



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Ellen Rose Sousa Santos

**USO DE TELECONSULTORIAS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE UM MUNICÍPIO MARANHENSE**

**São Luís/MA
2019**

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

SOUSA SANTOS, ELLEN ROSE.

USO DE TELECONSULTORIAS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE UM MUNICÍPIO MARANHENSE /
ELLEN ROSE SOUSA SANTOS. - 2019.

90 f.

Orientador(a): LIBERATA CAMPOS COIMBRA.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Consulta Remota. 3.
Telemedicina. I. CAMPOS COIMBRA, LIBERATA. II. Título.

ELLEN ROSE SOUSA SANTOS

USO DE TELECONSULTORIAS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE UM MUNICÍPIO MARANHENSE

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Liberata Campos Coimbra

Linha de Pesquisa: Educação na Saúde

São Luís/MA

2019

ELLEN ROSE SOUSA SANTOS

USO DE TELECONSULTORIAS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE UM MUNICÍPIO MARANHENSE

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão

Banca Examinadora:

Liberata Campos Coimbra – Presidente/Orientador Universidade Federal do Maranhão

Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais – Professora Examinadora Universidade Federal do Maranhão

Dayana Dourado de Oliveira Costa – Professora Examinadora Escola Técnica do SUS/MA - Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão

Data da aprovação: _____ de _____ de 2019.
São Luís/MA

Dedico este trabalho a Deus pela sua infinita bondade e por me amar tanto.

Ao meu amado noivo por todo seu carinho.

À minha querida mãe por ser meu porto seguro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes e sobretudo a Deus, pois a Sua graça me alcançou e o conheci verdadeiramente no mesmo período em que iniciei o mestrado. Hoje sou completamente diferente e comemoro mais uma vitória que Ele me concedeu, mais um sonho que Ele sonhou para mim. O Seu agir é sempre maravilhoso!

Agradeço a minha querida mãe Sandra Margareth de Oliveira Sousa pelo amor e carinho de sempre! É por ela que eu busco sempre mais! Tudo que faço é pra mostrar a ela o quão vitoriosa foi na sua luta.

Agradeço ao Luan Leno Sousa Filgueiras por todo amor, todo incentivo, toda confiança depositada em mim não apenas no curso, mas em todos os dias desde que o conheci.

Agradeço a minha orientadora Liberata Campos Coimbra pela paciência e acolhida enquanto sua orientanda. Imagino que foi um desafio para ela e louvo a Deus pela sua vida.

Agradeço a Ariane Cristina Ferreira Bernardes Neves e ao professor Humberto Oliveira Serra pela carinhosa acolhida ao Núcleo Estadual de Telessaúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Aproveito para homenagear e parabenizar a todos que compõe a equipe pelo trabalho especial e de extrema importância para a Educação Permanente em Saúde no nosso Estado e para o nosso querido Sistema Único de Saúde.

Agradeço aos meus colegas de trabalho na Escola Técnica do SUS/MA, especialmente à nossa diretora Dayana Dourado de Oliveira Costa que, além de um exemplo, é uma pessoa bondosa e que sempre nos deu oportunidades incríveis. Eu recebi todo apoio necessário para este o curso e sou imensamente grata por isto!

Agradeço aos meus colegas Especiais: Cirlândio Coutinho de Lima; Joelmara Furtado dos Santos Pereira; Bruno Moreira Lima; John Lennon da Silva Santos; Patricia de Sousa Veras; Danyelle Carneiro de Souza Cavalcante; Rafaela Duailibe Soares; e Evanilde Lucinda da Silva Conceição, levarei todos comigo para sempre! Nossos encontros foram muito agradáveis com a presença de vocês!

Agradeço aos nossos professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família, foi uma experiência maravilhosa, aprendi e ressignifiquei muitas coisas. Eu mudei!

Obrigada a todos!

RESUMO

A Teleconsultoria é uma das ferramentas disponíveis no Telessaúde e que permite a comunicação entre profissionais e gestores da área da saúde para o esclarecimento de dúvidas e construção de conhecimentos úteis para o trabalho, aperfeiçoando as práticas de Educação Permanente em Saúde e permitindo qualificação de baixo custo, mesmo em locais mais remotos. O objetivo do estudo foi descrever o uso do programa Telessaúde por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) em município maranhense. Tratou-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, onde foi discutido sobre o uso do programa Telessaúde pelos profissionais cadastrados no Núcleo Estadual de Telessaúde do HUUFMA e que atuavam no município de Caxias/Maranhão. A coleta de dados ocorreu em junho de 2018 através de questionários. Sobre a trajetória profissional e acadêmica dos 233 participantes, a maioria tem mais de 5 anos de atuação na APS (85,4%) e mais de 5 anos de trabalho no município (87,1%), a maioria são agente comunitário de saúde (60,6%) e 49,8% possui mais de 5 anos de formado. Em relação à organização do Núcleo Estadual de Telessaúde e do município para a oferta do Telessaúde, identificou-se que 42,1% não recebeu treinamento para o uso e 51,1% não teve acesso a esclarecimentos quando precisou. O tempo para recebimento de respostas foi considerado adequado por 88,7% e 91,1% teve sua dúvida esclarecida. Sobre a infraestrutura do município para o uso, identificou-se computadores (57,9%), internet satisfatória (60,1%) e local adequado (69,9%). A maioria dos profissionais reconhece os benefícios do uso do Telessaúde aos pacientes (95,2%) e para a prática no trabalho (95,8%). Reconheceu-se também que é útil como uma ferramenta educacional (98,8%) e para resolver problemas da prática diária (86,9%), indicando contribuições para a EPS. Quanto a satisfação dos usuários, 63,1% demonstrou-se satisfeito com o serviço, 95,8% acredita no conhecimento dos teleconsultores, 82,7% recomendaria a amigos e 86,9% voltaria a usar em caso de necessidade. Conclui-se que os profissionais consideram que existe uma estrutura adequada e reconhecem a importância estratégica do uso do Telessaúde. Sugere-se maior mobilização da gestão municipal para a consolidação do programa e inclusão digital dos profissionais e melhor organização tanto do município quanto do Núcleo Estadual de Telessaúde para a permanente oferta de treinamentos, apoio e incentivo aos profissionais que desejem utilizar o serviço.

Palavras chave: Consulta Remota; Atenção Primária à Saúde; Telemedicina

ABSTRACT

Teleconsulting is one of the tools available in Telehealth and allows communication between health professionals and managers to clarify doubts and build useful knowledge for work, improving Permanent Health Education practices and allowing low cost qualification, even in more remote locations. The objective of the study was to describe the use of the Telehealth program by professionals in Primary Health Care (APS) in a municipality in Maranhão. It was a descriptive research with a quantitative approach, where it was discussed about the use of the Telehealth program by professionals registered at the State Telehealth Center of HUUFMA and who worked in the city of Caxias/Maranhão. The collection took place in June 2018 through questionnaires. Regarding the professional and academic trajectory of the 233 participants, the majority has more than 5 years of experience in APS (85.4%) and more than 5 years of work in the municipality (87.1%), the majority are community health agents (60.6%) and 49.8% have more than 5 years of graduation. Regarding the organization of the State Center for Telehealth and the municipality for the provision of Telehealth, it was identified that 42.1% did not receive training for use and 51.1% did not have access to clarifications when needed. The time for receiving responses was considered adequate by 88.7% and 91.1% had their questions answered. Regarding the municipality's infrastructure for use, computers (57.9%), satisfactory internet (60.1%) and adequate location (69.9%) were identified. Most professionals recognize the benefits of using Telehealth to patients (95.2%) and to practice at work (95.8%). It was also recognized that it is useful as an educational tool (98.8%) and to solve problems of daily practice (86.9%), indicating contributions to the EPS. As for user satisfaction, 63.1% were satisfied with the service, 95.8% believed in the knowledge of teleconsultants, 82.7% would recommend it to friends and 86.9% would use it again if necessary. It is concluded that the professionals consider that there is an adequate structure and recognize the strategic importance of using Telehealth. Greater mobilization of municipal management is suggested for the consolidation of the program and digital inclusion of professionals and better organization of both the municipality and the State Center for Telehealth for the permanent offer of training, support and incentives for professionals who wish to use the service.

Keywords: Remote Consultation; Primary Health Care; Telemedicine

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CF	Constituição Federal
CIA	Classificação Internacional de Atenção Primária
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM/MS	Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
NASF	Núcleo Ampliado da Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NTS	Núcleo de Telessaúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEP	Política Nacional de Educação Popular
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRO EPS	Programa de Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SOF	Segunda Opinião Formativa
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos profissionais cadastrados no serviço de Telessaúde de Caxias, Maranhão. São Luís, 2019.

Tabela 2 – Estrutura organizacional e tecnológica para o Telessaúde em Caxias, Maranhão. São Luís, 2019.

Tabela 3 – Fatores institucionais, técnicos e socioeconômicos para o uso das Teleconsultorias pelos profissionais de saúde do município de Caxias/MA. São Luís, 2019.

Tabela 4 – Fatores humanos e educacionais para o uso das Teleconsultorias pelos profissionais de saúde cadastrados e que usaram o serviço no município de Caxias/MA. São Luís, 2019.

Tabela 5 - Satisfação dos profissionais cadastrados e que utilizaram o Telessaúde no município de Caxias, Maranhão. São Luís, 2019.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	15
2.1 Geral:	15
2.2Específico:	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Educação Permanente em Saúde	16
3.2 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)	17
3.3 Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde	19
3.4 Telessaúde e Telemedicina	20
3.5 Telessaúde no Brasil	22
3.6 Teleconsultorias	23
4. MATERIAIS E MÉTODOS	24
4.1 Delineamento do estudo	24
4.2 Local e período de estudo	24
4.3 População do estudo	25
4.4 Coleta de dados	26
4.5 Instrumentos	27
4.6 Análise dos dados	28
4.7 Aspectos éticos	28
5. RESULTADO	29
6. CONCLUSÃO	54
REFERENCIAS	55
APÊNDICES	60
ANEXOS	63

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, ou seja, deve ser ofertada principalmente nos locais mais próximos das comunidades. Recomenda-se a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS, que por sua vez deve ser a principal porta de entrada e o contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde, orientando-se pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017a).

