que ela seja resolutiva. Estratégias que possibilitem a EPS desses profissionais, e propiciem um canal de diálogo rápido e fácil com outros profissionais e serviços, podem ajudar na qualificação do cuidado na APS e melhorar as condições de saúde da população (BRASIL, 2011a).

Fontanive (2009) endossa a necessidade de desenvolvimento e avaliação de novos instrumentos de EPS para qualificação das ações das equipes da ESF. Estão sendo colocadas novas medidas para os desafios postos, com destaque para a criação do Programa Telessaúde Brasil (PTBR), que oferece suporte remoto para profissionais das equipes da ESF. O quadro 1 traz uma sistematização dos Programas e ações estruturantes que pautam a proposta de EPS no SUS, dentre eles o Telessaúde.

Quadro 1 – Programas e ações estruturantes pautadas na proposta de Educação Permanente em Saúde no SUS.

Programa/Ação	Descrição da sigla	Ano da instituição
Profae	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem	2002
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde	2005
ProgeSUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS	2006
UnA-SUS	Universidade Aberta do SUS	2008
Profaps	Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio para a Saúde	2009
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde	2009
Pró-Residências	Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas	2009
	Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e Área Profissional da Saúde	
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	2011
Provab	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica	2011
PTBR	Programa Telessaúde Brasil	2007
PTBR-Redes	Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (<i>redefine e amplia o PTBR</i>)	2011

Fonte: Elaborado pela autora.

2.3 Programa Telessaúde Brasil em apoio à Atenção Primária à Saúde

A telessaúde emprega modernas tecnologias de informática e telecomunicação com vistas à criação de ferramentas que podem ser usadas nacionalmente como recurso estratégico para otimização do sistema de saúde (CAMPOS et al., 2006). Considerando a dimensão e deficiências da ESF, integrante da APS no Brasil, a telessaúde passa a ter um papel estratégico (NOVAES; ARAÚJO; COUTO, 2006).

Incentivos obtidos junto às agências de fomento à pesquisa e ações governamentais, que possibilitaram a formação de equipes e núcleos de pesquisa em diversas instituições universitárias brasileiras, têm garantido uma importante evolução e consolidação no Brasil deste instrumento nestes últimos anos (WEN, 2008).

Em Pernambuco, uma iniciativa importante ocorreu a partir de 1997, com o início do projeto Redes Metropolitana de Alta Velocidade da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (REMAV-RNP), favorecendo aquisição de conhecimento na área de redes de alto desempenho, mas particularmente, na tecnologia de comunicação de dados de alta velocidade (redes ATM). A rede Recife ATM realizou experimentos em diversas áreas como videoconferências, telemedicina, operação e gerenciamento de redes de alto desempenho, educação à distância,

geoprocessamento, dentre outras, envolvendo instituições recifenses entre si e de outras REMAV do Brasil através do Ponto de Presença da RNP em Pernambuco (PoP-PE) (PONTO DE PRESENÇA DA REDE NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA DE PERNAMBUCO, 2013).

Outro marco importante foi o lançamento da Telemedicina no Edital de 2005 do Programa Institutos do Milênio pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Nesta ocasião, fora aprovado o Projeto Estação Digital Médica (EDM-Milênio), que contou com um consórcio formado por nove instituições para ampliar e consolidar a Telemedicina no Brasil (WEN, 2008).

Também ocorreu a elaboração do Projeto de Telemática e Telemedicina em apoio à APS no país em dezembro de 2005, o qual culminou na criação do Programa Telessaúde Brasil (PTBR) através da Portaria GM/MS nº 35 de 04 de janeiro de 2007. Esta portaria institui no Ministério da Saúde o PTBR, como uma ação do Programa Mais Saúde, desencadeando, desta forma, o Projeto Piloto em apoio à APS envolvendo nove Núcleos de Telessaúde (BRASIL, 2007b; WEN, 2008).

Quatro destes eram instituições integrantes do Programa Institutos do Milênio: Universidades de São Paulo, do Estado do Amazonas, Federais de Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Os Estados do Ceará, Pernambuco, Goiás, Rio de Janeiro, Santa Catarina completam os nove núcleos-piloto, regiões onde existiam centros com experiências em telemedicina (BRASIL, 2007b; WEN, 2008).

Outro importante acontecimento no processo de implantação do PTBR foi o início do desenvolvimento do projeto da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), no primeiro semestre de 2006. Esse projeto objetivou a identificação e a criação de infra-estrutura de videoconferência em hospitais universitários, proporcionando atividades educacionais e assistenciais através da infra-estrutura de comunicação da RNP (WEN, 2008).

O PTBR foi criado devido à necessidade de enfrentar duas problemáticas decorrentes da implantação da ESF, a oferta insuficiente de profissionais de saúde com formação adequada para atuar nesse novo modelo assistencial e o aumento da demanda para atenção secundária, gerado pela expansão do acesso aos serviços de saúde (RUAS, 2012).

O Programa visa, ainda, cobrir as lacunas que o médico, em regiões remotas, enfrenta diante de casos para os quais necessitava de suporte e apoio para manejar

a propedêutica, o diagnóstico, o plano terapêutico e as condutas de vigilância. Porém, diante dos avanços tecnológicos e das demandas contemporâneas, o PTBR foi difundido independentemente das características geográficas onde a assistência está sendo desenvolvida (HAWAII INTERNATIONAL CONFERENCE ON SYSTEM SCIENCES, 2000).

Cada Núcleo de Telessaúde, no momento de implantação do projeto em 2007 era responsável pela coordenação, implantação, instalação e operação de 100 pontos de telessaúde em Unidades de Saúde da Família (USF), somando 900 pontos no total, além de oferecer serviços de tele-educação e teleassistência para os profissionais que atuam na ESF (OLIVEIRA, 2010). Atualmente existem 1.733 pontos distribuídos em 1.073 municípios para 6.658 Equipes de Saúde da Família (EqSF), configurando presença em 19% dos municípios brasileiros e em 21,9% das EqSF (BRASIL, 2012a).

Os objetivos do PTBR são: (i) melhoria da qualidade do atendimento na APS no SUS, com resultados positivos diante da resolubilidade do nível primário de atenção; (ii) expressiva redução de custos e do tempo de deslocamentos; (iii) fixação dos profissionais de saúde nos locais de difícil acesso; (iv) melhor agilidade no atendimento prestado; (v) otimização dos recursos no SUS (BRASIL, 2012b).

Para Wen (2008), Telessaúde, mais do que um recurso tecnológico para proporcionar a realização de atividades à distância, adquire efetividade quando está associada a planos estratégicos que incluam um processo de logística de distribuição de serviços de saúde.

Em uma perspectiva futura, quando os serviços de Telessaúde ampliarem seu espectro de atuação, poderão ser caracterizados como metasserviços de saúde (BRASIL, 2012c). Também possibilita formar um ambiente de vigilância epidemiológica a partir das estruturas criadas para tele-educação, teleassistência e telegestão, o que dá condições para desenvolver planejamento estratégico na área da saúde para controle de endemias e epidemias (CAMPOS et al., 2006).

O PTBR vem sendo desenvolvido como uma ação estruturante do DEGES/SGTES em parceria com o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS) (CAMPOS et al., 2006). Conta também com a participação do Ministério da Educação, por meio das Secretarias de Educação Superior e de Educação à Distância, Casa Civil, da Organização Pan-Americana da

Saúde (OPAS), dos Ministérios da Ciência e Tecnologia e Inovação, da Defesa e das Comunicações, além de várias universidades públicas e entidades como o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) (BRASIL, 2011a).

O PTBR é 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. O objetivo é de qualificar, ampliar a resolutividade, apoiar e fortalecer a ESF, a partir da oferta de Teleassistência/Segunda Opinião Formativa e outras ações educacionais dirigidas aos profissionais das EqSF (BRASIL, 2010b).

Em 2011, a Portaria GM/MS nº 2.546 de 27 de outubro de 2011 redefine e amplia o PTBR, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (PTBR-Redes), e revoga a Portaria GM/MS nº 402 de 24 de fevereiro de 2010. Ela define que os projetos deverão ser realizados na forma de uma rede de serviços parceiros, com a criação de projetos intermunicipais ou de regiões de saúde, geridos de maneira compartilhada, com a possibilidade de participação das Secretarias Estaduais de Saúde, instituições de ensino e serviços de saúde, priorizando a articulação com os Núcleos do PTBR já implantados (BRASIL, 2011d).

Além disso, a portaria estabelece ainda, a estrutura de funcionamento e as normas a serem adotadas para as ações de telessaúde no âmbito do SUS e prevê a inclusão no Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) dos estabelecimentos que prestam serviços de teleassistência (BRASIL, 2011d).

A Portaria GM/MS nº 2554, do dia 28 de outubro de 2011, introduz no Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde o componente de informatização e integração ao Telessaúde Brasil Redes (BRASIL, 2011e). É preconizado que a expansão do PTBR-Redes atenda ao disposto no Decreto Presidencial nº 7.508, na Portaria GM/MS nº 4.279 de 2010 que estabelece as diretrizes das redes de atenção à saúde e na Portaria GM/MS nº 2.073 de 31 de agosto de 2011, que estabelece os padrões de interoperabilidade de sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2010c; 2011f).

As diretrizes do PTBR/PTBR-Redes são explicitadas em 14 portarias e no estado de Pernambuco, local do estudo, o Programa é instituído por meio de 04 resoluções (quadro 2).

Quadro 2 – Portarias e resoluções que regulamentam o Programa Telessaúde Brasil/Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco.

(Continua)

Portarias	Finalidades
GM/MS nº 561, de 16 de março de 2006	Institui no âmbito do Ministério da Saúde a Comissão Permanente de Telessaúde (BRASIL, 2006b).
GM/MS nº 1.228, de 09 de junho de 2006	Altera o art. 2º da Portaria nº 561/GM, de 16 de março de 2006, que instituiu a Comissão Permanente de Telessaúde (BRASIL, 2006c).
SGTES/MS nº 07, de 24 de julho de 2006	Designa os representantes para compor a Comissão Permanente de Telessaúde (BRASIL, 2006d).
GM/MS nº 3.275, de 22 de dezembro de 2006	Altera o art. 2º da Portaria nº 1.228/GM, de 09 de junho de 2006, que instituiu a Comissão Permanente de Telessaúde (BRASIL, 2006e).
GM/MS nº 35, de 04 de janeiro de 2007	Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde (BRASIL, 2007b).
SGTES/MS nº 04, de 19 de março de 2008	Altera o art. 1º da Portaria nº 07/SGTES, de 24 de julho de 2006, que designa representantes para compor a Comissão Permanente de Telessaúde (BRASIL, 2008c).
GM/MS nº 402, de 24 de fevereiro de 2010	Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à ESF no SUS, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências (BRASIL, 2010b).
GM/MS nº 452, de 04 de março de 2010	Institui no âmbito do Ministério da Saúde a Comissão Permanente de Telessaúde (BRASIL, 2010d).
GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010c).
GM/MS nº 2.073, de 31 de agosto de 2011	Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar (BRASIL, 2011f).
Casa Civil, Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências (BRASIL, 2011g).
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) (BRASIL, 2011d).
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 (BRASIL, 2011e).
GM/MS nº 2.647, de 7 de novembro de 2011	Dispõe sobre os valores máximos a serem repassados aos Estados, para o ano de 2011, no âmbito do Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes) (BRASIL, 2011h).

Quadro 2 – Portarias e resoluções que regulamentam o Programa Telessaúde Brasil/Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco.

(Conclusão)

Portarias	Finalidades
GM/MS nº 2.815, de 29 de novembro de 2011	Habilita Municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (BRASIL, 2011j).
GM/MS nº 1.362, de 02 de julho de 2012	Habilita Municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (BRASIL, 2012a).
GM/MS nº 2013, de 14 de setembro de 2012	Institui Grupo de Trabalho, no âmbito do Ministério da Saúde, com a finalidade de avaliar, discutir e propor critérios e ações para expansão do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes) (BRASIL, 2012b).
Resoluções	Finalidades
Resolução CIB/PE Nº 1140 de 06 de agosto de 2007	Inclui municípios do estado de Pernambuco no Projeto da Rede de Núcleos de Telessaúde – NUTES (PERNAMBUCO, 2007).
Resolução CIB/PE Nº 1515 de 13 de setembro de 2010	Homologa a indicação de composição do Comitê Estadual de Coordenação do Telessaúde Brasil em Pernambuco (PERNAMBUCO, 2010)
Resolução CIB/PE Nº 1726 de 04 de junho de 2011	Homologa a alteração e inclusão de novas representações na composição do Comitê Estadual de Coordenação do Telessaúde Brasil em Pernambuco (PERNAMBUCO, 2011).
Resolução CIB/PE Nº 2045 de 06 de agosto de 2012	Homologa a alteração e inclusão de novas representações na composição do Comitê Estadual de Telessaúde Brasil em Pernambuco (PERNAMBUCO, 2012a).

Fonte: Elaborado pela autora.

2.3.1 Programa Telessaúde Brasil no Estado de Pernambuco

Em Pernambuco, na UFPE, a Telessaúde tem início com a criação da Rede de Núcleos de Telessaúde (RedeNUTES) em 2003, fruto do Projeto de Telessaúde na ESF desenvolvido pelo Grupo de TIS da UFPE, financiado pelo MS em 2001 (NOVAES; ARAÚJO; COUTO, 2006).

No período de 2003 a 2006 implantaram-se cinco núcleos de telessaúde (NUTES) que criaram a RedeNUTES, sendo estes distribuídos no Hospital das Clínicas (HC) da UFPE - gestor da rede; USF Manoel Vigia - Cabo de Santo Agostinho, USF Bairro dos Estados - Camaragibe; USF Santo Antonio - Igarassu; Policlínica Lessa de Andrade, com a parceria do Círculo do Coração - Recife; Faculdade de Ciências Médicas - Universidade de Pernambuco (UPE) (NOVAES; ARAÚJO; COUTO, 2006).

O NUTES-UFPE, em seu processo de consolidação, fez interface com outras redes, implantando a Rede de Colaboração Virtual por Videoconferência para Hemorrede Brasileira (Rede RHEMO), fruto de um projeto do NUTES-UFPE, financiado em 2006 pelo MS por meio de sua Coordenação Geral do Sangue e Hemoderivados (RHEMO HEMORREDE VIRTUAL, 2012).

Ainda em 2006, passou a integrar a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) e, posteriormente, a Comissão Permanente de Telessaúde do MS, e participou das articulações que permitiram a criação do Projeto Piloto de Telessaúde Aplicada a APS no SUS. Esta iniciativa permitiu a integração da RedeNUTES ao PTBR (BRASIL, 2007). O PTBR iniciou as atividades de coordenação e execução através do NUTES-UFPE, que possibilitou a expansão da RedeNUTES (NOVAES; ARAÚJO; COUTO, 2006).

Atualmente, a RedeNUTES possui 233 pontos de telessaúde implantados em USF, beneficiando 81 municípios, distribuídos em 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES) (quadro 3). As equipes de saúde destas USF receberam um *kit* multimídia (computador com *webcam*) e realizam conexão via internet com os teleconsultores do HC e outros parceiros no Estado, para participar dos serviços de tele-educação e teleassistência providos pelo NUTES, através de seus sistemas para videoconferência e webconferência, Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e discussão de casos clínicos na internet, pelo sistema HealthNet.

Quadro 3 – Número de pontos de telessaúde implantados por Regional de Saúde e número de municípios que fazem parte da RedeNUTES.

GERES	Nº de Pontos	Municípios contemplados	Nº de Municípios
I – Recife	75	Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Fernando de Noronha, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, Vitória de Santo Antão	12
II – Limoeiro	39	Bom Jardim, Chã de Alegria, Lagoa do Carro, Nazaré da Mata, Paudalho, Vicência	06
III – Palmares	11	Água Preta, Cortês, Gameleira, Rio Formoso, Tamandaré	05
IV – Caruaru	55	Agrestina, Bonito, Cachoeirinha, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Pesqueira, Poção, Sairé, Sanharó, São Bento do Una, Taquaritinga do Norte	12
V – Garanhuns	11	Caetés, Lajedo, Saloá	03
VI – Arcoverde	32	Arcoverde, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Venturosa	09
VII – Salgueiro	15	Belém do São Francisco, Cedro, Salgueiro, Serrita	04

(Continua)

Quadro 3 – Número de pontos de telessaúde implantados por Regional de Saúde e número de municípios que fazem parte da RedeNUTES.

GERES	Nº de Pontos	Municípios contemplados	Nº de Municípios
VIII – Petrolina	14	Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande	03
IX – Ouricuri	37	Bodocó, Granito, Ipubi, Ouricuri, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade	07
X – Afogados da Ingazeira	29	Afogados da Ingazeira, Carnaíba, Iguaracy, Ingazeira, Solidão, Tabira, Tuparetama	07
XI – Serra Talhada	31	Betânia, Carnaubeira da Penha, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, Serra Talhada, Triunfo	07
XII – Goiana	17	Camutanga, Condado, Goiana, Itambé, São Vicente Férrer	05
Total	366		81

Fonte: RedeNUTES (2013).

Nota: Período de referência: Janeiro de 2013.

Estes pontos de telessaúde realizam atividades relacionadas ao Programa em Pernambuco e novos pontos estão sendo implantados. São 9 municípios que estão em implantação do serviço de telessaúde em 2013 com mais 06 em expansão, totalizando 95 municípios pernambucanos com o Programa. A ampliação da cobertura ocorre por meio das Redes Intermunicipais de Telessaúde (RIT), conformadas a partir da submissão de projetos de implantação ao DAB/MS. A RedeNUTES possui o serviço de telessaúde implantado em alguns municípios das RIT Igarassu, São Lourenço da Mata, Recife e Petrolina (REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO, 2012a).

A expansão da Telessaúde no SUS-Pernambuco traz a necessidade de conhecer nomenclaturas utilizadas na área que estão em processo de discussão no âmbito nacional, conforme discussão a seguir.

2.4 Nomenclaturas utilizadas em Telessaúde

2.4.1 Telemática, e-Saúde e m-Saúde (saúde móvel)

Por definição, teleinformática ou telemática, é o conjunto de tecnologias de transmissão de dados resultante da junção entre os recursos das telecomunicações e da informática. A Telemática, como uma rede integrada de computadores e os meios de comunicação, permite transmissões polivalentes, atuando com textos, som e imagens. O resultado disso tudo é a ampliação dos

horizontes de fluxo da informação em dimensões sequer imagináveis (SANTAROSA, 1997).

Norris (2002) considera que a telemática envolve qualquer meio de comunicação à distância. Castro Filho e Harzheim (2006) relatam que a Telemática se apresenta hoje como uma opção dentre as ferramentas que podem impactar favoravelmente a resolubilidade do SUS através de práticas pedagógicas orientadas por problemas.

O termo e-Saúde (*e-Health*) está crescendo na sua utilização e que alguns autores o citam apenas como o uso via Internet para acesso às informações sobre cuidados à saúde (NORRIS, 2002). O termo começou a ser utilizado a partir do ano de 1999, mas tem se tornado prevalente e comum nas publicações e nos documentos das principais instituições internacionais.

As definições de e-Saúde variam quanto às funções, envolvimento institucionais, contextos e objetivo teórico e a ser alcançado. Muitas conceituações incorporam a telemedicina e a telessaúde, e alguns autores referem-se aos termos como sinônimos. Contudo, a maioria enfatiza as funções de comunicação e informação da e-Saúde e especifica o uso de tecnologia digital em rede (MELO; SILVA, 2006).

Pagliari et al. (2005) conceituam a e-Saúde como um emergente campo de informações médicas, referindo-se à organização e transmissão de serviços e informações em saúde utilizando a Internet e tecnologias similares. Mais amplamente, o termo caracteriza não somente um desenvolvimento da tecnologia, mas também uma nova forma de trabalho, uma atitude e um relacionamento via acesso em rede, uma forma de pensamento globalizado, com o objetivo de promover o cuidado em saúde local, regional e mundial por meio do uso da TIC.

Eysenbach (2001) relata que o termo foi utilizado pela primeira vez por profissionais de marketing e líderes da indústria em vez de acadêmicos para dar conta de novas possibilidades da internet que estava se abrindo para a área dos cuidados de saúde.

Quanto à definição dos conceitos utilizados em e-Saúde, telessaúde, telemedicina, dentre outros é possível encontrar na literatura uma variedade de possibilidades, dependendo da fonte consultada e da data de publicação, sendo algumas vezes conflitantes. Observa-se que a conceituação é tão dinâmica quanto o próprio desenvolvimento tecnológico e que na língua portuguesa ainda existem

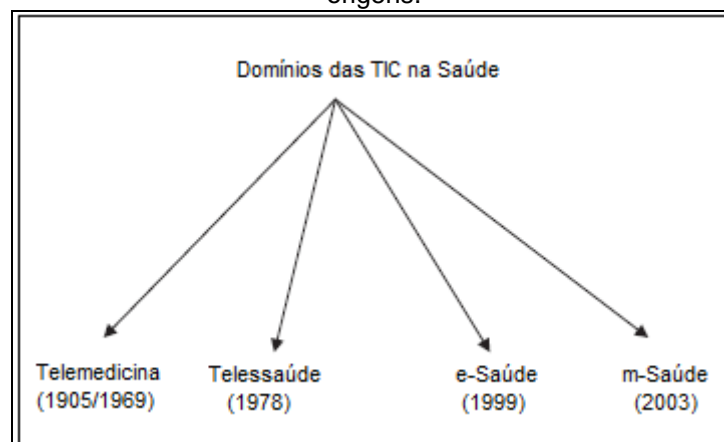
dúvidas quanto à grafia e nomenclatura mais adequada a ser utilizada (MELO; SILVA, 2006).

Bashshur et al. (2011) corroboram esta dinamicidade, a partir do desenvolvimento dos domínios das TIC na saúde (figura 2). A evolução das TIC desempenhou um papel importante, começando com a telecomunicação básica (origens da telemedicina), seguindo com a expansão do âmbito da telemedicina (telessaúde), a criação de redes de TIC (e-Saúde), e mais recentemente, a personalização das redes de TIC (m-Saúde). A m-Saúde é um termo usado para a prática de saúde pública, apoiada por dispositivos móveis. e-Saúde e m-Saúde são neologismos introduzidos para refletir inovações tecnológicas e sua utilização mais ampla de saúde.

O termo m-Saúde foi introduzido na literatura em 2003 na resposta à grande expansão da tecnologia de comunicação móvel e sua utilidade percebida na facilitação do acesso aos cuidados de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento. Sua razão repousa sobre a ubiquidade global e capacidades expandidas de comunicações móveis (BASHSHUR et al., 2011).

Estes domínios não são bem definidos, muitas vezes se sobrepõem, e confundem, impedindo o desenvolvimento conceitual. Uma maneira de resolver o problema é a de considerá-los como uma extensão do conceito básico de telemedicina impulsionado por mudanças na tecnologia, ativação da sua funcionalidade e aplicações inovadoras (BASHSHUR et al., 2011).

Figura 2 – Domínios das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) na saúde atuais e suas origens.



Fonte: Adaptado de Bashshur et al. (2011).

Sobre a atual confusão na nomenclatura e classificação da telessaúde, Bashshur et al. (2011) relatam que isto prejudica a sua investigação e implementação. Quanto à implementação, a falta de clareza pode interferir numa prudente tomada de decisão pelos formuladores de políticas, contribuintes, desenvolvedores de programas e prestadores de serviços.

2.4.2 Telessaúde e Telemedicina

De acordo com Norris (2002), a definição de telessaúde consiste no uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para transferir informações de dados e serviços clínicos, administrativos e educacionais em saúde. Os termos mais utilizados em telessaúde sempre vêm acompanhados do prefixo “tele”, que significa em grego, à distância ou ao longe.

Para Castro Filho (2007), telessaúde abrange tele-educação, suporte à pesquisa em saúde, suporte para a gestão e telemedicina. Wen (2008) agrupa a telessaúde em três grandes conjuntos de atividades:

1. Tele-educação: Designa o uso de tecnologias interativas para ampliar as possibilidades de construção de conhecimentos, seja aumentando as facilidades de acesso a materiais educacionais de qualidade, seja permitindo acesso a centros de referência ou a estruturação de novas sistemáticas educacionais, através de educação à distância ou por meio de tecnologias de apoio à educação presencial;

2. Teleassistência/Regulação e Vigilância Epidemiológica: Desenvolvimento de atividades com fins assistenciais à distância, tais como a Segunda Opinião Formativa. Podem ser desenvolvidos sistemas para permitir a integração de atividades assistenciais com educação, vigilância epidemiológica e gestão de processos em saúde;

3. Pesquisa Multicêntrica: Integração de diversos centros de pesquisa, permitindo a otimização de tempo e de custos, por meio do compartilhamento de dados, da capacitação e da padronização de métodos.

Telemedicina é definida como ações de saúde em que as TIC permitem provimento de suporte ou cuidados independentemente de onde se situa o usuário do serviço, o profissional de saúde e a própria informação. Norris (2002) afirma que nas práticas de assistência à saúde a distância, o termo telemedicina foi o primeiro a ser utilizado.

A Organização Mundial de Saúde (2011), reconhecendo que não existe um conceito definitivo de telemedicina na literatura, a define como a utilização de TIC por profissionais de saúde para fins de diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, pesquisas, avaliações e processos de educação continuada, sempre no intuito de melhorar a situação de saúde dos indivíduos e suas comunidades.

Wootton (2001) considera o termo telemedicina como um guarda-chuva que engloba qualquer atividade médica envolvendo um elemento de distância. Neste grau de generalidade, um tradicional telefonema entre médico e paciente poderia se abrigar sob este amplo guarda-chuva. Castiel e Vasconcellos-Silva (2006) acreditam que o uso de modernas tecnologias comunicacionais é necessário para tentativas de circunscrição deste novo território.

O Conselho Federal de Medicina (2002) define telemedicina como o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde.

A *American Telemedicine Association* (2012) a define como a utilização de informação médica transmitida de um local para outro através de meios de comunicação eletrônica, visando o cuidado com a saúde, com propósito de melhorar o cuidado com o paciente.

Existem diversas definições na literatura para telemedicina. Algumas são da época de seu surgimento, na década de 60. Outras vêm sendo aprimoradas e adequadas de acordo com as novas facilidades tecnológicas e com as necessidades da saúde. Em síntese, existem várias definições que focam na idéia de que a telemedicina consiste no uso da tecnologia para possibilitar cuidados à saúde nas situações em que a distância é um fator crítico. A expansão da aplicação da telemedicina para diversos serviços de saúde proporcionou o surgimento de termos adicionais nesta última década, sendo os mais comuns telecuidado, e-Saúde e telessaúde, todos com o objetivo de ampliar a sua abrangência (WEN, 2008).

Os termos telessaúde, telemedicina e e-Saúde são os mais citados na literatura, muitas vezes utilizados dentro do mesmo contexto (KHOURI, 2003; MELO; SILVA, 2006). Telemedicina e Telessaúde são, muitas vezes, utilizados erroneamente como sinônimos (BASHSHUR; REARDON; SHANNON, 2000), entretanto, a Telemedicina deve ser vista como um subconjunto da Telessaúde (SOOD et al., 2007). Quando as definições tratam de telemedicina deixam de se

referir a um conceito que é mais amplo, a Telessaúde, e que envolve profissionais de outras áreas como Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e várias outras que tem desenvolvido aplicações em Telessaúde no Brasil e no mundo (KHOURI, 2003).

A Telessaúde é considerada uma área abrangente, de grande evolução e potencial. O foco de atenção nos países desenvolvidos é o monitoramento domiciliar de pacientes idosos em vista do envelhecimento da população. Nos países em desenvolvimento, o foco são as teleconsultorias para ampliar o acesso da população a serviços especializados (WHITTEN; HOLTZ, 2008; WOOTTON, 2008).

Quanto à prática da telessaúde, pode ser classificada de diferentes formas: pelo tipo de interação utilizada (síncrona ou assíncrona), pela natureza do serviço (assistência, educação, gestão, pesquisa, avaliação etc.), ou pela área ou especialidade (medicina, enfermagem, cardiologia, dermatologia etc.) que utiliza o serviço (OLIVEIRA, 2010).

Para o PTBR-Redes a Teleassistência é compreendida pelas dimensões que seguem:

Teleconsultoria que é consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho. Pode ser de dois tipos: (i) síncrona - teleconsultoria realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência; ou (ii) assíncrona - teleconsultoria realizada por meio de mensagens off-line (BRASIL, 2011d, p. 1);

Segunda Opinião Formativa a qual tem um caráter assistencial, e ao mesmo tempo, educacional, ações indissociáveis na qualificação profissional de saúde. Pauta-se na proposta de EPS e refere-se à resposta estruturada e sistematizada as perguntas formuladas pelas EqSF, sobre temas relacionados ao diagnóstico, planejamento e execução de ações, individuais e coletivas ou sobre processo de trabalho ou vinculados a casos clínicos atendidos na ESF. A resposta deve se basear na melhor evidência clínica e científica disponível, adequada e pertinente ao contexto da APS, e ressaltar o conhecimento inerente à resolução do tema, que venha a contribuir com a EPS dos profissionais, ampliando a capacidade e autonomia na resolução de casos semelhantes (BRASIL, 2010b, p. 2);

Telediagnóstico é um serviço autônomo que utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distância e tempo (BRASIL, 2011d, p. 2);

A tele-educação envolve todas as ações de ensino-aprendizagem à distância conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das TIC (BRASIL, 2011d). Telegestão uma das atividades que podem ser desenvolvidas pelos Núcleos

de Telessaúde, pode ser compreendida como toda forma de gestão à distância, através da realização de reuniões técnicas, de sensibilização e administrativas em tempo real (REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO, 2012).

A incorporação da telessaúde à rotina das equipes de saúde da família tem o potencial de (i) melhorar o acesso da população aos serviços especializados, (ii) aumentar a resolubilidade da Atenção Primária e reduzir os encaminhamentos de pacientes a municípios de referência, (iii) agilizar diagnósticos, (iv) economizar tempo e gastos para pacientes, (v) reduzir custos do sistema de saúde e promover Educação Permanente em Saúde (HJELM, 2005; NERLICH et al., 2002; OHINMAA et al., 2001; BRASIL, 2012a).

Sua difusão, aceitação pelos usuários e incorporação na rotina dos serviços de saúde é desafio complexo que compromete sua sustentabilidade. Vários fatores associados à utilização da telessaúde, sejam fatores de sucesso ou barreiras à sua difusão, são descritos na literatura: (i) pouca evidência do impacto da telessaúde na saúde da população, (ii) reorganização administrativa local para adequar novos processos de trabalho, (iii) percepção da utilidade, benefícios e limitações da telessaúde, (iv) pouca evidência da relação de custo-efetividade e sustentabilidade, (v) aceitação da tecnologia, (vi) infraestrutura local, incluindo disponibilidade de equipamentos, qualidade e custo da conexão à internet, (vii) aspectos éticos e legais, (viii) equipe clínica adequada, (ix) e poucos estudos em larga escala para avaliar a adoção da telessaúde (GAGNON et al., 2007; HJELM, 2005; HU; CHAU, 1999; JENNETT; GAGNON; BRANDSTADT, 2005; OHINMAA et al., 2001; YARBROUGH; SMITH, 2007).

As principais justificativas relatadas são que profissionais de saúde não se fixam em localidades remotas, entre outros motivos, pela insegurança diante de quadros clínicos ou cirúrgicos; há capacidade subutilizada de transmissão de dados via internet; os custos de deslocamento de pacientes são, por vezes, altos, chegando a ultrapassar em 100 vezes o custo da telessaúde; e a necessidade de contínuo aperfeiçoamento e subsídios para a educação permanente das equipes de saúde (CAMPOS et al., 2006).

Para se analisar a implantação da Telessaúde no Estado de Pernambuco no período de 2007 a 2011, busca-se compreender o campo da análise de Políticas de Saúde, que será utilizado nesta dissertação.

2.5 Entendendo o Campo da Análise de Políticas de Saúde

As políticas públicas são respostas do poder público para problemáticas sociais, formadas a partir das demandas e tensões geradas na sociedade. Problemas que precisam ter magnitude e relevância social e que tenham poder de barganha suficiente para serem postos na agenda de prioridades de um determinado órgão fomentador de políticas, que pode ser ou não estatal (SAMPAIO; ARAÚJO JR., 2006).

A análise de política é uma abordagem multidisciplinar e constitui campo de conhecimento voltado para identificar as relações entre governantes, Estado e cidadãos. Ela procura explicar a interação entre as instituições, seus interesses e idéias no processo político e é bastante útil, tanto retrospectiva quanto prospectivamente (SANTOS et al., 2011).

A importância da análise de política de saúde é amplamente reconhecida e vista como um instrumento para agir de forma mais eficaz para combater problemas de saúde e melhorar as condições de vida (HAM, 1992; SABATIER, 1998; SUTTON, 1999; WALT; GILSON, 1994; WUYTS; MACKINTOSH; HEWITT, 1992).

A análise de política de saúde ajuda na compreensão de como os decisores políticos estabelecem objetivos, tomam decisões sobre as prioridades de saúde e realizam ações (BARKER, 1996). Também explica como o contexto político (político, econômico e sócio-cultural) influencia o processo da política de saúde e seus resultados (BREWER; LEON, 1999; SACHS, 2001). Além disso, pode ajudar a compreender as fases importantes do processo da política, tais como a construção de agenda política e formulação, planejamento, monitoramento e avaliação e quais os fatores, bem como agentes afetam o processo.

Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) identificaram dois tipos de análise de política de saúde principais: a análise parcial e a análise compreensiva. O primeiro concentra-se em questões específicas, num determinado estágio ou numa questão particular da política em estudo. O segundo objetiva analisar todo o processo da política, com um foco mais ampliado.

O Modelo de Walt e Gilson modificado é considerado como estratégia para realização de uma análise abrangente da política de saúde, sendo indicado na perspectiva de fortalecer uma cultura de análise e avaliação das políticas, para

fortalecer a prática de formular políticas baseadas em evidências, e contribuir com o desenvolvimento de estudos no setor (ARAÚJO, 2004).

Neste modelo consideram-se quatro categorias de análise:

1) Contexto: Ambiente em que as mudanças acontecem, e onde a política é implantada (COSTA, 2003). O contexto exerce influência sobre a política, assim como os possíveis impactos da política são refletidos nesse contexto. É composto por subcategorias operacionalizadas por Araújo Jr. e Maciel Filho (2001).

a) Macro contexto: Incluídas as esferas política (mudanças políticas, regime político, ideologia, políticas públicas, influências internacionais); econômica (tamanho e condições da economia, mudanças econômicas, políticas econômica e financeira, gastos públicos); e social (mudanças demográficas, qualidade de vida, pobreza, distribuição e desigualdade de recursos, desenvolvimento humano);

b) Micro contexto: Onde são consideradas as políticas setoriais (principais interesses, poder no setor, política de saúde, relação público e privado); o financiamento do setor (orçamento da saúde, mecanismos e políticas de financiamento, quantidade de recursos); e problemas de saúde e serviços de saúde (mudanças epidemiológicas, principais problemas de saúde, sistema e serviços de saúde) (ARAÚJO JR., 2000).

2) Conteúdo: Representa o corpo da política, e é expresso através de todos os seus componentes, como: programas, projetos, atividades específicas, objetivos, e metas. A análise do conteúdo da política é um elemento fundamental para sua compreensão. Para Alcock, Erskine e May (1998) pode ser classificada segundo cinco perspectivas (quadro 4).

a) Neoliberal: Predomina o mercado econômico competitivo em detrimento ao sistema econômico planejado e direcionado pelo Estado;

b) Conservadora: Baseia-se em instituições sociais estabelecidas como a família, comunidade, classe, religião, propriedade privada e governo;

- c) Social Democrática: Baseia-se na concepção de Marshal de direito dos cidadãos (direito civil, direito político e direito social), onde o Estado assegura serviços à sociedade no sentido de garantir o estado de bem estar social;
- d) Socialista: Representa a provisão permanente dos serviços sociais pelo Estado, no sentido de eliminar a desigualdade social;
- e) Feminista: Considera que as instituições da sociedade são baseadas em gênero, e que o acesso de insumos e recursos de todos os tipos são baseados em gênero (necessidades, iniquidades, dependência, cidadania) (ALCOCK; ERSKINE; MAY, 1998).

3) Atores: São os agentes de algum processo da política. Podem exercer diversos papéis: formuladores da política, responsáveis pela implantação, aliados ou opositores da política, trazendo consigo seus valores ideológicos, e visões políticas.

Segundo Araújo Jr. (2000) uma característica de todos os Atores Sociais é que eles possuem/detêm alguma forma de poder ou influência sobre os outros. Os Atores identificados podem ser uma pessoa, uma instituição, ou um movimento social.

4) Processo: O processo da política é sempre dividido em fases ou estágios: formulação da política, implementação da política, e avaliação da política. Tais fases não necessariamente são estanques entre si, podendo ocorrer simultaneamente. Para Walt (1994) o desenho de estudo sugerido para analisar o processo da política é dividido em quatro estágios: identificação dos problemas, formulação da política, implementação da política, e avaliação da política.

Neste estudo, serão consideradas as questões relacionadas ao processo de formulação da política e a tomada de decisão. É importante destacar que questões fundamentais no processo da política estão relacionadas ao poder de quem decide e quem tem influência frente à política (Pluralistas – o poder é distribuído entre grupos, instituições e indivíduos na sociedade; Elitistas – a decisão é tomada por poucos, dentro do grupo dominante), assim como a forma como a política é implantada (*Top-*

Down – forma de implementação tradicional de política, onde predomina o autoritarismo nas relações; *Bottom-Up* – considera todos os níveis envolvidos na implementação da política como importantes no processo), e a sua forma de desenvolvimento, desde a identificação do problema até sua avaliação (Racional – modelo prescritivo e normativo que considera condições ideais de implementação; Incrementalista – considera que a política é principalmente corretiva e espera por mudanças graduais nas políticas já estabelecidas, em vez de grandes transformações momentâneas; os problemas são transformados; Misto – localiza-se entre o modelo Racional e o Incrementalista. Classifica as decisões tomadas no processo da política em duas categorias: pequenas e grandes decisões, concentrando-se no foco de análise de cada uma; Estratégico – essa aproximação se concentra em construir a viabilidade da política. A ênfase é na formulação de estratégias no sentido de alcançar as transformações desejadas.

Para analisar o Programa Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco, será aplicado o modelo do quadro abaixo:

Quadro 4 – Modelo para a análise do Programa Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco.

Objeto da análise	Categorias de Análise	Produto da Análise
O Programa Telessaúde Brasil Redes no estado de Pernambuco de 2007 a 2011.	O contexto em que acontece o Programa; O conteúdo; O processo de formulação e implementação; Os atores envolvidos.	A compreensão dos motivos para a implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco.

Fonte: Walt e Gilson (1995 *apud* ARAÚJO JR. 2000).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar o Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado de Pernambuco, no período de 2007 a 2011.

3.2 Específicos

- a) Compreender e explicar os determinantes contextuais que influenciaram a implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado de Pernambuco;
- b) Analisar o conteúdo do Programa Telessaúde em Pernambuco;
- c) Caracterizar o processo de implementação do Programa em Pernambuco;
- d) Analisar os atores envolvidos no processo político de formulação do Telessaúde no Estado.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de estudo

Para o alcance dos objetivos pressupostos no trabalho, foi realizado um estudo de caso, com utilização de informações dos gestores envolvidos com o Programa Telessaúde Brasil no estado de Pernambuco, documentos pertinentes ao Programa e das bases da RedeNUTES. Optou-se pela abordagem qualitativa, que se fundamenta na preocupação desta com os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, resultantes da ação humana objetiva, apreendidos através do cotidiano, da vivência e da explicação das pessoas que vivem em determinada situação (MINAYO, 2004). A subjetividade do investigador e dos sujeitos estudados faz parte do processo de investigação (FLICK, 2005), baseada no Modelo de Walt e Gilson (1994) para análise de política de saúde.

Para Sofaer (1999), uma das principais vantagens da pesquisa qualitativa é não só contribuir para a descrição de um evento, como contribuir para a compreensão de como e por que um mesmo evento, é compreendido ou interpretado de forma diversa ou mesmo conflitante, por diferentes informantes.

De acordo com Frey (2000, p.220), “os estudos sobre políticas públicas baseados em métodos quantitativos são frequentemente limitados a um número reduzido de variáveis explicativas, devido às dificuldades técnicas e organizativas da pesquisa quantitativa nesse campo”.

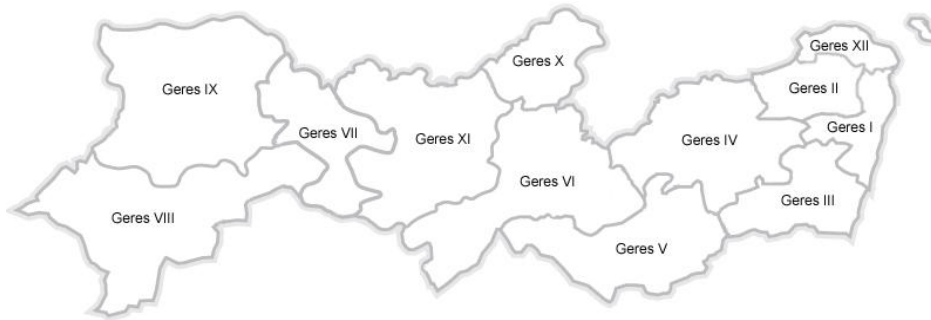
Para este estudo, uma abordagem quantitativa reduziria a realidade a ser encontrada, sendo a abordagem qualitativa mais adequada para alcançar os objetivos delimitados.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco, que fica situado no Nordeste do Brasil. Possui uma área total 98.311,616 km² e uma população de 8.796.032 habitantes (IBGE, 2010), distribuída em 185 municípios. Recife é a capital do Estado.

A instituição responsável pelas políticas de Saúde é a Secretaria Estadual de Saúde, que estava dividida em 11 Gerências Regionais de Saúde (GERES) até janeiro de 2012. Atualmente, Pernambuco está organizado em 12 GERES (figura 3).

Figura 3 – Mapa do Estado de Pernambuco e atual configuração das Gerências Regionais de Saúde (GERES).



Fonte: Rede de Núcleos de Telessaúde de Pernambuco (2012a).

Com relação ao Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, o núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco (NUTES-UFPE), sediado no Hospital das Clínicas, foi o estudado. É constituído por pontos de telessaúde implantados em municípios de todas as GERES do estado de Pernambuco, oferecendo serviços de teleassistência, tele-educação e telegestão.

4.3 Período do estudo

O estudo se propôs a realizar uma análise do PTBR-Redes em Pernambuco entre os anos de 2007 a 2011 por meio de documentos e entrevistas com informantes-chave que estiveram envolvidos com o processo de formulação e/ou implementação do Programa em Pernambuco. As entrevistas ocorreram no período de setembro de 2012 a janeiro de 2013.

4.4 Coleta de dados

Para a realização deste trabalho foram realizadas entrevistas semi-estruturadas gravadas com informantes-chave que se comportaram como atores sociais, os quais são sujeitos sociais que possuíam ou possuem interesse no setor

estudado e que ocuparam ou ocupam uma posição passível de tomar decisões no mesmo.

O desenvolvimento das entrevistas ocorreu através da construção de um roteiro específico (Apêndice A), contendo uma relação de perguntas relacionadas com os objetivos da pesquisa. O guia de entrevistas teve a intenção de demonstrar que o pesquisador teria clareza sobre seus objetivos, e que também seria suficientemente flexível para permitir liberdade ao pesquisador e ao informante para encontrar e ou seguir novas pistas (TOBAR; YALOUR, 2001).

Foram entrevistados 05 (cinco) informantes-chave como amostra intencional para a pesquisa, que atuaram entre o período de 2007 a 2011 nos serviços, sendo estes os representantes das seguintes instituições:

- 1) Núcleo de Telessaúde da UFPE – 03;
- 2) Superintendência de Atenção Primária em Saúde da SES/PE – 01;
- 3) Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) – Ministério da Saúde - 01.

Após a realização das entrevistas, fora dado procedimento às transcrições. Optou-se pela transcrição em estilo literal. Depois de finalizada a transcrição, foi realizada a escuta de cada entrevista acompanhada da leitura da transcrição, ajustando conforme necessário. As entrevistas perfizeram um total de 3 horas e 21 minutos de gravação, e quando transcritas, um total de 43 paginas, digitadas em folhas tamanho A4 e espaço 1,5 utilizando-se fonte Times New Roman tamanho 12.

Quatro entrevistas foram conduzidas presencialmente pela própria pesquisadora, com apoio do respectivo roteiro, gravadas em meio eletrônico, e digitadas em fichas de registro, com informações pertinentes sobre o local da entrevista, duração da mesma, receptividade do entrevistado, assim como o registro do conteúdo fidedignos das entrevistas. Buscou-se contemplar todos os tópicos contidos no roteiro.

Um dos encontros da pesquisa ocorreu por webconferência por meio do software Adobe® Acrobat® Connect™ Pro, nas dependências do NUTES-UFPE, sendo gravada no servidor do Núcleo.

Aliada à prestação de informações verbais pelos atores selecionados, uma análise documental foi realizada. O método da pesquisa documental vale-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor (GIL, 2007). Os documentos foram advindos de leis e regulamentos (oficiais) e

de discursos e de sites da internet (públicos). Os documentos considerados fundamentais para a realização do estudo foram:

- Legislação sobre Telessaúde;
- Planos Estaduais de Saúde (2005-2007, 2008-2011 e 2012-2015);
- Relatórios de Conferências Nacionais de Saúde (12^a, 13^a, 14^a);
- Relatórios de monitoramento do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco e do Seminário Nacional do Telessaúde Brasil;
- Sites relacionados ao Programa Telessaúde Brasil Redes (quadro 5).

Quadro 5 – Sites pesquisados relacionados ao Programa Telessaúde Brasil Redes.

Descrição do site	Endereço virtual
Portal do Programa Telessaúde Brasil Redes	http://www.telessaudebrasil.org.br/
Portal antigo do Programa Telessaúde Brasil	http://www.telessaudebrasil.org.br/php/index.php
Portal da RedeNUTES	http://www.redenutes.ufpe.br/
Portal do NUTES-UFPE	http://www.nutes.ufpe.br/
Portal da Saúde (MS)	http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1664/

Fonte: Elaborado pela autora.

Como critério para a validação dos dados foi realizada uma triangulação de dados, a partir da combinação da pesquisa documental, e entrevistas com os informantes-chave selecionados. O uso de mais de uma técnica para a coleta dos dados é um recurso que o investigador deve adotar em pesquisa qualitativa com objetivo de fortalecer os achados e dotar aos resultados e conclusões do estudo maior validade e robustez.

4.5 Processamento e análise dos dados

As entrevistas foram analisadas segundo método de condensação de significados, que consiste no resumo dos significados encontrados no conteúdo das entrevistas, em um formato condensado, sem perder sua essência (KVALE, 2009). A matriz de condensação significados está ilustrada no quadro abaixo.

Quadro 6 – Matriz de condensação de significados para análise das entrevistas.

Entrevista 1	
Questão de pesquisa 1	
Como ocorreu a implantação da Telessaúde no estado de Pernambuco no período de 2007 a 2011?	
Unidades Naturais (da entrevista)	Temas Centrais
1. Trechos do depoimento pertinentes à pergunta da Pesquisa	1. Análise do pesquisador sobre o discurso do entrevistado
2. Idem	2. Idem
3. Idem	3. Idem
Descrições essenciais da questão de pesquisa nº 1	
Interpretação realizada pelo pesquisador acerca da questão comentada pelo entrevistado.	

Fonte: Kvale (2009).

4.6 Limitações do método

As limitações do método qualitativo por meio das entrevistas são: não compreensão das perguntas realizadas ao entrevistado, falta de motivação dos atores, fornecimento de respostas falsas de forma consciente ou inconsciente, influência das opiniões do entrevistador sobre o entrevistado.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi desenvolvido em conformidade com as recomendações éticas. Os sujeitos envolvidos nas atividades de coleta de dados sob a forma de entrevistas participaram voluntariamente, foram previamente informados quanto aos objetivos do estudo, os possíveis riscos decorrentes de sua participação, e lhes fora garantido o anonimato.

As instituições envolvidas disponibilizaram as assinaturas das Cartas de Anuência para o desenvolvimento da pesquisa. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi obtida pelos informantes-chave e o projeto aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP-CPqAM/FIOCRUZ) com registro no CAAE nº 02791212.9.0000.5190, parecer nº 24/2012, de acordo com o Código de Ética, Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº196/96 e complementares.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 O contexto da mudança para o surgimento de um Programa de Telessaúde no Brasil e em Pernambuco

O contexto traz elementos importantes para compreender a gênese do Programa Telessaúde Brasil Redes no país e no estado de Pernambuco, que possui relevantes iniciativas de Telessaúde em curso e expansão.

6.1.1 Macro contexto

Para o macro contexto, na esfera política, consideraram-se, no âmbito nacional e, quando pertinente, estadual, os aspectos relativos à conjuntura política e suas mudanças, as influências internacionais e nacionais, do período estudado, decisivas para o surgimento do Programa Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco. Na esfera econômica foi considerado o direcionamento dos gastos públicos frente à realidade social e, na esfera social, as desigualdades sociais, qualidade de vida da população, condição de pobreza e desenvolvimento humano. Neste tópico, dentre os métodos utilizados no estudo, concentrou-se na análise documental permeada por extratos das entrevistas que foram considerados relevantes para o tema em discussão.

6.1.1.1 Esfera política

Apesar de se ter como marco cronológico os anos de 2007 a 2011 para a análise do Programa Telessaúde Brasil Redes, o macro contexto político nacional iniciou-se em 2002, a partir de uma marcante eleição presidencial brasileira. Após três tentativas, Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), do Partido dos Trabalhadores (PT), conseguiu eleger-se presidente com aproximadamente 53 milhões de votos, sendo empossado em 1º de janeiro de 2003.

Na última semana de junho de 2002, a Convenção Nacional do PT, partido de política econômica que enfatiza gastos sociais, aprovou uma ampla aliança, que teve por base um programa de governo para resgatar dívidas sociais que o país tinha com a maioria da população brasileira. A imagem de Lula e do PT estavam

associadas ao comprometimento com a reforma social e criou-se grande expectativa após sua eleição (CASTRO, 2009).

Este foi um marco de mudança para as elites governantes no país desde o final do regime militar em 1985, pois foi a primeira experiência de gestão do Estado capitalista brasileiro por forças consideradas de esquerda (ALMEIDA, 2004; TEIXEIRA; PAIM, 2005).

Para Costa (2009), a coalizão política que assume o governo sob a liderança de Lula em 2003 não tinha agenda social explícita e definida. Os dois mandatos anteriores de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-2002) impuseram uma agenda liberal na área social do país, apesar de seu partido, o Partido Social da Democracia Brasileira (PSDB), ter concepção ideológica social, subordinando a proteção social ao ajuste macroeconômico.

Lula foi reeleito em 2006 para o período de 2007 a 2010, sendo seu segundo governo estruturado em um regime político democrático, com empenho em fazer o maior número possível de coligações, com a justificativa de garantir a sua governabilidade e a priorização de seus projetos de governo (FREITAS, 2007). Souza Neto (2011) relata que os dois mandatos exercidos por Lula na presidência do país fornecem um legado para a diplomacia brasileira que se projeta para além dos oito anos transcorridos.

Após o segundo mandato do presidente Lula, ocorreu a eleição presidencial de 2010, cuja candidata do PT foi a atual presidente Dilma Rousseff. Dilma fazia parte do Governo Lula, tendo sido Ministra de Minas e Energia e Ministra-Chefe da Casa Civil. Foi empossada em 1º de janeiro de 2011, sendo o período marcado por fato histórico, pois representa a primeira vez que uma mulher assumiu o poder no posto mais importante do país (ELEIÇÃO..., 2013).

No âmbito das Políticas Públicas do governo Lula, o Programa Fome Zero ocupou no primeiro momento, o espaço da agenda política social, recuperando o movimento comandado pelo PT e pela sociedade civil de combate à fome do início da década de noventa (CASTRO, 2009). Este Programa surge como proposta para discussão elaborada pelo Instituto Cidadania de São Paulo no ano de 2001, cujo conselheiro na oportunidade era Lula, inspirador desta questão que levou esta demanda como prioridade para seu governo em 2003 (BELIK; DEL GROSSI, 2003).

Machado, Baptista e Nogueira (2011) corroboram o destaque governamental para as políticas de redução da pobreza, o que contribuiu para a redução da

desigualdade de renda no país, aferida pelo coeficiente de Gini no período do governo Lula (2003-2008). Em 2003 o indicador era 0.583034 e em 2008, 0.547563.

Tende ao que fora descrito, o segundo Plano Plurianual (PPA) 2008-2011 do governo Lula, que consolidou as prioridades políticas que se iniciaram no primeiro mandato e tem em sua composição políticas de inclusão social que formam uma agenda social. Para consolidar essa estratégia, foi destacada a organização de ações em três grandes eixos: Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), que prevê crescimento de cunho econômico; agenda social, com ênfase nas transferências condicionadas de renda, associadas às ações complementares de fortalecimento da cidadania e dos direitos humanos, da cultura e da segurança pública; e Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) (MENICUCCI, 2011).

O PAC, além de ter como proposta a aceleração do crescimento econômico, tinha a pretensão de aumentar a oferta de empregos no país e melhorar as condições de vida da população brasileira. No setor saúde recebeu o nome de Programa Mais Saúde, tendo como umas de suas ações o Programa Telessaúde Brasil, integrante do eixo Força de Trabalho em Saúde (BRASIL, 2007c).

Partiu-se do pressuposto que a saúde seria parte da política social, além de ser uma fonte de geração de riqueza para o país. O direito à saúde se articularia com um conjunto dinâmico de atividades econômicas que se relacionariam num padrão de desenvolvimento que buscasse o crescimento econômico e a equidade como objetivos complementares (BRASIL, 2007c).

Face ao panorama exposto e somando os achados deste trabalho, um dos ²entrevistados da presente pesquisa, referiu o Programa Telessaúde Brasil (PTBR), atual Telessaúde Brasil Redes (PTBR-Redes) como prioridade da saúde nos governos Lula-Dilma. A referida priorização converge ao Programa Mais Saúde, como se pode observar no trecho abaixo:

Telessaúde é uma ação que fez parte do programa do governo Lula desde o início [...] ele incluiu o Telessaúde como uma ação prioritária na área da saúde. [...] Na época estávamos com o Ministro Agenor, depois com o Ministro Temporão e o Ministro Padilha, todos esses Ministros vêm apoiando o Programa por considerarem os programas de governo, diante de todas as necessidades e benefícios que têm sido demonstrados (informação verbal)².

² Entrevista nº 5 [E5]

Ademais, destaca-se que o governo Lula tentou afinar as ações do governo federal com os outros níveis de governo, no caso, a esfera estadual, a partir do elenco da telessaúde como prioridade para sua ampliação no país. Uma linearidade da atuação da telessaúde no âmbito das relações intergovernamentais foi esperada a partir da adequação deste tema ao momento vivenciado:

Pra Pernambuco era um momento muito favorável, [...] a Política da Secretaria de Saúde no momento era favorável, Lula tinha assumido o governo, era um governo de esquerda [...] se assumiu uma gestão que possibilitou [...] essa unidade com o Ministério da Saúde, na perspectiva de se ampliar a telessaúde a nível nacional (informação verbal)³.

Embora se tenha implantado o PTBR-Redes nos governos Lula-Dilma, relatos demonstram que o surgimento das discussões sobre o Programa ocorreu no governo FHC. Os governos subsequentes encontraram ambiente propício para a continuidade do Programa, o que contribui com a entrevista nº 2:

[...] o início do Programa de Telessaúde foi na gestão de Fernando Henrique, com consolidação no decorrer dos próximos anos (informação verbal)⁴.

Ainda sobre a continuidade do Telessaúde, tem-se na entrevista nº 4:

[...] uma das coisas do Programa é que ele é persistente, essa continuidade tem sido fundamental (informação verbal)⁵.

A persistência do Programa encontrada no registro das entrevistas acompanha o que ocorreu no cenário político nacional. Dentre os princípios básicos do programa de governo para a área da saúde no governo Lula, a estabilidade e continuidade das políticas de saúde estavam presentes (PARTIDO DOS TRABALHADORES, 1994).

Os achados de Menicucci (2011), que analisa a Política de Saúde no governo Lula, apontam que no setor saúde houve um misto de continuidade e mudança. Foram adotadas medidas de caráter incremental no processo contínuo de implementação do SUS. A telessaúde se enquadra neste cenário, a partir do deflagrado seguimento do PTBR ao longo das gestões do período do estudo.

³ Entrevista nº 1 [E1]

⁴ Entrevista nº 2 [E2]

⁵ Entrevista nº 4 [E4]

Num esforço de compreender outras questões relacionadas com o surgimento da Telessaúde enquanto política pública, o tópico a seguir detalha aspectos relacionados à política econômica do período estudado nesta dissertação.

6.1.1.2 Esfera econômica

A economia brasileira tem um mercado livre e exportador. É a segunda maior do continente americano, atrás apenas dos Estados Unidos. Seu Produto Interno Bruto (PIB) entre 2004 a 2007 teve crescimento de 4,7% em média e expansão de 5,2% em 2008 (IBGE, 2011).

Desde 2003, a economia brasileira cresceu em todos os anos segundo a Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD), compondo uma taxa acumulada de 40,7% até 2011. Neste período, a taxa de crescimento do PIB *per capita* acumulada foi de 27,7%. Os ganhos de rendimento obtidos aumentaram na medida em que se caminhou para a base da distribuição de renda. Sem as políticas redistributivas do Estado brasileiro, a desigualdade teria caído 36% menos na década (IPEA, 2012).

Em 2009 houve queda do PIB de 0,3% em relação ao ano anterior. Em valores correntes, o resultado alcançado foi de R\$ 3.239 bilhões. Neste período, o PIB *per capita* atingiu R\$ 16.917,66, o que representa uma redução, em volume, de 1,3% em relação ao observado no ano anterior, devido à crise mundial (IBGE, 2011).

O Brasil foi um dos primeiros países a superá-la, se consolidando como a 8ª economia do mundo no período (STIFTUNG, 2011). O Fundo Monetário Internacional (FMI) a classifica como a sexta maior economia do mundo em 2011, ultrapassando o Reino Unido (BRASIL, 2012e).

Para que houvesse a superação da crise ao longo de 2009, uma série de iniciativas foram implantadas nos campos monetário e fiscal, com o objetivo de incentivar a economia. A taxa básica de juros do Sistema Especial de Liquidação e Custódia (SELIC) foi reduzida em 2009 e houve a adoção de impostos e contribuições sociais reduzidos para diversos produtos, dentre eles os industrializados, a desoneração das importações de bens de capital e a expansão dos investimentos dos governos e empresas estatais (IBGE, 2011).

Houve também a retomada do PAC 2 e Plano Brasil Maior, política industrial, tecnológica e de comércio exterior do governo Dilma (INSTITUTO HUMANITAS

UNISINOS, 2012). A dimensão sistêmica no Plano Brasil Maior traz o incentivo à inovação como um de seus temas e apresenta a telessaúde e telemedicina como uma de suas estratégias associadas (BRASIL, 2012f).

As medidas de estímulo da economia brasileira que contemplaram a redução de impostos de produtos, dentre eles os equipamentos de informática e de serviços de telefonia e internet foram fatores condicionantes da popularização das tecnologias da informação e comunicação (TIC) no país.

O Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação pôde evidenciar que se tem oferecido janelas de oportunidade para posicionar o Brasil como um dos principais atores na área de TIC. Para isso, existe a necessidade de se promover uma ampla integração das tecnologias da informação e a modernização da indústria brasileira. No âmbito das três esferas de governo também existe uma extensa área para o desenvolvimento e uso das TIC, através da modernização da gestão pública, utilização de mídias eletrônicas para a oferta de serviços públicos com foco no cidadão e a massificação de instrumentos de inclusão digital e de participação social (BRASIL, 2012f).

Souza et al. (2012) traz a questão da necessidade de compartilhamento de informações como um fator crítico devido a globalização, popularização de computadores pessoais e avanços tecnológicos. A manifestação da internet e a evolução da infraestrutura de redes, que permitem que dados trafeguem em alta velocidade, possibilita que aplicações distribuídas sejam utilizadas de forma cada vez mais trivial. A telessaúde entra num processo de naturalização em conjunto com demais TIC enquanto prática no dia a dia das pessoas, como mostra a entrevista nº 2:

O fato da internet hoje ser muito popular, os dispositivos móveis, como os tablets, os celulares, que todo mundo tem, a própria televisão, que em todo “canto” tem, já são demonstrações práticas de entrega de conteúdos à distância (informação verbal). [E2]

Partindo para a saúde como um dos pilares do desenvolvimento econômico, Menicucci (2011) discute a questão das políticas de saúde para além da atenção à saúde para prover crescimento industrial e equidade social. A proposta de reorganização e incremento dos investimentos no complexo produtivo da saúde redonda no Programa Mais Saúde.

Esse Programa apresenta um plano detalhado de investimento e atuação de caráter prioritário da esfera federal, cujos pontos mais significativos são a reiteração da ligação entre saúde e desenvolvimento socioeconômico, a necessidade de articulação da saúde com outras políticas públicas, tendo a intersectorialidade no centro da estratégia, e a percepção da importância do setor sob o ponto de vista da geração de emprego, renda e produção.

Ao se ter dentro do seu escopo de atividades o Programa Telessaúde Brasil, cumpre-se com a prerrogativa intersectorial, ao se integrar a saúde com educação, ciência e tecnologia, dentre outras áreas. Além disso, a partir do provimento de serviços gerados pela Telessaúde amplia-se a capacidade de produzir ações de saúde pelos profissionais que utilizam esta ferramenta no cotidiano do seu trabalho.

Este último aspecto converge à literatura. Maarop et al. (2011) sobre os fatores que afetam a adoção das teleconsultorias na Malásia encontrou achados que remontam aos benefícios da Telessaúde e sua utilidade para serviços de saúde.

Entretanto, Ruas (2012) em estudo sobre a teleconsultoria na APS do município de Belo Horizonte destaca os desafios ao difundir esta tecnologia neste grupo. Variáveis da organização dos serviços de saúde estariam agindo na decisão de se utilizar a referida tecnologia havendo dificuldades em acomodar a teleconsultoria no processo de trabalho das unidades básicas de saúde.

Diante do exposto, pode-se observar que na área econômica houve situações que contribuíram com o surgimento e multiplicação de desenvolvimento e tecnologias, como a Telessaúde no país. Entretanto, apesar da exposição dos indicadores econômicos que colocam o Brasil como umas das maiores potências emergentes do mundo, verificam-se ainda muitas desigualdades. Isso exige políticas mais eficazes no campo social, que não foram implementadas a contento.

6.1.1.3 Esfera social

A população brasileira possui 190.732.694 habitantes, quinto maior contingente populacional do mundo. Sua densidade populacional no ano de 2010 foi de 22,43 hab./km². A distribuição populacional ocorre em 84,35% nos ambientes urbanos e 15,65% em área rural, o que remete a uma elevada urbanização no país (IBGE, 2010).

A transição demográfica no Brasil tem sido muito mais acelerada do que nos países desenvolvidos, não se diferenciando do que vem passando outros países latino-americanos e asiáticos. Entre 1960 e 2000 a taxa de fecundidade caiu de 6,2 para 2,4, uma redução em média de quatro filhos (BRITO, 2007).

O grupo de crianças de 0 a 4 anos do sexo masculino, por exemplo, representava 5,7% da população total em 1991, enquanto o feminino representava 5,5%. Em 2000, esses percentuais caíram para 4,9% e 4,7%, respectivamente, e chegaram a 3,7% e 3,6%, em 2010. Ao mesmo tempo, o alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passou para 5,9% em 2000 e chegou a 7,4% em 2010 (IBGE, 2010).

Enquanto que o envelhecimento aumenta, a mortalidade infantil brasileira tem um expressivo declínio. Segundo relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância, a taxa caiu de 58 para 16/1000 nascidos vivos (NV) entre 1990 e 2011. Em 2000, o índice era de 36/1000 NV, o que faz com que a queda tenha sido de 56% desde então (UNICEF, 2009).

No tocante à qualidade de vida e desenvolvimento, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil avançou de 0,715 em 2010 para 0,718 em 2011, e fez o país subir uma posição no ranking global. Com isso, o Brasil saiu da 85ª para a 84ª posição, permanecendo no grupo dos países de alto desenvolvimento humano (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2011).

Entretanto, a desigualdade brasileira está entre as 12 mais altas do mundo (IPEA, 2011), apesar de se observar, entre 2001 e 2009, um processo sistemático de redução da desigualdade, com o índice de Gini da distribuição do rendimento domiciliar *per capita* caindo de 0,594 para 0,539, ainda mais próximo do máximo do que do mínimo da desigualdade (HOFFMANN, 2010).

Como consequência da manutenção do crescimento com redução da desigualdade, a pobreza mantém uma contínua trajetória decrescente. A renda dos 10% mais pobres cresceu de 2001 a 2009 a um ritmo anual de 7,2%, enquanto que a dos 10% mais ricos apenas 1,4%. O crescimento da classe C, uma classe média considerada popular, com rendimento entre R\$ 1.115,00 a R\$ 4.807,03, representa 50,5% da população, que totaliza 93 milhões de pessoas, cujo poder de compra supera as classes A e B (IPEA, 2012).

É sabido que a educação se configura como um instrumento privilegiado no combate à desigualdade social. No governo Lula, as desigualdades na escolarização no Brasil foram reduzidas, mas em ritmo lento. Se o país melhorou a média de anos de estudo da população de mais de 15 anos de idade e ampliou o acesso à educação infantil, pouco avançou na inclusão de jovens no ensino médio, e viu crescer no período a taxa de jovens de 18 a 24 anos fora da escola (OBSERVATÓRIO DA EDUCAÇÃO, 2010).

A média de anos de estudo da população com mais de 15 anos subiu de 7 anos, em 2005, para 7,5, em 2009. Entre as crianças de 4 e 5 anos, 63% frequentavam a pré-escola em 2005, e 70% em 2009. Quanto aos jovens de 18 a 24 anos, quase 70% não se encontram em nenhum espaço de educação formal (OBSERVATÓRIO DA EDUCAÇÃO, 2010).

Políticas de inclusão social tem sido implementadas, com expressões concretas nas áreas sociais. Na saúde tem-se referido ao longo desta dissertação que no governo Lula lançou-se o Programa Mais Saúde, sendo uma de suas ações o PTBR. No tocante ao desenvolvimento e equidade social, esperados pelo Mais Saúde, tem-se o achado da inclusão social e digital promovida pela Telessaúde, beneficiando diretamente os profissionais de saúde e indiretamente a população assistida por este grupo.