Apesar da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em aproximadamente 5 mil municípios brasileiros e 40 mil equipes de Saúde da Família (eSF) em atuação no Brasil (BRASIL, 2018a), o sistema ainda enfrenta muitos casos de doenças transmissíveis, da morbimortalidade materno-infantil (SOUZA, *et al.*, 2018), doenças crônicas não transmissíveis e crescente aumento de acidentes por causas externas (SOUZA, *et al.*, 2018; DAMASCENO, *et al.*, 2016; HARZHEIM, *et al.*, 2016).

De acordo com alguns autores como Saldiva e Veras (2018) e Damasceno, *et al.* (2016), os sistemas de referência no apoio ao diagnóstico e ao tratamento são ineficazes ou até inexistentes em grande parte dos municípios brasileiros, constituindo um problema para as equipes de Saúde da Família.

A telessaúde insere-se nesse contexto como uma ferramenta de apoio, a medida que disponibiliza aos profissionais orientações sobre o diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes a centros especializados através de tecnologias virtuais, auxiliando-os na prestação de cuidados na saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). O uso da telessaúde pode ser uma estratégia para a ampliação do acesso aos serviços de saúde (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016) e qualificação da atenção aos usuários.

A criação do Programa Nacional de Telessaúde em 2007, pelo Ministério da Saúde, possibilitou que a telessaúde se tornasse acessível para os profissionais de saúde de áreas mais remotas (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016; BERNARDES; COIMBRA; SERRA, 2018; LOPES; HEIMANN, 2016) e ampliou a possibilidade de oferta de orientações sobre o diagnóstico, o tratamento e o encaminhamento de pacientes a serviços especializados (CELES, *et al.*, 2018; WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2016).

O desenvolvimento do programa Telessaúde no Brasil acompanha a tendência mundial e vem ganhando uma posição de destaque pela implementação de projetos em grande escala para o SUS (CELES, *et al.*, 2018; MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016). O modelo adotado prioriza a ligação das universidades e a APS de municípios mais remotos por meio da Tele-educação e Teleassistência, sendo as Teleconsultorias uma modalidade de grande relevância no apoio aos profissionais de saúde (CELES, *et al.*, 2018; BERNARDES; COIMBRA; SERRA, 2018; LOPES; HEIMANN, 2016).

Quanto aos benefícios do uso do programa Telessaúde, estudos sugerem que a sua utilização favorece a população na medida em que melhora o acesso desta a profissionais capacitados para atender as suas necessidades ainda na APS, reduzindo a necessidade de encaminhamentos a outros serviços e aumentando a capacidade resolutive da APS. Além disto, auxilia os profissionais a tomarem decisões qualificadas por hospitalizações, reduz o tempo para o diagnóstico, proporciona a economia de tempo e gastos para o usuário, melhora a continuidade do cuidado e possibilita a economia de recursos com possibilidade de investimentos em outras áreas (BERNARDES; COIMBRA; SERRA, 2018; LUCENA, *et al.*, 2016; MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016; MAEYAMA; CALVO, 2018; NILSON, *et al.*, 2017).

Destaca-se ainda os benefícios para a gestão municipal na medida em que possibilita a oferta de serviço especializado e de baixo custo; benefícios para os profissionais dos hospitais universitários, por aproximá-los da APS e dar foco ao ensino (LOPES; HEIMANN, 2016; NUNES, *et al.*, 2016); aos profissionais, pela possibilidade de atualização científica, redução de isolamento e redução da rotatividade (OLIVEIRA, *et al.*, 2017); aos empregadores, pela diminuição de absenteísmo de usuários e acompanhantes; e gestores nacionais e estaduais, pela melhoria do sistema de saúde, com consequente ganho político para todos os envolvidos (MAEYAMA; CALVO, 2018).

Além disto, a utilização do programa Telessaúde, incorporada ao processo de trabalho na APS, poderá contribuir para o fortalecimento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) uma vez que fomenta a construção de conhecimento no e para o trabalho (MAEYAMA; CALVO, 2018), promovendo a qualificação dos profissionais que atuam nas equipes de saúde, aumentando a resolubilidade da atenção ofertada à população e, conseqüentemente, fortalecendo a APS como porta

de entrada e ordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) (MAEYAMA; CALVO, 2018).

Contudo, a maior parte dos benefícios só é percebida quando o sistema é amplamente utilizado por várias instituições, incorporado ao cotidiano de trabalho dos profissionais e aceito pelos usuários e pelos gestores (DAMASCENO; CALDEIRA, 2019). No entanto, segundo alguns estudos, a integração do programa Telessaúde como rotina não progrediu como esperado e a adesão a esse serviço ainda é baixa (BERNARDES; COIMBRA; SERRA, 2018; SCHMITZ; HARZHEIM, 2017). Desta forma, a difusão e a aceitação do Telessaúde são um desafio complexo e compromete a sua sustentabilidade.

Outro desafio para o uso de tecnologias digitais é que alguns indivíduos criam bloqueios pessoais (SCHUHMACHER; FILHO; SCHUHMACHER, 2017; PIRSIG, 1974), principalmente quando envolve o uso de computadores. Identifica-se resistência, angústia e um estado particular de ansiedade quando são expostos à necessidade de lidar com esse tipo de tecnologia. Desta forma, considerando que a realização da Teleconsultoria requer o uso de um computador, o sentimento de angústia gerado pode representar ao profissional uma experiência claramente desagradável, potencializando a recusa ao uso (SCHUHMACHER; FILHO; SCHUHMACHER, 2017, SILVA; PRATES; RIBEIRO, 2016).

Autores consideram que a aceitação das tecnologias pelos usuários constitui-se por um dos fatores de maior relevância para o sucesso da implementação de tecnologias de informação na saúde (ALMEIDA; FARIAS; CARVALHO, 2017; GAVA *et al.*, 2017; SANTOS; MATTA-MACHADO, 2017). Desta forma, a adoção do Telessaúde sofre influência da aceitação do mesmo pelos usuários. Por isto, considera-se necessário conhecer como os usuários usam a tecnologia, suas habilidades prévias e os fatores que influenciam na sua aceitação e utilização, cuidando para que a tecnologia não seja apenas eficiente, mas também apropriada ao nível requerido pelo serviço (SANTOS; MATTA-MACHADO, 2017).

Além disto, a qualidade e custo da conexão com a internet pode atuar como fator limitante à implementação de ferramentas virtuais como o programa Telessaúde (ALMEIDA; FARIAS; CARVALHO, 2017; SANTOS; MATTA-MACHADO, 2017). O elevado custo associado a equipamentos e internet, interrupções de voz, baixa qualidade de vídeo e altos custos de transmissão estão relacionados à decisão de não utilizar uma tecnologia que exija atendimento em tempo real (GRUPPELLI, 2017),

como é o caso das Teleconsultorias síncronas, que são realizadas através de uma webconferência.

Desta forma, o profissional acaba optando por realizar a Teleconsultoria assíncrona, que não ocorre em tempo real e é realizada através de uma plataforma on-line, com resposta prevista em até 72 horas (BRASIL, 2013). O problema é que o tempo que o profissional precisa aguardar para obter resposta para sua dúvida também acaba desestimulando-o a realizar a Teleconsultorias (GRUPPELLI, 2017), levando-o a buscar outras fontes de informações mais rápidas, outro desafio para a consolidação da tecnologia (MARCOLINO, *et al.*, 2014).

Silveira (2017) reforça que, tanto o tempo entre o envio da pergunta e o recebimento de uma resposta, quanto a necessidade do agendamento de um horário do profissional com o teleconsultor para esclarecer suas dúvidas podem estar relacionados à pouca utilização das Teleconsultorias, tanto assíncronas quanto síncronas. Ainda segundo a autora, as trocas de mensagens via telefone ou a comunicação direta durante o trabalho são meios mais rápidos e fáceis do que a utilização do Telessaúde para um atendimento.

No estado do Maranhão, a dificuldade de acesso à internet também é um problema em grande parte dos municípios, principalmente nas áreas rurais. Identifica-se que parte dos municípios que possuem pontos do Telessaúde não dispõe de internet banda larga ou não realizam a manutenção dos equipamentos para o uso do Telessaúde em todas as unidades de saúde.

Apesar dos desafios para a utilização do programa Telessaúde, em 2017 o município de Caxias/MA foi um dos municípios com maior adesão ao serviço, com 2629 Teleconsultorias realizadas. O município possui 22 pontos instalados, estando todos ativos naquele ano e das 37 equipes de saúde contempladas apenas uma se manteve inativa. Considera-se ativa quando pelo menos um membro da equipe realiza pelo menos uma Teleconsultoria no mês.

Desde a implantação do programa no município, 434 profissionais de saúde foram cadastrados, sendo destes 47 enfermeiros, 11 médicos, 11 dentistas, 198 agentes comunitários de saúde, 48 auxiliares ou técnicos em enfermagem e 11 auxiliares ou técnicos de saúde bucal.

Em 2017, dos 434 profissionais cadastrados, 332 ainda atuavam em algum serviço de saúde do município, mas apenas 172 profissionais encontravam-se ativos no Telessaúde, ou seja, 160 profissionais não realizaram nenhum acesso durante todo

ano. Considerando que as condições para o uso são iguais para a maioria dos profissionais cadastrados, acredita-se que a logística não seja o principal dificultador para a adesão ao programa Telessaúde no município, uma vez que a maioria é usuário ativo e o município dispõe de uma quantidade de computadores, estrutura e conexão à internet adequada.

É possível que alguns profissionais não reconheçam o programa como um instrumento para a inovação de suas práticas ou de apoio na assistência à saúde. Estudos revelam que a medida que o profissional passa a compreender o Telessaúde como uma ferramenta de diálogo multidisciplinar e que contribui para a transformação de suas práticas (ALMEIDA; FARIAS; CARVALHO, 2017; GAVA *et al.*, 2017; SANTOS; MATTA-MACHADO, 2017), a adesão ao serviço pode ganhar novas proporções. DAMASCENO e CALDEIRA (2019) complementam que a adoção do programa Telessaúde é facilitada quando os usuários o consideram útil para a solução dos problemas identificados no serviço. Além disto, a falta de conhecimento sobre o programa é uma barreira para a sua incorporação ao processo de trabalho das equipes (MALDONADO, 2016; DAMASCENO; CALDEIRA, 2019).

Portanto, considera-se importante identificar as características e fatores que interferem no uso do programa Telessaúde, buscando contribuir para a tomada de decisões que promovam a implementação, manutenção, difusão e sustentabilidade desta tecnologia no município em estudo.

Para isto, trago os seguintes questionamentos: Quais os fatores para o uso do programa Telessaúde, em especial as teleconsultorias pelos profissionais da saúde? Os profissionais estão satisfeitos com o serviço? Para os profissionais que utilizam, será que a Teleconsultoria tem sido uma ferramenta de aprendizado e aperfeiçoamento e tem promovido a ampliação da capacidade resolutiva dos serviços? A Teleconsultoria tem fomentado a Educação Permanente em Saúde?

2. OBJETIVOS

2.1 Geral:

Caracterizar o uso do programa Telessaúde por profissionais da Atenção Primária em Saúde de um município maranhense.

2.2 Específico:

- Identificar o perfil demográfico, acadêmico e profissional dos trabalhadores cadastrados no programa Telessaúde;
- Descrever a oferta de estrutura organizacional e tecnológica para o Telessaúde em município maranhense;
- Identificar os fatores institucionais, técnicos, socioeconômicos, humanos e educacionais para o uso das Teleconsultorias pelos profissionais; e
- Identificar a satisfação dos usuários com o serviço do programa Telessaúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia político pedagógica que tem como objeto os problemas e necessidades oriundas dos processos de trabalho na saúde e articula o ensino, a atenção na saúde, a gestão do sistema e a participação do controle social. O objetivo é a qualificação dos processos de trabalho em saúde, orientando-se para a “melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e o fortalecimento do SUS no âmbito federal, estadual, municipal e local” (BRASIL, 2018b).

Partindo deste pressuposto, a educação permanente em saúde pode gerar mudanças na realidade de trabalho dos profissionais envolvidos a medida que fomenta a reflexão crítica sobre os problemas que comprometem a atenção à saúde, buscando fortalecer nos processos formativos não somente os conhecimentos técnico-científicos, mas também o planejamento do processo de trabalho (ALMEIDA, *et al.*, 2016).

Na visão de Ceccim e Ferla (2009):

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem o SUS da atenção integral à saúde.

Desta forma, a EPS destaca-se pela valorização do trabalho como fonte de conhecimento, articulação do cotidiano com o processo de construção de saberes úteis para o trabalho e o desenvolvimento de ações educativas que promovam a transformação e melhoria da qualidade da atenção ofertada em uma dada realidade. Por isto, a educação deve ser trabalhada de maneira permanente e dinâmica, buscando construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação, pondo o cotidiano do trabalho constantemente em análise (ALMEIDA, 2016).

Posto isto, a Educação Permanente em Saúde parte do pressuposto da aprendizagem significativa, onde se aprende e se ensina diariamente no âmbito do trabalho e quando o material a ser aprendido tem algum sentido para o educando (AUSUBEL, 1982). Este processo tem como referência a reflexão crítica sobre as

dificuldades do serviço, da comunidade, da gestão e do controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) e deverá promover a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (FIGUEIREDO, *et al.*, 2018).

3.2 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)

Em referência a questão da formação de recursos humanos para a saúde, o artigo 200 da Constituição Federal (CF) de 1988 atribui ao SUS a competência de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” e “incrementar o desenvolvimento técnico e científico da força de trabalho com atuação setorial” (BRASIL, 1988), determinando, com essa disposição legal, a responsabilidade dos gestores do SUS de formular e executar uma política de formação para os trabalhadores da saúde.

Com a promulgação da CF e instituição das Leis nº 8.080 e 8.142, em 1990, regulamentando o SUS, define-se as propostas de ordenação da formação de recursos humanos para a saúde em todos os níveis de ensino (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Depois disto, várias propostas foram apresentadas para fortalecer a formação dos profissionais da saúde, entre elas a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 13 de fevereiro de 2004 através da portaria 198, implementando a EPS como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o SUS (BRASIL, 2004).

Em 2007, a referida política foi complementada pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 que reforçou que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde devem ter como referência as necessidades das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tendo como principal objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho a partir da problematização da atuação, tendo a atualização técnico-científica apenas como um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS (BRASIL, 2007a).

Além disto, as diretrizes da Política (2007) atribuem a responsabilidade da sua condução ao Colegiado de Gestão Regional (CGR) que posteriormente, com a instituição do Decreto nº 7.508, passa a denominação de Comissão Intergestores

Regionais (CIR) (BRASIL, 2011a), e as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (BRASIL, 2007a).

As Comissões Intergestores Regionais (CIR), têm sob sua responsabilidade “instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local”. As CIR devem ter o apoio das CIES, que participarão da “formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS” nas localidades (BRASIL, 2007a, p.1-2).

Estudos realizados para analisar a implementação da política nos municípios e estados brasileiros apontam evidências relevantes em relação às dificuldades neste processo, tais como: pouca articulação intergestores, trabalhadores, controle social e instituições de ensino; baixa implantação das CIES regionais; participação incipiente dos gestores municipais; indefinição de parâmetros para construção dos projetos; ausência de avaliação acerca dos projetos desenvolvidos no que tange a suas desejadas mudanças nas práticas de formação, gestão e atenção na saúde; dificuldades na utilização dos recursos financeiros; dentre outras dificuldades (FIGUEIREDO, *et al.*, 2018; FRANÇA, *et al.*, 2017; SOARES, 2018).

Em 2017, para tentar desenvolver uma forma de enfrentamento para estas dificuldades, o Ministério da Saúde, promoveu um amplo debate em todo o país acerca do estágio de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2018b), constatando-se diversas dificuldades enfrentadas pela maioria dos estados, municípios e Distrito Federal, tais como: a suspensão do repasse dos recursos federais e a baixa capacidade de gestão da Política, relacionada a dificuldades na gestão da PNEPS, incipiente implementação da Política, confusão em relação a questões conceituais, apoio incipiente aos municípios e regionais que receberam recursos e tiveram dificuldades com a execução financeira (dados do diagnóstico DEGES/SGTES 2015/16).

Nessa perspectiva, dentre as medidas para a retomada da PNEPS no país, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) criou a Portaria GM/MS nº 3194, de 28 de novembro de 2017, lançando o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS) com o objetivo geral: Art. 2º

[...] estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde

em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho (BRASIL, 2017b, p. 8)

Acredita-se que com todos estes esforços a política seja verdadeiramente implementada e que as ações da EPS de fato auxiliem o fortalecimento do SUS, promovendo espaços democráticos de aprendizagem onde todos aprendem e ensinam em busca de novas formas de fazer que aumentem a capacidade resolutiva dos serviços de saúde.

3.3 Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde

A reorientação do modelo assistencial em saúde a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, revela uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas e das equipes de saúde com definição de responsabilidades entre os serviços e a população (BRASIL, 2017b). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2017a), a atenção básica em saúde é: Art 2º

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Ainda nesta publicação é possível perceber uma preocupação por parte do Ministério da Saúde em colaborar com a forma de organização dos serviços e produção de saúde e com a democratização do conhecimento em relação ao processo saúde-doença. Sendo este último um dos pressupostos básicos relacionados à educação permanente em saúde (BRASIL, 2004; FEUERWERKER, 2014; SILVA, 2015)

Ao dialogar sobre a problematização da realidade do trabalho, a EPS poderá se constituir com uma potente ferramenta para a gestão do trabalho na APS, diferenciando-se da educação continuada não apenas conceitualmente, mas também com a representatividade com que esses momentos educativos atingem a realidade do trabalho (ANDRADE; LAPOLLI, 2018). Na EPS, além da aquisição de conhecimentos, é possível promover espaços de autocrítica tanto individual dos

profissionais de saúde como coletiva sobre o trabalho e promover a democratização do saber nas organizações (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018; ANDRADE; LAPOLLI, 2018).

Além disto, o Ministério da Saúde (2017b) recomenda que os profissionais da atenção primária instituem processos de EPS que se implique na reflexão sobre a conjuntura e as contingências institucionais, sob o ponto de vista ético e político. Assim, deve ser concebido como um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas fragilidades do processo de trabalho e dos problemas de saúde vivenciados pelas equipes de saúde, de modo crítico e criativo. Em síntese, saberes, habilidades e valores deverão ser apropriados pela equipe no contexto do trabalho, para que ela possa desempenhar suas atividades, de forma satisfatória para todos – profissionais e comunidade (FIGUEIREDO, *et al.*, 2018; SILVA, 2015).

Assim, o planejamento das ações de Educação Permanente em Saúde pelas equipes da APS deve ser sistematizado a partir do levantamento das necessidades da comunidade e dos profissionais. A seleção de conteúdos e os objetivos das ações devem contemplar as demandas de aprendizagem identificadas, enquanto a definição de métodos e técnicas de ensino devem possibilitar uma execução contínua de avaliação dos processos e dos resultados (BRASIL, 2017a).

Desta forma, recomenda-se um diálogo com a organização territorial, pois o trabalho das equipes deve partir da compreensão das necessidades do território e da população sob a responsabilidade das equipes (BRASIL, 2017a). Defende-se ainda uma maior reflexão do profissional de saúde em seu trabalho vivo em ato, para a própria autoanálise, e que é necessário do ponto de vista pedagógico abrir espaços relacionais para poder se falar e se implicar com isso (MERHY, 2007).

3.4 Telessaúde e Telemedicina

A Telemedicina e telessaúde são apontados em diversos estudos como termos sinônimos e por muitos anos foram utilizados como equivalentes. Ambas constituem-se em um importante avanço tecnológico para o campo da saúde, possibilitando um fluxo de comunicação e informação mesmo em locais mais afastados dos grandes centros, mas considera-se importante estabelecer a diferença entre os dois conceitos entendendo eu estes não são sinônimos (BERNARDES, 2015).

A telessaúde refere-se a toda utilização de tecnologia e serviços de informação e telecomunicação em relação ao cuidados com a saúde, em diversos territórios (PIROPO; AMARAL, 2015; BRASIL, 2016b; CORREIA, et al., 2014). Existem registros desde o início do século XX sobre o uso desta tecnologia, desde quando os rádios começaram a se popularizar entre os médicos. Esta ferramenta envolve desde conversas simples entre médicos e pacientes para discutir sobre um diagnóstico, até a utilização da robótica em procedimentos mais avançados (EL KHOURI, 2003; LEITE; ROSA, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o termo “Telessaúde” como o uso de telecomunicações e tecnologia virtual para auxiliar os profissionais de saúde na prestação de cuidados, através de orientações sobre o diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes a centros especializados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012b), o Telessaúde constitui-se em um instrumento que possibilita o acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos, além da interação entre profissionais da saúde ou entre estes e os usuários dos serviços de saúde. É uma ferramenta que utiliza “modernas tecnologias da informação e comunicação para atividades à distância relacionadas à saúde em seus diversos níveis (primário, secundário e terciário)” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002; BRASIL, 2012b).