A disseminação do uso dos recursos tecnológicos na saúde é trazida por alguns estudos, tendo estimulado a inclusão digital e a formação de redes colaborativas de diversos profissionais, antes distantes das instituições acadêmicas e isolados em seus espaços de atuação (ABED, 2009).

Silva e Moraes (2012) ressaltam que para analisar telessaúde como política pública, deve-se contextualizar a questão da inclusão digital. Este termo geralmente é empregado em contextos de elaboração de políticas públicas estruturais e compensatórias de combate à pobreza. Nesse sentido, uma singularidade brasileira é que a disseminação das TIC em especial no setor saúde, não corresponde ao investimento necessário para implantar a telessaúde no SUS.

O Ministério da Saúde também considera a inclusão digital como produto da inserção da telessaúde nos serviços de saúde. Para acontecer a referida inclusão, três instrumentos básicos deverão estar presentes, o microcomputador, acesso à internet e o domínio dessas ferramentas (BRASIL, 2012d). A adoção de uma nova

cultura na utilização dos computadores e internet é necessária para que se expanda ainda mais o uso das TIC nos diversos setores da sociedade.

Apenas uma parcela da população brasileira tem acesso aos recursos para inclusão digital. Recentemente, o Brasil apareceu na 72ª colocação em um ranking da Fundação Getúlio Vargas que avalia a inclusão digital em 150 países. O estudo mostrou que 51,2% da população brasileira têm computador em casa, telefone celular ou fixo e acesso à internet, sem necessariamente acumularem os três itens. Esse percentual está acima da média global dos países avaliados, que foi de 49,1% (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 2012).

Esta questão faz parte da agenda de um dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). O estabelecimento de uma parceria mundial para o desenvolvimento que considere o acesso aos benefícios das novas tecnologias, em especial as TIC em cooperação com o setor privado se faz presente neste pacto, com o propósito de acelerar o progresso em direção ao cumprimento do escopo das ações pautadas na agenda mundial (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

Sobre a questão da conectividade à internet, foi criado pelo Decreto nº 7.175, de 12 de maio de 2010 o Programa Nacional de Banda Larga (PNBL), que objetiva expandir a infraestrutura e os serviços de telecomunicações, promovendo o acesso pela população e buscando as melhores condições de preço, cobertura e qualidade. A meta é proporcionar o acesso à banda larga a 40 milhões de domicílios brasileiros até 2014 à velocidade de no mínimo 1 Mbps (BRASIL, 2013a). No entanto, o PNBL ainda está em processo de implantação.

Verifica-se que os indicadores sociais apresentados nesta seção têm apontado para a evolução do país, ainda que permeado por muitas desigualdades. A saúde se configura como uma das demandas sociais brasileiras. Sobre isto, discute-se no próximo tópico aspectos referentes ao micro contexto que culminaram na elaboração e implantação do PTBR-Redes.

6.1.2 Micro contexto: o setor saúde

Em conformidade com o modelo de Walt e Gilson (1994) modificado utilizado neste estudo, o micro contexto inclui políticas setoriais, financiamento do setor e o

panorama sanitário, epidemiológico e da organização dos serviços, destacando alguns desafios da saúde.

6.1.2.1 Políticas Setoriais

Para Menicucci (2011), as políticas de saúde de um governo não podem ser avaliadas apenas setorialmente, ou seja, pelas ações exclusivas voltadas para o funcionamento do sistema de serviços de saúde; há que se examinar traços e produtos do governo que tenham repercussões na saúde da população e na organização do sistema de serviços. No governo Lula, houve maior atuação sobre os condicionantes da saúde do que no aspecto endógeno da política de saúde, embora que no campo setorial ocorreram inovações perceptíveis, considerando uma análise focada nos aspectos mais visíveis da política de saúde.

Em estudo realizado por Machado, Baptista e Nogueira (2011) foram reveladas as prioridades na agenda federal da saúde no período de 2003 a 2008, caracterizada por continuidades e mudanças na condução da política setorial. Quatro políticas prioritárias foram identificadas: (i) ESF, política de Estado de alta densidade institucional, que persiste por sucessivas gestões ministeriais; (ii) Brasil Sorridente; (iii) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e (iv) Farmácia Popular. Todas elas são voltadas para a solução de problemas relevantes do SUS, respectivamente nas áreas de APS, saúde bucal, atenção às urgências e assistência farmacêutica.

Como chamam atenção Teixeira e Paim (2005), no governo Lula persistiu a questão da área econômica dando o tom para as políticas de saúde, as quais não foram poupadas nos cortes de gastos públicos. O subfinanciamento do SUS continua sendo um dos temas mais presentes no debate público da reforma sanitária brasileira, impulsionada pela sociedade civil.

Muito já se avançou na efetivação do direito humano à saúde, com o processo de reforma iniciado há poucas décadas no Brasil a partir da criação do SUS. No entanto, mesmo sendo reconhecido como um dos melhores sistemas de saúde do mundo, vive um processo de implementação que ainda deixa muito a desejar e encontra grandes problemas (SCHNEIDER et al., 2009).

Santos (2011) aponta que o SUS tem sido uma fortaleza formal, mas dotado de muita fragilidade real pelo fato de sua Lei não ter sido cumprida na sua

integralidade, principalmente por nunca ter sido regulamentada até o ano de 2011, com explicitação de seus conceitos, diretrizes e princípios para que o agir administrativo pudesse se guiar por ideias-força sustentando sua unicidade conceitual.

No ano de 2006 foi possível identificar iniciativas de enfrentamento deste panorama que tem exigido ações estruturais que visam construir novas práticas e novos contextos. O Pacto pela Saúde surge no cenário brasileiro após inúmeras tentativas de transposição dos entraves regionais e operacionais no setor saúde para a operacionalização do SUS, em busca da consolidação da equidade social (FADEL et al., 2009).

Este pacto visa à qualificação e implementação do processo de descentralização, organização e gestão do sistema de saúde do Brasil à luz da evolução e aprimoramento do processo de pactuação intergestores. Ele apresenta um conjunto de instrumentos que vão desde a repolitização do debate do SUS até a qualificação do controle social, permitindo o seu acompanhamento através de metas e responsabilidades claras por meio de três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a).

Destaca-se o Pacto pela Vida, que consiste em um compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Os estados, regiões ou municípios possuem o dever de pactuar ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos. Tais eram as prioridades pactuadas: (i) Saúde do idoso; (ii) Controle do câncer de colo de útero e de mama; (iii) Redução da mortalidade infantil e materna; (iv) Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; (v) Promoção da Saúde e (vi) Fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

A partir de 2008, acresceram-se as prioridades que seguem: (vii) saúde do trabalhador; (viii) saúde mental; (ix) fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; (x) atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e (xi) saúde do homem (BRASIL, 2008d).

No âmbito do fortalecimento da Atenção Básica, vários objetivos foram traçados. Dentre eles, reforçam-se a ESF como estratégia principal de consolidação do nível primário de atenção à saúde no país, além do desenvolvimento de ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio da EPS, cursos de

especialização e residências. Machado, Baptista e Nogueira (2011) afirmam que no governo Lula, as políticas federais relativas à formação de profissionais de saúde no período se voltaram particularmente para a ESF.

Além do Pacto, a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde foram lançadas no ano 2006 (BRASIL, 2006f; BRASIL, 2006g; BRASIL, 2006h). Em 2008, uma significativa inovação na Política Nacional de APS no país ocorreu com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (CASTRO; MACHADO, 2010).

Diante do micro contexto exposto, infere-se que a APS fora considerada prioridade governamental. Conforme trecho analisado neste estudo reflete-se que o surgimento do Programa Telessaúde Brasil se configurou como um instrumento de apoio ao nível primário de atenção:

Havia [...] uma estrutura de modelo de saúde, [...] investimento na Atenção Básica, a política do Ministério (da Saúde) de fortalecer a Atenção Básica nos municípios, então o Projeto vinha como uma ferramenta de apoio a esse modelo (informação verbal). [E1]

Diante do apoio prestado às Equipes de Saúde da Família através do Telessaúde Brasil, a entrevista nº 5 identifica a necessidade da implantação e utilização dos serviços deste Programa no cenário da APS:

[...] o Ministério da Saúde estava muito atrasado na questão da utilização da tecnologia em saúde, [...] tinha a necessidade de trabalhar com profissionais do Brasil inteiro e [...] alguns municípios com dificuldade de acesso [...] se começou a discutir a implantação desse Programa exatamente para qualificar a Atenção Básica, principalmente as Equipes de Saúde da Família, [...] o surgimento do Programa veio em função da necessidade de abranger um número maior de profissionais, [...] levar conhecimento a municípios de difícil acesso e remotos (informação verbal). [E5]

Em junho de 2011, a lei orgânica da saúde foi regulamentada por meio do Decreto presidencial nº 7508 o qual possui o papel de regular a estrutura organizativa do SUS detalhadamente para a sua consolidação e melhoria permanente da sua gestão, possibilitando o aprimoramento do Pacto pela Saúde. Este instrumento possui a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos nas Redes de Atenção à Saúde, uma

vez que não tem sido muito clara a divisão de competências e atribuições (SANTOS, 2011).

Uma das mudanças introduzidas pelo Decreto é a criação do Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde (COAP), que definirá também as atribuições e responsabilidades financeiras, dos municípios, dos estados e do Governo Federal na prestação de serviços de saúde, o financiamento e as metas para cada ação. Além disso, o decreto oficializou a APS como porta de entrada preferencial do SUS, e como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (SANTOS, 2011).

O Programa Telessaúde Brasil Redes está alinhado com o compromisso prioritário da organização das redes assistenciais, também pautado no Decreto, sobretudo, fortalecendo a APS, através da utilização de recursos tecnológicos como videoconferências, teleconsultorias, ensino à distância e outras iniciativas atreladas aos canais de comunicação e de informação previstos nas USF (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2012). A entrevista nº 2 destaca a questão das redes de atenção à saúde abordada no PTBR-Redes:

A partir de 2011, novos passos ocorreram, mudanças na gestão do Ministério da Saúde e novas portarias foram lançadas para a ampliação do programa Telessaúde pra todas as unidades de APS no país e a sua integração com as demais unidades de saúde na tentativa de se constituírem redes de telessaúde que pudessem abarcar de maneira integral o cuidado ao paciente na rede (informação verbal). [E2]

No estado de Pernambuco a questão das redes de atenção à saúde tem passado por ajustes. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) não passou por atualizações significativas ao longo dos anos, permanecendo com um desenho territorial e uma incipiente definição das redes assistenciais (PERNAMBUCO, 2012b).

A falta de monitoramento do PDR, dinamicidade da organização dos serviços com necessidade de redimensionamento dos seus desenhos, fragilidade das Comissões Intergestores Bipartite Regionais nos processos deliberativos da Regionalização, entre outros aspectos, fizeram com que o Plano não mais refletisse a realidade da rede de saúde no Estado e não oferecesse condições de orientar a conformação de uma verdadeira rede assistencial, resultando no deslocamento desordenado de pacientes para os grandes centros urbanos do Estado, sobretudo a

capital, à procura de atendimento especializado e serviços de maior densidade tecnológica (PERNAMBUCO, 2008; PERNAMBUCO, 2012b).

Este quadro persiste, e à distância, o NUTES-UFPE provê serviços para profissionais das Unidades de Saúde do SUS-Pernambuco que remontam características descritas no relato das entrevistas nº 2 e 3:

[...] maioria dos municípios são de pequeno porte, que não podem ter unidades especializadas e não tem o conjunto de profissionais especializados suficientes para atender a população [...] a concentração dos profissionais ainda é nas grandes capitais, nas cidades da região costeira (informação verbal). [E2]

Os pacientes provêm, em sua maioria, de municípios de pequeno porte populacional, e que, isoladamente, não apresentam capacidade instalada de serviços de saúde para a atenção aos casos de maior complexidade (informação verbal)⁶.

O relato a seguir sintetiza parte do contexto sanitário pernambucano e a importância da telessaúde perante a deficiência encontrada na assistência à saúde:

[...] Nosso estado tem serviços de saúde ainda com distribuição inadequada pra necessidade e carência de profissionais especializados, de profissionais nas unidades de saúde e dificuldade de acesso da população a serviços especializados, próximos a sua localidade (informação verbal). [E2]

O uso da telessaúde [...] promove ganho em várias esferas. [...] A telessaúde pode trazer ganhos a todos os envolvidos no Sistema (Único de Saúde) (informação verbal). [E4]

Diante dos desafios assistenciais historicamente conhecidos, discutiu-se a atualização do desenho do PDR em Pernambuco, que considera as diretrizes definidas no Decreto Presidencial nº 7508/2011. Ficaram definidas quatro macrorregiões estaduais em Pernambuco (Metropolitana, Agreste, Sertão Central e Araripe) e uma interestadual (Vale do São Francisco) (PERNAMBUCO, 2012b).

O Estado, em sua gestão de saúde, passa a ser organizado, a partir de 19 de setembro de 2011, por doze GERES, em conformidade com as Regiões de Saúde, com sede nos seguintes municípios:

⁶ Entrevista nº 3 [E3]

Quadro 7 – Gerências Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco e municípios sede.

Gerência Regional de Saúde (GERES)	Município sede
I	Recife
II	Limoeiro
III	Palmares
IV	Caruaru
V	Garanhuns
VI	Arcoverde
VII	Salgueiro
VIII	Petrolina
IX	Ouricuri
X	Afogados da Ingazeira
XI	Serra Talhada
XII	Goiana

Fonte: Pernambuco (2012b).

Para concluir a categoria microcontextual da análise compreensiva do PTBR-Redes, serão discutidas na próxima seção deste trabalho questões referentes ao financiamento do setor saúde.

6.1.2.2 *Financiamento do setor saúde*

6.1.2.2.1 As finanças setoriais

O sistema de saúde brasileiro é pluralista tanto em termos das modalidades de atenção à saúde, quanto das fontes de financiamento. Essa pluralidade se expressa nas quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde: (i) o SUS, gratuito, universal e financiado com recursos públicos através de impostos e contribuições; (ii) os planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou de empregadores; (iii) a atenção aos servidores públicos, civis e militares, de acesso restrito a essas clientelas, financiado com recursos públicos e dos próprios servidores, majoritariamente atendidos na rede privada; e, (iv) provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (RIBEIRO et al., 2005).

Todos esses segmentos são financiados publicamente, de algum modo, sendo em alguns de forma mais direta e mais preponderante ou de forma indireta e mais parcial, por meio de isenções fiscais que alcançam as instituições filantrópicas que operam no setor e os gastos das famílias com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde (NAÇÕES UNIDAS, 2009).

O financiamento da saúde é, por motivos diversos, objeto de crescente preocupação em quase todos os países. Nos países em desenvolvimento, desafios adicionais estão presentes, como a extensão da cobertura a toda a população, a melhoria da qualidade dos serviços e as exigências do financiamento setorial em concorrência com outras necessidades de desenvolvimento social e econômico (NAÇÕES UNIDAS, 2009).

O gasto com saúde vem aumentando em quase todos os países do mundo. Representava 3% do PIB mundial em 1948 e passou para 8,7% em 2004 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007). No período 1998 a 2003, a taxa média anual de crescimento dos gastos com saúde foi de 5,71%, superando a taxa média de crescimento da economia mundial que foi de 3,63% (HSIAO, 2006).

Estimativas da OMS apontam que o Brasil gastou cerca de 7,9% do PIB com saúde em 2005. Desse montante, o gasto privado de famílias e empresas respondeu por 55,9% do gasto total; o desembolso no ato, isoladamente, atinge 30% do total. Ou seja, como parcela do PIB o Brasil despense valores próximos aos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), mas, ao contrário destes, a participação do gasto público, como percentual do gasto total, é muito menor (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Uma estimativa do gasto em saúde no Brasil no ano de 2009 pode ser vista no quadro a seguir.

Quadro 8 – Estimativa do gasto em saúde no Brasil em 2009.

Fontes	R\$ (Bilhões)	% PP	% total	% PIB
Federal	58	46	22	1,9
Estadual	34	27	13	1,0
Municipal	35	27	13	1,1
Total público	127	100	47	4,0
Planos seguros	64	45	24	2,0
Gasto direto	24	17	9	0,8
Medicamentos	55	38	20	1,7
Total privado	143	100	53	4,5
Total Brasil	270		100	8,5

Fonte: Carvalho (2008).

Nota: % PP=% Público e privado. %TOT=%TOTAL PIB 2009=3,14 Trilhões. Gasto direto=Pessoas pagando diretamente aos serviços de saúde.

O gasto com saúde no setor público na esfera federal foi da ordem de R\$ 58 bilhões de reais. Os estados e municípios desembolsaram R\$ 34 e R\$ 35 bilhões

respectivamente. No setor privado, o gasto para os planos de saúde foi de R\$ 64 bi, no privado puro R\$ 24 bi e custos com medicamentos R\$ 55 bi. Quando se analisam estes dados com a renúncia fiscal, que consiste na perda na arrecadação decorrente da concessão de um benefício tributário, verifica-se que a despesa no setor público é maior do que no privado (CARVALHO, 2008).

Quando se retira a renúncia fiscal Imposto de Renda (R\$ 5,5 bi) do gasto com saúde do segmento privado no ano de 2009, que representa R\$ 143 bi, este valor fica na ordem de R\$ 136,5 bi (49%). No segmento público (R\$ 127 bi), acrescentando o valor da renúncia fiscal (R\$ 5,5 bi) além da renúncia fiscal de instituições filantrópicas (2,1 bi) e renúncia fiscal IPI medicamentos (5,1 bi), totaliza-se R\$ 139,7 bi (51%).

Na política de saúde no Brasil o instrumento de renúncia fiscal aumenta o grau de regressividade, que se expressa quando o cálculo do imposto beneficia contribuintes de maior rendimento. Além disso, a renúncia não atinge aos menores rendimentos considerados isentos que realizam tais tipos de despesas (SAYD, 2003).

Partindo para a trajetória do financiamento do SUS, verificam-se fatos consecutivos que lhe provocam instabilidade. Em 2000, é aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29), que, no plano federal, representou a desvinculação da saúde do Orçamento da Seguridade Social (DAIN, 2007). A regulamentação da EC-29 ocorreu em 2011, no governo Dilma, definindo valores mínimos a serem aplicados pela união, estados e municípios.

Com relação aos gastos com o objeto deste trabalho, destaca-se no próximo item o volume de recursos destinados ao Programa Telessaúde Brasil Redes, bem como as faixas de financiamento dos projetos em tramitação com foco assistencial.

6.1.2.2.2 Os gastos com o Programa Telessaúde Brasil Redes

De acordo com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS), os recursos repassados aos Estados que participaram da implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes, oriundos do PAC através do Programa Mais Saúde, podem ser visualizados a seguir. Os Estados do Ceará, Pernambuco, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Goiás e

Amazonas aderiram ao programa como projeto piloto, estão em funcionamento e com recursos até 2013, conforme demonstrado no quadro 9.

Ainda, estão em funcionamento os Núcleos de Telessaúde do Mato Grosso do Sul, Espírito Santo e Tocantins. O Acre foi o 1º Estado da expansão do Programa e está em processo de implantação do Núcleo, assim como os estados do Rio Grande do Norte, Alagoas, Piauí, Rondônia, Distrito Federal e Paraná.

Tabela 2 – Recursos repassados aos membros do Programa Telessaúde Brasil Redes, 2007-2013.

UF/Instituição	Beneficiário	Modalidade de repasse	Recurso (R\$)/Ano					Total
			2007	2008/2009	2009	2010/2011	2012/2013	
Ceará	UFC	Convênio	1.141.260,00	2.300.000,00		650.000,00	2.000.000,00	6.091.260,00
Pernambuco	UFPE	Convênio	1.303.942,50	2.300.000,00		650.000,00	2.000.000,00	6.253.952,00
São Paulo	USP	Carta acordo	3.750.150,00	3.200.000,00		650.000,00	2.000.000,00	9.600.150,00
Minas Gerais	UFMG	Convênio	3.665.863,74	2.700.000,00		650.000,00	2.000.000,00	9.005.863,74
Rio de Janeiro	UERJ	Convênio/Carta acordo	514.647,80	2.300.000,00		650.000,00	2.000.000,00	5.464.647,80
Goiás	UFGO	Convênio	685.567,88	2.300.000,00		650.000,00	2.000.000,00	5.635.567,88
Rio Grande do Sul	UFRGS	Convênio	1.429.407,50	3.200.000,00		650.000,00	2.000.000,00	
Santa Catarina	UFSC	Convênio	1.255.429,00	2.300.000,00		650.000,00	2.000.000,00	6.205.429,00
Amazonas	UFAM	Convênio/Carta acordo	1.230.320,00	3.200.000,00		650.000,00	2.000.000,00	7.080.320,00
RNP	RNP	Termo de Cooperação Técnica			7.166.321,36			7.166.321,36
BIREME	BIREME	Repasse OPAS	498.591,04	549.347,00			1.150.235,00	2.198.173,04
Total geral			15.465.179,46	24.349.347,00	7.166.321,36	5.850.000,00	19.150.235,00	71.981.082,82

Fonte: Brasil (2012h).

Tabela 3 – Recursos repassados aos membros do Programa Telessaúde Brasil Redes, 2009-2013.

UF	Beneficiário	Modalidade de repasse	Recurso (R\$/Ano)			
			2009/2012	2010/2011	2012/2013	Total
Acre	SES	Convênio	1.130.720,00			1.130.720,00
Piauí	UFPI	Convênio			1.059.626,20	1.059.626,20
Rio Grande do Norte	UFRN	Convênio			925.800,00	925.800,00
Alagoas	SES	Convênio			1.078.218,60	1.078.218,60
Bahia	SES	Convênio			1.072.630,39	1.072.630,39
Sergipe	SES	Convênio			945.060,52	945.060,52
Mato Grosso do Sul	UFMS	Convênio		1.264.750,00		1.264.750,00
Mato Grosso	SES	Convênio			914.895,00	914.895,00
Tocantins	UFT	Convênio		738.895,00		738.895,00
Distrito Federal	UNB	Convênio			1.030.661,20	1.030.661,20
Rondônia	UFRO	Convênio			1.120.640,00	1.120.640,00
Paraná	UFPR	Convênio			1.149.600,00	1.149.600,00
Espírito Santo	IFES	Convênio			879.030,16	879.030,16
Pará	UEPA	Convênio			1.042.452,00	1.042.452,00
Total			1.130.720,00	2.003.645,00	11.218.614,07	14.352.979,07

Fonte: Brasil (2012h).

Diante do exposto, foram repassados para o período de 2007 a 2013 o total geral de R\$ 86.334.061,89 para o então denominado PTBR. Destaca-se Pernambuco, cuja instituição beneficiária foi a Universidade Federal de Pernambuco, sendo repassada a esta, mediante convênio, o valor total de R\$ 6.253.942,50 (seis milhões, duzentos e cinquenta e três mil, novecentos e quarenta e dois reais e cinquenta centavos).

Sobre este aspecto, embora se tenha sinalizado que havia recursos suficientes para a execução do Programa, salienta-se a fala presente na entrevista nº 1, que remonta a ausência do Estado no processo de implantação por conta do não recebimento de recursos financeiros por parte do Ministério da Saúde, sendo todo o recurso centralizado no âmbito da Universidade:

Havia bastante recurso [...] mas a Secretaria de Saúde do Estado não tomou conta [...]. A questão de ser centralizado o recurso dentro da Universidade, [...] o Estado não recebeu recurso, [...] não houve envolvimento político nesse processo (informação verbal). [E1]

Dificuldades referentes à execução financeira do Programa foram relatadas nas entrevistas, com destaque para a entrevista nº 5:

[...] o maior entrave que encontramos é as dificuldades que os Estados e as instituições encontram pra gastar o recurso público. Tem muita coisa que “emperra”, tem muita coisa que é difícil de convencer os órgãos de fiscalização dos Estados (informação verbal). [E5]

Esta situação é semelhante ao estudo de Viana (2010) sobre avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Foram relatadas dificuldades na execução dos recursos financeiros com falta de domínio sobre os processos da administração pública, pouca integração entre as áreas financeiras e jurídicas nos Estados e municípios com as instâncias responsáveis pelo desenvolvimento das atividades de EPS e descompasso entre a definição e planejamento das ações e atividades da saúde e os aspectos jurídicos e orçamentários da administração pública.

Iniciativas em caráter de urgência por meio de manuais explicativos ou através da educação à distância foram sugeridas, para que os servidores públicos presentes neste contexto se familiarizem com os processos da administração pública (VIANA, 2010).

Em Pernambuco, além dos recursos destinados ao então denominado PTBR, foram designados anteriormente na fase inicial de implantação da RedeNUTES por meio do Projeto Telessaúde na APS os seguintes valores, conforme as etapas descritas:

- a) assinatura de convênio da UFPE com o Ministério da Saúde em agosto de 2001, no valor real de R\$ 996.400,00;
- b) liberação da 1ª parcela do financiamento em abril de 2002;
- c) conclusão das licitações para aquisição dos equipamentos e reforma dos NUTES-HC e nos municípios e liberação da última parcela do financiamento em dezembro de 2002;
- d) conclusão da reforma do NUTES-HC em abril de 2003;
- e) conclusão da reforma dos NUTES parceiros em julho de 2003;
- f) início da realização das sessões de videoconferência em agosto de 2003;
- g) inauguração da RedeNUTES em 31 de outubro de 2003 (NOVAES; ARAÚJO; COUTO, 2006).

Após a inauguração e o início do funcionamento da RedeNUTES foram solicitados novos recursos para sua manutenção pelo período de 2003 a 2005. O valor liberado pelo Ministério da Saúde foi de R\$ 647.800,00 (NOVAES; ARAÚJO; COUTO, 2006).

Posteriormente, os Estados e municípios tiveram a abertura de financiamento mediante repasse fundo a fundo via Piso da Atenção Básica Fixo (PAB-Fixo), a partir de 2011. Com o advento da Portaria Nº 2554, o financiamento de Projetos de

Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica foi estruturado com base em valores máximos dependentes do número de ESF contempladas nos Projetos submetidos ao Ministério da Saúde, sendo estes intermunicipais ou estaduais, conforme definição abaixo:

- a) máximo de R\$ 750.000,00/ano (setecentos e cinquenta mil reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 80 (oitenta) ESF, garantindo, no mínimo, a média de 160 (cento e sessenta) Teleconsultorias/mês;
- b) máximo de R\$ 1.000.000,00/ano (um milhão de reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 200 (duzentas) ESF, garantindo, no mínimo, a média de 400 (quatrocentas) Teleconsultorias/mês;
- c) máximo de R\$ 2.000.000,00/ano (dois milhões de reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 400 (quatrocentas) equipes, garantindo, no mínimo, a média de 800 (oitocentas) Teleconsultorias/mês;
- d) máximo de R\$ 2.600.000,00/ano (dois milhões e seiscentos mil reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 600 (seiscentas) equipes, garantindo, no mínimo, a média de 1.200 (mil e duzentas) Teleconsultorias/mês; e
- e) máximo de R\$ 3.550.000,00/ano (três milhões quinhentos e cinquenta mil reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 900 (novecentas) equipes, garantindo, no mínimo, a média de 1.800 (mil e oitocentas) Teleconsultorias/mês (BRASIL, 2011e).

A aprovação dos Projetos do PTBR-Redes pode ser analisada no quadro abaixo:

Quadro 9 – Projetos e recursos destinados ao Programa Telessaúde Brasil Redes, 2011-2012.

Ano	2011	2012	Total
Número de Projetos	36	27	63
Municípios	2.026	1.230	3.256
EqSF	10.884	5.952	16.836
Recursos	44 Milhões	30 Milhões	74 Milhões

Fonte: Brasil (2012i).

Para o Estado de Pernambuco, foram repassados R\$ 4.250.000,00 (quatro milhões, duzentos e cinquenta mil reais) para a implantação do PTBR-Redes nos municípios descritos abaixo. Os recursos foram repassados diretamente para os fundos municipais de saúde por se tratarem de projetos intermunicipais. O Núcleo de

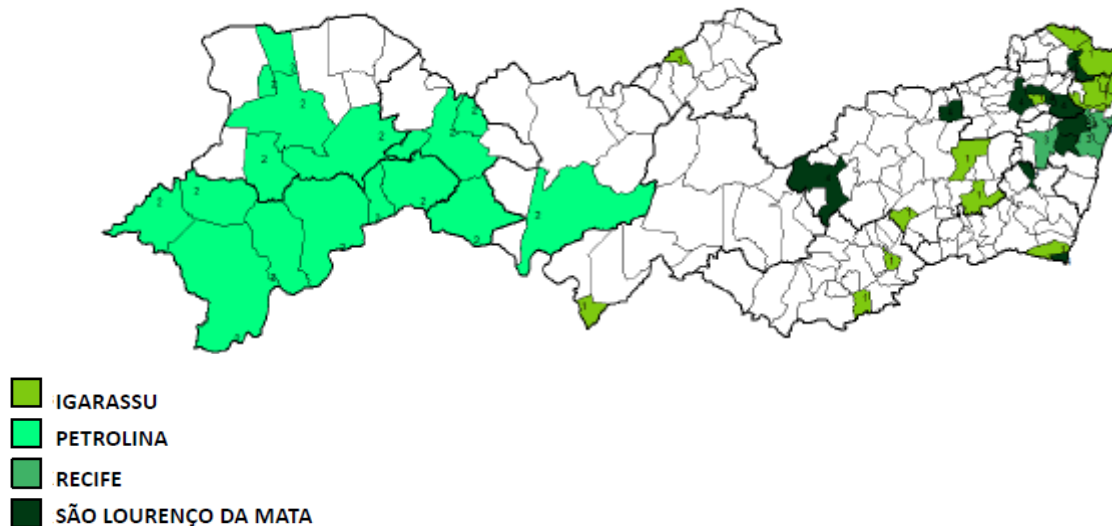
Igarassu submeteu a proposta ao MS com respaldo do NUTES-UFPE enquanto instituição parceira. São Lourenço da Mata teve a parceria do NTES-IMIP. No entanto, não foram repassados recursos diretamente para os parceiros por meio deste financiamento.

Quadro 10 – Projetos e recursos destinados ao Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado de Pernambuco, 2011.

Núcleos de Telessaúde	Municípios envolvidos	EqSF	Valor do Projeto (R\$)
Igarassu	15	140	750.000,00
Petrolina	17	80	750.000,00
Recife	5	422	2.000.000,00
São Lourenço da Mata	11	80	750.000,00
Total	48	722	4.250.000,00

Fonte: Brasil (2012i).

Figura 4 – Distribuição dos projetos submetidos ao Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado de Pernambuco, 2011.



Fonte: Brasil (2012i).

Verifica-se na figura 4 que alguns projetos submetidos não respeitaram a conformação de regiões de saúde, sendo os municípios integrantes de Regionais de áreas não adjacentes. Sobre isto, a entrevista nº 3 relata:

Os núcleos intermunicipais ficaram frágeis, pois os municípios se organizaram sem muito tempo pra discutir qual seria o melhor arranjo possível e cada núcleo formulou o seu projeto, encaminhou [...] se tentou chegar junto, mas não se conseguiu. Também se fez a opção de não tentar muito, porque como a coisa estava muito direcionada para os municípios, não cabia ao Estado [...]. Talvez não tenha sido tão positivo isso, mas olhando para o contexto da época, não tinha outra coisa a ser feita (informação verbal) [E3]

Sobre a problemática do reforço no poder do executivo municipal no âmbito da saúde, Viana (1998) pondera que tal fato pode ter ocorrido pela ausência das instâncias estaduais e federais na gestão compartilhada, estabelecimento da complementaridade e hierarquia entre as instituições e serviços, com dificuldades na relação intermunicipal, construção de sistemas intermunicipais e do próprio sistema de saúde.

Mendes (2001) apontou a importância do processo de municipalização ocorrido no país, mas destacou o fenômeno da municipalização autárquica. Este é um processo de construção de sistemas municipais isolados, sem inserção regional e ligados diretamente ao gestor federal, tentando abstrair o papel da esfera estadual. Ela oferece um cenário propício para a fragmentação dos sistemas municipais e possibilita o surgimento de novas iniquidades no setor saúde.

Para superar esta questão, a conformação de Redes de Atenção à Saúde e consequente Regionalização da Saúde no SUS é apontada como uma das estratégias prementes, atreladas ao uso das novas TIC. Sobre isto, o próximo tópico aborda alguns desafios.

6.1.2.3 Panorama sanitário, epidemiológico e da organização dos serviços de saúde.

O SUS, ao longo de sua existência, apresenta números que são dignos do maior projeto público brasileiro de inclusão social (SANTOS, 2008). De acordo com dados do Ministério da Saúde são realizados, em média, anualmente, onze milhões de internações, 1,4 bilhão de procedimentos ambulatoriais, 44 milhões de consultas especializadas e 250 milhões de consultas básicas por uma enorme rede, composta de mais de 5,8 mil hospitais, sessenta mil unidades ambulatoriais e quinhentos mil leitos em 2011 (COM..., 2011).

São produzidos anualmente 7,8 bilhões de unidades de 400 tipos diferentes de medicamentos. São 163 milhões de antirretrovirais, utilizados no tratamento da AIDS, doença cujo programa nacional de prevenção e tratamento tem reconhecimento internacional. Dois milhões de partos são realizados por ano e mais de 105 milhões de pessoas são atendidas pelo SAMU (COM..., 2011).

Na rede básica de saúde são 40 mil equipes da ESF, 240 mil Agentes Comunitários de Saúde e 22 mil equipes de saúde bucal. Oitenta e sete milhões de brasileiros são atendidos anualmente pelo Programa Brasil Sorridente. Observa-se

um aumento significativo no acesso da população à atenção odontológica, assim como uma melhoria das condições da Saúde Bucal da população (COM..., 2011).