A telemedicina, por sua vez, trata-se de uma categoria existente dentro da telessaúde, sendo uma ferramenta que possibilita a troca de informações “através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em saúde” (CFM, Resolução no 1.643/2002). Este instrumento foi utilizado pela primeira vez em 1970, nos Estados Unidos no intuito de melhorar o atendimento dos médicos nas áreas rurais.

A American Telemedicine Association (ATA) define a telemedicina como um instrumento tecnológico complementar às práticas médicas, que oferece um atendimento aos pacientes que necessitam de exames com laudos a distância. Alguns autores citam a telemedicina como a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde nos casos em que a distância é um fator crítico (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016), se tratando de um instrumento complementar às práticas médicas.

Maeyama e Calvo (2018) complementam que a telemedicina utiliza as tecnologias da informação para além da troca de informações para fins de diagnóstico,

prevenção e tratamento de doenças, mas também para o uso da Educação Permanente em Saúde pelos profissionais de saúde.

Portanto, reforça-se que estes não são sinônimos e que a Telessaúde amplia o escopo de ação da Telemedicina para a promoção e prevenção em Saúde, para além dos aspectos clínicos e de atenção médica.

3.5 Telessaúde no Brasil

Em 2006, com o objetivo de expandir o uso da Telessaúde no Brasil, o Ministério da Saúde, através da SGTES, elaborou o Projeto Piloto Nacional de Telessaúde aplicado à atenção primária, oportunizando a criação de nove núcleos localizados nas universidades estaduais de Amazonas, Minas Gerais, Goiás, Ceará, Pernambuco, São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (BRASIL, 2007b).

Em 2007, o programa se consolidou através da Portaria nº 35, como “Programa Telessaúde Brasil”, com o objetivo de ampliar a oferta de educação permanente em saúde com foco na APS. Neste contexto, os serviços de Telessaúde buscam qualificar os atendimentos, melhorar a resolubilidade do nível primário de atenção, reduzir custos e tempo de deslocamento de usuários a outros locais, fixar profissionais de saúde em locais de difícil acesso, agilizar os atendimentos e otimizar os recursos dentro do sistema, de forma a beneficiar mais pessoas (BRASIL, 2007b).

Em 2011, o Ministério da Saúde publicou a portaria 2.546, redefinindo e ampliando o Programa Nacional de Telessaúde que passou a ser denominado de Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes) e a atuar em todos os níveis de atenção em saúde (BRASIL, 2011b). Nesse contexto, os Núcleos de Telessaúde (NTS) são responsáveis pelas atividades do programa, desenvolvendo atividades “técnico-científicas e administrativas, planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de Telessaúde, em especial a produção e oferta de Teleconsultoria e telediagnóstico” (BRASIL, 2015).

De acordo com as Diretrizes para a oferta das atividades do Programa (2015), as atividades de Teleconsultoria são ações de apoio assistencial, com caráter educacional, e constituem-se em consultas realizadas pelos profissionais da saúde para esclarecer dúvidas relacionadas ao seu processo de trabalho. O objetivo é ampliar a capacidade resolutiva de quem solicita através da construção de novos

conhecimentos relacionados às necessidades locais seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde e da APS (BRASIL, 2015).

O Telediagnóstico, por sua vez, é um serviço autônomo que utiliza as tecnologias de informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico, através de orientações sobre a execução e a interpretação de exames realizados longe de grandes centros de saúde.

3.6 Teleconsultorias

Segundo a Portaria 2.546, de 27 de outubro de 2011, a Teleconsultoria é um diálogo estabelecido entre os profissionais da área da saúde para esclarecer as dúvidas sobre procedimentos clínicos. Quando há necessidade de uma informação mais especializada sobre um problema de saúde ou discussão de um caso clínico, o profissional da saúde poderá iniciar a interação com outro profissional com maior expertise no tema em questão, independente da distância geográfica e temporal (BRASIL, 2011b).

Desta forma, a utilização das Teleconsultorias como estratégia de educação permite a construção e/ou ampliação de conhecimentos que colaborem com o profissional da saúde no processo de avaliação, diagnóstico, definição de tratamento, reabilitação e detecção precoce de instabilidade clínica e funcional, aprimorando a qualidade do atendimento aos usuários, principalmente para aqueles que possuem maior dificuldade de acesso aos recursos, com potencial para qualificar os encaminhamentos, reduzindo o tempo de espera quando isso se faz necessário (MAEYAMA; CALVO, 2018; BERNARDES; COIMBRA; SERRA, 2018; GAVA, *et al.*, 2016).

As Teleconsultorias podem ser síncronas ou assíncronas. As Teleconsultorias assíncronas são realizadas em tempo real, através de ferramentas de áudio e vídeo, e o profissional precisa enviar uma solicitação na plataforma e a equipe do NTS agenda uma data e horário para que a Teleconsultoria seja executada. As Teleconsultorias assíncronas são realizadas por meio de mensagens off-line e o profissional precisa realizar uma solicitação na plataforma. Sua solicitação é analisada por um Telerregulador e, caso estiver adequada ao escopo das atividades do Telessaúde e/ou da Educação Permanente em Saúde, é respondida por um Teleconsultor em até 72 horas (BRASIL, 2015).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, originado da pesquisa “*TELESSAÚDE: uma ferramenta de Educação Permanente em Saúde para os profissionais da Atenção Básica do Estado do Maranhão*”, sob coordenação da professora Dra. Liberata Campos Coimbra, através da qual são avaliados os indicadores de estrutura e processo do Programa Telessaúde do Estado do Maranhão, a partir das diretrizes para a oferta de Teleconsultorias, fatores associados ao uso do sistema e percepção dos profissionais envolvidos com o Telessaúde sobre sua utilização como uma ferramenta de Educação Permanente em Saúde.

4.2 Local e período de estudo

A pesquisa foi realizada no período de maio de 2018 a outubro de 2019, com a coleta de dados em maio de 2018, em Caxias, terceiro maior município do Maranhão. O município possui uma área territorial de 5.196,769 quilômetros quadrados, quinto mais populoso do estado, com população estimada em 164.224 pessoas para o ano de 2018 (BRASIL, 2017c) e localizado a 360 quilômetros de São Luís, onde se encontra a sede do Núcleo Estadual de Telessaúde do HUUFMA do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) era de 0,624, o que o situa na faixa de IDHM médio (entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é a longevidade, com índice de 0,753; seguida de renda, com índice de 0,595; e de educação, com índice de 0,543. Entre 2000 e 2010, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 1,12%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 74,58% para 76,41% (BRASIL, 2017c).

Sobre os dispositivos de saúde, o município de Caxias possui 34 centros de especialidades; 12 unidades de apoio diagnóstico e terapêutico; três policlínicas; dois hospitais especializados; dois hospitais gerais; duas centrais de regulação de acesso e um centro de regulação das urgências. Em relação à APS, o município é composto por 36 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e proporção de cobertura populacional

estimada em 100%, com 50 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 48 equipes de saúde bucal implantadas. O município não possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2016a).

Quadro 01: Dispositivos de Saúde do município de Caxias/MA, 2018.

DISPOSITIVO	QUANTIDADE
Central de regulação do acesso	2
Centro de regulação médica das urgências	1
Centro de Atenção Psicossocial	3
Centro de Saúde/Unidade Básica	36
Clínica/Centro de Especialidades	34
Consultório Isolado	3
Farmácia	2
Hospital Especializado	2
Hospital Geral	2
Policlínica	3
Polo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde	1
Pronto Atendimento	1
Unidade de apoio Diagnóstico e Terapia	12
Unidade Mista	1
Unidade móvel de Nível pré-hospitalar na área da urgência	10
TOTAL	119

Fonte: DATASUS/CNES/novembro de 2018

As UBS são compostas por: 379 agentes comunitários de saúde, 48 enfermeiros, 63 técnicos de enfermagem, 39 auxiliares de enfermagem, 35 médicos de família, um médico clínico, 43 cirurgiões-dentistas, totalizando 608 profissionais (BRASIL, 2018a).

A implantação do Telessaúde no município ocorreu em maio de 2015, com a implantação de 10 pontos. No período do estudo, existiam 22 pontos instalados, contemplando 37 equipes de saúde e 434 profissionais cadastrados. De acordo com dados do Núcleo Estadual de Telessaúde do HUUFMA, entre janeiro e dezembro de 2017, todas as UBS mantiveram-se ativas e os profissionais da APS solicitaram 2629 teleconsultorias assíncronas, eventos que justificaram a escolha do município de Caxias para este estudo.

4.3 População do estudo

A população do estudo foram os profissionais de saúde da APS em Saúde do

município de Caxias cadastrados no Programa Telessaúde.

Como critério de inclusão tem-se os profissionais cadastrados e que atuam no município. O critério de exclusão foi o profissional cadastrado que não atua mais no município. Portanto, dos 434 profissionais cadastrados até 2017, apenas 332 constituem a população do estudo. Compareceram no dia da coleta de dados 233 profissionais, com uma perda de 99 profissionais. Os quantitativos por categoria estão apresentados no Quadro 2:

Quadro 2: Comparação entre a quantidade de profissionais cadastrados no Telessaúde e atuantes no município de Caxias/MA e a quantidade de profissionais que participaram ou não da pesquisa, por categoria.

Categoria profissional	Cadastrado no Telessaúde	Participou da pesquisa	Perda
Médico	11	5	6
Enfermeiro	47	33	14
Dentista	14	8	6
Técnico em enfermagem	47	29	18
ASB/TSB	17	17	0
ACS	196	141	55
TOTAL	332	233	99

4.4 Coleta de dados

Em maio de 2018 foi realizado contato telefônico com a gestão municipal de Caxias/MA para informar sobre a pesquisa e da necessidade de aplicação dos questionários junto aos profissionais de saúde do município que possuem cadastro no Telessaúde.