O SUS conta ainda com 25 centrais estaduais de transplantes, com a realização de 24.600 ações em 2011. Destarte, são inegáveis os avanços alcançados pelo Sistema, os quais repercutiram de forma muito importante em sua gestão e sobre os níveis de saúde da população. Destaca-se a expansão da APS, que culminou na eliminação e controle de doenças de grande impacto sobre a saúde da população e a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2012g).

Todavia, existem enormes desafios que requerem medidas estruturantes, capazes de assegurar a continuidade das conquistas e permitir o enfrentamento de desafios urgentes, como o envelhecimento populacional e as causas externas de morbidade e mortalidade, os acidentes, sobretudo de trânsito, e a violência interpessoal (BRASIL, 2012g).

Entre os desafios novos ou persistentes, destaca-se o acesso equânime da população a ações e serviços de saúde de qualidade, a humanização do cuidado, integralidade da atenção e atendimento em tempo adequado às necessidades individuais e coletivas. A adoção de modelo organizativo baseado em Redes de Atenção à Saúde que favoreça a superação da fragmentação existente entre os serviços e o preenchimento de vazios assistenciais constitui o cerne do esforço a ser empreendido. Tal organização deve permitir o atendimento das necessidades de saúde e o aperfeiçoamento da gestão, neste incluídos a eficiência do gasto e o financiamento adequado (BRASIL, 2012g).

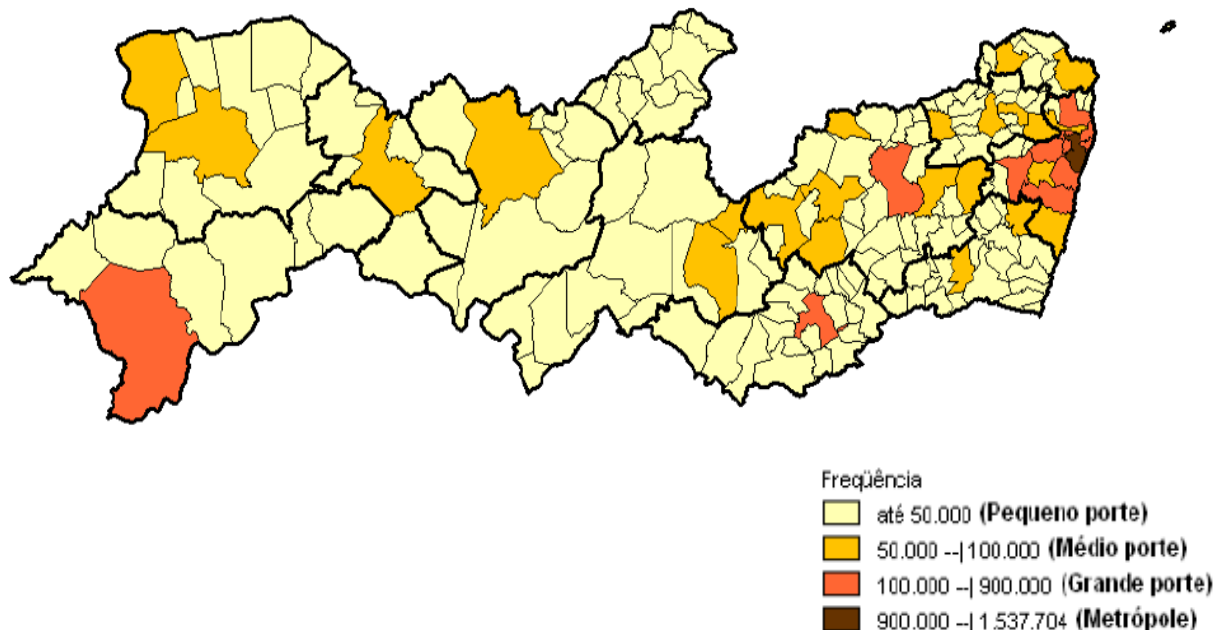
A despeito do amplo conjunto de unidades e equipamentos de saúde que o país dispõe, há grande desigualdade no acesso, resultante, dentre outras razões, da concentração de serviços em determinadas regiões e da carência ou mesmo inexistência em inúmeros municípios. Este cenário envolve e integra a dinâmica da Telessaúde no Estado, que tem seu surgimento respaldado para dirimir os vazios e deficiências assistenciais, conforme registro da entrevista nº 2:

No início do Programa foi definida uma estratégia de linha de base [...] pra gente entender o funcionamento da rede de cada um dos estados [...] através de indicadores epidemiológicos divulgados [...] nos sistemas do próprio SUS, que representavam uma realidade sanitária bastante deficitária em nosso estado e que foi corroborada pelo levantamento que a gente fez. [...] Esse perfil epidemiológico se confirmou, mas também existiam [...] carências de informação, [...] um índice altíssimo de encaminhamento de pacientes pra rede de alta complexidade, [...] áreas como a ginecologia,

pediatria [...] era uma das áreas que [...] eram mais procuradas, que tinham mais a necessidade de um suporte, [...] falta de conhecimento [...] da rede de referência, como encaminhar e para onde encaminhar [...] fragilidade no sistema de referência, como também inexistia uma contra referência pras unidades de Atenção Primária. Existia um sentimento de isolamento dessas equipes, principalmente dos municípios mais distantes do estado, e os pacientes não tinham a certeza de que iriam ser atendidos porque muitas vezes demorava muito pra serem atendidos [...] até hoje não existe um sistema de regulação que pudesse efetivamente comprovar de uma maneira mais formalizada esse nível de encaminhamento e o nível de não resposta às demandas, porque muitas vezes os pacientes eram encaminhados pelas unidades, mas as próprias unidades não sabiam se os pacientes tinham chegado a ser atendidos ou não (informação verbal). [E2]

Além disso, Pernambuco possui 81% de municípios de pequeno porte, 12,4% de médio e 5,9% grande porte e uma metrópole, conforme figura 5.

Figura 5 – Distribuição espacial segundo porte populacional do município e Região de Saúde no Estado de Pernambuco.



Fonte: IBGE (2010). Pernambuco (2012b).

Por conseguinte, a rede de saúde pernambucana, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em dezembro de 2011, possuía 6.782 estabelecimentos de saúde, considerando as unidades públicas e privadas, sendo 3,38% sob gestão estadual, 94,35% sob gestão municipal, 2,4% em dupla gestão e 2 (0,03%) sem gestão do setor saúde, pertencentes às forças armadas. Desse total, o maior percentual de unidades com vínculo SUS está concentrado na I Região de Saúde (56,29%), onde está localizada a capital do Estado (PERNAMBUCO, 2012b).

Apesar da maioria dos serviços estarem sob gestão municipal, com maior contingente de unidades básicas de saúde, os estabelecimentos de saúde sob gestão estadual são na sua pluralidade de média e alta complexidade hospitalar. As ações e procedimentos considerados nestes níveis de atenção constituem-se para os gestores um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão.

Dentre o escopo das unidades de saúde sob gestão municipal, estão as Unidades de Saúde da Família. No tocante ao acréscimo destas unidades que compõem a APS, verifica-se que em muitos espaços onde estas estão inseridas não se dispõe de estruturas que promovam a integração de Redes de Atenção à Saúde.

Uma iniciativa que visa dirimir estas questões é a disponibilização do Sistema de Regulação (SISREG) *online*, do Ministério da Saúde, para operar e gerenciar centrais de regulação assistenciais. Esta é uma das estratégias para a integração dos serviços de saúde (ALMEIDA et al., 2010). Apesar dos avanços detectados, a regulação assistencial ainda tem se caracterizado como eminentemente cartorial (FARIAS et al., 2011).

No sistema brasileiro de atenção à saúde tem-se a fragmentação como característica prevalente. Pontos de atenção isolados e incomunicáveis, incapazes de prestar uma atenção contínua à população caracterizam esta rede. Dessa forma inexistente fluidez entre a APS, a atenção secundária e terciária e não prevalece a responsabilização sobre uma população definida. Ainda, há falta de centrais de regulação, de marcação de consultas e exames, de protocolos de referência e de contra referência e uso inadequado da tecnologia da informação (UNESCO, 2008).

Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007), em estudo realizado incluindo países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), identificaram que a coordenação entre níveis assistenciais pode ser facilitada pelo aprimoramento da coleta e transferência das informações sobre pacientes e prestadores e pela vasta utilização das TIC, dentre elas o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

O PEP é o sistema que permeia todo o atendimento à população nas unidades de saúde. Pode-se comportar como a porta de entrada das informações referentes ao atendimento da população, que abastecerão outros sistemas de retaguarda como, por exemplo, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (GODOY et

al., 2012). Enquanto veículo para esse fim, o uso de TIC parece ser muito promissor, porém seu uso manteve-se elementar até à data em muitos países (HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007)

No caso do uso de TIC com foco na Telessaúde, em estudo realizado na rede mineira de teleassistência, verificou que o potencial de utilização do sistema de teleconsultorias esteve aquém do esperado, com perspectivas encorajadoras do emprego da telessaúde pelos municípios integrantes do serviço do Centro de Telessaúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (5º CONGRESSO BRASILEIRO DE TELEMEDICINA E TELESSAÚDE, 2009).

López et al. (2008) também destacam os fatores que comprometem a confiabilidade e validade dos dados dos serviços de telessaúde, sendo um destes as baixas taxas de respostas às teleconsultorias.

A inovação desencadeada pelos processos produtivos de saúde exclusivamente por meio da Telessaúde ainda possui potencial de crescimento para impactar na qualidade do atendimento a usuários do SUS, que apresentam perfil de morbimortalidade bastante desafiador.

O perfil de morbidade da população brasileira é caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, pela persistência de doenças transmissíveis que já poderiam ter sido eliminadas, coexistindo com as transmissíveis classificadas como emergentes e reemergentes, bem como pela alta carga de acidentes e violências (BRASIL, 2012g).

Pernambuco vivencia uma transição epidemiológica em estágio avançado, com a redução da incidência e letalidade das doenças infecciosas e parasitárias e em contrapartida, um aumento das doenças crônico-degenerativas (PERNAMBUCO, 2012b).

A telessaúde conforme descrição dos aspectos micro contextuais pode em muito contribuir para os avanços e diminuição dos problemas encontrados no SUS. Num esforço de síntese do contexto da mudança para o surgimento de um Programa de Telessaúde no Brasil e em Pernambuco, segue o quadro resumo das principais questões presentes nesta categoria e seus componentes analíticos:

Quadro 11 – Síntese da categoria contexto do Programa Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco.

CONTEXTO		
Macro contexto		
Esfera Política	Esfera Econômica	Esfera Social
Dois Presidentes de mesmo partido atuaram no período do estudo; Regime político democrático; Destaque para a criação de uma agenda política social a qual compunha o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).	6ª economia mundial em 2011; Segunda maior economia das Américas; Política de incentivo à economia intensa e rápida; Crescimento econômico desde 2003 com base na distribuição de renda; Surgimento do Plano Brasil Maior que incentiva a inovação tecnológica.	Elevada urbanização no país; 98% dos municípios são de pequeno e médio porte; Problemas sociais enraizados e complexos; Transição demográfica acelerada; Desigualdade entre as 12 mais altas do mundo; Pobreza com trajetória decrescente; Metade da população tem acesso a recursos promotores de inclusão digital.
Micro contexto		
As Políticas Setoriais	O Financiamento Setorial	O Panorama Sanitário, Epidemiológico e de Organização dos Serviços
Atenção Primária à Saúde dentre as prioridades do setor saúde; Contexto atual de construção do Pacto pela Saúde; Regulamentação da Lei Orgânica da Saúde pelo Decreto presidencial nº 7508, com foco nas Redes de Atenção à Saúde (RAS); Regionalização como estratégia da organização dos serviços de saúde e conformação das RAS; Necessidade de inserção da Telessaúde na agenda política do SUS.	Financiamento insuficiente quantitativa e qualitativamente, sobretudo na esfera municipal; Instabilidade do financiamento da saúde no período; Disponibilidade de recursos federais para o Programa Telessaúde Brasil e Telessaúde Brasil Redes com recursos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).	Avanços importantes e reconhecidos internacionalmente em algumas áreas do SUS; Cenário desafiador no que diz respeito ao acesso, humanização do cuidado e integralidade da atenção à saúde; RAS desintegradas com regulação assistencial cartorial; Uso incipiente de novas Tecnologias da Informação e Comunicação, com foco na Telessaúde; Estabelecimento da transição epidemiológica.

Fonte: Elaborado pela autora.

Diante da análise detalhada do contexto no qual a Telessaúde no Estado de Pernambuco se insere, trata-se de uma política setorial complexa por conta das dificuldades encontradas na rede de saúde, porém coerente com a ideia de um Brasil pautado no desenvolvimento social e econômico, na justiça social e na promoção de qualidade de vida para os usuários diretos e indiretos do Programa, tendo sua necessidade adequada ao panorama nacional atual. Porém, naquilo que concerne à sua suficiência, há ainda muito que se buscar para que a implementação

da Telessaúde em Pernambuco, num sentido mais amplo seja algo concreto e impactante no âmbito do SUS. Essa é uma questão a ser mais bem explicitada nas próximas categorias analíticas dessa dissertação.

6.2 Conteúdo do Programa Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco

O corpo do PTBR-Redes é representado pelo conteúdo, que se refere à sua base legal, marco normativo e estrutura física operacional. Para sua análise, além de todo o exame dos objetivos, diretrizes, parâmetros, metas e recursos do Programa, foi possível apreciar aspectos referentes ao seu conteúdo por meio de materiais diversos, dentre os quais alguns sites relacionados ao PTBR, relatórios de monitoramento e textos normativos da área da saúde e especificamente da Telessaúde. A partir desta análise, a Política em questão será classificada segundo sua perspectiva política e social.

6.2.1 Concepção, adequação, objetivos e metas

Uma das diretrizes do Programa que mais foi ressaltada no que diz respeito à concepção do PTBR-Redes é sua centralidade na APS e na ESF. Esta informação se fez presente no Relatório do I Seminário Nacional do Telessaúde Brasil, submetido à análise documental e bastante utilizado ao longo deste trabalho (SEMINÁRIO NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL, 2009). Em 2007 com o Projeto Piloto em apoio à Atenção Básica, esperava-se como objetivos a melhoria da qualidade do atendimento na APS no SUS, com resultados positivos na resolubilidade do nível primário de atenção; expressiva redução de custos e do tempo de deslocamento e a fixação dos profissionais de saúde em locais de difícil acesso.

Além disso, a ideia é que o Programa pautasse a questão de que o nível primário de atenção à saúde se tornasse progressivamente coordenador do acesso aos serviços de saúde no SUS e fortalecesse a atuação em equipe multiprofissional. O destaque da APS para o Telessaúde foi corroborado pelas falas das entrevistas nº 2, 4 e 5:

[...] a gente disponibilizou uma rede de teleconsultores pra dar resposta a questionamentos, a dúvidas clínicas ou de processo de trabalho pras equipes que estavam lá na ponta (informação verbal). [E2]

[...] o Programa começou com foco na APS. [...] Inicialmente focamos nas Equipes de Saúde da Família, e temos trabalhado esse Programa dentro das necessidades de cada Estado (informação verbal). [E5]

O eixo norteador principal foi o Saúde da Família, [...] no entendimento que temos um programa de APS nacional, que vem se expandindo a uma velocidade rápida. O Estado não foi diferente e não conseguimos acompanhar nos termos de formação, mais particularmente da área de medicina, médicos de saúde da família numa quantidade suficiente pra resolver o que o que a gente tinha de demanda. Então a gente começou a trabalhar com uma série de especialistas focais dentro do Saúde da Família (informação verbal). [E4]

Entretanto, embora tenha sido focado na APS, foi revelado que houve dificuldade de se implantar a Telessaúde na ESF a partir de 2007, com o Projeto Piloto do MS. Em Pernambuco, a Estratégia Saúde da Família estava no início de sua estruturação, muito embora estivesse implantada há mais tempo em alguns municípios do estado, e o uso de novas TIC através da Telessaúde contrastava este movimento:

Houve certa dificuldade [...] de como [...] incluir uma ferramenta de Telessaúde dentro de municípios que estavam muito no início na estruturação da Atenção Básica (informação verbal). [E1]

A coerência externa do Programa é comprometida a partir desta situação, que confronta as dificuldades encontradas na rede tradicional de APS, que apesar de recente desde seu surgimento, apresenta estrutura física e de recursos humanos precária:

[...] Num local onde as pessoas não têm geladeira, apoio dentro da Unidade de Saúde da Família, [...] e que o teto está caindo, há problemas de vazamento, de infiltração, e você não tem um ambiente salutar pra trabalhar, às vezes é difícil falar de telessaúde (informação verbal). [E4]

[...] você chega lá com uma proposta, de dizer olha você vai ter que usar um computador, uma câmera, vai ter conexão com a internet, vai poder falar com outra pessoa e trocar umas ideias com outros colegas pra poder ajudar o doente, nem sempre as pessoas entendem isso como uma prioridade, já que o concreto delas, o real delas ainda tem muito o que avançar. [...] Não entendo que elas se opõem ao telessaúde, elas só vislumbram que existem outras prioridades na frente. [...] Essa mesma resistência silenciosa existe no nível da gestão, os gestores nem sempre têm o entendimento que o telessaúde seja uma prioridade (informação verbal). [E4]

A ausência de um sistema de regulação assistencial e mecanismos de referência e contra referência integrados aos sistemas de informação em saúde acentuou as incongruências encontradas a partir da promoção da inclusão digital através da Telessaúde:

A ausência de um sistema de regulação e de maior interlocução entre os diversos níveis de atenção à saúde era uma coisa que saltava aos olhos, [...] foi muito destacado pela Telessaúde porque ela introduzia um sistema de referência e contra referência por meio da tecnologia (informação verbal). [E2]

Existiam [...] documentos em papel, [...] os registros estavam incompletos, não estavam totalmente disponíveis [...] a Telessaúde fez a inclusão digital, mas ressaltou problemas fortes que existem na rede tradicional de atendimento (informação verbal). [E2]

Os resultados de Menicucci (2005) concordam com o do presente trabalho ao relatar que a microrregulação no SUS ainda não se faz totalmente presente. O termo “regulação” tem destaque a partir de 1999, momento em que começa a aparecer em uma sequência de dispositivos legais do MS, apontando para uma concepção específica a partir da qual se iria definir um conjunto de orientações e atividades articuladas à ideia de regulação assistencial. Em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001) trata a questão da regulação de modo mais detalhado no capítulo II - Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS, sendo ratificada pela NOAS-SUS 01/2002. Farias et al. (2011) coloca que a regulação assistencial ainda tem se caracterizado como eminentemente cartorial apesar dos avanços em alguns serviços de saúde.

No então chamado PTBR não havia discussão aprofundada sobre a regulação assistencial integrada à Telessaúde conforme relato presente na entrevista nº 1:

Não há sistema regulatório em muitos municípios, não tinha nem modelo de regulação. A SGTES, com o Telessaúde Brasil não preconizava que teria esse trabalho voltado pra regulação. Embora houvesse algumas tentativas, logo no início, mas a gente não alcançou. Isso se vem pensando a partir do Telessaúde Redes (informação verbal). [E1]

Esta questão vai de encontro ao estudo de Araújo, Correia e Silva (2012) que discorre sobre a integração da Telessaúde e regulação assistencial no apoio à APS no município de Recife-PE a partir do PTBR-Redes. Os autores revelam que a

ausência de uma rede de saúde informatizada, a utilização de registro de saúde em papel, pouco operacional devido à inelegibilidade e carência de informações sobre os casos clínicos, além dos sistemas de informação não integrados, são alguns dos desafios para o projeto de integração da Telessaúde com a regulação assistencial, com resultados bastante preliminares.

No Rio Grande do Sul, a Resolução CIB/RS 237/2011 versa sobre a regulação ambulatorial no SUS e coloca como fator de priorização de encaminhamentos àqueles previamente discutidos em teleconsultorias. Entretanto, todo este processo ainda é bastante incipiente (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Novaes, Araújo e Couto (2006) ao descreverem a experiência de Pernambuco em Telessaúde através do Projeto de Telessaúde na ESF com financiamento pelo MS em 2001, um dos precursores do PTBR, revelam que no decorrer do ano de 2005 foi proposta pelo NUTES-HC-UFPE a utilização da Telessaúde através do Sistema HealthNet como instrumento para apoiar as equipes de retaguarda do Recife. Este serviço seria integrado ao processo de regulação assistencial, visando com este instrumento diminuir e melhor qualificar a demanda de encaminhamentos. No entanto, a ausência de uma infraestrutura adequada de rede de informática no município impossibilitou sua utilização de forma mais ampla.

Constata-se que enquanto que no PTBR a questão da microrregulação nos serviços de saúde atrelada a teleassistência inexiste em seus dispositivos legais, muito embora tenha sido discutida pelos atores envolvidos na implantação do Programa. O PTBR-Redes, atual política de Telessaúde do MS, ressaltou na Portaria GM/MS nº 2.554 de 28 de outubro de 2011 a articulação da Telessaúde à regulação da oferta de serviços e a elaboração de fluxograma e protocolos clínicos que incluam a solicitação prévia de teleconsultorias antes do encaminhamento ou da solicitação para a central de regulação assistencial como atribuições dos Núcleos técnico científicos de telessaúde (BRASIL, 2011e).

Espera-se, entretanto, que com a informatização da rede de saúde oportunize-se o desenvolvimento das atividades propostas pelos núcleos de telessaúde que com o PTBR-Redes ampliou a Telessaúde para outros pontos de atenção à saúde.

Outras diretrizes do Programa ao longo de seu estabelecimento foram traçadas. Com relação ao marco normativo-legal, verifica-se que a legislação atual do MS coloca as ações de telessaúde sob a responsabilidade das Secretarias de

Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e de Atenção à Saúde (SGTES e SAS), a quem cabe definir alguns padrões de gestão, monitoramento e avaliação em telessaúde (SILVA; MORAES, 2012). Entre a SGTES e SAS/MS, a integração entre as secretarias é apontada como um dos desafios para a execução do Programa, sendo esta relação discutida abaixo:

Não é uma relação muito simples porque as visões são diferentes. A SGTES constituiu o Telessaúde de uma forma diferenciada. [...] Foi feita articulação com Estados para depois chegar aos municípios. O DAB (SAS) fez de uma forma diferente. Tem alguns projetos estaduais, mas a maioria dos projetos são municipais, [...] nem todos municípios estavam preparados pra receber e executar esse Programa. E tem-se buscado os Núcleos de Telessaúde (universitários) para fazer essa integração. Em hipótese nenhuma vamos dizer que existe o Programa da SGTES e existe o Programa do DAB/SAS. Existe um único Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, que está instituído no Ministério da Saúde (informação verbal). [E5]

[...] Houve uma dicotomia no MS. O projeto (inicial) voltado pra Atenção Básica não tinha interface com a SAS. A SGTES encaminhava todo o processo no Ministério. Houve uma tentativa no início, [...] de trazer essa discussão, mas foi só um ensaio, não havia interface entre SAS e SGTES (informação verbal). [E1]

A entrevista nº 3 descreve a debilidade existente com relação a implantação do PTBR-Redes, em função da relação da SGTES e SAS descrita anteriormente:

[...] quando o MS assumiu o papel de fomentar o surgimento de novos núcleos e tentar expandir [...] ficou um pouco confuso porque quem já fazia a gestão disso, [...] as universidades [...] tiveram [...] dificuldade em conseguir distribuir [...] responsabilidades com a gestão, seja estadual, seja municipal [...] acho que por parte do MS sempre faltou uma articulação maior com os estados [...] sei da tentação enorme que é de quem está no MS de fazer discussão direta com os municípios porque nem todo estado consegue dar resposta na velocidade que eles precisam, a coisa acaba acontecendo assim [...] e se for à história da APS no país foi assim [...] seguiram esse modelo pro telessaúde [...] isso complicou bastante porque as redes que estavam instaladas não davam conta de todos os municípios e o MS ficou sem um articulador regional que seria o estado pra desempenhar esse papel (informação verbal). [E3]

A Portaria GM/MS nº 35/2007 instituiu no âmbito do Ministério da Saúde o Programa Telessaúde Brasil que tinha como um dos seus objetivos definir os critérios para a indicação dos municípios e estados onde seriam instalados os 900 pontos referentes ao Projeto Piloto Nacional de Telessaúde Aplicada à APS. Estes critérios foram descritos pelos informantes-chave da pesquisa:

O que se pactuou, [...] publicado em portaria normativa pelo Ministério da Saúde, [...] foram os critérios de seleção das Unidades de Saúde da Família que seriam contempladas pelo Programa [...] cada um dos estados recebeu recursos para implantar uma rede de 100 pontos. Era um ponto de telessaúde que tinha computador multimídia, conexão de internet. [...] Deveria haver uma adesão da gestão municipal e dos profissionais ao Programa, [...] a conectividade deveria ser custeada pelos próprios gestores (informação verbal). [E2]

[...] a ideia é que 80% desses pontos fossem de regiões distantes dos centros metropolitanos [...] a gente poderia também cobrir alguns locais de difícil acesso [...] como, por exemplo, morros (informação verbal). [E2]

[...] municípios tivessem o IDH baixo. E [...] pelo menos 50% de Estratégia Saúde da Família implantada, porque o impacto seria mais perceptível (informação verbal). [E2]

Face aos resultados obtidos com o Projeto piloto de Telessaúde na APS, surge o advento da Portaria GM/MS nº 402/2010, que institui a PTBR em âmbito nacional.

[...] em 2007 a portaria era um projeto piloto nos nove estados e em 2010 se instituiu isso como uma política, como um programa e prevendo já a implantação desse programa em todos os demais estados do Brasil (informação verbal). [E2]

[...] outras portarias [...] foram regulamentando o Programa, na medida em que se foi realmente verificando se haviam resultados positivos, e [...] cumprindo o papel da educação permanente em serviço. [...] Houve um avanço muito grande, era uma tecnologia viável, e [...] realmente agregava valor ao processo produtivo das equipes (informação verbal). [E2]

Esta portaria define a composição do Programa a partir de uma rede de instituições parceiras, denominada Rede Telessaúde Brasil, que prevê a implantação dos Núcleos Universitários de Telessaúde, dos pontos de telessaúde e dos pontos avançados de telessaúde. Os pontos avançados de telessaúde são aqueles implementados pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) do Ministério da Ciência e Tecnologia.

Em 2011 o Programa foi redefinido e ampliado, conforme os relatos a seguir, que sintetizam a legislação específica da Telessaúde ao longo dos anos:

A partir de 2011, novos passos ocorreram, mudanças na gestão do Ministério da Saúde e novas portarias foram lançadas e dessa vez numa parceria entre duas secretarias do MS, a SGTES e SAS, para a ampliação do Programa Telessaúde pra todas as unidades de APS no país e a sua integração com as demais unidades de saúde na tentativa de se constituírem redes de telessaúde que pudessem abarcar de maneira integral o cuidado ao paciente na rede. [...] Os municípios poderiam

informatizar as suas redes, [...] colocar os pontos de telessaúde e criar núcleos de telessaúde intermunicipais (informação verbal). [E2]

A gente publicou uma primeira portaria que instituiu o Programa no MS, a portaria 35, publicada em 2007, em 2010 publicamos a 402 que revogou a 35, e que trouxe algumas diretrizes da expansão do Programa. Em 2011, publicamos a portaria 2.546 que também trazia uma mudança no Programa, porque a gente sai do foco unicamente da APS e expande para as Redes de Atenção à Saúde. [...] A Telessaúde hoje tem como base a APS mas com a possibilidade de expandir para as redes. [...] Inclusive estamos trabalhando com a SESAI, na área indígena, com a SAS na urgência e emergência (informação verbal). [E5]

Na organização do PTBR-Redes, há uma dicotomia entre pesquisa e assistência, criando núcleos técnicos científicos, que fornecem os serviços, e pontos ou unidades de telessaúde, que solicitam os serviços de apoio à assistência aos núcleos. Além disso, a portaria GM/MS nº 2.546/2011 traz um avanço importante, a integração dos núcleos e pontos ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), um dos caminhos promotores da institucionalização da Telessaúde no SUS. No entanto, a parceria entre Telessaúde Brasil Redes e RNP, que estava clara em 2010, com os Pontos Avançados de Telessaúde, agora faz parte de uma Portaria que foi revogada, a de nº 402/2010 (SILVA; MORAES, 2012).

Ademais, com o surgimento do PTBR-Redes, há dúvidas na medida em que se cria outra instância para definir o padrão tecnológico de interoperabilidade funcional, que viabilizará a operação do Programa. Convém destacar a indagação de como ficarão os projetos e a inovação em telessaúde no escopo da Rede Universitária de Telemedicina e RNP nesse contexto (SILVA; MORAES, 2012).

Há também a necessidade de se integrar a Telessaúde com os demais sistemas de informação em saúde nacionais e locais, como o Cartão Nacional de Saúde (cartão SUS), Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), Sistema de Regulação (SISREG), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), dentre outros.

No I Seminário do PTBR discutiu-se a necessidade de se estabelecer padrões tecnológicos (arquitetura) que sejam compatíveis, sob o risco de em pouco tempo existirem vários sistemas de informática diferentes e não compatíveis, impedindo a

troca de informações entre os diversos núcleos e serviços (SEMINÁRIO NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL, 2009).

Para Moraes e Gómez (2007) é possível que se opte, rapidamente por soluções fechadas, com pouca ou nenhuma interoperabilidade, na expectativa de agilizar a resolutividade das demandas assistenciais. Com isso, os gestores acreditam satisfazer o pedido nacional pelo fim das filas nos estabelecimentos de saúde. Porém, em curto prazo, essa decisão tem a possibilidade de gerar processo de dependência ou aprisionamento a empresas, plataformas ou sistemas.

A administração pública deve estar ciente das vantagens e limitações das tecnologias empregadas e os contratos devem prever a transferência tecnológica desses sistemas de informação em saúde para o Estado, pois estes são acima de tudo um bem público (MORAES, 2002).

Por fim, Silva e Moraes (2012) ressaltam que a legislação atual é confusa e o entrevista nº 3 ratifica a fragilidade dos dispositivos do Programa:

[...] são dispositivos frágeis porque não são muito claros, aqui no Estado, a gente teve que formar um grupo e ler várias vezes pra tentar entender onde é que a gente entrava na “conversa” da portaria, o que é que a gente podia fazer, qual seria o papel da gente. [...] As primeiras portarias do Telessaúde Brasil não contemplavam o Estado como ator relevante nesse processo [...] a gente pagou isso [...] hoje quando a gente acompanha o Comitê Gestor de Telessaúde [...] se vê que o Estado está brigando pra tentar retomar o papel de ser condutor (informação verbal). [E3]

Convém registrar a existência da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde no Ministério da Saúde (PNIIS), outra ação do Programa Mais Saúde que teve sua elaboração de forma participativa iniciada em 2003. Em 2004, suas diretrizes foram sistematizadas. Dentre elas, destaca-se a que diz respeito ao apoio à prática profissional através do uso das telecomunicações na assistência à saúde, ensino à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada, incluindo a Telessaúde. No entanto, o documento ainda continua em processo de construção (BRASIL, 2013b).

Diante do exposto, para Lucchesi (2002), as portarias executivas não mobilizam um conjunto tão amplo de atores sociais na sua elaboração, ao contrário, há um conjunto de atores esperado no processo de sua negociação e os conflitos não extrapolam a questão setorial. Elas existem para operacionalizar a política,

torná-la concreta, efetivar o que foi debatido no processo de construção de uma lei. Tratam de temas mais específicos e seu processo de negociação e construção tende a ser mais ágil, pois se restringe a uma arena de negociação própria.

A principal crítica às portarias executivas é a de que as mesmas têm desconsiderado aspectos importantes das leis, regulando propostas não debatidas com maior rigor. Outra crítica importante é a de que as portarias são excessivas, tornando-se um instrumento extremamente detalhista dificultando o processo de implementação da política como um todo. Há que se considerar, no entanto, que as leis não dão conta de abordar todos os temas e aspectos da política e que só no momento de implementação da mesma surgem necessidades específicas de regulação. Nesse contexto, as portarias executivas são muitas vezes acionadas para preencher vazios que a lei não previu (LUCCHESI, 2002).

Outra questão presente na concepção do Programa são as metas preconizadas pela Coordenação Nacional do PTBR e PTBR-Redes. No que concerne ao aspecto da coerência entre as metas e indicadores do Programa, salienta-se que existem vieses nos indicadores de produção dos serviços de telessaúde com relação à teleassistência e tele-educação:

[...] muitos Núcleos consultaram nas teleconsultorias, na apresentação dos temas, [...] dúvidas que se tiravam dentro dos temas [...] eles começaram a consultar isso como Segunda Opinião Formativa, mas era diluído junto. Era muito difícil de se avaliar o que era Segunda Opinião, teleassistência e tele-educação, que era uma dúvida que o pessoal tirava no meio das teleconferências, [...] e começaram a computar isso como Segunda Opinião, teleassistência (informação verbal). [E1]

A entrevista nº 1 traduz a meta preconizada pelo Ministério da Saúde de 2 teleconsultorias/ponto/mês considerada relativamente baixa e ainda assim com dificuldade de se atingir por inúmeros problemas:

O Telessaúde Brasil era focado na teleassistência, se estabelecia metas, pelo menos duas consultas/mês por município, e mesmo assim a gente teve muita dificuldade de ter discussão de caso, a segunda opinião (informação verbal). [E1]

Este aspecto condiz com o trabalho realizado por Oliveira (2010) que avaliou o grau de implantação da RedeNUTES em municípios da XI Geres do Estado de Pernambuco. O componente Tele-educação foi a principal estratégia de desenvolvimento do Programa em Pernambuco, inclusive na viabilização de momentos assistenciais como forma de gerar adesão também ao componente Teleassistência, ainda que não garantisse a adesão necessária para o cumprimento das metas estabelecidas para este último, pelo MS.