Em junho de 2018, foi realizada uma reunião presencial entre os pesquisadores e a coordenação da atenção básica e a coordenação do Telessaúde do município de Caxias/MA. Na oportunidade, a pesquisa foi apresentada de forma mais aprofundada e realizou-se a pactuação da coleta dos dados. Foram definidos os dias e horários da aplicação dos questionários de acordo com a categoria profissional. A gestão municipal comprometeu-se em liberar os profissionais do trabalho para participarem

da pesquisa, assim como responsabilizou-se em informar a todos sobre a mesma.

A coleta de dados foi realizada também no mês de junho de 2018, de acordo com as datas e horários definidos previamente. Os questionários foram aplicados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Era facultada a desistência sem qualquer prejuízo para o entrevistado em qualquer etapa da pesquisa.

Após a coleta de dados, foi realizada a organização e enumeração dos questionários para contabilizá-los e identifica-los por categoria profissional. O objetivo desta etapa foi identificar a quantidade de profissionais que participaram da pesquisa e comparar com a quantidade total de profissionais cadastrados no Telessaúde no município.

4.5 Instrumentos

Foi utilizado questionário estruturado (adaptado de ALKMIN *et al.*, 2010) (Anexo I), organizado em 03 blocos. O primeiro bloco contendo 10 perguntas relacionadas às características dos profissionais de saúde, tais como: nome, sexo, idade, estado civil, categoria profissional, tempo de formação, especialidade, experiência na atenção primária e tempo de atuação no município.

O segundo bloco contendo 30 questões sobre a estrutura organizacional e tecnológica, características do uso, fatores institucionais, fatores técnicos para o uso, fatores socioeconômicos, fatores humanos e fatores educacionais para o uso do Telessaúde.

Para os fatores organizacionais e tecnológicos, tem-se as variáveis: treinamento para o uso; treinamento suficiente; acesso à esclarecimento em caso de dúvida técnica sobre o uso da Teleconsultoria; tempo gasto pelo sistema para responder a solicitação; esclarecimento da dúvida após a Teleconsultorias; tempo gasto para preparo da solicitação; possibilidade de discutir casos com outros profissionais, fora do sistema de Teleconsultorias; uso pessoal de computador/internet na rotina diária do trabalho ou na vida pessoal; qualidade da conexão com a Internet; disponibilidade de computador para o uso do sistema de Teleconsultorias; e local para o uso do Telessaúde.

Para a caracterização do uso, considerou-se as variáveis: usuário ativo; frequência do uso e uso fora do local de trabalho. Para os fatores institucionais as variáveis foram: conhecimento sobre a existência do Telessaúde e orientação

administrativa do município para o uso do sistema de Teleconsultorias. Em relação aos fatores técnicos incluiu-se as variáveis: disponibilidade de tempo para usar dentro da rotina diária de trabalho; complexidade do sistema; e confiança na confidencialidade das informações clínicas com o uso do Telessaúde.

Sobre os fatores socioeconômicos foram utilizadas as variáveis: benefícios para o paciente; redução de encaminhamentos; utilidade do sistema para a prática diária de trabalho; sensação de isolamento profissional; e redução da sensação de isolamento profissional. Para os fatores humanos as variáveis foram: interferência negativa frente ao paciente; interferência negativa frente a comunidade; e interferência negativa frente aos colegas. Quanto aos fatores educacionais, as variáveis foram: Teleconsultorias como ferramenta educacional; Teleconsultorias como ferramenta de atualização; e melhora na resolução de problemas do trabalho.

O terceiro e último bloco possui 04 perguntas sobre o grau de satisfação do profissional em relação ao serviço de Telessaúde, utilizando uma escala Likert de 5 pontos. As variáveis estudadas são grau de satisfação; atendimento de necessidades; possibilidade de recomendação; e possibilidade de voltar a usar o serviço.

A digitação sistemática dos dados foi realizada no programa EpiInfo versão 7.2.

4.6 Análise dos dados

Foi empregada uma análise descritiva das variáveis. Foi utilizado o software R® versão 3.5.3. Para apresentação dos resultados foram elaboradas tabelas e gráficos.

4.7 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), obtendo parecer 2.315.668, favorável à sua execução. Foi conduzida levando em consideração os princípios éticos básicos para a pesquisa envolvendo seres humanos no contexto brasileiro, estabelecidos pela Resolução nº 466 de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012a).

5. RESULTADO

5.1 Artigo:

USO DE TELECONSULTORIAS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO MARANHENSE

(Submetido à Revista Panamericana de Salud Publica. Qualis A4)

USO DE TELECONSULTORIAS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE EM MUNICÍPIO MARANHENSE

USE OF TELECONSULTORIES BY PRIMARY HEALTH CARE PROFESSIONALS
IN MUNICIPALITY OF MARANHÃO

Ellen Rose Sousa Santos

Programa de Pós-Graduação em Rede-Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família

Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil

Liberata Campos Coimbra

Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil

Ariane Cristina Ferreira Bernardes Neves

Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil

Endereço para correspondência:

SANTOS, ERS: ellenrose.ss@gmail.com

COIMBRA, LC: liberatacoimbra@gmail.com

NEVES, ACFB: ariane_bernardes@hotmail.com

USO DE TELECONSULTORIAS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIO MARANHENSE

Ellen Rose Sousa Santos¹

Liberata Campos Coimbra²

Ariane Cristina Ferreira Bernardes Neves³

RESUMO

O Telessaúde fomenta o aperfeiçoamento das práticas a partir da Educação Permanente em Saúde, permitindo qualificação eficiente e de baixo custo, mesmo em locais mais remotos.

Objetivo: Descrever o uso do programa Telessaúde por profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Métodos: Estudo descritivo com abordagem quantitativa, com coleta de dados em junho de 2018 através de questionários aplicados aos profissionais de Caxias, Maranhão cadastrados no Telessaúde.

Resultados: Dos 233 participantes, 96,6% conhecia o Telessaúde e 72,1% usam ou usaram as Teleconsultorias. Em relação à organização do Núcleo Estadual de Telessaúde e do município para a oferta do Telessaúde, identificou-se que 42,1% não recebeu treinamento para o uso e 51,1% não teve acesso a esclarecimentos quando precisou. O tempo para recebimento de respostas foi considerado adequado por 88,7% e 91,1% teve sua dúvida esclarecida. Sobre a infraestrutura para o uso, identificou-se computadores (57,9%), internet satisfatória (60,1%) e local adequado (69,9%). A maioria dos profissionais reconhece os benefícios do Telessaúde aos pacientes (95,2%) e para a prática no trabalho (95,8%). Reconheceu-se também que é útil como uma ferramenta educacional (98,8%) e para resolver problemas da prática diária (86,9%), indicando contribuições para a EPS.

Conclusão: O município estudado possui boa estrutura e os profissionais reconhecem os benefícios do programa Telessaúde. Recomenda-se maior empenho da gestão municipal para a consolidação do programa e inclusão digital dos profissionais e melhor organização tanto do município quanto do Núcleo do Telessaúde para a permanente oferta de treinamentos e apoio aos profissionais que desejem utilizar o serviço.

Palavras chave: Consulta Remota; Atenção Primária à Saúde; Telemedicina

¹ Programa de Pós-Graduação em Rede-Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil.

² Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil.

³ Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil

No Brasil, a organização e a ampliação do acesso da atenção à saúde aos cidadãos brasileiros ainda é um desafio para a gestão setorial. Entre as principais dificuldades, destaca-se a baixa oferta de serviços especializados, fragmentação da rede de atenção à saúde e dificuldade em potencializar a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial e ordenadora das redes de serviços disponíveis (1).

A telessaúde insere-se neste contexto como uma ferramenta para o apoio aos profissionais, pois disponibiliza orientações e possibilidades de discussão sobre o diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes através de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), auxiliando-os na prestação de cuidados na saúde e ampliando a capacidade resolutiva na APS (2). O uso da telessaúde pode ser uma estratégia para a ampliação do acesso e qualidade dos serviços de saúde (3-5).

A criação do Programa Nacional de Telessaúde em 2007, possibilitou que a telessaúde se tornasse acessível para os profissionais de saúde, principalmente nas áreas mais remotas (3, 6, 7). O modelo adotado prioriza a ligação das universidades e a APS de municípios por meio da Tele-educação e Teleassistência, sendo as Teleconsultorias uma modalidade de grande utilidade (4, 6, 7).

Teleconsultorias são consultas realizadas entre especialistas, profissionais da saúde e gestores para esclarecer dúvidas relacionadas ao processo de trabalho na saúde (8). O objetivo é ampliar a capacidade resolutiva de quem solicita através da construção de novos conhecimentos relacionados às necessidades locais seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (9).

Quando incorporada ao processo de trabalho, o uso da Teleconsultorias contribuem com ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) a medida que fomentam a construção de conhecimentos no e para o trabalho, promovendo a

qualificação dos profissionais, aumentando a resolubilidade da atenção ofertada à população e fortalecendo a APS (10).

Estudos demonstram que este benefício é percebido quando as Teleconsultorias são incorporadas ao cotidiano de trabalho e aceito pelos usuários e gestores. No entanto, a integração do programa Telessaúde como rotina não progrediu como esperado e a baixa utilização da ferramenta ainda é uma realidade nacional e internacional (11-14).

De acordo com os monitoramentos realizados por meio do Sistema de Monitoramento das Teleconsultorias do Núcleo Estadual de Telessaúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (NTS-HUUFMA) (<http://telessaude.huufma.br/portal/>), entre os municípios maranhenses que possuem o programa implantado, Caxias teve boa adesão em 2017, com 2629 teleconsultorias assíncronas realizadas. Os 22 pontos instalados mantiveram-se ativos e apenas uma das 37 equipes cadastradas não usou a ferramenta naquele ano. Apesar disso, dos 332 profissionais cadastrados, 160 não realizaram qualquer Teleconsultoria durante todo o ano.

Considerando que as condições para o uso são iguais para a maioria dos profissionais cadastrados, acredita-se que a logística não seja o principal dificultador para a adesão ao programa Telessaúde no município, uma vez que a maioria é usuário ativo e o município dispõe de uma quantidade de computadores, estrutura e conexão à internet adequada.