Vale destacar a limitação da presente análise. O fechamento da adequação das metas do Programa em Pernambuco, desenvolvido pela RedeNUTES foi permeado por dificuldades, por se tratar de uma intervenção recente, com características que ensejam um empreendimento inovador. Este aspecto foi reconhecido e previsto pelo estudo de Oliveira (2010) citando Gundim (2009).

Mais estudos sobre o PTBR-Redes relativos à área da análise da política de saúde são necessários para que o monitoramento e avaliação dos resultados e implementação sejam realizados com sucesso. No próximo tópico os serviços de telessaúde serão apreciados, compondo aspectos imperativos desta dissertação.

6.2.2 Ações e serviços de Telessaúde

Para que ações de Telessaúde sejam desenvolvidas o Programa necessita de recursos materiais, organizacionais e políticos para seu funcionamento. Dentre os recursos materiais, Pernambuco possui em fevereiro de 2013, 95 municípios cadastrados no atual PTBR-Redes, com 465 pontos de Telessaúde cadastrados (REDENUTES, 2013).

A estrutura organizacional do Programa em âmbito nacional é composta por gestores da saúde, instituições formadoras de profissionais de saúde e serviços de saúde do SUS, sendo constituído, de acordo com a portaria GM/MS nº 2546/2011, por: (i) Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico - instituições formadoras e de gestão e/ou serviços de saúde responsáveis pela formulação e gestão das Teleconsultorias, Telediagnósticos e Segunda Opinião Formativa; (ii) Ponto de Telessaúde - serviços de saúde através dos quais os trabalhadores e profissionais do SUS demandam Teleconsultorias e Telediagnósticos (BRASIL, 2011d).

A estrutura de gestão e funcionamento do Telessaúde está assim constituída:

- a) Coordenação Nacional, exercida pelo Ministério da Saúde por meio da SGTES/MS e da SAS/MS;
- b) Coordenação Estadual, exercida pela Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal ou por outra instância integrante do comitê gestor estadual, conforme aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- c) Comitê Gestor Estadual, que deve estar vinculado à CIB e é composto por um representante da Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, um representante da Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES), dois representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), um representante de Coordenadores de Núcleos de Telessaúde Técnico-Científico no Estado e um representante das Escolas Técnicas do SUS no Estado ou Distrito Federal;
- d) Núcleo de Telessaúde Técnico Científico, instituições formadoras e de gestão e/ou serviços de saúde responsáveis pela formulação e gestão das Teleconsultorias, Telediagnósticos e Segunda Opinião Formativa, e outras;
- e) Gestor Municipal de Saúde, que integra o Programa devendo se comprometer com a implementação, monitoramento e avaliação do Programa no seu respectivo Município, em articulação com o Comitê Gestor Estadual e com a respectiva instância intermunicipal e promover a integração dos profissionais de saúde com as ações do Programa.

Os tipos de ações e serviços de telessaúde destacados no arcabouço institucional do Programa são as teleconsultorias, tele-educação, Segunda Opinião Formativa e telediagnóstico (SILVA; MORAES, 2012). O PTBR surgiu como um instrumento de suporte assistencial e EPS, sendo o foco assistencial mais dirigido ao PTBR-Redes devido a sua dificuldade de implementação no primeiro momento, conforme expressa a entrevista nº 1:

[...] a ideia era ser teleassistência, com segunda opinião (formativa). Mas [...] não havia adesão da equipe. Era uma ferramenta muito nova, tinha todo aquele contexto do Estado onde não havia profissional no município. [...] O modelo era pra fixar o profissional, e que ele pudesse usar mais essa ferramenta, isso não aconteceu. De 2007 a 2011 a gente teve uma baixíssima participação dos médicos na teleassistência e só conseguiu agregar [...] quando começou a usar a tele-educação. [...] Quem mais participa é o ACS e os enfermeiros, os médicos estão sempre de fora desse processo (informação verbal). [E1]

Também se destaca a utilização da Telessaúde para gestão em saúde à distância ou telegestão, um serviço que se coaduna com os outros listados anteriormente:

[...] a necessidade que a gente tinha no território acabaram motivando [...] atingir as equipes e os profissionais de forma rápida e regular através dessa ferramenta [...] que é tanto pra educação, pra assistência e gestão. Pra educação a gente tem uma necessidade gritante. Você “pega” a lógica do Saúde da Família e a gente tem [...] quase 1900 equipes no Estado, a imensa maioria dos profissionais não tem formação específica pra trabalhar nessas equipes. Entra nesse cenário a questão da assistência [...] por conta da necessidade de discussão de casos, de segunda opinião, de elaboração de projetos terapêuticos, fazer uma regulação mais bem feita e a questão da gestão, prestar apoio gerencial, que é uma outra coisa que “bate na porta” da gente, porque são 184 municípios e a gente sabe que a realidade de talvez 60-80% deles seja a falta de equipes de gestão qualificadas pra lidar com os problemas que se enfrentam no dia a dia (informação verbal). [E3]

McLaren (2003) em trabalho sobre o desenvolvimento da telepsiquiatria e resultado de pesquisas importantes da área corrobora o uso da telessaúde para favorecer a gestão dos serviços de saúde.

Diante dos aspectos positivos proporcionados pelos serviços de telessaúde pautados pelo Programa, de acordo com o Relatório do Telessaúde Brasil, verifica-se que ao se ampliar o acesso e a capacidade resolutiva da APS, a tendência é que mais pessoas precisem adentrar aos outros níveis de complexidade dos serviços, ou acessar outras redes especializadas. Como a articulação entre estas redes e a oferta de serviços não é homogênea no país, a integralidade é um dos maiores desafios a serem enfrentados, não sendo possível obter as respostas desejadas exclusivamente por meio do Telessaúde (SEMINÁRIO NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL, 2009).

Outra questão abordada pelo Programa, ainda no item dos serviços oferecidos é a telerregulação do trabalho da Telessaúde. Este conceito vem acompanhado do processo de institucionalização das ações de telessaúde, dando um salto para a incorporação de recursos de telessaúde na área assistencial.

Considerou-se como ponto forte do Programa a possibilidade de se contar com telerreguladores para coordenar o trabalho da Telessaúde pelo especialista em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade. A remuneração destes profissionais, bem como dos teleconsultores aparece no Relatório como ponto de

dúvida, além da insegurança com relação a pouca normatividade sobre a função nos dispositivos do Programa.

No que diz respeito ao aspecto dos recursos financeiros destinados ao PTBR-Redes, abordados também na categoria micro contexto, ressaltam-se outras questões pertinentes:

Foi um projeto totalmente financiado pelo Ministério da Saúde [...] não houve nenhuma contrapartida financeira do estado nem do município, no primeiro momento. A única contrapartida que existiu foi a conexão de internet que era de responsabilidade [...] dos municípios. O recurso que foi disponibilizado pelo Ministério foi suficiente pra gente implantar [...] os 100 pontos. O que houve foi uma dificuldade muito grande no gerenciamento dos recursos pela questão das regras e das normas que são preconizadas na gestão pública. Mas os recursos foram aplicados e utilizados, tudo adequadamente (informação verbal). [E2]

Economicamente referente a volume de recursos disponíveis, acho que foi interessante [...] a coisa foi conduzida muito rápido, os municípios não tiveram tempo de se preparar, pra receber esse recurso e executá-lo (informação verbal). [E3]

O relatório do I Seminário do Telessaúde Brasil destaca que o financiamento do Programa demanda participação tripartite, com clara definição dos papéis dos atores na aplicação dos recursos para maior transparência na execução. Evidencia-se em algumas falas que o papel de financiador da implantação do Programa tem ficado a cargo do MS, havendo várias demandas para que este ponto seja mais discutido, visando à sustentabilidade do Telessaúde e a garantia do apoio técnico e operacional. Sugeriu-se ainda, incluir na tabela SUS procedimentos de teleassistência (SEMINÁRIO NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL, 2009).

Já com relação à adequação do recurso ao contexto das Unidades de Saúde, foi destacado que embora o MS o tenha disponibilizado, a estrutura das USF persiste enquanto problema. Iniciativas federais para qualificar as EqSF são necessárias para dirimir estas questões:

[...] havia um estímulo financeiro por parte do MS pra que esse projeto fosse montado. Não era favorável [...] a infraestrutura de muitas das unidades, não só infraestrutura física como de recursos humanos, a qual era muito precária. Associar outros tipos de financiamento que apoiam a qualificação das EqSF é importante (informação verbal). [E4]

No âmbito ministerial, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS), área que investiu e tem apoiado a implementação do PTBR-

Redes, tem como missão trabalhar estratégias de qualificação aos profissionais do SUS, com destaque para a ESF, como profere a entrevista nº 5:

Residências, Especializações, Pro-Saúde, Pet-Saúde, enfim [...] o Telessaúde é mais uma dessas ações que é prioridade dentro desta Secretaria na questão financeira. Desde 2006 começamos a financiar projetos de Telessaúde e isso tem se renovado ano a ano (informação verbal). [E5]

É importante destacar a necessidade da integração da Telessaúde com as demais Iniciativas de Educação em Saúde, estratégia fundamental para romper a fragmentação, não criando competição, mas fortalecendo o que já existe. Outra necessidade é a aproximação dos projetos pedagógicos que estão sendo praticados nos vários programas, de modo a constituir um sistema. A Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) foi apontada como o espaço colegiado para a integração destas estratégias, mas que é fundamental a iniciativa do Ministério da Saúde em traçar diretrizes para que isto aconteça (SEMINÁRIO NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL, 2009).

Sobre os resultados obtidos com o Programa estudado nesta dissertação o próximo tópico abordará alguns aspectos.

6.2.3 Resultados e coerências do Programa

No Brasil, entre 2008 e 2012 foram produzidas 56.112 teleconsultorias, 643 Segundas Opiniões Formativas, 826.078 exames de apoio pelo telediagnóstico e 220.861 participações em atividades de tele-educação (BRASIL, 2013c). Em Pernambuco, a produção de indicadores do PTBR-Redes consolida um total de 6.807 teleconsultorias, 299 atividades de telediagnóstico (tele-ECG) e 26.439 participantes em atividades de Tele-educação (2010-2012). A cobertura municipal em Pernambuco é de 51%. Trezentas e oitenta e oito (20,6%) equipes de saúde são beneficiadas diretamente no Estado (REDENUTES, 2013).

A média mensal de teleconsultorias/ponto/ESF é de 0,76. Quando se incluem as perguntas e respostas pós-seminários, esta média cresce para 3,18. A média mensal orientada pela SGTES/MS ao Núcleo de Telessaúde pernambucano foi de 2 teleconsultorias/ponto/ESF (REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO, 2012b).

Estudo de Cruz et al. (2012) demonstra que em 2009, 45% dos profissionais de saúde da família (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, ACS) encontravam-se em atividades nas USF dos municípios parceiros da RedeNUTES e que, dentre esses, 15% foram beneficiados diretamente pelo programa, uma vez que estavam alocados em unidades que receberam o ponto de telessaúde.

No tocante as atividades de tele-educação na RedeNUTES, Cruz et al. (2012) descreve alguns dos seus benefícios. A possibilidade de construir o próprio conhecimento dos profissionais das equipes de saúde por meio de trocas de experiências com profissionais de outras regiões, os quais possuem uma realidade diferenciada para a execução de uma mesma atividade foi relatada. O acesso aos materiais das capacitações que são disponibilizados no Ambiente Virtual de Aprendizagem da RedeNUTES (AVA RedeNUTES) também merece destaque, pois pode ser acessado de qualquer computador e em qualquer horário.

Novaes et al. (2012) em análise sobre a tele-educação em saúde mental para equipes de saúde da família de Pernambuco através da RedeNUTES, traz que os Seminários em Saúde Mental são uma importante alternativa para favorecer a articulação entre a saúde mental e a APS, oferecendo às equipes de saúde da família, por meio do contato com teleconsultores experientes na área, retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico. Além disso, integram setores institucionais e intersetoriais, como as universidades, serviços de saúde e gestão.

Têm-se relatos de que a qualificação das EqSF e a retaguarda oferecida pelos serviços de telessaúde e demais ações de EPS, contribuem para a maior resolubilidade dos problemas de saúde, que impactam também na questão da ampliação do acesso, seja pela maior fixação e inclusão digital de profissionais ou pela maior racionalidade no uso dos recursos. Muito embora, algumas vezes os profissionais recusam as teleconsultorias, com receio de parecerem desatualizados, pelo baixo conhecimento de informática ou preconceito da Educação à Distância. Esta questão está respaldada na entrevista nº 4:

O que me chama atenção nesse novo Programa é o foco na assistência, a Telessaúde pra apoiar a assistência. [...] A tendência é que os usuários se ambientem mais facilmente aos processos ligados a tele-educação. [...] O processo de educação ajuda a quebrar essa falta de familiaridade com a tecnologia, até porque a pessoa está em grupo então vê que outras pessoas têm dificuldades, limitações, e isso deixa as pessoas mais

confortáveis pra estarem superando esses limites [...] e passam a utilizar também no âmbito da assistência (informação verbal). [E4]

Segundo Araújo, Correia e Silva (2012), apesar dos avanços e investimentos dirigidos ao processo de implantação do Programa nos últimos anos, atividades de teleconsultoria ainda possuem níveis de adesão pelos profissionais de saúde abaixo do potencial desta atividade. O modelo convencional da Telessaúde adotado pelo PTBR no projeto piloto com as universidades fomenta a demanda espontânea dos profissionais que expressam interesse em tirar dúvidas clínicas ou sobre o processo de trabalho e de participar de atividades de EPS. Entretanto, este modelo se depara com desafios por se tratar de uma prática relativamente nova dentro da rede de saúde, por requerer a plena informatização nos serviços e a instituição de uma mudança cultural no cotidiano do trabalho destes profissionais.

Além disso, existe o desafio de se viabilizar a conscientização dos papéis e consolidação de um diálogo entre os atores envolvidos nas ações de referência e contra referência da rede de saúde. Dentre os principais argumentos relatados sobre a dificuldade de referenciar usuários da APS para a atenção secundária está o fato de que muitos dos encaminhamentos não são realizados de forma adequada resultando em vagas da atenção especializada ocupadas por usuários sem perfil clínico para este nível de atenção (ASSIS et al., 2002).

Estudos revelam que 85% dos problemas de saúde podem ser manejados na própria ESF, mostrando a necessidade de qualificar a atenção à saúde (STARFIELD; SHI, 2007). Esta qualificação pode ser promovida e ampliada a partir do apoio remoto de equipes de teleconsultoria do serviço de telessaúde, componente essencial para ampliar a resolutividade das EqSF.

Oliveira (2010) ressalta que a iniciativa Telessaúde ainda necessita de estratégias que aumentem a adesão e favoreçam a sua sustentabilidade, além de maior desenvolvimento e clareza quanto às suas atividades. Aspectos relacionados a diagnósticos e tratamentos à distância têm sido insuficientemente desenvolvidos e utilizados.

Além dos indicadores produzidos pelos serviços de Telessaúde em âmbitos nacional e estadual foram analisados alguns instrumentos de gestão no processo de construção deste trabalho, como relatórios finais de Conferências Nacionais de Saúde e Planos Estaduais de Saúde. Verificou-se que os relatórios finais das 12^o,

13º e 14º Conferências Nacionais de Saúde que ocorreram nos anos de 2003, 2007 e 2011, respectivamente, abordam a Telessaúde:

Assegurar, agilizar e ampliar, com definição de prazos e sob o controle dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, a informatização do SUS, nas três esferas de governo. Esse processo deve ser orientado por uma política de informação e informática para implantar infraestrutura de tecnologia da informação, com capacitação profissional e aporte de recursos financeiros, incluindo as unidades básicas de saúde e os demais níveis da rede de serviços. O Governo Federal deve destinar recursos do Fundo de Universalização das Telecomunicações (Fust) para esse fim, de forma a permitir interligar os serviços de saúde, integrar os sistemas de informação, disseminar informações, simplificar os processos de marcação de consulta, os resultados de exames, a implantação do Cartão Nacional de Saúde, o prontuário digitalizado e o controle do estoque de medicamentos, insumos e almoxarifados, de forma a prestar um atendimento mais rápido e integral ao usuário. A tecnologia de informação e telecomunicações deve ser empregada para apoiar a prática profissional na assistência à saúde, incluindo ensino a distância, acesso eletrônico à literatura e sistemas de apoio à decisão, visando a suprir necessidades de usuários, profissionais, gestores, instituições de ensino, pesquisa e controle social, estabelecendo convênios específicos com os municípios para aquisição dos equipamentos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004, p. 167-168).

O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem estabelecer cooperação técnica inclusive por meio do “TeleSaúde” para as Equipes de Saúde da Família, estimulando a formação de grupos de estudos entre os trabalhadores de saúde, bem como a avaliação do perfil dos profissionais que atuam nessas equipes para o desenho de estratégias de educação permanente em saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2008, p. 91)

Implementar o programa Telessaúde e Telemedicina nas Regiões de Saúde, para dar suporte às equipes de profissionais de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2012, p. 74)

Sobre o Fust referido por Brasil (2004b), que tinha o objetivo de informatizar o SUS, Khouri (2003), numa análise da evolução da telemedicina no Brasil, coloca que a origem deste fundo remonta a 1% da receita de empresas de telecomunicações. Seus objetivos são ligados à área social com destaque para a área da saúde. Este registro revela o incentivo da utilização da telessaúde no país de forma preliminar face ao referido período no relatório da 12ª CNS.

Os registros dos relatórios subsequentes condizem com a evolução da política de Telessaúde no país, que partiu de um instrumento de apoio para as EqSF com promoção da EPS até a consolidação de regiões de saúde e redes de atenção à saúde, propostos pelo PTBR-Redes.

Nos Planos Estaduais de Saúde (PES) vigentes no período do estudo foi pesquisada a temática da Telessaúde. No PES 2005-2007 o termo encontrado que

remete a existência de atividades de telessaúde é “*telessalas*”, que fazia na ocasião parte da Política de gestão de pessoas da SES-PE, sendo referida como uma de suas metas, conforme segue abaixo:

Proformar telessalas, para cursos técnicos e de educação continuada, objetivando melhoria contínua, agregando valores e condicionando as pessoas a desempenharem com efetividade e vontade de produzir mais e melhor (PERNAMBUCO, 2006, p. 38).

O PES 2008-2011 traz a questão da telessaúde através de Projeto Estadual o qual não foi executado na ocasião. Este projeto tinha o objetivo de garantir a universalidade do acesso ao usuário do SUS proporcionando soluções de problemas do atendimento na assistência à saúde, através da informática médica. No eixo Atenção Especializada em Alta complexidade a telessaúde fazia parte das metas 12, 13 e 14:

Implantar o Projeto Telessaúde em 10 hospitais públicos da rede da SES-PE: Hospital da Restauração, Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Otávio de Freitas, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Barão de Lucena, Hospital e Maternidade Jesus Nazareno, Hospital Regional do Agreste, Hospital Regional Ruy Barros Correia, Hospital Regional Fernando Bezerra, Hospital Regional Prof. Agamenon Magalhães. (PERNAMBUCO, 2009, p. 157).

Implantar o Projeto Telessaúde em 15 hospitais públicos da rede da SES-PE: Hospital Correia Picanço, Hospital Geral de Areias, Hospital Jaboatão Prazeres, Hospital Regional José Fernandes Salsa, Hospital Regional Dr. Silvio Magalhães, Hospital São Sebastião, Hospital Regional Dom Moura, Hospital Regional Inácio de Sá, Hospital Regional Emília Câmara, Hospital Regional Dom Malan, Hospital de Trauma, Hospital Belarmino Correia, Hospital João Murilo, Hospital São Lucas, Hospital de Itaparica. (PERNAMBUCO, 2009, p. 158).

Implantar e manter sistemática de monitoramento da produção, dos custos e da resolutividade do Projeto Telessaúde em hospitais públicos da rede da SES-PE (PERNAMBUCO, 2009, p. 158).

Já o PES 2012-2015 em vigência, traz a articulação da RedeNUTES com a Gerência de Saúde Mental (GASAM) do Estado através de atividades de teleeducação e uma proposta de interconsulta entre profissionais da área via teleassistência (PERNAMBUCO, 2012b). Este achado reforça o envolvimento de algumas áreas isoladas da SES-PE no nível central, melhor explicitado na categoria atores.

O Balanço de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco de 2012 destaca o Projeto de fortalecimento da Telessaúde, com investimento de mais de 10,5 milhões. O plano prevê a estruturação de uma rede de videocolaboração em saúde, que integrará as 12 Regionais de Saúde, 17 Hospitais estaduais e a Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). Este Projeto teve assinatura de convênio dia 21 de dezembro de 2012 pelo Governador Eduardo Campos (PERNAMBUCO, 2013).

Verifica-se que a SES-PE tem investido na implantação de serviços de telessaúde na alta complexidade, respaldada pela redefinição e ampliação do PTBR, atual PTBR-Redes, que permite a utilização de recursos para além da APS, com o intuito de apoiar a consolidação das redes de atenção à saúde, ordenadas pelo nível primário de atenção à saúde.

No entanto ainda não está clara a definição dos papéis dos atores envolvidos dos Núcleos de telessaúde que compõem a Rede Estadual de Telessaúde. Uma proposta de integração entre as instituições tem sido discutida conforme demonstra trabalho de Oliveira e Maia (2012) na busca pela efetiva gestão da telessaúde em Pernambuco.

Diante do apresentado, para concluir o conteúdo do PTBR-Redes classificou-se sua perspectiva política. Considerou-se que o Programa foi construído com a intenção de ampliar o acesso dos profissionais de saúde a outros níveis de atenção através do trabalho colaborativo em rede, por meio da Tecnologia da Informação e Comunicação ofertada pelo Estado brasileiro. Portanto, a política setorial em questão pode ser classificada como Social Democrática.

Uma síntese do conteúdo do Programa pode ser verificada a seguir.

Quadro 12 – Síntese do conteúdo do Programa Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco.

CONTEÚDO		
Concepção, adequação, objetivos e metas	Ações e serviços	Resultados e coerências
Centralidade do Programa na APS; Incongruências com relação à promoção de inclusão digital através da Telessaúde; Legislação da telessaúde preconiza a APS com base das RAS e promove a institucionalização da telessaúde; Há fragilidade dos dispositivos com pouca clareza das parcerias instituídas e papel dos atores; Vieses nos indicadores de produção dos serviços de telessaúde do Programa com relação à teleassistência e tele-educação.	Estrutura organizacional do Programa possui capacidade técnica para o desenvolvimento do Telessaúde; A telerregulação do trabalho da Telessaúde acompanha o processo de institucionalização das ações de telessaúde, sobretudo na área assistencial; Disponibilidade de recursos federais para a implantação do Programa.	Promoção de retaguarda oferecida pelos serviços de telessaúde que contribuem para a maior resolutividade da rede de saúde; Atividades de teleconsultoria ainda possuem níveis de adesão pelos profissionais de saúde abaixo do potencial desta atividade; Dificuldades de se atingirem as metas preconizadas pelo MS; Conteúdo ainda não está totalmente adequado ao escopo de atuação da Telessaúde na rede de atenção à saúde, por conta da sua complexidade.

Fonte: Elaborado pela autora.

6.3 Papel dos diferentes atores do Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco

Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) identificaram e utilizaram como base para a análise dos atores no seu estudo, o Momento Estratégico do Planejamento Estratégico Situacional, de Matus (1996) e o software denominado *Policy maker*, de autoria de Reich e Cooper (1996 *apud* ARAÚJO JR.; MACIEL FILHO, 2001) e recomendam os seguintes passos a serem seguidos:

- 1) Identificar os principais atores envolvidos na política;
- 2) Identificar a posição de cada ator em relação à política;
- 3) Descrever se o ator está ou não mobilizado, de acordo com sua posição;
- 4) Estabelecer as relações de poder de cada ator em relação aos demais;
- 5) Analisar as possibilidades de alianças e coalizões;
- 6) Analisar a viabilidade da política.

6.3.1 Identificação dos principais atores envolvidos no Programa

Foram identificados oito atores sociais, apresentados na sequência abaixo, a partir da análise documental e das entrevistas.

6.3.1.1 Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco (NUTES-UFPE)

Universidade Federal de Pernambuco, Núcleo de Telessaúde. O NUTES foi subsídio para sair um projeto para o Estado. Foi a Universidade, foi o HC, que tomou o comando no Estado (informação verbal). [E1]

O programa foi todo formulado pela Universidade, pelo Núcleo de Telessaúde, pelo projeto submetido ao Ministério da Saúde [...]. A Universidade fez a articulação com os atores, tanto internos como externos. Essas articulações foram fundamentais para se desenvolver uma série de ações (informação verbal). [E2]

A maior referência no Estado, de uma unidade que estuda e desenvolve a telessaúde é o NUTES-UFPE, [...] que desbravou uma série de caminhos e alcançou o que alcançou hoje a custo de trabalho (informação verbal). [E4]

As falas dos entrevistados trazem destaque para a UFPE, que desenvolveu as primeiras iniciativas em Telemedicina e Telessaúde, culminando no surgimento do NUTES-UFPE em 2003, a partir do Projeto submetido ao Ministério da Saúde, promovendo desdobramentos com relação ao PTBR. O Programa teve a sua coordenação no Estado de Pernambuco através do próprio NUTES-UFPE.

De acordo com o relatório do I Seminário Nacional Telessaúde Brasil, para o Núcleo de Telessaúde, uma das funções mais destacadas foi a de coordenar o projeto técnico-científico, mas com uma gestão compartilhada, considerando que a produção dos conteúdos a serem utilizados no Programa deve ser decidida em conjunto com os gestores e serviços (SEMINÁRIO NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL, 2009).

Outra atitude esperada para a coordenação dos núcleos é sua articulação interna à universidade, com os docentes das diversas especialidades, trazendo-os para contribuírem com o Programa, o que é fundamental para que a visão sobre a APS seja ressignificada no sentido das diretrizes do SUS. Isto pode ser observado no relato que segue:

[...] dentro da universidade, a participação de vários departamentos e profissionais que fazem o curso de medicina, o curso de enfermagem [...] que tem sido um parceiro fundamental, e algumas lideranças daqui do serviço do HC [...] que contribuíram dando [...] retaguarda técnico-científica para o programa, de atuar como teleconsultores qualificados, na formulação de conteúdos que foram disponibilizados pros municípios (informação verbal). [E2]

6.3.1.2 Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde investiu na experiência das Universidades na área de Telemedicina e Telessaúde e colocou na agenda o surgimento de um Programa nos moldes do Telessaúde Brasil. Este ator é bastante importante, pois faz o monitoramento da implantação do PTBR/PTBR-Redes no país e tem estimulado a expansão desta iniciativa em todo o país.

O Ministério da Saúde era um ator importante porque foi ele em 2007 que lançou o Telessaúde Brasil, na SGTES, monitorou e acompanhou todo o processo da implantação do Telessaúde Brasil (informação verbal). [E1]

Quem fortalece o Programa hoje é o Ministério da Saúde (informação verbal). [E1]

[...] Tomou esse vulto nacional realmente a partir da discussão dessas nove universidades com o Ministério da Saúde que [...] aconteceu de maneira mais forte em 2006 (informação verbal). [E2]

No programa inicial quem tava a frente foi Ana Estela Haddad, ligada originalmente à USP que começa a liderar o programa Telessaúde, mais ligado às universidades, umas mais ligadas a atenção primária, outras à oftalmologia, a depender da experiência adquirida de cada uma [...] as universidades foram as pioneiras, estudaram isso e trouxeram os primeiros dados para o Ministério para ver se essa tecnologia valia à pena de ser estimulada ou não em larga escala pelo país (informação verbal). [E4]

Nacionalmente, [...] as Universidades junto com o Ministério da Saúde por meio da SGTES tiveram um entendimento muito importante. Elas foram quem começaram [...] a trazer essa tecnologia através de suas pesquisas, de seus estudos pra dentro do SUS. E [...] a opção do MS em investir numa rede nacional de telessaúde através das Universidades foi muito importante porque ela isentou essa primeira rede de questões político-partidárias. O MS procurou contribuir pra que houvesse uma continuidade nessa estratégia de implantação da telessaúde. [...] existe também o interesse da Universidade na questão da integração ensino-serviço (informação verbal). [E2]

Na fala presente na entrevista nº 2, é apontado que o MS se isentou de questões político partidárias com a implantação do Programa por estar voltado para as Universidades. Essa decisão contribuiu para a continuidade do Programa, além de promover a integração ensino-serviço, inerente ao âmbito universitário.

No MS a SGTES é a principal condutora da discussão pra construção do Programa, fizemos inúmeras reuniões antes da inauguração do projeto. O projeto foi apresentado em bloco pro MS, tinha um projeto “guarda-chuva” e cada um dos núcleos estaduais anexou o seu projeto estadual [...]. Essa condução foi toda feita com a DEGEG/SGTES (informação verbal). [E2]

A formulação dele foi constituída pelas 9 Universidades. Como o MS sozinho não iria dar conta, o MS através da SGTES fez o convite às 9 universidades. No Nordeste: Pernambuco, Ceará; Centro Oeste: Goiás; Norte: Amazonas; Sul: Santa Catarina, Rio Grande do Sul; Sudeste: Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro. A formulação foi feita conjuntamente, com o CONASS, CONASEMS, e as universidades que tinham experiência na área de tecnologia em saúde (informação verbal). [E5]

Cabe ao Ministério da Saúde traçar as diretrizes e buscar a universalidade do Telessaúde por meio de uma proposta de expansão, a ser pactuada com os parceiros. Para tal, deve se ocupar da integração interministerial da qual dependem alguns resultados estratégicos como o acesso à internet e inclusão digital em algumas partes do país.

O MS tem cumprido o papel de promover oficinas de integração e troca de experiências, ações de cooperação internacional, além de monitorar e avaliar o desenvolvimento do programa.

6.3.1.3 Equipes de saúde (usuários diretos do Programa)

As Equipes de Saúde da Família e gerências dos serviços de saúde constituem o objeto fundamental do Programa. Cabe-lhes o papel estratégico na sua viabilidade, por meio da participação no levantamento das demandas e necessidades que irão subsidiar os temas do processo de ensino-aprendizagem e de atuar no reconhecimento das adequações necessárias para melhor funcionamento, validando a utilidade da tecnologia como instrumento de ampliação da resolutividade do seu processo de trabalho. Alguns relatos evidenciam que a ferramenta foi criada para o uso destes atores:

[...] o que realmente levou o programa pra frente foi a equipe de saúde, principalmente o enfermeiro (a) e ACS, que são usuários diretos do programa (informação verbal). [E1]

Hoje a gente tem um conjunto de profissionais da rede que já estão sensibilizados e já utilizam e que também, não tenho a menor dúvida que eles são os maiores apoiadores. Se eles não utilizassem o telessaúde, o telessaúde não existia. E eles utilizam porque sentem a necessidade de utilizar (informação verbal). [E2]

A Telessaúde constitui-se em ferramenta interessante para maior troca entre os profissionais, por meio da discussão conjunta de casos, além de reduzir a angústia e a solidão dos profissionais. A qualificação dos profissionais de saúde a

partir do conhecimento da realidade, além de aportar mais segurança na tomada de decisões sobre como conduzir um problema de saúde, também promove ganhos na subjetividade, satisfação profissional e empoderamento da equipe na aquisição do conhecimento, principalmente dos profissionais de nível médio. Aprender com a realidade do serviço, o trabalho como espaço de aprendizagem a partir da prática torna-se uma possibilidade concreta.

6.3.1.4 Secretarias Municipais de Saúde

As Secretarias Municipais de Saúde (SMS), enquanto gestoras da rede de atenção básica devem incentivar as equipes de saúde da família a participar das atividades e trabalhar o Telessaúde enquanto componente da política de gestão de pessoas e valorização do trabalho na APS. Cabe ainda ao gestor local a manutenção das condições de funcionamento da rede, oferecer espaço nos serviços para instalação do ponto e apoio financeiro para a conectividade, além de otimizar e democratizar a utilização dos equipamentos e tecnologia disponíveis.

Tanto as Secretarias Municipais como a SES precisam criar estratégias para dar sustentabilidade ao projeto. Do ponto de vista da gestão, é papel da SMS participar da gestão compartilhada regional, do colegiado de gestão que articula as regionais de saúde e os Municípios. Outro papel estratégico é o de identificar as particularidades e necessidades locais, monitorar e avaliar o Programa no âmbito municipal. O NUTES-UFPE, mais especificamente o Projeto RedeNUTES, conta com a parceria das Secretarias Municipais de Saúde:

[...] destaco a parceria dos municípios, das Secretarias Municipais (de Saúde). Todo o trabalho da RedeNUTES sempre foi feito em contato e parceria com as secretarias municipais, sem elas a gente não teria avançado (informação verbal). [E2]

Um dos maiores apoiadores do programa são os próprios municípios. Acho que essa tecnologia não estaria funcionando se não houvesse adesão desses municípios (informação verbal). [E2]

Os atores que ocupam espaços de gestão devem também desencadear ações de articulação entre os demais gestores do SUS. A integração entre os entes federados necessita conter estratégias que garantam a continuidade dos projetos

como Política de Estado e não como mais uma iniciativa que fique exclusivamente na dependência da decisão política regional ou local.

O relatório do I Seminário de Monitoramento do Telessaúde Brasil traz sugestões para as atribuições das SMS, como a inserção da atividade de teleconsultoria na carga horária regular dos profissionais da rede, a criação de remuneração específica para viabilizar o Telessaúde nos serviços de saúde e sugestão de criar incentivo financeiro por aperfeiçoamento profissional via Telessaúde (SEMINÁRIO NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL, 2009). Estas ações não foram desenvolvidas a contento, muito por conta da falta de regulamentação por parte do Ministério da Saúde em suas portarias, instrumento que traz respaldo para as esferas Estadual e Municipal com relação a práticas de trabalho instituídas.

6.3.1.5 Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco (COSEMS-PE)

Outro ator relevante no processo de implantação do Programa em Pernambuco é o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-PE). As entidades representativas dos secretários de saúde devem comprometer-se com a mobilização do conjunto dos gestores para que se compreenda o Telessaúde como facilitador dos processos de assistência e de formação de pessoal. Esta é uma forma de ampliar a participação dos gestores e favorecer o alcance das metas programáticas. A entrevista nº 1 assume o COSEMS por meio da sua câmara técnica como uma instituição importante:

No primeiro momento, o COSEMS com a Câmara Técnica [...] foram importantes (informação verbal). [E1]

6.3.1.6 Gerências Regionais de Saúde (GERES)

As Regionais de Saúde proporcionaram apoio na implantação do PTBR, conforme relato:

Dentro do município, a Regional de Saúde que nos deu suporte para a implantação [...] mandava o carro, [...] nos acompanhava nos municípios (informação verbal). [E1]

6.3.1.7 Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE)

A SES-PE foi um ator bastante referido nas entrevistas pelos informantes-chave da pesquisa. A eleição dos temas prioritários a serem abordados pelas IES nas atividades do Telessaúde necessita contar com a participação das Secretarias Estaduais, assim como das SMS, ação realizada de forma incipiente com algumas áreas da SES-PE:

[...] a gente contou nos últimos anos com uma colaboração muito estreita de departamentos da SES, por meio das temáticas abordadas nos programas. [...] Tivemos uma aproximação muito boa com a GASAM, de saúde mental, a Secretaria de Assistência a Saúde, a área de Saúde da Mulher, contribuindo pra elaboração de conteúdos e exposição desses conteúdos como teleconsultores (informação verbal). [E2]

Alguns relatos classificam o nível central da SES-PE como um ator parcialmente mobilizado e que esteve muitas vezes ausente na condução do Programa:

Eu não destacaria opositores, eu destacaria talvez atores que talvez não façam o investimento [...] de articulação política, de priorização nas metas e estratégias. [...] Eu ainda acho que não ocorre dentro da SES, no caso específico pra APS. Então eu não vejo um esforço muito forte para o fortalecimento dessa política de telessaúde na rede de APS (informação verbal). [E2]

O Estado ficou totalmente ausente. Ele teve pessoas focais nas Regionais que apoiaram em algum momento, mas o Estado enquanto Secretaria mesmo, nível central ficou ausente. Ele não tomou conta desse processo, ele deixou que a Universidade tomasse conta (informação verbal). [E1]

[...] houve nesse processo uma fragilidade muito grande na questão da interlocução em termo estadual, da gestão estadual central, que apesar de não ter prejudicado o desenvolvimento do Programa, poderia ter contribuído muito mais e poderia o Programa hoje estar num estágio muito mais avançado, se a SES tivesse “abraçado” como ocorreu em outros Estados do Brasil. Isso é claramente perceptível em Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Sul (informação verbal). [E2]

Ainda, a SES-PE foi a única que não disponibilizou anuência para a implantação do Programa, dentre todos os Estados dos projetos piloto:

[...] Até hoje a Secretaria Estadual de Saúde não assinou a carta de anuência ao Programa, nós somos o único Estado que não tem a carta de anuência assinada pelo Secretário Estadual e isso foi um pleito logo no início do Programa em 2007 (informação verbal). [E2]

Sobre este aspecto, a categoria processo traz uma discussão mais detalhada. Seguindo com a análise, a entrevista nº 3, perante o PTBR-Redes com o surgimento dos Núcleos técnico-científicos de Telessaúde com caráter intermunicipal, sugere que o papel da SES deva ser revisto e ampliado:

O papel da SES era de ser apoiadora, e tem-se tentado reunir os Núcleos intermunicipais com mais frequência, pra tentar monitorá-los, não no sentido de ficar “apontando o dedo” pra ninguém, mas, de tentar ajudá-los a encontrar um caminho. Entendo que esse papel deva ser expandido, mas não tem como ser expandido se não rever as Portarias. Acho que tinha que empoderar mais os Estados nesse processo (informação verbal). [E3]

Para a entrevista nº 1, a centralização da execução do Programa no âmbito da universidade gerou dificuldades:

[...] a maior dificuldade foi o projeto ter primeiramente centrado nos núcleos Universitários, que tem o papel de ser produtor de conhecimento e não executor de política, [...] não tinha uma visão mais ampla de política de saúde. [...] Acho que teve muito poder pra Universidade, parte desse recurso foi investido em desenvolvimento de ferramenta tecnológica e era pra assistência. Além da falta de articulação com a política estadual (informação verbal). [E1]

Diante do exposto, o Relatório do I Seminário do PTBR apontou que as Secretarias Estaduais devem coordenar o Programa nos Estados, por meio da gestão compartilhada com os municípios, IES e controle social, tendo como instrumento a Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES). Esta gestão implica em articular e coordenar a integração entre os vários atores na definição de uma política de educação permanente, formação profissional, além de buscar interagir com as estruturas estaduais de Ciência e Tecnologia e apoio a pesquisa e desenvolvimento científico (SEMINÁRIO NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL, 2009).

Em Pernambuco a CIES foi instituída em 2010, por meio de um Regimento organizativo (CIES PERNAMBUCO, 2013).

6.3.1.8 Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCT)

O MCT criou a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) em 1989, com o objetivo de construir uma infraestrutura de rede nacional de telecomunicação para a comunidade acadêmica. Em 2005, a RNP criou a Rede Universitária de

Telemedicina (RUTE-RNP), para implantar infraestrutura de interconexão nos hospitais universitários e unidades de ensino de saúde no Brasil (SILVA; AMORIM, 2009).

A RUTE-RNP apoiou iniciativas de telessaúde na época incipientes, ao facilitar o intercâmbio entre grupos de pesquisas, por rede de alta velocidade. Assim, em meados de 2000, a telessaúde progrediu através desta Rede em hospitais universitários públicos, como estratégia intersetorial de Estado vinculada ao MCT, envolvendo os Ministérios da Saúde e da Educação (SILVA; AMORIM, 2009).

As entrevistas a seguir destacam a integração dos Ministérios da Saúde e Ciência e Tecnologia através da Rede RUTE, além dos benefícios para o PTBR-Redes com a sua atuação:

[...] o MCT foi super atuante tanto que ele veio com a RUTE, RNP que trouxe a infraestrutura de uma internet de maior velocidade dentro das Universidades, trouxe a Rede Universitária de Telemedicina para dentro dos Hospitais Universitários, [...] continua sendo um ator muito importante (informação verbal). [E1]

[...] o Ministério de Ciência e Tecnologia [...] entrou nesse processo de uma maneira quase que concomitante à implantação do Programa Telessaúde Brasil porque em 2007 ele começou a financiar a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). E boa parte dos Núcleos do Telessaúde Brasil são Núcleos de Telessaúde da RUTE. [...] Houve a integração entre os Ministérios (Saúde e Ciência e Tecnologia) de uma maneira muito forte para que as infraestruturas dos Núcleos de Telessaúde fossem fortalecidas (informação verbal). [E2]

[...] o MCT através da RNP e FINEP contribuiu com o MS principalmente na infraestrutura de conectividade nos Núcleos de Telessaúde, que precisam ter uma conectividade de alta qualidade pra poderem trabalhar de forma multiponto e distribuída. [...] Muitas videoconferências e utilização dos sistemas de web conferência foram financiados por meio do MCT. Houve uma convergência de interesses de tecnologia e de financiamento em prol de uma estratégia muito maior que era a de implantação da Telessaúde (informação verbal). [E2]

A fala a seguir sintetiza alguns atores relevantes no contexto nacional na busca para a implantação do PTBR-Redes a partir de inúmeras parcerias:

O Programa Telessaúde só foi possível chegar aonde chegou porque a gente contou com várias parcerias. Fizemos o projeto piloto, buscamos apoio das Universidades, que já tinham alguma experiência em telemedicina, entre elas a UFPE, [...] buscamos parceria junto ao MEC, MCT, Ministério das Comunicações, com a RNP, Casa civil, enfim [...]. As parcerias foram tanto de órgãos públicos como de instituições de ensino, COSEMS (informação verbal). [E5]

Além do elenco destes atores, considerados relevantes para o processo de implantação do PTBR-Redes, foram citados os seguintes nos relatos que seguem:

6.3.1.9 *Atores importantes a partir da expansão da telessaúde por meio de outros projetos e iniciativas (IMIP e UPE)*

Têm-se iniciativas importantes no IMIP, que tem um Núcleo de Telessaúde, na Universidade de Pernambuco também existe um Núcleo de Telessaúde (informação verbal). [E4]

6.3.1.10 *Precursor da telemedicina em Pernambuco (Dr. Pedrosa do Centro de Oncologia Pediátrica/CEOP-IMIP)*

Aqui no Estado uma pessoa que foi muito importante lembrar foi o Dr. Pedrosa, que começou a usar regularmente os equipamentos de videoconferência pra fazer sessões junto com o Hospital St. Jude dos Estados Unidos, apesar de não ser uma unidade de telessaúde/telemedicina *per se*, é um exemplo, é um case de um profissional de saúde que utiliza a tecnologia no dia a dia da sua equipe, e acho que é uma coisa louvável (informação verbal). [E4]

6.3.1.11 *Atores importantes na atualidade (PTBR-Redes/PE)*

Hoje em dia se tem a Prefeitura do Recife, através das Redes Intermunicipais que está à frente de desenvolver uma plataforma própria, iniciou o Programa com a realização de teleconsultorias, e vem vivenciando as dificuldades que são em relação ao processo político, além de outras Redes Intermunicipais aqui no Estado, a de São Lourenço, Petrolina, e Igarassu (informação verbal). [E4]

6.3.1.12 *Ator potencialmente relevante (controle social)*

[...] ainda não foi relevante o controle social por vários motivos, as gestões federal, estadual e municipal, não os incluiu, talvez alguns municípios tenham iniciativas quanto à isso, mas não é via de regra [...]. Eu vejo o controle social muito mais hoje demandando necessidades assistenciais presenciais, e talvez [...] mais na frente eles entendam o potencial que a telessaúde tem em cima das ações de assistência. É um ator potencialmente relevante, mas que no nosso cenário aqui em Pernambuco ainda não participa de forma mais ativa (informação verbal). [E3]

6.3.1.13 *Ator potencialmente relevante (PE-Multidigital)*

[...] a Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado, que no decorrer desses anos teve várias aproximações, mas nunca conseguimos avançar nessa questão da melhoria da conectividade do estado, porque existiam “amarras”

legais no provimento dessa conectividade pra unidades de atenção primária que são municipalizadas. Existiam algumas restrições, por exemplo a contratualização da infovia do estado que na época era a PE-Digital e depois passou a ser PE-Multidigital, ela teria que ocorrer por meio da SES, e como infelizmente a APS não tinha sido priorizada no provimento dessa conectividade pela SES, esse contrato nunca foi feito (informação verbal) [E2].

Sobre os apoiadores e opositores à implantação do Programa, destacam-se os seguintes depoimentos:

Não acho que tem oposição. Acho que tem diferença de visões em relação a quem deveria ter qual papel. Mas acho que todo mundo pensa parecido e todo mundo quer a mesma coisa. Eu não vejo oposição, eu vejo dificuldade em cada nível de gestão, de entender melhor qual seria o seu papel, nesse projeto (informação verbal). [E3]

A gente sempre procurou pactuar na tripartite (CIT), sempre teve o apoio político, tanto do MS, nos estados temos uma receptividade muito grande, todos entendem os benefícios do Programa e todos estão abertos. [...] existe um esforço muito grande por parte do MS e dos Estados, incluindo as instituições parceiras (informação verbal). [E5]

Muitos benefícios foram relatados pelos participantes da pesquisa com relação ao Programa na prática das equipes de Saúde da Família, conforme sistematizado abaixo:

Quem se beneficia é a própria equipe de saúde e o usuário, [...] agora se esse benefício hoje ele é significativo, precisa ser avaliado (informação verbal). [E1]

Temos acidentes nas estradas, que precisam de suporte [...] Se esse paciente tiver os primeiros cuidados de maneira adequada, o profissional tenha o recurso do telessaúde pra interagir com um outro profissional, esse paciente vai ser acolhido de maneira mais apropriada na unidade de urgência e emergência [...] (informação verbal). [E2]

[...] a população assistida por essa rede de APS. Porque ela pode estar contando com esses profissionais que contam com uma retaguarda, um instrumento que agrega valor (informação verbal). [E2]

Profissionais que estão tendo uma atualização contínua no serviço, que contam com a retaguarda de outros profissionais especialistas ou não, que podem ser [...] profissionais da Medicina de Família e Comunidade (informação verbal). [E2]

Os gestores ainda não têm a percepção do quanto eles são beneficiados. Ainda, por mais que a gente veja o envolvimento, [...] não está internalizado o potencial do uso desse instrumento (informação verbal). [E2]

[...] Os benefícios talvez sejam indiretos, [...] o SUS está sendo beneficiado, porque você está agregando uma nova estratégia para fazer parte de um conjunto de problemas que a gente tem (informação verbal). [E2]

A população. Quem se prejudica é quem quer ganhar dinheiro com o SUS, os planos de saúde se prejudicam um pouco, quando a gente melhora o SUS, eles não gostam muito. Fora isso [...] todo mundo ganha (informação verbal). [E3]

Tem ganho para os pacientes, uma vez que você reduz a necessidade de deslocamento desses pacientes, conseqüentemente é menor a necessidade por parte dele de gastos para se deslocar dentro das unidades de saúde (informação verbal). [E4]

Outro ganho ocorre no nível dos solicitantes ou dos outros médicos da APS que eles vão poder diminuir a questão do isolamento e eles vão poder ter acesso a especialistas focais, a outros colegas [...] e vão poder fazer trocas. [...] Isso aumenta a capacitação dos profissionais, a sua qualificação vai ser ampliada no dia a dia, dentro da prática dele sem precisar estar [...] se deslocando pra assistir um seminário ou uma palestra em uma Regional de saúde ou em algum outro local distante do local do trabalho dele (informação verbal). [E4]

[...] O especialista focal, o médico da atenção secundária, terciária [...] é um profissional que necessita, pois os pacientes que são encaminhados para eles são de uma complexidade suficiente para que ele possa atender aquele nível de ambulatório [...] o telessaúde proporciona que este profissional esteja mais perto do profissional da atenção primária, que ele consiga discutir o caso e efetivamente só encaminhar para ele só aquele paciente que tenha uma complexidade que requer uma atenção presencial, um médico especialista focal (informação verbal). [E4]

[...] a partir do momento que se implanta um Programa que qualifica a equipe, o serviço (de saúde), evita encaminhamentos, muitas vezes mortes, evita o deslocamento dos pacientes muitas vezes nas regiões mais difíceis, ex. a Região Norte, [...] estamos beneficiando a população. Não vejo quem possa se prejudicar com a implantação do programa, com a criação dele. [...] O maior beneficiado [...] é a população (informação verbal). [E5]

A seguir a mobilização dos atores listados ao longo do processo de formulação e implementação é descrita.

6.3.2 Descrição da mobilização dos atores, de acordo com sua posição

Para a análise da mobilização dos atores envolvidos no processo de implementação do Programa, a seguinte legenda foi adotada:

Quadro 13 – Mobilização dos atores envolvidos na implementação do Programa Telessaúde Brasil Redes no estado de Pernambuco.

Mobilização	Posição
(A) Fortemente	(+) a favor
(M) Parcialmente	(-) contra
(B) Não	(0) Neutro

Atores	Cálculo iterativo
NUTES-UFPE	A+
Ministério da Saúde	A+
Equipes de Saúde	M+
Secretarias Municipais de Saúde	M+
COSEMS-PE	A+
GERES	M+
SES-PE	M0
Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação	A+
Controle social	B0
PE-Multidigital	B0

Fonte: Elaborado pela autora.

Face ao exposto, destacam-se as instituições NUTES-UFPE, Ministério da Saúde, COSEMS-PE e MCT as quais se mobilizaram fortemente e eram a favor da implantação do Programa em Pernambuco.

6.3.3 Estabelecimento das relações de poder de cada ator em relação aos demais

Quadro 14 – Características dos atores envolvidos na formulação e implantação do PTBR-Redes.

(Continua)

Atores	Características				
	Envolvimento	Forma de participação	Interesse	Influência/ Poder	Posição
NUTES-UFPE	Elevado	Elevada	Elevado	Elevado	Apoio político e técnico. Construção de coalizões.
Ministério da Saúde	Elevado	Elevada	Elevado	Elevado	Apoio político e técnico. Construção de coalizões.
Equipes de saúde	Limitado	Regular	Regular	Elevado	Apoio político e técnico.
Secretarias Municipais de Saúde	Limitado	Regular a elevada	Regular a elevado	Elevado	Apoio político e técnico.
COSEMS-PE	Elevado	Significativa	Regular a elevado	Elevado	Apoio político e técnico na elaboração e parte da implantação.

Quadro 14 – Características dos atores envolvidos na formulação e implantação do PTBR-Redes.
(Conclusão)

Atores	Características				
	Envolvimento	Forma de participação	Interesse	Influência/ Poder	Posição
GERES	Limitado	Regular	Regular	Elevado	Apoio político e técnico em e parte da implantação.
SES-PE	Limitado	Regular	Não houve	Elevado	Não revelou maiores interesses ao PTBR.
Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação	Elevado	Direta pontual	Elevado	Elevado	Apoio técnico e político com relação à RUTE.
Controle social	Não houve	Não houve	Limitado	Elevado	Indiferente
PE-Multidigital	Limitado	Regular	Não houve	Elevado	Não revelou maiores interesses ao PTBR.

Fonte: Adaptado de Varvasovsky e Brugha (2000, p. 342).

Na sistematização do quadro 16, pode-se observar o envolvimento estabelecido entre os atores envolvidos no processo de implementação do Telessaúde, desde a sua concepção, que variou de inexistente até elevado. Destacam-se o NUTES-UFPE e o Ministério da Saúde que tiveram elevada participação e interesse na temática apresentada, além de uma influência técnica e política que permitiram a formação de coalizões nestes espaços para o surgimento do PTBR-Redes.

Já as equipes de saúde, a GERES, SES-PE e PE-Multidigital tiveram envolvimento limitado por conta do seu interesse que foi de baixo a mediano frente o potencial existente destes de multiplicar o estabelecimento dos serviços de telessaúde no Estado de Pernambuco.

Oliveira (2010) citando Denis e Champagne (1997) sugere que as dificuldades ligadas à implantação de programas dependem dos interesses particulares dos atores influentes na organização, ao discutir o contexto organizacional e sua influência na implantação de programas.

Para a implantação da RedeNUTES no Estado houveram inúmeras articulações, dentre as quais destacam-se as realizadas com as gestões estaduais e municipais como as Secretarias de Saúde e Gerências Regionais de Saúde; Rede

de Informática PE-Multidigital e COSEMS (OLIVEIRA, 2010). Este resultado condiz com o presente estudo, com ressalvas para a PE-Multidigital, como fora explicitado anteriormente.

Por fim, para a categoria atores, fez-se a síntese ilustrada abaixo:

Quadro 15 – Síntese da categoria atores no Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco.

ATORES		
Principais atores institucionais identificados	Estratégia de mobilização predominante	Análise da viabilidade da política
NUTES-UFPE; Ministério da Saúde; Equipes de saúde ; Secretarias Municipais de Saúde; COSEMS-PE; GERES; SES-PE; Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.	Cooperação.	Mediante as relações dos atores institucionais e suas estratégias de mobilização, pode-se afirmar que se trata de um programa oportuno. Os desencontros identificados podem ser resolvidos. Os interesses têm convergido para o fortalecimento e expansão da implementação do PTBR-Redes.

Fonte: Elaborado pela autora.

Para finalizar a análise compreensiva da Política de Telessaúde, o próximo tópico abordará o processo de implementação do PTBR-Redes no Estado.

6.4. Processo de implementação do Programa Telessaúde Brasil Redes

No presente tópico serão discutidos aspectos relativos às três primeiras fases do ciclo político: a definição da agenda, a formulação do PTBR/PTBR-Redes, e o processo decisório envolvido. Embora se saiba que as fases do ciclo política não se sucedem claramente e sim são intrinsecamente relacionadas, sendo uma mais predominante sobre a outra, buscou-se apresentá-las a partir das falas dos entrevistados e da documentação consultada, para maior clareza dos resultados.

6.4.1 A definição da agenda (*agenda setting*) e formulação do PTBR/PTBR-Redes

O surgimento da Telessaúde no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) ocorreu em 2001 através da submissão de um Projeto piloto ao MS focado na APS, que trouxe conhecimento e expertise para a Instituição sobre esta temática. O objetivo do Projeto era de qualificar a assistência à

saúde, frente ao alto número de encaminhamentos da Atenção Primária para a Atenção Secundária e Terciária, conforme depoimento:

Olhe, não existia uma política ainda. [...] O que aconteceu [...] foi um projeto piloto de telessaúde, não existia uma política ainda Nacional, nem Estadual e nem Municipal. [...] Ainda no governo Serra, havia uma direção do Hospital das Clínicas me chamou pra que eu pensasse um projeto usando tecnologia. Foi uma iniciativa do HC, [...] minimizar os encaminhamentos desnecessários dos municípios e qualificar a assistência dos municípios que estavam encaminhando (informação verbal). [E1]

A formulação do Programa ocorreu em função da experiência pregressa com telemedicina e telessaúde de algumas Instituições de Ensino Superior no país, dentre elas a UFPE:

A experiência dos projetos piloto [...] motivou a Secretaria (SGTES/MS) a ampliar o programa envolvendo mais 9 (nove) Estados e cada um com recurso para constituir os Núcleos dentro das Universidades, nos centros de pesquisa (informação verbal). [E1]

Novaes et al. (2012) descreve a formulação do PTBR-Redes. Em Pernambuco, o Programa é desenvolvido, desde 2007, pelo NUTES-UFPE por meio da RedeNUTES. A RedeNUTES é fruto do Projeto Telemedicina no Programa Saúde da Família, coordenado pelo Grupo TIS da UFPE, com financiamento do Ministério da Saúde em 2001.

A oferta dos serviços de telessaúde (tele-educação e teleassistência) teve início em 2003. A RedeNUTES implantou, de forma pioneira no Brasil, uma rede de telessaúde voltada para a ESF, superando inúmeros desafios. As conquistas citadas permitiram que, a partir de 2005, a RedeNUTES pudesse participar das primeiras discussões que culminariam com a implantação, em 2007, do Projeto Piloto de Telessaúde Aplicado à Atenção Primária. A participação da RedeNUTES nesse projeto possibilitou a manutenção da rede criada em 2001, expandindo-se para mais de cem unidades de saúde da família (NOVAES et al., 2012).

Para Santos et al. (2009) em estudo sobre a estruturação do SUS e o desenvolvimento das ações de Telessaúde no Brasil, o Telessaúde foi formulado com base em dois grandes experimentos realizados em telessaúde no país, uma pela UFMG na área de saúde, e o outro na USP de educação. Nove universidades que possuíam alguma experiência em telessaúde foram contempladas.

Neste mesmo estudo são destacados os projetos de telessaúde desenvolvidos na arena pública, que iniciaram no contexto nacional a partir de 2002. São eles: BH-Telessaúde (UFMG), Projeto Homem Virtual (USP), RedeNUTES (NUTES-UFPE), Telemedicina da Amazônia (UEA), Telerradiologia (UFF), Rede Catarinense de telemedicina (UFSC), Projeto Minas Telecardio (UFMG, Universidade Federal de Uberlândia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, a Universidade Estadual de Montes Claros e Universidade Federal de Juiz de Fora) (SANTOS et al., 2009).

A fala da entrevista nº 4 ressalta o processo natural de expansão do Programa no país:

[...] foi um processo meio natural, pois ela (UFPE) já participava do Programa desde 2003, [...] então houve uma evolução desse projeto e tornou-se Programa Telessaúde Brasil (informação verbal). [E4]

As entrevistas nº 5 e 2 descrevem o processo de tomada de decisão com instituições e atores que propuseram a formulação do Programa, a partir de uma reunião ocorrida no dia 7 de novembro de 2005:

[...] Tomei conhecimento do Programa através da Dra. Ana Estela Haddad, numa primeira reunião que ocorreu no MEC no dia 7 de novembro de 2005, onde estavam a SGTES, UFMG, a USP e o MEC [...] pra começar a discutir o Programa. [...] Em 2006 a gente começou a sua implantação. Foi um processo rico, porque fomos construindo-o com essas 9 Universidades, Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde. [...] Foi uma construção coletiva (informação verbal). [E5]

[...] a gente já tinha algumas articulações em 2005 pra construção desse Programa, capitaneada pela USP e UFMG, que participaram mais intensamente naquelas discussões mais no início. [...] Houve um momento de sinergia. A gente aqui trabalhava com a telessaúde há um bom tempo, realmente fomos pioneiros na inserção da telessaúde na atenção primária através de um projeto formalmente aprovado. [...] Era um projeto que tinha escopo e escala pequena, mas a nossa experiência foi muito importante pra consolidação da estratégia que foi montada. Outras universidades também já atuavam muito fortemente com a telemedicina, como é o caso da USP. Ela foi quem de certa forma conduziu esse grupo num primeiro momento, junto com a UFMG, que também já tinha vários processos de telemedicina, inclusive no próprio município de Belo Horizonte através de financiamentos que ocorreram através de projeto da União Européia, o @lis (informação verbal). [E2]

No caso da RedeNUTES, destacada ao longo deste trabalho, sua origem remonta ao ano de 2001, conforme relato abaixo:

[...] o Programa da RedeNUTES [...] começou a funcionar em 2003, a telessaúde ainda não era um instrumento massificado no Estado, a gente trabalhava com um projeto financiado em 2001 pelo Ministério da Saúde que só atingia 04 municípios [...] uma escala muito pequena que ainda não trazia impactos perceptíveis na resolutividade do SUS (informação verbal). [E2]

A RedeNUTES foi fruto de uma parceria entre o LIKA, HC-UFPE e as Secretarias de Saúde do Recife, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe e Igarassu. Proporcionou a criação dos primeiros núcleos de telessaúde nos referidos municípios, e do núcleo gestor da rede, o NUTES-UFPE, vinculado administrativamente à Reitoria da UFPE. Em 2004, a RedeNUTES recebeu novo financiamento do Ministério da Saúde (Convênio 2801/2003) que permitiu dar continuidade às suas atividades até 2006 (REDENUTES, 2010). Este aspecto é corroborado pelos estudos de Novaes, Araújo e Couto (2006), Santos et al. (2009), Oliveira (2010) e Novaes et al. (2012).

Os relatos e documentos analisados trazem a questão da telessaúde como uma política de Estado e não de governo, acompanhando a lógica da ESF. O projeto inicial voltado pra APS, que subsidiou posteriormente o PTBR-Redes, retrata em sua implantação esse cenário:

Um contexto muito interessante é que muitos municípios que [...] foram convidados a participar inicialmente do Programa eram de prefeitura de esquerda. [...] Na inauguração formal do Núcleo, em 31 de outubro de 2003, quem estava aqui presente era o então Ministro Humberto Costa. Aconteceram algumas inaugurações em muitos municípios com gestões diferenciadas (informação verbal). [E2]

No caso da ESF, a alternância na gestão federal, característica própria e desejável dos processos democráticos, não produziu rupturas na sua condução. É certo que em alguns momentos os passos possuíam velocidades diferentes, mas em todo o tempo houve agregação de valores para qualificar a implementação da ESF em âmbito nacional (BRASIL, 2011b). Isso pode ser visto no caso do PTBR-Redes.

Face ao exposto, analisando o processo de tomada de decisão para o surgimento do Programa, o poder decisório dos atores pode ser classificado como pluralista, a partir do momento em que a decisão foi tomada entre grupos e instituições, sob a coordenação da SGTES/MS. A extensão da política é setorial e o

seu tipo da política pode ser classificada como auto-regulatória, pois o setor público estabelece normas para si.

6.4.2 A Implementação do PTBR/PTBR-Redes

A RedeNUTES implantou de forma pioneira no Brasil uma rede de telessaúde voltada para a ESF e superou inúmeros desafios, como adquirir recursos financeiros para desenvolvimento de um projeto inovador, conquistar espaço dentro da Universidade para construção de um Núcleo de Telessaúde e formar recursos humanos que pudessem contribuir na construção de uma rede de telessaúde. Este argumento vai de encontro ao trabalho de Santos et al. (2009). Entre agosto de 2003 e dezembro de 2006 foram oferecidos 121 Seminários por videoconferência com temas focados para a APS. Na teleassistência foram discutidos 43 casos clínicos por meio da plataforma HealthNet e videoconferências (REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO, 2010).

Essas conquistas permitiram que, a partir de 2005, a RedeNUTES pudesse participar das primeiras discussões que culminariam com a implantação, em 2007, do Projeto Piloto de Telessaúde Aplicado à Atenção Primária, que resultou em 2010 na instituição do PTBR. A participação da RedeNUTES no Projeto possibilitou a manutenção da rede criada em 2003, e sua expansão. O processo de articulação política foi fundamental para identificar e captar parceiros estratégicos para execução do projeto (REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO, 2010).

A RedeNUTES atingiu a meta de implantar 100 pontos em fevereiro de 2009. A quantidade de pontos implantados e equipes beneficiadas variam ao longo da execução do Programa em função dos desligamentos e novas adesões de municípios e unidades de saúde. As primeiras USF do PTBR em Pernambuco entraram em funcionamento em abril de 2008 (REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO, 2010) e os primeiros 76 municípios do Programa no Estado foram homologados na reunião da CIB de 6 de agosto de 2007 (REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO, 2007). Isto coincide com o relato abaixo:

[...]. O programa da RedeNUTES foi aprovado em CIB, tem Portaria, homologando os primeiros municípios que fizeram parte do programa (informação verbal). [E2]

Para a implantação dos pontos de telessaúde o NUTES definiu como estratégia cobrir pelo menos 50% de cada regional de saúde, de forma a cobrir o maior número possível de municípios e distribuição territorial homogênea no Estado, além de priorizar os municípios mais distantes fisicamente e os mais carentes (REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO, 2007). Sobre a escolha dos municípios a serem contemplados com os pontos de telessaúde, relata a entrevista nº 2:

[...] foram agendadas visitas e reuniões com o COSEMS, pra que a gente, dentro dos critérios da portaria, pudesse identificar os municípios, uma vez que o Estado de Pernambuco tem 185 municípios, [...] a gente teria que adotar uma estratégia, ou de implantar todos os pontos, toda uma rede de Atenção Primária em um determinado município, ou de implantar um ponto por município, ou de implantar um modelo de pontos em uma determinada Regional. A gente tinha essa liberdade. [...] Em seguida fizemos reuniões com os gerentes das Regionais de Saúde, porque esses gestores estavam mais próximos da realidade local e teriam condições de fazer uma avaliação do contexto político dos municípios, do contexto de adesão dos gestores e das equipes daqueles municípios, [...] porque eles estavam mais próximos no dia a dia. [...] Teve uma terceira etapa que foi uma pré-seleção [...] que foi fazer uma avaliação *in loco* dessas condições, ou seja, adesão do gestor, adesão da equipe, e condições de tecnologia nas unidades. E a gente construiu uma série de instrumentos pra fazer isso, inclusive instrumentos baseados na Avaliação para Melhoria da Qualidade. [...] A gente “ranqueou” esses municípios em função dessas diversas variáveis pra poder definir que municípios teriam condições de receber os pontos. Não foi a mesma estratégia adotada por outros estados (informação verbal). [E2]

Esta estratégia priorizou a necessidade dos municípios em detrimento de questões político-partidárias (REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO, 2007). Na implantação da ESF havia a representatividade de diferentes partidos políticos nos governos dos municípios selecionados. Era uma sinalização importante para que o Programa não fosse reconhecido como iniciativa de determinado partido, podendo tornar-se consenso do partido da saúde (BRASIL, 2011b). Isto acompanhou a lógica da implantação do Telessaúde no Estado.

Em 2007, houve mudança de governo em Pernambuco como resultado das eleições estaduais de 2006. A equipe de articulação do projeto iniciou o processo de pactuação junto ao COSEMS e participou de reuniões na CIB para articulação e implantação do projeto nos municípios. Este processo se estendeu de maio a

novembro de 2007. Os novos gestores questionaram inúmeros aspectos do projeto, provocando um novo e longo processo de pactuação com a gestão que acabara de assumir a SES-PE (REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO, 2010).