É possível que alguns profissionais não reconheçam a Teleconsultoria como um instrumento de apoio para suas práticas na saúde ou que não se sintam preparados para o uso. Portanto, considera-se importante identificar as características e fatores institucionais, técnicos, socioeconômicos, humanos e educacionais para o uso das

Teleconsultorias pelos profissionais, buscando contribuir para a tomada de decisões que promovam a implementação, manutenção, difusão e sustentabilidade desta tecnologia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa realizado no período de maio de 2018 a outubro de 2019 em Caxias, terceiro maior município do Maranhão.

A APS do município de Caxias é composta por 36 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 50 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com proporção de cobertura populacional estimada em 100% e 48 equipes de saúde bucal implantadas. Nas UBS possuem: 379 agentes comunitários de saúde, 48 enfermeiros, 63 técnicos de enfermagem, 39 auxiliares de enfermagem, 35 médicos de família, um médico clínico, 43 cirurgiões-dentistas, totalizando 608 profissionais (15).

A implantação do programa Telessaúde no município ocorreu em maio de 2015, com a implantação de 10 pontos. No período do estudo, existiam 22 pontos instalados, contemplando 37 equipes de saúde e 434 profissionais cadastrados. Entre janeiro e dezembro de 2017, todas as UBS mantiveram-se ativas e os profissionais da APS solicitaram 2629 teleconsultorias assíncronas, eventos que justificaram a escolha do município de Caxias para este estudo.

A população do estudo foi constituída por profissionais cadastrados no programa Telessaúde e que atuavam no município de Caxias no período da coleta de dados. Dos 434 profissionais cadastrados até 2017, 332 ainda atuavam no município e 233 compareceram na coleta de dados, houve perda de 99 profissionais. A coleta ocorreu em 2018 através de um questionário (16) organizado em 03 blocos.

O primeiro bloco com 10 perguntas relacionadas às características dos profissionais: nome, sexo, idade, estado civil, categoria profissional, tempo de formação, especialidade, experiência na atenção primária e tempo de atuação no município.

O segundo bloco com 12 questões sobre os fatores organizacionais e tecnológicos, com as variáveis: treinamento para o uso; treinamento suficiente; acesso à esclarecimento em caso de dúvida técnica sobre o uso da Teleconsultoria; tempo gasto pelo sistema para responder a solicitação; esclarecimento da dúvida após a Teleconsultorias; tempo gasto para preparo da solicitação; possibilidade de discutir casos com outros profissionais, fora do sistema de Teleconsultorias; uso pessoal de computador/internet na rotina diária do trabalho ou na vida pessoal; qualidade da conexão com a Internet; disponibilidade de computador para o uso de Teleconsultorias; e local para o uso, 03 questões para a caracterização do uso, considerando as variáveis: usuário ativo; frequência do uso e uso fora do local de trabalho, 02 questões sobre os fatores institucionais: conhecimento sobre a existência do Telessaúde e orientação administrativa do município para o uso do sistema de Teleconsultorias, 03 questões sobre os fatores técnicos: disponibilidade de tempo para usar no trabalho; complexidade do sistema; e confiança na confidencialidade das informações clínicas com o uso do Telessaúde, 05 questões sobre os fatores socioeconômicos: benefícios para o paciente; redução de encaminhamentos; utilidade para a prática diária de trabalho; sensação de isolamento profissional; e redução da sensação de isolamento profissional, 03 para os fatores humanos: interferência negativa frente ao paciente; comunidade; e colegas e 03 questões sobre os fatores educacionais: Teleconsultorias como ferramenta educacional; Teleconsultorias como ferramenta de atualização; e melhora na resolução de problemas do trabalho.

O terceiro e último bloco com 04 perguntas sobre o grau de satisfação do profissional em relação ao programa Telessaúde, utilizando uma escala Likert de 5 pontos. As variáveis estudadas são grau de satisfação; atendimento de necessidades; possibilidade de recomendação; e possibilidade de voltar a usar o serviço.

Os questionários foram aplicados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e era facultada a desistência em qualquer etapa da pesquisa, sem prejuízo ao entrevistado. A digitação sistemática dos dados foi realizada no programa EpiInfo versão 7.2. e para a análise descritiva dos dados utilizou-se o software R® versão 3.5.3.

A pesquisa que deu origem a este estudo foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Todos os procedimentos obedeceram a Resolução nº 466 de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde (17).

RESULTADOS

Foram entrevistados 233 profissionais, sendo 81,5% do sexo feminino, sem companheiro (51,9%); 88% possuíam mais de 30 anos de idade e 60,6% eram agentes comunitários de saúde. Dos 46 profissionais de nível superior, 78,3% possuíam Pós-graduação. Sobre a trajetória profissional, 49,8% com mais de 5 anos de formado 85,4% possuía mais de 5 anos de atuação na APS e 87,1% com mais de 5 anos de atuação no município (Tabela 1).

Sobre a caracterização do uso das Teleconsultorias, 72,1% afirmou que usa ou já usou o programa Telessaúde em algum momento, enquanto 27,9% nunca utilizaram, e 64,9% disse que não utiliza as Teleconsultorias fora do local do trabalho.

Para a caracterização da estrutura organizacional e tecnológica para o uso do

programa Telessaúde, utilizou-se as categorias organizacional e infraestrutura. Na categoria organizacional, investigou-se a capacidade do NTS-HUUFMA e do município de Caxias para desenvolver, implementar e manter o Telessaúde, garantindo um serviço que atenda às necessidades dos profissionais usuários. Sobre o recebimento de treinamento para o uso do sistema de Teleconsultorias, 54,9% afirmou ter recebido, mas o número de profissionais que afirmou não ter recebido um treinamento ainda foi alto (42,1%). Sobre o acesso a esclarecimentos de dúvidas técnicas no uso das Teleconsultorias, 51,1% afirmou que não tem acesso. Em relação ao tempo que eles precisam aguardar para o recebimento da resposta para sua solicitação foi adequado (88,7%) e 91,1% considerou que as respostas das Teleconsultorias geraram esclarecimentos em relação ao que foi questionado.

Identificou-se que a discussão de casos clínicos com outros profissionais fora do sistema de Teleconsultoria foi possível para 76% dos entrevistados, que o tempo gasto no preparo do caso clínico para discussão na Teleconsultoria não foi um fator limitante para o uso (47%).

Sobre a infraestrutura do município para o uso do programa Telessaúde pelos seus profissionais, identificou-se que 60,1% considerou a conexão com a Internet satisfatória, 57,9% sinalizou disponibilidade de computador para o uso e 69,9% considerou que o local disponibilizado para o uso era adequado (Tabela 2).

Sobre os fatores institucionais, 96,6% afirmou ter conhecimento sobre a existência do sistema de Teleconsultorias instalado no município, mas quase metade (43,3%) afirmou que não tem acesso à orientações administrativas para o uso. Quanto aos fatores técnicos, 76% dos profissionais afirmou ter disponibilidade de tempo para o uso das Teleconsultorias na rotina diária do trabalho, 69,1% considerou que o uso

é simples e 76,8% afirmou que confia na confidencialidade das informações discutidas nas Teleconsultorias.

Dos fatores sociais e econômicos, 95,2% reconheceu que o uso das Teleconsultorias pode trazer benefícios aos pacientes e 95,8% as considerou úteis para sua prática no trabalho. Em relação à sensação de isolamento profissional e a redução dessa sensação a partir do uso das Teleconsultorias. Identificou-se que 102 (43,8%) profissionais referiram a sensação de isolamento e, quando comparado a sensação de isolamento com os profissionais que usaram o serviço, identificou-se que 74 dos 102 utilizaram as Teleconsultorias. Dos 74 profissionais que se sentiam isolados e utilizaram o serviço, 58,1% afirmou que o uso das Teleconsultorias reduziu essa sensação (Tabela 3).

Sobre os fatores humanos para o uso das Teleconsultorias, investigou-se a percepção de interferências negativas na relação com o paciente, com a comunidade e com os colegas de equipe e a maioria respondeu que não interferiu (89,3%, 94,6% e 94,6%, respectivamente). Sobre os fatores educacionais, questionou-se sobre a Teleconsultoria como ferramenta educacional, com 98,8% de respostas positivas; sobre a efetividade das Teleconsultorias como ferramenta para a atualização profissional, com 94% de respostas positivas; e sobre as Teleconsultorias terem ajudado na resolução dos problemas do dia-a-dia do trabalho, com 86,9% de respostas positivas. Para os fatores humanos e educacionais, considerou-se apenas os profissionais que usaram o serviço (Tabela 4).

Quanto a satisfação com o serviço de Telessaúde, 63,1% profissionais declararam-se satisfeitos, 95,8% considerou que os Teleconsultores possuem muito conhecimento para atender as solicitações, 82,7% afirmaram que recomendariam o serviço a colegas e 86,9% voltaria a usá-lo em caso de necessidade. Considerou-se

apenas os profissionais que usam ou já usaram o serviço, totalizando 168 profissionais (Tabela 5).

DISCUSSÕES

Identificou-se que 72,1% dos profissionais usa ou já usou as Teleconsultorias e destes, apenas 36,5% afirmaram ser usuário ativo. Ao comparar a resposta ser ou não usuário ativo com a frequência do uso, apenas 21,1% utilizam o serviço pelo menos uma vez ao mês, frequência necessária para ser considerado usuário ativo. Além da pouca utilização, entende-se que muitos deles não entendiam o que é usuário ativo.

Estudos realizados no Brasil apontam a baixa utilização das Teleconsultorias como um problema a ser superado (18, 19). Alkmim e colaboradores (19) destacam que profissionais preferem encaminhar os usuários para outro serviço do que solicitar apoio ao programa Telessaúde. No Maranhão, Bernardes, Coimbra e Serra (6) demonstraram que apenas 36% dos municípios com o Telessaúde implantado e 20% das unidades de saúde cadastradas utilizaram as Teleconsultorias no período de 2015 e 2016. Destaca-se que a baixa utilização do programa Telessaúde pode ser multideterminada e o olhar atento aos diferentes aspectos deste problema poderá subsidiar a identificação de estratégias para o enfrentamento desta realidade.

Em relação ao uso das Teleconsultorias, 64,9% dos profissionais afirmaram que não as utilizam fora do local do trabalho, mantendo o uso restrito à Unidade Básica de Saúde. Atualmente, algumas regiões do Brasil já dispõe de aplicativos para Android e IOS para a realização das Teleconsultorias via smartphones (20), realidade já possível mas pouco observada entre aos profissionais cadastrados no NTS-HUUFMA. É

possível que eles não conheçam essa possibilidade e sugere-se que isso seja reforçado nas capacitações para o uso do Telessaúde.