A parceria com o COSEMS foi fundamental para legitimar o projeto e transcorreu de forma bastante satisfatória. No entanto, apesar de todo esforço, ainda não foi possível estreitar as relações com a SES para construir uma agenda de ações e políticas unificadas em torno da ESF (REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO, 2010). Esta questão é claramente evidenciada no relato abaixo:

[...] como a gente ia partir pra ampliar a rede, ter toda uma capilaridade estadual, uma das primeiras ações foi procurar o COSEMS e a SES. Fizemos inclusive uma reunião, com a presença do Reitor da Universidade, Prof. Amaro Lins na época, com o secretário estadual Jorge Gomes, e vários diretores da SES que a *priori* acolheram o Programa, mas na realidade isso não se traduziu em ações efetivas num primeiro momento (informação verbal). [E2]

Oliveira (2010) também ressalta esta questão ao relatar que, com relação à RedeNUTES, dos parceiros captados, todos assinaram Carta de Anuência ao Projeto, exceto a SES-PE.

A questão da articulação política, extremamente necessária ao contexto da implantação do Programa é ressaltada no depoimento a seguir. Há dificuldade de ser fazer articulações políticas com os atores envolvidos, dada à complexidade da inserção da telessaúde nos Estados, municípios e prática dos profissionais das equipes de saúde, conforme demonstra a entrevista nº 5:

[...] a questão da articulação nos Estados e dentro do MS também é algo difícil. Como os Núcleos estão nas universidades, a telessaúde não tem condição só de ser feita com universidade nem somente com a gestão, precisa de integração e muitas vezes temos dificuldade de ter uma articulação política, uma integração dessas áreas (informação verbal). [E5]

Além da dificuldade de articulação política ao longo da implementação do Programa, constatou-se a problemática da alta rotatividade de profissionais nos serviços de saúde, assim como dos gestores, interferindo na adesão ao Programa (SEMINÁRIO NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL, 2009).

Ademais, há também problemas quanto à conexão de internet em Pernambuco, para a utilização de serviços de telessaúde, acompanhando uma tendência nacional. Para ampliar a utilização da telessaúde no Estado procurou-se dar preferência a municípios mais carentes e distantes da região metropolitana. Testes preliminares de conexão indicaram uma péssima qualidade do acesso à internet dos municípios por meio dos provedores locais (REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO, 2010). Novaes et al. (2012) corrobora este achado ao testificar que em Pernambuco 80% dos pontos de telessaúde têm velocidade de conexão igual ou inferior a 256 Kbps.

Por esta razão, foram feitas reuniões com a Rede de Informática PE-Multidigital do Governo de Pernambuco. Esperava-se com a PE-Multidigital um ganho de qualidade substancial no acesso aos serviços de telessaúde através do acesso à internet banda larga de maior qualidade. No entanto, a contratação só poderia ser realizada por instituições estaduais. Apesar de pactuado na CIB, em 12 de Novembro de 2007, sessão 216ª, não houve manifestação da SES-PE sobre a questão (REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO, 2010). Os achados de Oliveira (2010) concordam com os nossos sobre este aspecto.

A entrevista nº 2 traz que aproximações da SES-PE e a efetiva existência de uma política estadual de Telessaúde ocorreram a partir de 2011 através da instituição do Comitê Estadual de Telessaúde:

[...] um dos pontos frágeis dessas interlocuções foi realmente a não continuidade de uma política associada à telessaúde dentro da SES, que só começou a ser discutida de uma maneira mais forte em 2011 porque foi provocado pelo MS através de uma de suas portarias, a instituição de um Comitê Estadual de Telessaúde do Programa, e que um dos membros desse comitê eram representantes da SES (informação verbal). [E2]

Esta informação condiz com o trabalho de Oliveira e Maia (2012) que trazem o Comitê Estadual como uma instância de integração dos Núcleos de Telessaúde de Pernambuco. Um exemplo concreto no que tange ao desenvolvimento dessa ação é o apoio empreendido na estruturação das Redes Intermunicipais de Telessaúde (RIT), conformadas a partir do PTBR-Redes.

Além da internet, considerou-se que a oferta pelo Ministério da Saúde dos *kits* de telessaúde para a segunda etapa do PTBR seria fundamental para sua viabilidade (SEMINÁRIO NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL, 2009). Verifica-se que

este aspecto não foi acatado a contento pela Coordenação Nacional do Programa ao longo da sua expansão.

Em Pernambuco, para a definição dos itens que comporiam os *kits* de Telessaúde, a equipe gestora participou de discussões por e-mail e por videoconferência com o Grupo de Trabalho Nacional de Tecnologia visando adotar um padrão em nível nacional. As discussões foram intensas e levaram mais de três meses. Os Núcleos que participavam do projeto piloto não adquiriram equipamentos iguais devido a percepção da necessidade de considerar a realidade local dos Estados com relação à manutenção, à garantia, assistência técnica, dentre outros aspectos (REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO, 2010).

Após a descrição da implementação do Programa, sob a ótica da internet e equipamentos de informática, considerados entraves para o pleno desenvolvimento das atividades de telessaúde, cabe discutir que apesar de o PTBR oferecer a incorporação de maquinário e tecnologias, em vez de dispensar, incorpora mais trabalhadores, devido à dimensão interpessoal do cuidado que jamais permitirá sua automatização (BRASIL, 2007c). Na referida dimensão há a necessidade da disponibilidade de profissionais de saúde para atuarem como teleconsultores, imprescindíveis para o sucesso da implementação do serviço de telessaúde:

A disponibilidade dos profissionais pra atuarem como teleconsultores é muito difícil. [...] É uma tecnologia nova, mas como está inserida dentro de um contexto universitário, tem tido um poder de convencimento de captação de profissionais que atuam na academia pra atuarem como teleconsultores. Já profissionais que estão atuando na rede, pela natureza da atividade que desenvolvem, pelo comprometimento de carga horária que eles têm, eles tem uma dificuldade muito maior de atuarem enquanto teleconsultores (informação verbal). [E2]

Conforme preconizado no Manual de Telessaúde para Atenção Primária é imprescindível que os profissionais que executam as ações de apoio assistencial, no caso teleconsultores e telerreguladores, tenham experiência assistencial preferencialmente na ESF, além de conhecimentos em língua inglesa (BRASIL, 2012e). Isto não é uma realidade presente em Pernambuco. Barbosa et al. (2009), destaca que em 2008, apenas 15% dos médicos atuantes na ESF brasileira possuíam formação em algum programa de residência médica ligado direta ou indiretamente à APS ou à Saúde Pública (BRASIL, 2012e).

Como ação para dirimir esta questão preconiza-se a integração da Telessaúde com os programas de residências e cursos de graduação e pós-graduação, pensando formas de interiorização e fixação de profissionais em locais de difícil acesso. É pertinente a criação de estágios de práticas de teleconsultoria para as residências de Medicina de Família e Comunidade e Saúde da Família e a utilização do Programa Telessaúde para realizar preceptoria à distância. Para a graduação, sugere-se a inclusão da Telessaúde e a Informática em Saúde como disciplinas (SEMINÁRIO NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL, 2009).

Sobre este aspecto Khouri (2003) traz em seu trabalho sobre a evolução da Telemedicina no Brasil que a UFPE criou por meio do Grupo TIS em 1994 a primeira disciplina de informática em saúde para o curso médico no Nordeste. No restante do país outras iniciativas foram reconhecidas a partir da década de 1980, como a FMUSP, UNIFESP, Universidade Estadual de Campinas, UFRGS, além de várias outras IES que já oferecem cursos de informática em saúde.

Por fim, conclui-se que a estratégia de implementação da política setorial em questão foi incremental, a partir da busca em solucionar problemas de maneira gradual, sem introduzir grandes modificações nas situações já existentes, e sem provocar rupturas de qualquer natureza. Ser ancorada na ESF com elementos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, trazendo a tecnologia da informação e comunicação para fins educacionais e assistenciais perante a impreterível necessidade dos profissionais de saúde justifica a adequação do PTBR-Redes ao contexto do SUS.

Para melhor sistematizar as etapas de implantação do Telessaúde no Estado de Pernambuco, descreve-se abaixo:

a) 1ª fase (2007 a 2009) - aumento da capilaridade da RedeNUTES para 100 pontos de telessaúde implantados em USF no interior do estado, através da homologação da Resolução CIB/PE Nº.1140, de 06/08/2007;

b) Fase II (2009 a 2010) - consolidação e expansão das ações de telessaúde nos municípios parceiros; avaliação quantitativa e qualitativa dos serviços oferecidos; apoio a implantação de pontos da RNP em Pernambuco e outros estados numa parceria com a RUTE e participação da inserção da telessaúde no Programa Saúde na Escola (PSE). Também houve ampliação do campo de ação da RedeNUTES, em serviços como Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e NASF; promoção da integração ensino-serviço por meio da rede multiprofissional de

cuidado à saúde no SUS em parceria com os cursos de graduação e pós-graduação em saúde e demais programas do Ministério da Saúde, como o Pró-Saúde;

c) Fase III (2011) - manutenção do Programa Telessaúde Brasil no estado de Pernambuco;

d) Fase IV (2011-atual) - Expansão da RedeNUTES através do PTBR-Redes (REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO, 2013).

Sobre a relação entre os níveis de governo envolvidos na política setorial em estudo, verifica-se que o mecanismo de controle estabelecido ocorre de forma normativa, através da prestação de contas por meio de relatórios de finalização dos convênios estabelecidos e relatórios mensais de indicadores à SGTES com relação às Universidades. Com relação ao PTBR-Redes a prestação de contas pretendida é por meio de um Sistema de Informação e demonstrativos da execução orçamentária, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 2.554 de 28 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011e). Sobre o monitoramento e avaliação, o próximo tópico detalhará algumas questões.

6.4.3 O Monitoramento e Avaliação do PTBR-Redes

A avaliação de políticas públicas pode subsidiar o planejamento e formulação das intervenções governamentais, o acompanhamento de sua implementação, suas reformulações e ajustes, assim como as decisões sobre a manutenção ou interrupção das ações. É um instrumento importante para a melhoria da eficiência do gasto público, da qualidade da gestão e do controle sobre a efetividade da ação do Estado, bem como para a divulgação de resultados de governo (CUNHA, 2006). Alguns atores relataram a falta de avaliações sistemáticas do Programa e sua necessidade:

Não houve avaliação do Programa. [...] Não sei se os números nacionais correspondem ao que está sendo passado. Se “camuflam” muito os resultados e se mistura muito teleassistência com tele-educação (informação verbal). [E1]

Silva e Moraes (2012) constataram que ainda é insuficiente a produção científica voltada para inserção dos saberes e práticas de telessaúde no SUS com a abordagem da saúde coletiva. Os estudos produzidos acerca das experiências de

Telessaúde no Brasil são copiosamente atrelados ao pensamento da clínica. Evidencia-se este aspecto quando se realizam buscas sobre avaliação de iniciativas de telessaúde.

Partindo para a questão da sustentabilidade do Programa, sugere-se nas entrevistas nº 2 e 4 que esta ocorrerá a partir da institucionalização da avaliação e que há poucas publicações acerca disto no país:

[...] A sustentabilidade vai se dar principalmente a partir do momento que tiverem estudos avaliativos mais aprofundados do impacto da telessaúde na qualidade e nos custos do SUS. A gente ainda tem pouquíssimas publicações no Brasil acerca disso, [...] ainda é muito pouco pra dimensão e pra o volume que é a prática de telessaúde no Brasil (informação verbal). [E2]

O que tem que se pensar também é como tornar isso sustentável. Então, se a gente fizer um estudo de viabilidade econômica isso vai trazer economia para o Estado. [...] O uso de tecnologia pra apoiar saúde, tem que ser lembrada como meio e instrumento, então a gente tem que estar sempre questionando se essa tecnologia que está sendo utilizada, seja de telessaúde, seja de qualquer outra, efetivamente ela está trazendo ganhos para o paciente e para a população (informação verbal). [E4]

Ainda sobre a sustentabilidade do Programa, merece destaque o depoimento da entrevista nº 2:

A sustentabilidade do Programa [...] é uma coisa que está sendo bastante questionada, porque ainda não está muito claro através dos instrumentos normativos publicados pelo Ministério da Saúde, como essas ações vão continuar a ser financiadas. [...] É uma questão que está precisando de um amadurecimento, de uma discussão, da mesma forma como a integração dos serviços de telessaúde com o sistema de regulação. São alguns pontos que ainda vão precisar ser bastante aprofundados (informação verbal). [E2]

Estudo de Gundim (2009) que aplicou um modelo de mensuração de fatores determinantes para a sustentabilidade de centros de telemedicina e telessaúde. As morfologias e áreas de um centro, entretanto, não puderam ser comparadas com outros centros por não haver um parâmetro absoluto para comparação. O modelo proposto tem utilidade quando aplicado no acompanhamento de uma mesma instituição, revelando a sustentabilidade evolutiva ao longo do tempo.

No Seminário Nacional do Programa em 2009, foi relatado pelos participantes que está havendo inserção da Telessaúde nas instituições, promovida pela integração entre universidades e serviços, mas que ainda é insuficiente. O fato da avaliação preliminar do projeto piloto ter sido favorável aumentou a confiança dos

parceiros envolvidos, gerando mais trabalho em rede cooperativa (SEMINÁRIO NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL, 2009). Este aspecto concorda com os achados de Silva e Moraes (2012), que incluem o trabalho desenvolvido pela Rute/RNP potencializando o Programa.

No âmbito da RedeNUTES, uma rotina de monitoramento do Programa é estabelecida conforme descrito no relato abaixo:

[...] existe uma relação direta da RedeNUTES com o MS, dados do monitoramento são enviados mensalmente pro MS através da SGTES. Existe também uma relação estabelecida com os municípios, com os coordenadores de telessaúde locais. [...] existe também uma interlocução com o Comitê Estadual de Telessaúde, justamente no acompanhamento e na proposição das grandes metas. [...] A política de telessaúde do Estado tá começando a ser construída por meio desse Comitê junto com a SES. [...] Existe uma interlocução, mas não é sistemática com o COSEMS. No início nós participávamos regularmente das reuniões da CIB, apresentamos resultados. [...] Como houve uma mudança na estratégia da CIB, agora são CIR Regionais, a gente perdeu um pouco disso com eles. Da mesma forma que a gente perdeu também a partir de 2-3 anos, a interlocução com os gestores, com os gerentes das GERES. A gente continua o contato com eles, mas a gente não tem mais encontros, pra poder fazer a avaliação do programa na regional. E a gente pretende no próximo ano retomar isso, porque isso foi devido a uma conjuntura política do momento que a gente tá vivendo, a gente está num ano eleitoral, e essas coisas foram se perdendo (informação verbal). [E2]

Existem rotinas para a avaliação de todas as etapas do desenvolvimento do Programa, discutindo e consolidando indicadores de produção e de processo para o melhor monitoramento dos pontos de telessaúde, além de subsidiar as demandas de indicadores feitas pela Coordenação Nacional do Telessaúde. Estes indicadores são discutidos pela gestão local da rede em reuniões mensais que definem estratégias para melhorar o grau de satisfação dos usuários da RedeNUTES, adesão aos serviços e a qualidade do cuidado prestado à população assistida nas USF. Os indicadores são consolidados e publicados no portal RedeNUTES (REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO, 2010).

Diante da dificuldade de articulação política encontrada pela RedeNUTES com os atores pertinentes no processo de implementação do Programa, espera-se que as próximas etapas contem mais fortemente com os municípios, Estados e com as Universidades que possuem um acúmulo de experiência na área de Telessaúde:

Uma facilidade que não tem sido muito bem utilizada é a experiência que alguns núcleos universitários já acumularam, [...] que poderia ser modelo/experiência para outros lugares (informação verbal). [E4]

Embora os dispositivos do Programa preconizem essas articulações, muitas das redes de telessaúde instituídas atualmente não firmaram formalmente instrumentos de cooperação técnico-científica com as universidades do Projeto Piloto de Telessaúde.

A portaria GM nº 2554 de 28 de outubro de 2011, que institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao PTBR-Redes a priorização da articulação com os Núcleos do Programa já implantados e os demais em processo de expansão ou que venham a ser implantados, apoiados nas gestões municipais, estaduais e universidades públicas, para que estes garantam apoio matricial e preparação das equipes dos novos Núcleos, além de outras formas de cooperação que venham a ser pactuadas no âmbito de cada projeto intermunicipal ou de região de saúde (BRASIL, 2011e). Sobre isso, profere a entrevista nº 1:

[...] a política de telessaúde no Estado foi importante, é uma ferramenta que tem vasto poder e pode apoiar muito a consolidação do SUS em Pernambuco, mas precisa ser pensada como ferramenta. Precisa haver uma decisão nacional, os núcleos que estão sendo constituídos pelo Telessaúde Redes precisam se valer do que foi desenvolvido com recurso público de 2007 pra cá. [...] Os núcleos universitários precisam disponibilizar tudo o que foi desenvolvido nesses anos para a consolidação do Telessaúde Redes. [...] As universidades têm papel fundamental no campo científico pela expertise que têm fundamental em apoiar e ajudar na implantação, contribuir com as experiências que teve, trabalhando e disponibilizando os protocolos construídos para esse processo, mas [...] a universidade deve ser apenas um apoio e não gestor dessa política (informação verbal). [E1]

Resume a entrevista nº 5 sobre situação da implantação do Programa atualmente, com muito a avançar nas próximas etapas:

[...] ainda estamos num processo de aprendizagem. A gente começou sem saber “por onde a banda passava” e a gente foi buscar os caminhos, buscar aprender, e ainda está em processo de melhoria desse Programa (informação verbal). [E5]

[...] Hoje nós temos 12 núcleos implantados, mais 11 núcleos em processo de implantação e o restante aguardando aprovação para implantação do projeto. Nós temos semeada nos 26 estados brasileiros e Distrito Federal a semente do Telessaúde. [...] Não tem como retroceder, é uma semente plantada no país, cada vez mais as pessoas estão se interessando em utilizar essa ferramenta. Veio pra ficar, tem muito a contribuir com melhoria da saúde no país. Nesses vários “Brasis” que se tem em nosso Brasil, só com a tecnologia que a gente vai conseguir chegar aos municípios mais distantes e melhorar a saúde dessa população (informação verbal). [E5]

Campos et al. (2009) pondera que em um país com dimensões continentais como o Brasil, o processo de implementação do Programa Nacional de Telessaúde deve ser caracterizada pela flexibilidade e coordenação colegiada. A telessaúde constitui um 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 (SILVA; MORAES, 2012).

Perante o exposto, sintetizam-se na categoria processo suas etapas:

Quadro 16 - Síntese da categoria processo no Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco.

PROCESSO		
Definição da agenda e Formulação	Implementação	Monitoramento e Avaliação
Formulação de projeto piloto aplicado à APS pela UFPE financiado pelo Ministério da Saúde em 2001; Primeira pactuação do Programa Telessaúde Brasil entre MS, MEC e algumas universidades; Perspectiva de formulação pluralista; Tipo de política auto-regulatória.	Forma de implementação predominante <i>Top Down</i> ; Dificuldades de articulação política para implantação do Programa no Estado de Pernambuco; Conectividade, disponibilidade de <i>kits</i> , alta rotatividade de profissionais nos serviços e gasto de recursos financeiros como pontos críticos da implementação; Necessidade de profissionais com formação adequada para atuarem como teleconsultores e telerreguladores do Programa no Estado; Razão da concepção do Programa incremental; Relação entre níveis de governo com mecanismo de controle normativo.	Quadro de ausência de avaliação qualitativa do Programa que baseie as próximas etapas de desenvolvimento; Necessidade latente de amadurecimento e desenvolvimento desse campo para a garantia de sustentabilidade ao Programa.

Fonte: Elaborado pela autora.

A seção a seguir trará uma sistematização de um parecer técnico e político sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes, política setorial avaliada nesta dissertação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente análise permitiu a compreensão sistêmica do processo de implementação do PTBR-Redes no Estado de Pernambuco. A descrição das categorias do estudo foi realizada separadamente, sendo aqui brevemente discutida de forma imbricada, pois naturalmente o contexto, conteúdo, atores e processo de implementação se inter-relacionam conformando a política setorial da telessaúde como um todo.

O contexto, primeiro objetivo do trabalho, foi respondido através dos aspectos relevantes que foram revelados. A eleição de Lula foi relevante, com destaque a criação de uma agenda política social a qual compunha o PAC, que no setor saúde recebeu o nome de Programa Mais Saúde. Dentre suas ações o Telessaúde estava presente. A inovação tecnológica também teve respaldo no Plano Brasil Maior do governo Dilma. Esta inovação promove a inclusão digital, que no país é realidade apenas para metade da população. No contexto do SUS a necessidade de inserção da Telessaúde frente à problemática assistencial colocou esta questão na agenda política, apesar de não dispor de estrutura suficiente, especialmente no setor saúde.

Recursos financeiros oriundos do PAC para o Programa estavam disponíveis, e isso permitiu a implantação do Projeto piloto com universidades, que apresentaram expertises na área de telemedicina e telessaúde. Os serviços de saúde onde foram implantados os pontos de telessaúde apresentaram um cenário desafiador no que diz respeito ao acesso, humanização do cuidado e integralidade da atenção à saúde. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) ainda são desintegradas e a regulação assistencial muitas vezes, cartorial.

Para o enfrentamento dessa problemática, presente também no contexto pernambucano, a regionalização foi discutida. Alguns estudos revelaram que as Tecnologias da Informação e Comunicação podem contribuir na conformação das RAS, que no país tem uso incipiente, principalmente quando o foco é a Telessaúde.

Outro objetivo desta dissertação foi a análise do conteúdo do Programa. A centralidade na APS esteve presente nas entrevistas e relatórios técnicos. Também se verificou incongruências com relação à promoção da inclusão digital através da Telessaúde devido à falta de estrutura nas USF. No entanto, a institucionalização da Telessaúde foi promovida a partir da legislação desta temática, pois se preconiza a

APS como base das RAS e a telessaúde se ancora ao nível primário de atenção à saúde.

Apesar disso, há fragilidade em dispositivos como portarias, com pouca clareza das parcerias instituídas e papel dos atores. Vieses em indicadores de produção dos serviços de telessaúde do PTBR com relação à teleassistência e tele-educação também foram constatados.

A estrutura organizacional do Programa possui capacidade técnica para o desenvolvimento do Telessaúde. A telessaúde promoveu retaguarda a serviços de saúde, contribuindo numa maior resolutividade da rede de saúde. Entretanto, atividades de teleconsultoria ainda possuem níveis de adesão pelos profissionais de saúde abaixo do potencial desta atividade e houveram dificuldades de se atingirem as metas preconizadas pelo MS. Concluiu-se que o conteúdo da política setorial em questão ainda não está totalmente adequado ao escopo de atuação da Telessaúde na rede de atenção à saúde, por conta da sua complexidade.

Com relação aos atores institucionais identificados no processo de formulação e implementação do Programa, foram citados o NUTES-UFPE, Ministério da Saúde, Equipes de saúde, Secretarias Municipais de Saúde, COSEMS-PE, GERES, SES-PE e Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. A estratégia de mobilização predominante no processo de implementação da política foi a cooperação.

No que se refere à viabilidade da política, considerou-se que mediante as relações dos atores institucionais e suas estratégias de mobilização, avalia-se que o Programa é oportuno. Os desencontros identificados entre as relações dos atores envolvidos podem ser resolvidos. Os interesses têm convergido para o fortalecimento e expansão da implementação do PTBR-Redes e a definição do papel entre as instituições precisarão ser melhor definidas.

Sobre a categoria processo os principais achados foram em torno do ciclo da política. A definição da agenda da telessaúde e formulação do antigo PTBR culminaram no projeto piloto aplicado à APS pela UFPE financiado pelo Ministério da Saúde em 2001. Posteriormente houve pactuação do Programa Telessaúde Brasil entre MS, MEC e algumas universidades frente a experiência destas instituições com o tema. A perspectiva de formulação do Programa foi classificada como pluralista e o tipo da política foi considerada auto-regulatória.

A forma de implementação predominante foi *top down* e no Estado de Pernambuco houveram dificuldades de articulação política para implantação do

Programa. Como pontos críticos da implementação do PTBR-Redes entraram a conectividade, disponibilidade de *kits* de telessaúde pelas instituições, alta rotatividade de profissionais nos serviços e gasto de recursos financeiros oriundos do financiamento ministerial. Há uma necessidade premente de profissionais com formação adequada para atuarem como teleconsultores e telerreguladores do Programa no Estado. A razão da concepção do Programa foi considerada incremental e a relação entre níveis de governo com mecanismo de controle normativo.

No tocante ao monitoramento e avaliação há um quadro de ausência de avaliação qualitativa do Programa que baseie as próximas etapas de desenvolvimento com necessidade latente de amadurecimento e desenvolvimento desse campo para a garantia de sustentabilidade ao Programa.

O método qualitativo utilizando entrevistas semi-estruturadas se mostrou adequado para responder as questões promovidas e assim, alcançar os objetivos propostos. A triangulação das informações a partir da análise documental foi um recurso fundamental para a validação das informações coletadas.

Verifica-se que diante dos achados da pesquisa puderam-se identificar as multicausas que influenciaram a conformação da política de telessaúde. Vale ressaltar que a telessaúde, ferramenta comprovada de apoio às equipes de saúde não é um fim em si mesma. A integração entre as instituições governamentais é essencial para o desenvolvimento das ações de telessaúde no contexto do SUS de forma sistemática e sustentável.

Recomendam-se outros estudos mais aprofundados sobre a temática da Telessaúde no estado voltados para o Programa Telessaúde Brasil Redes, política pública que tem passado por um processo de expansão no país e no estado de Pernambuco. Subsídios de economia em telessaúde são necessários para avaliar o impacto econômico gerado para redes de saúde que possuem o serviço de telessaúde, além de avaliações dos resultados alcançados pelo Telessaúde que permitam compreender suas limitações e avanços.

No âmbito nacional, aponta-se a necessidade de um melhor alinhamento da Telessaúde junto a outros programas do Ministério da Saúde como o PMAQ e PROVAB, tendo em vista a ansiedade em trazer soluções para qualificar a atenção à saúde do SUS.

No tocante às terminologias utilizadas na área de Telessaúde, estas precisam ser consensadas para melhor se avaliar e parametrizar os serviços de telessaúde que existem no país.

Indica-se ainda, o estabelecimento de uma política estadual de Telessaúde em Pernambuco, com vistas a melhor definir o papel dos atores envolvidos e colaboração entre os Núcleos de Telessaúde existentes no estado após a expansão do Programa Telessaúde Brasil Redes e institucionalização de outras iniciativas.

Por fim, outros estudos com o método da análise de política de saúde precisam ser realizados em outros núcleos de telessaúde do país, sendo necessária uma análise nacional do programa mais robusta.

REFERÊNCIAS

- ABED, 1., 2009, Rio de Janeiro. **Anais do ABED**. Rio de Janeiro: Abed, 2009.
- ALCOCK, P.; ERSKINE, A.; MAY, M. **The student's companion to social policy**. Oxford: Blackwell Publishers, 1998.
- ALGEBAILLE, J.; MATHIAS, M.. Tecnologia em prol da saúde. **Revista da Rede de Escolas Técnicas do SUS**, Rio de Janeiro, n. 40, p.2-4, 01 dez. 2010.
- ALKMIM, M.B.M. **Fatores associados à utilização de sistema de teleconsultoria na atenção primária de municípios remotos de Minas Gerais**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, UFMG, Minas Gerais, 2010.
- ALMEIDA, P. F. et al . Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Jan. 2013.
- AMERICAN TELEMEDICINE ASSOCIATION. **ATA Glossary of Terms**. Disponível em: <<http://www.americantelemed.org/files/public/standards/glossaryofterms.pdf>> Acesso em: 14 set. 2012.
- ARAÚJO, K. S.; CORREIA, I. B.; SILVA, K. C. L. Integração Telessaúde e Regulação no Apoio à Atenção Primária. **Cbis 2012**, Curitiba, n. 4, p.1-5, 20 nov. 2012. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis2012/arquivos/649.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2013.
- ARAÚJO, E. F. **Análise da Política Nacional de Medicamentos no Brasil, 1999 a 2002: o caso dos medicamentos genéricos**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2004.
- ARAÚJO JR., J. L. C. **Health sector reform in Brazil, 1995-98. An health policy analysis of a developing health system**. 2000. Tese (PH. D. Course in Health Services Studies) - The Nuffield Institute for Health, University of Leeds, Leeds, 2000.
- ARAÚJO JR., J. L.; MACIEL FILHO, R. L. Developing an operational framework for health policy analysis. **Revista brasileira de saúde materno-infantil**, Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, 2001.
- ASSIS, A. M. O. et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 15, n. 3, set. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732002000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732002000300001>.

BARBOSA, A. et al. Saúde da Família no Brasil: Situação atual e perspectivas. In: CONGRESSO MINEIRO DE EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA, 5., 2009, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Face, UFMG: MS, DAB, 2009. p. 49-51.

BARKER, C. **The Health Care Policy Process**. London: Sage, 1996.

BASHSHUR, R. L.; REARDON, T. G.; SHANNON, G. W. Telemedicine: a new health care delivery system. **Annual Review of Public Health**, Palo Alto, v. 21, p. 613-637, 2000.

BASHSHUR, Rashid et al. Policy: The Taxonomy of Telemedicine. **Telemedicine and e-health**, Michigan, n.17, p.484-494, 20 ago. 2011.

BELIK, W.; DEL GROSSI, M. E. O Programa Fome Zero no contexto das políticas sociais no Brasil. **Cadernos de Debate**, Campinas, SP, v. 10, p. 1-24, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). Da Saúde. In: _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 32. Ed. São Paulo: Saraiva, 2003. Título 8, cap. 2, seção 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm >. Acesso em: 29 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004a. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/.../portariagm198polos.pdf> >. Acesso em: 29 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde Proposta Versão 2.0**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006a. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm> >. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 561, de 16 de março de 2006**. Institui no âmbito do Ministério da Saúde a Comissão Permanente de Telessaúde. Brasília, DF, 2006b. Disponível em:< <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria561.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.228, de 09 de junho de 2006**. Altera o art. 2º da Portaria nº 561/GM, de 16 de março de 2006, que instituiu a Comissão Permanente de Telessaúde. Brasília, DF, 2006c. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1228_09_06_2006.html>.

Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SGTES/MS nº 07, de 24 de julho de 2006.** Designa os representantes para compor a Comissão Permanente de Telessaúde. Brasília, DF, 2006d. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/TerceiraPortariadaComissaodeTelessaude.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.275, de 22 de dezembro de 2006.** Altera o art. 2º da Portaria nº 1.228/GM, de 09 de junho de 2006, que instituiu a Comissão Permanente de Telessaúde. Brasília, DF, 2006e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3275_22_12_2006_comp.html>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006f. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006.** Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2006g. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria_687_30_03_06.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto de 13 de março de 2006.** Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. Brasília, DF, 2006h. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/2006/SN_2.htm>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_1996_GMMS.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 35 de 04 de janeiro de 2007.** Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria35jan07telessaude.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Saúde: Direito de todos 2008-2011.** Brasília, 2007c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2008_2011.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.813, de 20 de novembro de 2008.** Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2008a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-2813.htm>>.

Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SGTES/MS nº 27, de 29 de dezembro de 2008.** Define que os valores publicados para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, conforme a Portaria GM/MS nº 2.813/08 sejam repassados em parcela única aos respectivos fundos estaduais e municipais de saúde. Brasília, DF, 2008b. Disponível em:<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sgtes/15818-27.html>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SGTES/MS nº 04, de 19 de março de 2008.** Altera o art. 1º da Portaria nº 7/SGTES, de 24 de julho de 2006, que designa representantes para compor a Comissão Permanente de Telessaúde. Brasília, DF, 2008c. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/saudelegis-tiponorma/27/2008-135>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 325 de 21 de fevereiro de 2008.** Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília, DF, 2008d. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-325.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, 2009a. 64 p. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.953, de 25 de novembro de 2009.** Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF, 2009b. Disponível em:<<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/101520-2953>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.033, de 17 de dezembro de 2010.** Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2010a. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4033_17_12_2010.html>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 402 de 24 de fevereiro de 2010.** Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no SUS, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências. Brasília, DF, 2010b. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0402_24_02_2010.html>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2010c. Disponível

em:<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 452, de 04 de março de 2010.** Institui no âmbito do Ministério da Saúde a Comissão Permanente de Telessaúde. Brasília, DF, 2010d. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0452_04_03_2010.html>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Telessaúde Brasil.** Disponível em: <<http://www.telessaudebrasil.org.br/php/level.php?lang=pt&component=42&item=1>>. Acesso em: 24 ago. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família.** Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 11 out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.** Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq_manual_instrutivo.pdf>. Acesso em: 28 out. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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). Brasília, DF, 2011d. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2554, do dia 28 de outubro de 2011.** Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, DF, 2011e. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2554_28_10_2011.html>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.073 de 31 de agosto de 2011.** Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Brasília, DF, 2011f. Disponível em:<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/109456-2073.html>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011g. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.647, de 7 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os valores máximos a serem repassados aos Estados, para o ano de 2011, no âmbito do Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, DF, 2011h. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2647_07_11_2011.html>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.815, de 29 de novembro de 2011.** Habilita Municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, DF, 2011i. Disponível em:<<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110701-2815.html>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015.** Brasília, 2011j. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf> . Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.362, de 2 de julho de 2012.** Habilita Municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, DF, 2012a. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1362_02_07_2012.html>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.013, de 14 de setembro de 2012.** Institui Grupo de Trabalho, no âmbito do Ministério da Saúde, com a finalidade de avaliar, discutir e propor critérios e ações para expansão do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, DF, 2012b. Disponível em:<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/115113-2013.html>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=382>. Acesso em: 20 mar. 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Telessaúde.** Disponível em: <<http://www.telessaudebrasil.org.br>>. Acesso em: 19 mar. 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde.** Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/manual_telessaude_0.pdf>. Acesso em: 11 set. 2012e.