Observamos no atual estudo que 96,6% dos profissionais possuíam conhecimento do programa Telessaúde no município, mas quase metade (42,1%) afirmou que não recebeu treinamento para o uso.

Estudos demonstraram que o treinamento é um dos fatores mais importantes na utilização das Teleconsultorias (19, 21) e que a falta de informações e treinamentos para o uso das Teleconsultorias estão associados a não utilização pelos profissionais (20). Além disto, os treinamentos não devem ser limitados ao momento que o município adere ao programa, sendo continuamente ofertados para possibilitar ajustes necessários para a incorporação ao trabalho (19, 1, 22).

Em relação ao processo da Teleconsultoria assíncronas, o prazo máximo para a resposta é 72 horas (8). Neste estudo, 88,7% considerou adequado o tempo que precisaram aguardar para o recebimento da resposta. Outros estudos, por sua vez, demonstraram que o tempo que o profissional precisa aguardar é um fator limitante para o uso (23) e pode levar o profissional a buscar outras fontes de informações mais rápidas (24).

Na realização da solicitação, o profissional usuário deve atentar a vários aspectos pois, em casos mais complexos, o preparo pode exigir revisão dos registros dos pacientes, demandando tempo. No atual estudo, apesar de grande parte dos profissionais (47%) não ter considerado o tempo gasto no preparo como um fator limitante ao uso das Teleconsultorias, 32,2% afirmou que esse tempo limitou o uso.

Maeyama e Calvo (12) afirmam que a possibilidade do profissional dedicar parte do tempo para realizar as Teleconsultorias pode garantir a sustentabilidade do programa. Eles destacam que, mesmo com a redução da carga horária da assistência

para o uso do Telessaúde, o tempo de espera dos usuários por especialistas diminuem, pois parte dos casos passam a ser resolvidos ainda na APS e o número de casos em busca de especialistas diminui (12).

Entende-se que existe a necessidade do profissional dedicar parte do tempo do trabalho para a realização das Teleconsultorias e que, dependendo do caso, este tempo pode comprometer outras atividades assistenciais. Por isto, recomenda-se a realização de treinamentos que incluam as possíveis implicações do uso das Teleconsultorias, no intuito de prepará-los não para perceberem-nas como algo que irá impedir o uso, mas que serão consideradas no planejamento e implementação de mudanças que integrem o Telessaúde às suas demais agendas.

Neste estudo, 76% dos profissionais afirmou que é possível discutir casos clínicos com outros profissionais durante a rotina de trabalho. Assim, o Telessaúde vem para ampliar as possibilidades de EPS à medida que disponibiliza mais um espaço de discussão entre os profissionais sobre necessidades do trabalho e a construção de conhecimentos úteis para a tomada de decisão (25, 26).

Em relação à estrutura tecnológica disponibilizada para o uso do Telessaúde, 60,1% dos participantes considerou a conexão com a Internet no município satisfatória, 57,9% afirmou que possuía computadores para o uso das Teleconsultorias e 69,9% dos profissionais afirmaram que o local para o uso do Telessaúde era adequado.

Estudos apontam que a falta de computadores e conexão com a Internet como barreiras estruturais para o uso do Telessaúde (27, 1, 20). Pessoa e outros colaboradores (21) confirmam que a insuficiência de equipamentos de informática nas UBS compromete o uso e é uma importante barreira para a consolidação do Telessaúde no Brasil (20, 3).

No município em estudo, possivelmente a estrutura física e tecnológica limitou o uso do Telessaúde pois os profissionais sinalizaram condições adequadas para o uso. Considerando que, ainda assim, alguns não utilizaram o serviço, é possível que eles não estivessem totalmente preparados ou que simplesmente não conheciam seus potenciais benefícios.

Observamos que 56,7% recebeu orientações administrativas para o uso, mas que 43,3% dos profissionais não receberam orientações administrativas do município para o uso do Telessaúde.

No estudo de Damasceno e Caldeiras (1) identificou-se que a maioria dos gestores desconhecem ou tem dúvida sobre o funcionamento do Telessaúde, embora motivem os profissionais para o uso. Acredita-se que quanto maior o conhecimento dos gestores sobre o Telessaúde, melhores os argumentos para convencer os profissionais sobre a importância do uso. Pessoa e colaboradores (21) complementam que a adesão ao uso das Teleconsultorias pelos profissionais pode ser influenciado pelo reconhecimento dos gestores sobre os benefícios do Telessaúde.

Considerando que 30,9% indicou que o sistema de Teleconsultorias é complexo, acredita-se que esta dificuldade poderia ter sido sanada se o gestor municipal estivesse atento às dificuldades dos profissionais e ofertando espaços educativos para o aprimoramento do uso, considerando que isto limitou-se aos treinamentos ofertados pelo NTS-HUUFMA.

Quanto ao reconhecimento dos benefícios do uso do sistema, identificou-se que 95,2% dos profissionais que usam ou já usaram as Teleconsultorias conseguiram perceber benefícios para o paciente e 95,8% considerou que esta ferramenta foi útil para a sua prática diária no trabalho.

Estudos demonstram que a adesão ao uso das Teleconsultorias é influenciada pelo reconhecimento de que esta ferramenta pode oferecer benefícios para a prática profissional e para o sistema local de saúde (19, 1). Portanto, é primordial que, desde a implantação, os profissionais sejam orientados não apenas sobre o uso, mas também sobre os benefícios potenciais do serviço (19).

Apesar de ter dado indícios de benefícios para atenção ofertada aos usuários, 50% dos profissionais afirmou que esta ferramenta não foi capaz de reduzir o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção.

A redução de encaminhamentos desnecessários já foi descrita em diversos estudos como benefícios do uso do Telessaúde (12, 28, 29). Por outro lado, estudos demonstram que a redução de encaminhamentos é percebida quando esta ferramenta é incorporada à prática diária dos trabalhadores da saúde (12, 20, 3, 29, 24) e quando a adesão é baixa este benefício dificilmente é alcançado (12).

Outro item avaliado foi sobre a sensação de isolamento profissional, que ocorre em alguns municípios de pequeno porte, localizados em áreas rurais e/ou isoladas, com dificuldade de fixação dos profissionais devido à dificuldade de acesso a programas de educação continuada (28).

Apesar do município em estudo não ser um município isolado, 102 profissionais (43,8%) afirmaram ter a sensação de isolamento e 58,1% afirmou que o Telessaúde contribuiu para a redução deste problema. Acredita-se que o Telessaúde pode estabelecer uma interlocução entre os profissionais e as equipes dos NTS, aproximando o serviço e a universidade e reduzindo a sensação de isolamento dos profissionais (11, 28).

Sobre a percepção da capacidade educativa do Telessaúde, 98,8% afirmou que foi útil como ferramenta educativa, 94,0% afirmou que foi útil para a atualização

profissional e 86,9% afirmou que as Teleconsultorias os ajudou resolver problemas do dia-a-dia do trabalho.

Da mesma forma, na investigação de Celes e outros colaboradores (4) sobre o Telessaúde como parte de políticas públicas nacionais, identificou-se que no Brasil a tecnologia tem possibilitado a construção de espaços educacionais através da discussão sobre os problemas identificados no processo de trabalho em saúde, ampliando o acesso à EPS. A valorização do potencial dos espaços do trabalho como fonte de discussão e construção de conhecimentos úteis ao trabalho é um eixo estruturante da EPS, que possibilita uma aprendizagem significativa a partir das demandas do cotidiano do trabalho (30).

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou características importantes em relação ao uso das Teleconsultorias no município em estudo. Constatou-se que a estrutura tecnológica não foi apontada como um fator que limitou o uso e que os profissionais possuem um entendimento em relação aos benefícios do serviço. Demonstrou-se que eles compreendem não apenas os benefícios para os pacientes, mas também para o trabalho na APS e como ferramenta para melhorar a prática no trabalho, sinalizando um reconhecimento das Teleconsultorias como ferramenta estratégica para a Educação Permanente em Saúde.

Identificou-se que o uso do Telessaúde ainda está restrito às UBS e, com a ampliação do acesso aos aparelhos celulares, é possível que este seja um importante meio para melhorar o uso do programa. O NTS-HUUFMA já disponibiliza um aplicativo gratuito para a realização do acesso ao Telessaúde e isto precisa ser reforçado junto aos profissionais.

Encontrou-se fragilidade em relação ao apoio da gestão municipal e do NTS-HUUFMA aos profissionais para o uso. Recomenda-se maior organização para o apoio e incentivo permanente aos profissionais para o uso das Teleconsultorias, com oferta de momentos educativos permanentes para discussão tanto da parte técnica quanto para a sensibilização e motivação dos profissionais para o uso do Telessaúde, explicitando riscos, benefícios, aspectos éticos e legais e a necessidade de reorganização do processo de trabalho para a incorporação desta tecnologia.