BRASIL. Presidência. **Sexta maior economia, recorde de reservas e exportações.** Disponível em:

<<http://www.brasil.gov.br/linhadotempo/epocas/2011/sexta-maior-economia-recorde-de-reservas-e-exportacoes>>. Acesso em: 15 nov. 2012f.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio exterior. **O Plano Brasil Maior.** Disponível em: <<http://www.brasilmaior.mdic.gov.br/conteudo/154>>. Acesso em: 19 dez. 2012g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Telessaúde Brasil Redes monitoramento PE.** Brasília, 2012h. Apresentação em Power point.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina Pernambuco DAB.** Brasília, 2012i. Apresentação em Power point.

BRASIL. Ministério das Comunicações. **Programa Nacional de Banda Larga (PNBL).** Disponível em: <<http://www.mc.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-banda-larga-pnbl>>. Acesso em: 05 maio 2013a.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Políticas.** Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=05>>. Acesso em: 29 jan. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A força do SUS.** Disponível em: <<http://www.slideshare.net/MinSaude/a-fora-do-sus>>. Acesso em: 17 jan. 2013c.

BREWER, G., LEON, P. **The Foundations of Policy Analysis.** Homewood: Dorsey Press, 1999.

BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil:** as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: Cedeplar UFMG, 2007. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20318.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2012.

BUSS, P. Brasil: estruturando a cooperação na saúde. **The Lancet**, Rio de Janeiro, p.2-3, 09 maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilporcom2.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2012.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2012.

CAMPOS, F.; BELISÁRIO, S. The Family Healthcare Program and the challenges involved in the training professionals and continuing education. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, n. 5, p.133-142, 2001.

CAMPOS, E. F. et. al. Telessaúde em apoio a atenção primária a saúde no Brasil. In: SANTOS, A. F. et. al. (Org.). **Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 59-74.

CAMPOS, F. E. et al. The National Telehealth Program in Brazil: an instrument of support for primary health care. **Latin American Journal of Telehealth**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p.39-66, 01 fev. 2009.

CARVALHO, G. **Gasto com Saúde no Brasil em 2007**. São José Dos Campos: Idisa, 2008. 9 p. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/GASTOS_SAUDE_BRASIL_2007.pdf>. Acesso em: 14 out. 2012.

CASTRO, A. L. B. C. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2012.

CASTRO FILHO, E. D. Telessaúde em apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p.210-215, 01 out. 2007.

CASTRO FILHO, E. D.; HARSHEIM, E. A Telemática em apoio à atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul. In: SANTOS, A. F. et. al. (Org.). **Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 283-289.

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p.9-23, 01 jan. 2008.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, 2004.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 45-55, 2002.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 41-65, 1 jan. 2004.

COM 21 anos, SUS recebe homenagem no Plenário. Agência Senado. Brasília, set. 2011. Disponível em:
<<http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2011/09/19/paulo-davim-defende-novas-formas-de-financiamento-para-a-saude>>. Acesso em: 19 set. 2011.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **Saúde no Brasil:** Algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Rio de Janeiro, 2009. 84 p. Disponível em:
<<http://www.eclac.org/brasil/publicaciones/sinsigla/xml/4/35734/LCBRSR200SaudenOBrazil.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2012.

COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO. **Regimento interno da Comissão de integração Ensino-Serviço Estadual (CIES Estadual).** Disponível em:
<<http://ciespernambuco.blogspot.com.br/2012/05/regimento-interno-da-comissao-de.html>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2004, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 13., 2008, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 14., 2012, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2012

CONGRESSO BRASILEIRO DE TELEMEDICINA E TELESSAÚDE, 5., 2011, Manaus. **Anais do 5º Congresso Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde.** Manaus: Cbtms, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução nº. 1643, de 07 de agosto de 2002.** Brasília, 2002. Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1643_1992.htm>. Acesso em: 11 mar. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). **Decreto nº 7508, de 26 de junho de 2011.** Acesso à saúde é ampliado com novo modelo de gestão do SUS. Disponível em:
<<http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/noticias/1827-acesso-a-saude-e-ampliado-com-novo-modelo-de-gestao-do-sus>>. Acesso em: 16 set. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). **1ª Oficina do Telessaúde Brasil Redes.** Disponível em:
<<http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/noticias/2369-1o-oficina-telessaude-redes-conta-com-participacao-do-cosemsrn>>. Acesso em: 04 dez. 2012.

COSTA, A. M. **Avaliação da política nacional de saneamento, Brasil – 1996-2000.** 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

COSTA, D. M. F. **Planos de Saúde e SUS: uma análise das relações entre o financiamento público e o crescimento do mercado entre planos.** 2010. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010costa-dmf.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

CRUZ, E. L. D. et al. Caracterização dos seminários por webconferência sobre saúde do adolescente e jovem da rede de núcleos de telessaúde de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 12, n. 1, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292012000100009>.

CUNHA, C. G. S. **Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil.** Porto Alegre: Seplog, 2006.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700008>.

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: DAVINI, M. C. **Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-56.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1997. p. 49-88.

ELEIÇÃO de Dilma Rousseff. **BBC Brasil**, São Paulo, jan. 2013. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/especial/cluster_eleicao_dilma.shtml>. Acesso em: 17 jan. 2013.

EYSENBACH, G. What is e-Health? **Journal of Medical Internet Research**, Toronto, v. 3, n. 2, p. 20, 2001.

FADEL, C. B. et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, Abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jan. 2013.

FARIAS, S. F. et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2013.

FONTANIVE, P. V. N. **Necessidades em Educação Permanente percebidas por médicos das Equipes da Estratégia Saúde da Família dos Municípios do Projeto Telessaúde-RS**. 2009. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2003, v. 1, p. 55-124.

FREITAS, R. C. M. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802007000100008>.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de Políticas Públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Mapa da inclusão digital**. Disponível em: <<http://cps.fgv.br/telefonica>>. Acesso em: 22 maio 2012.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação Mundial da Infância**. New York, 2009. Disponível em: <http://www.unicef.pt/18/sowc_20anoscdc.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2012.

GAGNON, M. et al. A survey in Alberta and Quebec of the telehealth applications that physicians need. **Journal of Telemedicine and Telecare**, [S.l.], v. 13, p. 352-356, 2007.

GODOY, J. S. M. et al. O uso do prontuário eletrônico por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde brasileiras. **Journal Of Health Informatics**, São Paulo, n. , p.3-9, 01 jan. 2012. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/146/106>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUNDIM, R. S. **Gestão dos fatores determinantes para sustentabilidade de centros de Telemedicina**. 2003. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

HAM, C. **Health Policy in Britain: The Politics and Organization of the National Health Service**. London: Macmillan, 1992.

HAWAII INTERNATIONAL CONFERENCE ON SYSTEM SCIENCES, 33., 2000, Hawaii. **Investigation of factors affecting organization's Adoption of telemedicine technology**. Hawaii: HICSS, 2000.

HJELM, N. M. Benefits and drawbacks of telemedicine. **Journal of Telemedicine and Telecare**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 60-70, 2005.

HOFFMANN, R. Desigualdade da renda e das despesas per capita no Brasil, em 2002-2003 e 2008-2009, e avaliação do grau de progressividade ou regressividade de parcelas da renda familiar. **Economia e sociedade**, Campinas, v. 19, n. 3, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-06182010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-06182010000300010>.

HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved health system performance through better care coordination**. France: Oecd, 2007.

HSIAO, W. Why is a systemic view of health financing necessary? **Health Affairs**. Bethesda, v. 25, n. 4, p. 950-961, 2006.

HU, P.; CHAU, P. Physician acceptance of telemedicine technology: an empirical investigation. **Topics in Health Information Management**, [S.l.], v. 19, p. 20-35, 1999.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 01 dez. 2010a.

IBGE. **Primeiros dados divulgados do CENSO 2010**. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros_dados_divulgados/index.php>. Acesso em: 11 out. 2012.

IBGE. **Sistema de Contas Nacionais Brasil 2005-2009**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/contasnacionais/2009/siconas2005_2009.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

INSTITUTO HUMANITAS UNISINOS. **Conjuntura da Semana. Balanço de um ano do governo Dilma Rousseff**. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/cepat/cepat-conjuntura/507043-conjuntura-da-semana-balanco-de-um-ano-do-governo-dilma-rousseff>>. Acesso em: 29 out. 2012.

IPEA. **A Década Inclusiva (2001-2011): Desigualdade, Pobreza e Políticas de Renda**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/120925_comunicadoipea155_v5.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2012.

JENNETT, P. A.; GAGNON, M.; BRANDSTADT, H.K. Preparing for Success: Readiness Models for Rural Telehealth. **Journal of Postgraduate Medicine**, Bombay, v. 51, n. 4, p. 279-285, 2005.

KVALE, S. Interviews. **An introduction to Qualitative Research Interviewing**. 2. ed. Thousand Oaks: London Sage Publications, 2009.

KHOURI, S. G. **Telemedicina: análise da evolução no Brasil**. 2003. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LITEWKA, S. Telemedicina: um desafio para América Latina. **Acta Bioethica**, Santiago, v. 2, n.11, p.127-132, 2005.

LOPES, S.R.S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 8, n. 2, p.147-155, 09 abr. 2007.

LÓPEZ, J.H., et al. Telemedicina em cirurgia maxilofacial. **Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial**, Barcelona, v. 30, n. 2, p. 81-89, 2008.

LUCCHESI, P. **Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública**. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/jorge/polit_intro.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2002.

MAAROP, N. et al. Exploring Factors That Affect Teleconsultation Adoption: In The Case Of Malaysia. **Pacis Proceedings**, [s.l.], v. 3, n.124., 2011.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro**. 2007. Tese (doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2007.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, mar. 2011. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300012>.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde**. Camboriú: Aben, 2008. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>>. Acesso em: 01 jan. 2008.

MATUS, C. **Política Planejamento e Governo**. 1. ed. Brasília: IPEA, 1996. 2 t.

McLAREN, P. Telemedicine and telecare: what can it offer mental health services? **Advanced Psychiatry Treatment Journal**, Dublin, v. 3, n. 9, p.54-61, 2003.

MELO, M.C.B.; SILVA, E.M.S. Aspectos conceituais em Telessaúde. In: SANTOS, A. F. al. (Org.). **Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p.17-31.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001, 2t.

MENDONÇA, M. H. M.; MARTINS, M. I. C.; GIOVANELLA, L. Formação dos

trabalhadores para o SUS: olhar sobre a atenção básica. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n.48, p. 37-40, 2009.

MENICUCCI, T. M. G. **Regulação da assistência à saúde**: o caso de Minas Gerais. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Livro_fundacao_joao_pinheiro.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2013.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2012.

MINAYO, M.C. **O desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORAES, I.H.S. **Política, tecnologia e informação em saúde**: a utopia da emancipação. 1. ed. Salvador: Casa da Qualidade, 2002.

MORAES, I.H.S.D.; GÓMEZ, M.N.G.D. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 553-565, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&>. Acesso em: 12 fev. 2012.

NAÇÕESUNIDAS. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. **Panorama social de América Latina 2009**. Disponível em: <<http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/37839/P37839.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xsl>>. Acesso em: 22 nov. 2009.

NERLICH, M. et al. Teleconsultation practice guidelines: report from G8 Global Health Applications Subproject 4. **Telemedicine Journal and e-Health**, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 411-418, 2002.

NORRIS, A.C. **Essentials of Telemedicine and Telecare**. Baffins Lane: John Wiley & Sons, 2002.

NOVAES, M. A.; ARAUJO, K. S.; COUTO, J. M. L. A. A experiência de Pernambuco em Telessaúde. In: SANTOS, Alaneir de Fátima dos et al. (Orgs.). **Telessaúde**: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG, 2006, p. 198-233.

NOVAES, M. A. et al. Tele-education for continuing education in mental health for family healthcare teams: an experience in Pernambuco, Brazil. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 16, n. 43, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000043>.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE DO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF^o FERNANDO FIGUEIRA. **IMIP cria Núcleo de Tecnologias da Informação em Saúde.** Disponível em: <<http://www1.imip.org.br/cms/opencms/imip/pt/imprensa/noticias/0912.html>>. Acesso em: 09 jan. 2012.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO. **História da Telessaúde na Faculdade de Ciências Médicas.** Disponível em: <http://notes.upe.br/index.php?option=com_content&view=article&id=361&Itemid=2>. Acesso em: 09 jan. 2012.

OBSERVATÓRIO DA EDUCAÇÃO (São Paulo). **Indicadores de educação avançaram nos últimos 4 anos, mas em ritmo insuficiente.** Disponível em: <<http://www.observatoriodaeducacao.org.br/index.php/sugestoes-de-pautas/48-sugestoes-de-pautas/990-indicadores-de-educacao-avancaram-nos-ultimos-4-anos-mas-em-ritmo-insuficiente>>. Acesso em: 22 nov. 2010.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE (Fortaleza). **Avaliação do processo de implantação e operacionalização dos Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado do Ceará.** Fortaleza, 2007.

OHINMAA, A.; HAILEY, D.; ROINE, R. Elements for Assessment of Telemedicine Applications. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, New York, v. 17, n. 2, p. 190-202, 2001.

OLIVEIRA, D.G. **Estudo da aplicabilidade da educação à distância para a Estratégia Saúde da Família.** 2007. Monografia (Especialização) - Faculdade Ibratec de Tecnologia, Recife, 2007.

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

OLIVEIRA, D. G.; MAIA, D. M. N. Gestão Estadual da Telessaúde em Pernambuco: uma proposta de integração. **Cbis 2012**, Curitiba, p.1-5, 20 nov. 2012. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis2012/arquivos/870.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Health in the Americas.** Geneve, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Health Report 2008:** Statistical Annex 2. Geneve, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Telemedicine:** opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. Geneve, 2011. Global Observatory for eHealth Series, v. 2, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf>. Acesso em: 05 fev 2013.

PAGLIARI, C. et al. What is eHealth: A Scoping Exercise to Map the Field. **Journal of Medical Internet Research**, Toronto, v. 4, n. 6, p. 3-9, 2005.

PARTIDO DOS TRABALHADORES. **A saúde no governo Lula**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1994. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/uploads/asaudenogovernolula.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2013.

PESTANA, Marcus; MENDES, Eugênio Vilaça. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2009. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/planejamento-gestao-em-saude/livro_marcus_pestana.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2012.

PONTO DE PRESENÇA DA REDE NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA DE PERNAMBUCO. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.pop-pe.rnp.br/historico.html>>. Acesso em: 05 maio 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2011: Sustentabilidade e Equidade, um Futuro Melhor para Todos**. New York, 2011. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_PT_Complete.pdf>. Acesso em: 11 out. 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Valores e Desenvolvimento Humano 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/HDR/arquivos/rdh_Brasil_2009_2010.pdf>. Acesso em: 11 out. 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>>. Acesso em: 05 fev. 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Superintendência de Planejamento. **Plano estadual de saúde 2005-2007: desenvolvimento com inclusão social**. Recife, 2006.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/PE nº 1140, de 06 de agosto de 2007**. Inclui municípios do estado de Pernambuco no Projeto da Rede de Núcleos de Telessaúde – NUTES. Recife, PE, 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/orgaos-colegiados/comissao-intergestora-bipartite/>>. Acesso em: 11 jan. 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Superintendência de Planejamento. **Plano estadual de saúde 2008-2011: Pernambuco para todos**. Recife, 2009.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/PE nº 1515, de 13 de junho de 2010**. Homologa a indicação de composição do Comitê Estadual de Coordenação do Telessaúde Brasil em Pernambuco. Recife, 2010. Disponível em:

<<http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/orgaos-colegiados/comissao-intergestora-bipartite/>>. Acesso em: 11 jan. 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/PE nº 1726, de 04 de junho de 2011.** Homologa a alteração e inclusão de novas representações na composição do Comitê Estadual de Coordenação do Telessaúde Brasil em Pernambuco. Recife, PE, 2011. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/orgaos-colegiados/comissao-intergestora-bipartite/>>. Acesso em: 11 jan. 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/PE nº 2045 de 06 de agosto de 2012.** Homologa a alteração e inclusão de novas representações na composição do Comitê Estadual de Telessaúde Brasil em Pernambuco. Recife, PE, 2012a. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/orgaos-colegiados/comissao-intergestora-bipartite/>>. Acesso em: 11 jan. 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015.** Recife, 2012b.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Balanco de gestão 2012.** Recife, 2013. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/balanco-de-gestao-reune-avancos-na-saude-em-2012/>>. Acesso em: 25 jan. 2013.

REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO. **Plano de Trabalho para Implantação Projeto Nacional Telessaúde:** Núcleo Pernambuco. Recife, 2007.

REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO. **Estratégias do Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco para integração das ações apoiadas pela SGTES/MS.** Recife, 2010.

REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO. **Sobre o Programa RedeNUTES.** Disponível em: <http://www.redenutes.ufpe.br/index.php?option=com_content&view=article&id=119&Itemid=2>. Acesso em: 11 nov. 2012a.

REDE DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE DE PERNAMBUCO. **1º. Relatório Técnico:** Convênio RedeNUTES. Recife, 2012b.

REICH, M.R.; COOPER, D. **Policy Maker Software tool.** Boston, 1996. Disponível em: <<http://www.hsph.harvard.edu>>. Acesso em: 11 mar. 2012.

RHEMO HEMORREDE VIRTUAL. **RHEMO:** Hemorrede Virtual. Disponível em: <http://www.nutes.ufpe.br/rhemo/index.php?option=com_content&view=article&id=215&Itemid=2>. Acesso em: 13 set. 2012.

RIBEIRO, J. A. et al. **Saúde no Brasil:** algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Cepal, 2005.

RIBEIRO FILHO, J. L. et al. Telemedicina e Telessaúde: A Construção de Redes Colaborativas de Ensino, Pesquisa e Assistência ao Diagnóstico e ao Tratamento em Saúde no Brasil. **Informática Pública**, São Paulo, n. 2, p. 97-104, 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/RS 237/2011, de 29 de julho de 2011**. Porto Alegre, RS, 2011. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1338478573_CIB%20237%20Implantao%20Regulao%20Ambulatorial.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2012.

RUAS, S. S. M. **Teleconsultoria na Atenção Primária de Belo Horizonte: Desafios na Difusão de uma Inovação**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

SABATIER, P.A. The advocacy coalition framework: revisions and relevance for Europe. **Journal of European Public Policy**, [s.l.], n. 5, v.1, p. 98-130, 1998.

SACHS, J.D. **Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development**. Geneva: WHO, 2001.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO JR., J. L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 3, p.335-346, 01 jun. 2006.

SANTAROSA, L. M. C. Escola Virtual para a Educação Especial: ambientes de aprendizagem telemáticos cooperativos como alternativa de desenvolvimento. **Revista de Informática Educativa**, San José, n. 10, v.1, p. 115-138, 1997.

SANTOS, N.R. **Encruzilhada nos rumos do SUS: considerações**. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/anexos/ENCRUZILHADADOSUS_mar%C3%A7o%202008_2avers%C3%A3o.pdf> Acesso em: 07 mar. 2008.

SANTOS, Alaneir de Fátima Dos et al. Structuring of the Brazilian Public Health System and the Development of Telehealth Activities in Brazil. **Latin american Journal of Telehealth**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p.5-38, 01 ago. 2009.

SANTOS, Francisco Assis da Silva et al. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 10-23, 2011.

SANTOS, Lenir. **Lei 8.080/90 é regulamentada 21 anos depois: Decreto 7508/2011**. Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/07/16/lei-8-08090-e-regulamentada-21-anos-depois-decreto-75082011/>>. Acesso em: 16 jul. 2011.

SANTOS, Nelson Rodrigues. **Encruzilhada nos rumos do SUS: considerações**. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/anexos/ENCRUZILHADA%20DO%20SUS_mar%C3%A7o%202008_2a%20vers%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 11 set. 2012.

SAYD, P. D. **Renúncia Fiscal e equidade na distribuição de recursos para a saúde**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

SCHNEIDER et al. **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** Passo Fundo, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto_pela_saude_possib_realidade_2ed.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2012.

SEMINÁRIO NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL, 1., 2009, Brasília.
Relatório... Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/4/2/124-Relat%F3rio_Semin%E1rio_Nacional_do_Telessa%FAde_Brasil_2009.pdf>. Acesso em: 10 out. 2012.

SILVA, A. B.; AMORIM, A.C. A Brazilian educational experiment: Teleradiology on web TV. **Journal of Telemedicine and Telecare**, Thousand Oaks, v. 15, n. 7, p. 373-376, 2009. Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-70350126956&partnerID=40&md5=c8cc23a7f68f6e48f7dac3f95e96759f>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

SILVA, A. B.; MORAES, I. H. S. O caso da Rede Universitária de Telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2013.

SOFAER, S. Qualitative methods: what are they and why use them? **Health Services Research**, Chicago, v.34, n.5, p. 1119-1117, 1999.

SOOD, S. et al. What is Telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings. **Telemedicine Journal and E-Health**, Larchmont, v. 13, n. 5, p. 21-27, 2007.

SOUZA, H.A. et al. Tecnologias para integração de sistemas para telessaúde. **Cbis 2012**, Curitiba, p. 1-6, 20, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis2012/arquivos/435.pdf>> Acesso em: 30 jan. 2013.

SOUZA NETO, D. M. **A política externa brasileira nos oito anos do governo Lula: Legados e lições para a inserção do Brasil no mundo**. Rio de Janeiro: Puc-Rio, 2011.

SPOSITO, R. **Banda larga: A alta velocidade se infiltra em hospitais e laboratórios do país**. Disponível em: <http://info.abril.com.br/edicoes/218/arquivos/4461_1.shl>. Acesso em: 06 fev 2012.

STARFIELD, B.; SHI, L. Commentary: Primary Care and health Outcomes: a health service research challenge. **Health Services Research**, Chicago, v. 42, p. 2252-2256, 2007.

STIFTUNG, K. A. **O presente político do Brasil e Lula, um pivô em nossa política.** Disponível em: <<http://www.kas.de/brasilien/pt/publications/31831/>>. Acesso em: 22 ago. 2011.

SUTTON, R. **The policy process: an overview.** London: Chameleon, 1999.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 31, p. 268–283, 2005.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde Pública.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

UNESCO. **Apoio a Elaboração de Planos Estaduais e Projetos Operativos do QUALISUS.** Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Apoio_Eaboracao_PE-PO_4.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2013.

VARVASOVSKY, Z.; BRUGHA, R. How to do (or not to do)... A stakeholder analysis. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 15, n. 3, p. 338-345, 2000.

VIANA, A. L. Desenho, modo de operação e representação de interesses do sistema municipal de saúde e os Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 20-22, 1998.

VIANA, A. L. D. **Recursos Humanos e Regionalização da Saúde - Programa de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional De Educação Permanente.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.

VIEIRA, F. S.; MENDES, A. C. R. **Evolução dos Gastos do Ministério da Saúde com Medicamentos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 33 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo_gasto_medicamentos.pdf>. Acesso em: 11 out. 2012.

WEN, C. L. Telemedicina e Telessaúde: Um panorama no Brasil. **Informática Pública**, São Paulo, n. 2, p. 07-15, 2008.

WHITTEN, P.; HOLTZ, B. Provider Utilization of Telemedicine: The Elephant in the Room. **Telemedicine and e-Health**, [S.l.], v. 14, n. 9, p. 995-997, 2008.

WOOTTON, R. Recent advances: Telemedicine. **British Medical Journal**, London, p. 557-560, 2001.

WOOTTON, Richard. Telemedicine support for the developing world. **Journal of Telemedicine and Telecare**, [S.l.], v. 14, p. 109-114, 2008.

WALT, G. **Health policy: An Introduction to Process and Power.** London: Zed Books, 1994.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the Health Sector in Developing Countries: The Central Role of Policy Analysis. **Health Policy and Planning**, Oxford, n. 9, v. 4,

p.353-370, 1994.

WUYTS, M., MACKINTOSH, M.; HEWITT, T. **Development Policy and Public Action**. Milton Keynes: Open University, 1992.

YARBROUGH, Amy; SMITH, Todd. Technology Acceptance among Physicians: A New Take on TAM. **Medical Care Research and Review**, Thousand Oaks, v. 64, p.650-672, 2007.

APÊNDICE A - Roteiro das Entrevistas

Alguns procedimentos preliminares à entrevista deverão ser realizados, tais como:

- Agendar e confirmar com os atores da pesquisa data, local e horário;
- Conferir todo o material a ser utilizado na entrevista: gravador, roteiro de entrevista, diário de campo, caneta esferográfica, cópia do projeto de pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Identificar informações sobre a entrevista e entrevistado(a) nos campos sistematizados abaixo.

ENTREVISTA Nº		
Data e lugar da entrevista:		
Hora de início/ de finalização:		Duração:
Nome:		
Idade:		Sexo:
e-mail:		Tel:
Instituição/ Unidade:		
Cargo:	Tempo/cargo:	Titulação:
Categoria	Eixo temático	Perguntas
Contexto	Política Setorial	Em que momento e de que forma você tomou conhecimento do Programa Telessaúde Brasil (PTBR)?
	Política Setorial Finanças do Setor Problemas de saúde e serviços existentes	Para você, o que motivou o surgimento de um programa nos moldes do PTBR em PE no ano de 2007?
	Esfera Política	Como estava o contexto/cenário político em que ocorreu a implantação do PTBR em PE?
	Problemas de saúde e serviços existentes	Como estava o contexto sanitário pernambucano no momento da implantação do PTBR?
	Finanças do setor	O contexto econômico para a implantação era favorável? Explicar/aprofundar.
Conteúdo	Programas, projetos e ações Recursos materiais, organizacionais e políticos	Quais são os dispositivos norteadores do PTBR?
Atores	Pessoas, instituições, organizações Formuladores e implementadores Apoiadores ou opositores Beneficiários ou prejudicados	Poderia me falar dos atores envolvidos ou que se envolveram na implantação do PTBR, e que considere relevante? Quem formulou e/ou implementou o Programa? Quem apoia ou se opõe ao PTBR em PE? Quem se beneficia ou se prejudica com a implantação do PTBR?
D L O C E S S O		Que aspectos (dificuldades ou facilidades)

		<p>Você gostaria de destacar acerca do PTBR em PE?</p>
	Processo de tomada de decisão	<p>Como ocorreu o processo de tomada de decisão para implantar o PTBR em PE?</p>
	Relação entre níveis de governo	<p>Como se dá a relação entre níveis de governo acerca deste Programa em PE?</p>
Sugestões		<p>Há algo que não foi perguntado que você gostaria de acrescentar?</p>
		<p>Você gostaria de sugerir alguém que possa contribuir com o presente estudo?</p>



APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

Informações sobre a pesquisa:

Título do Projeto: "ANÁLISE DO PROGRAMA TELESSAÚDE BRASIL REDES NO ESTADO DE PERNAMBUCO DE 2007 A 2011".

Pesquisador Responsável/Orientador: Prof^o José Luiz Araújo Júnior ⁽¹⁾

Mestranda: Karolina de Cássia Lima da Silva ⁽²⁾

Telefone para contato: (81) 9975.7226 / (81) 8863.4414

e-mail: josearaujo@cpqam.fiocruz.br / karolina.lima@gmail.com

Contato Comitê de Ética em Pesquisa CPqAM (CEP-CPqAM): (81) 2101.2639

A pesquisa tem por objetivo analisar o Programa Telessaúde Brasil Redes no estado de Pernambuco, no período de 2007 a 2011, considerando as propostas, planos e projetos criados no contexto político institucional destinados a organizar a telessaúde no estado.

O estudo será desenvolvido através da aplicação de entrevistas envolvendo representantes do núcleo de telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco (NUTES-UFPE), da Secretaria de Saúde do Estado (SES-PE), que tem como objetivos:

- 1) Compreender e explicar os determinantes contextuais que influenciaram a implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco;
- 2) Analisar o conteúdo do Programa Telessaúde em Pernambuco;
- 3) Caracterizar o processo de implementação do Programa em Pernambuco;
- 4) Analisar os atores envolvidos no processo político de formulação do Telessaúde no Estado.

Destacamos que o estudo proposto contempla todos os requisitos éticos previstos na legislação atual e enfatizamos o nosso interesse em disponibilizar para você os dados gerados, bem como, os resultados finais do estudo.

A pesquisa se faz relevante por permitir explorar um tema de grande importância para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde visto a necessidade de estudos e produção científica de gestores do sistema, na análise de suas normas, regras, saberes e práticas. Possibilita também subsidiar propostas de elevação da capacidade de gestão da Telessaúde e fortalecimento do processo de gestão do sistema, da autonomia decisória por nível de governo e nas relações de poder instituídas.

Ressaltamos que não há riscos, prejuízos ou desconforto que possam ser provocados pela pesquisa. A entrevista durará em torno de 30 minutos, não é remunerada, e será, sob permissão, gravada. Todas as informações obtidas serão



confidenciais, não sendo divulgadas para ninguém e apenas utilizadas para os objetivos da presente pesquisa. Também há garantia do anonimato, sendo assegurado o sigilo e a privacidade dos entrevistados. Os dados de identificação serão retirados e apenas um código será utilizado.

Os resultados deste estudo podem vir a ser apresentados em congressos, seminários, publicações científicas ou de outra natureza, porém não farão qualquer menção ao seu nome, mantendo o anonimato necessário.

Há risco de constrangimento diante de questões que podem ser colocadas, que serão minimizadas pelo pesquisador, que prestará todos os esclarecimentos quem venham a ser necessários. Esclarecemos que você é livre para interromper a sua participação a qualquer momento, sem justificar sua decisão.

Consentimento livre e informado de participação:

Concordo em participar do estudo “ANÁLISE DO PROGRAMA TELESSAÚDE BRASIL REDES NO ESTADO DE PERNAMBUCO DE 2007 A 2011” desenvolvido pela Mestranda Karolina de Cássia Lima da Silva do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz Pernambuco e orientado pelo Prof^o. Dr. José Luiz Araújo Junior e Tereza Maciel Lyra. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Recife, ____ de _____ de 2012.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

CENTRO DE PESQUISAS
AGGEU MAGALHÃES/ FIOCRUZ



PROJETO DE PESQUISA

Título: A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - PNEPS: UMA ANÁLISE DO PROGRAMA TELESSAÚDE BRASIL NO ESTADO DE PERNAMBUCO DE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02791212.9.0000.5190

Pesquisador: KAROLINA DE CÁSSIA LIMA DA SILVA

Instituição: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/
FIOCRUZ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 92.414

Data da Relatoria: 05/09/2012

Apresentação do Projeto:

O SUS tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva. Tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Dentre elas está a EPS, cuja proposta é que o processo de educação do profissional ou do estudante de saúde se faça de acordo com a problematização do processo de trabalho, além de propor que a formação deva ser feita de acordo com as necessidades da população envolvida (BRASIL, 2009). O Ministério da Saúde é responsável pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que inclui, entre suas várias ações, a utilização das modernas Tecnologias de Informação e Comunicação, visando à qualificação da atenção à saúde BRASIL, 2011a). A Telessaúde se configura como uma das estratégias integrantes desta Política. Telessaúde e teleassistência incluem cuidados de saúde à distância (LITEWKA, 2005), utilizando TIC (ALENCAR, 2008). Os principais resultados são a qualificação do atendimento com consequente melhoria da saúde da população e redução das desigualdades sociais (ALKMIM; RIBEIRO; FIGUEIRA, 2010).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Programa Telessaúde Brasil no estado de Pernambuco, no período de 2007 a 2011.

Objetivo Secundário:

- Compreender e explicar o contexto do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco;
- Analisar o conteúdo do Programa Telessaúde em Pernambuco;
- Caracterizar o processo de implementação do Programa em Pernambuco;
- Analisar os atores envolvidos e suas inserções no Estado.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)101-2639

Fax: ((81)101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Possibilidade de os participantes sentirem desconforto pelo fato de a entrevista ser gravada. Caso isso aconteça a pesquisadora cessará a gravação.

Benefícios:

Exploração de um tema de grande relevância para o desenvolvimento do SUS, visto a necessidade de estudos e produção científica de gestores do sistema, análise de suas normas, regras, saberes e práticas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa visa compreender o contexto do Programa Telessaúde Brasil em PE, através da análise do conteúdo, processo de implementação, atores envolvidos e sua inserção no estado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa baseado no modelo de Walt e Gilson afim de analisar a política em questão. A mesma será realizada na UFPE, Secretaria de Saúde do Estado e Conselho Estadual de Saúde, com realização de entrevistas semi-estruturadas gravadas, com informantes chaves. Também

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

RECIFE, 24 de Julho de 2012

Janaina Campos de Miranda

Assinado por:

será realizada análise documental. Serão realizadas 13 entrevistas.

Não foram localizados no anexo as cartas de anuências das instituições envolvidas.

Em relação ao cronograma: contato com as instituições envolvidas acontecerá no mês de agosto/2012, talvez por esta razão não existam as Cartas de Anuência (?).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE - devidamente anexado e em conformidade;
CARTAS DE ANUÊNCIA - anexados e em conformidade;
DECLARAÇÕES (participação/documentos/compromisso) - anexadas e em conformidade;
PROJETO QUALIFICAÇÃO - anexado e em conformidade;
LATTES - anexado e em conformidade.

Recomendações:

sem novas recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

carta resposta apresenta justificativa/anuência.
recomendações atendidas

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)101-2639

Fax: ((81)1)101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

CENTRO DE PESQUISAS
AGGEU MAGALHÃES/ FIOCRUZ



Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 05 de setembro de 2015. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

RECIFE, 07 de Setembro de 2012

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (811)101-2639 Fax: ((81)1)101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br