REFERENCIAS

1. Damasceno FR, Caldeira AP. Teleconsultoria na atenção primária no norte de Minas Gerais: cenário e fatores associados à sua não utilização por médicos. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2018 out-dez.; 12(4).
2. World Health Organization (OMS). *Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth 2009*. Genebra. 2010.
3. Maldonado JMS, Marques AB, Cruz A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2016; 32(2): e00155615.
4. Celes RS, Rossi TRA, Barros SG, Santos CML, Cardoso C. A telessaúde como estratégia de resposta do Estado: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42: e84.
5. World Medical Association. Telemedicine. Disponível em: <http://www.wma.net/es/20activities/40healthsystems/40telemedicine/index.html>. 2016
6. Bernardes ACF, Coimbra LC, Serra HO. Utilização do Programa Telessaúde no Maranhão como ferramenta para apoiar a Educação Permanente em Saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42:e134.
7. Lopes JE, Heimann C. Uso das tecnologias da informação e comunicação nas ações médicas a distância: um caminho promissor a ser investido na saúde pública. *J. Health Inform.*, São Paulo. 2016; 8(1): 26-30.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF. 2011.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 50/2015 DEGES/SGTES/MS. Diretrizes para a oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, DF. 2015.
10. Silveira A. Utilização das teleconsultorias realizadas pelos profissionais de saúde da atenção primária à saúde do município de Gramado/RS via projeto TelessaúdeRS-UFRGS [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS: 2017.
11. Lucena AM, Couto EAB, Garcia VS, Alkmim MBM, Marcolino MS. Teleconsultorias de fonoaudiologia em um serviço público de telessaúde de larga escala. *Rev. CEFAC*. 2016 nov-dez; 18(6): 1395-1403.
12. Maeyama M, Calvo MCM. A Integração do Telessaúde nas Centrais de Regulação: a Teleconsultoria como Mediadora entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2018; 42(2): 62 – 72.
13. Nilson LG, Natal S, Maeyama MA, Dolny LL, Calvo MCM. Estudo comparativo da oferta de teleconsultorias por teleconsultores de diferentes níveis de atenção à saúde. *Rev. APS*. 2017 jul-set; 20(3): 360 - 372.
14. Harzheim E, Gonçalves MR, Umpierre RN, da Silva Siqueira AC, Katz N, Agostinho MR, et al. Telehealth in Rio Grande do Sul, Brazil: Bridging the Gaps. 2016. *Telemed J E Health*. 2016 nov; 22(11): 938-944.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica em Saúde. Estratégia de Saúde da Família. 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab /ape_esf. php.
16. Alkmim MBM. Fatores Associados à utilização de sistema de Teleconsultorias na atenção primária de municípios remotos de Minas Gerais. Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado em Medicina] - Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 2012.
18. Schmitz CAA, Harzheim E. Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017; 12(39): 1-11.
19. Alkmim MB, Marcolino MS, Figueira RM, Sousa L, Nunes MS, Cardoso CS, Ribeiro AL. Factors associated with the use of a teleconsultation system in Brazilian primary care. Telemed J. E.Health 2015; 21(6):473-483.
20. Damasceno FR, Caldeira AP. Fatores associados à não utilização da Teleconsultoria por médicos da Estratégia Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. 2019; 24(8): 3089-3098.
21. Pessoa C, Sousa L, Ribeiro A, Oliveira T, Silva JL, Alkmim, MB, Marcolino M. Description of Factors Related to the Use of the Teleconsultation System of a Large Telehealth Service in Brazil – the Telehealth Network of Minas Gerais. Journal of the International Society for Telemedicine and EHealth, 2016; 4: 1-9.
22. Monteiro FMA, Fontoura HA. organizadores. Pesquisa, formação e docência: processos de aprendizagem e desenvolvimento profissional docente em diálogo. Cuiabá: Editora Sustentável; 2017.
23. Gruppelli JL. Webconferência como alternativa para redução da distância Transacional na Educação Profissional a distância. Dissertação [Mestrado]. Instituto Federal Sul-Rio- Grandense, Campus Pelotas Visconde da Graça, Programa de Pós - Graduação em Ciências e Tecnologias na Educação; 2017.
24. Marcolino MS, Alkmim MB, Assis TGP, Sousa LAP, Ribeiro ALP. Teleconsultorias no apoio à atenção primária à saúde em municípios remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2014; 35(5/6): 345–52.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 35, de 4 de janeiro de 2007. Programa Nacional de Telessaúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 2007.
27. Lennon MR, Bouamrane MM, Devlin AM, O'Connor S, O'Donnell C, Chetty U, et al. Readiness for delivering digital health at scale: lessons from a longitudinal qualitative evaluation of a national digital health innovation program in the United Kingdom. J Med Internet Res. 2017 feb 16;19(2):e42.
28. Marcolino MS, Ribeiro AM, Assis TGP, Ribeiro ALP, Cardoso CS, Antunes AP, et al. The telehealth as a support tool for primary health care: the experience of Telehealth Network of Minas Gerais. Rev Med Minas Gerais. 2017; 27: e1855.

29. Gava M, Ferreira LS, Palhares D, Mota ELA. Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. Ciênc. saúde colet. 2016 mar; 21(3): 891-902.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 2007.

TABELAS

Tabela 1 - Características dos profissionais cadastrados no serviço de Telessaúde de Caxias, Maranhão. São Luís, 2019.

CARACTERÍSTICAS	n	%
Sexo		
Masculino	43	18,5
Feminino	190	81,5
Situação conjugal		
Com companheiro	112	48,1
Sem companheiro	121	51,9
Idade		
Até 30 anos	20	8,6
31 a 40 anos	106	45,5
41 anos ou mais	99	42,5
Não informado	8	3,4
Categoria Profissional		
Médico	5	2,1
Enfermeiro	33	14,2
Dentista	8	3,4
Auxiliar/Técnico de Consultório Dentário	17	7,3
Auxiliar/Técnico Enfermagem	29	12,4
ACS	141	60,6
Tempo de trabalho na Atenção Primária		
Menos de 1 ano	9	3,9
1 a 3 anos	14	6,0
+3 a 5 anos	11	4,7
Acima de 5 anos	199	85,4
Tempo de trabalho no município		
Menos de 1 ano	2	0,9
1 a 3 anos	18	7,7
+3 a 5 anos	10	4,3
Acima de 5 anos	203	87,1
Tempo de formação		
1 a 5 anos	51	21,9
Mais de 5 anos	116	49,8
Não informado	66	28,3
Pós-graduação (Lato sensu ou Especialização)*		
Sim	36	78,3
Não	10	21,7
TOTAL	233	100,0

*dados referentes somente aos profissionais de nível superior (46)

Tabela 2 – Estrutura organizacional e tecnológica para o Telessaúde em Caxias, Maranhão. São Luís, 2019.

USO E ESTRUTURA	n	%
Treinamento		
Sim	128	54,9
Não	98	42,1
NA (Desconhecem o programa)	7	3,0
Acesso a esclarecimentos de dúvidas técnicas		
Sim	104	44,6
Não	119	51,1
Não soube responder	3	1,3
NA	7	3,0
Adequação do tempo de resposta*		
Adequado	149	88,7
Inadequado	17	10,1
Não sabe responder	2	1,2
Esclarecimento da solicitação*		
Esclarece a dúvida	153	91,1
Não esclarece a dúvida	9	5,4
Não sabe responder	6	3,5
Tempo gasto no preparo da solicitação*		
Limita o uso	54	32,2
Não limita o uso	79	47,0
Não sabe responder	35	20,8
Discussão fora do Telessaúde		
Sim	177	76,0
Não	46	19,7
Não sabe responder.	10	4,3
Uso pessoal de computador/Internet		
Sim	177	76,0
Não	56	24,0
Qualidade da conexão à Internet		
Satisfatória	140	60,1
Insatisfatória	75	32,2
Não sabe responder	18	7,7
Disponibilidade de computador		
Disponível	135	57,9
Indisponível	89	38,2
Não sabe responder	9	3,9
Local para utilização do Telessaúde		
Satisfatório	163	69,9
Insatisfatório	44	18,9
Não sabe responder	26	11,2
TOTAL	233	100,0

*dados referentes somente a quem informou o uso do Telessaúde (168)

Tabela 3 – Fatores institucionais, técnicos e socioeconômicos para o uso das Teleconsultorias pelos profissionais de saúde do município de Caxias/MA. São Luís, 2019.

FATORES INSTITUCIONAIS, TÉCNICOS E SOCIOECONÔMICOS	n	%
Conhece a existência da Teleconsultorias no município		
Conhece	225	96,6
Não conhece	8	3,4
Orientação administrativa para o uso		
Recebeu orientação	132	56,7
Não recebeu orientação	101	43,3
Disponibilidade de tempo para usar na rotina diária		
Tem disponibilidade	177	76,0
Não tem disponibilidade	56	24,0
Grau de complexidade do sistema		
Complexo	72	30,9
Simples	161	69,1
Segurança na confidencialidade das informações		
Confia	179	76,8
Não confia	54	23,2
Benefícios para o paciente*		
Algum benefício	160	95,2
Nenhum benefício	8	4,8
Redução de encaminhamento de pacientes*		
Reduz encaminhamento	84	50,0
Não reduz	84	50,0
Utilidade para a prática diária*		
Útil	161	95,8
Não é útil	7	4,2
Sensação de isolamento		
Sim	102	43,8
Não	131	56,2
Reduz sensação de isolamento**		
Sim	43	58,1
Não	31	41,9
TOTAL	233	100,0

*dados referentes somente a quem informou o uso do Telessaúde (168)

**dados referentes aos profissionais que usaram o serviço e possuem a sensação de isolamento (74)

Tabela 4 – Fatores humanos e educacionais para o uso das Teleconsultorias pelos profissionais de saúde cadastrados e que usaram o serviço no município de Caxias/MA. São Luís, 2019.

FATORES HUMANOS E EDUCACIONAIS	n	%
Teleconsultoria interfere negativamente no papel frente ao paciente		
Interfere	18	10,7
Não interfere	150	89,3
Teleconsultoria interfere negativamente no papel frente à comunidade		
Interfere	9	5,4
Não interfere	159	94,6
Teleconsultoria interfere negativamente no papel frente aos colegas		
Interfere	9	5,4
Não interfere	159	94,6
Teleconsultoria como ferramenta educacional		
Sim	166	98,8
Não	2	1,2
Teleconsultoria como ferramenta para atualização profissional		
Efetiva	158	94,0
Não é efetiva	10	6,0
Teleconsultoria ajuda a resolver problemas do trabalho		
Sim	146	86,9
Não	22	13,1
TOTAL	168	100,0

Tabela 5: Satisfação dos profissionais cadastrados e que utilizaram o Telessaúde no município de Caxias, Maranhão. São Luís, 2019.

USO DE TELECONSULTORIA	n	%
Satisfação com o serviço		
Satisfeito	106	63,1
Indiferente	22	13,1
Insatisfeito	39	23,2
Não sabe responder	1	0,6
Conhecimento dos Teleconsultores		
Muito conhecimento	161	95,8
Pouco conhecimento	6	3,6
Não sabe responder	1	0,6
Recomendação a amigo(a) ou colega		
Recomendaria	139	82,7
Não recomendaria	29	17,3
Voltaria a utilizar		
Sim	146	86,9
Não	22	13,1
TOTAL	168	100,0

6. CONCLUSÃO

O estudo evidenciou características importantes em relação ao uso das teleconsultorias no município de Caxias/MA. Constatou-se que a estrutura tecnológica não foi apontada como um fator que limitou o uso, pois o município dispõe de computadores, acesso à internet e local adequado para o uso das Teleconsultorias.

Os profissionais, por sua vez, possuem um entendimento em relação aos benefícios do serviço, fator apontado como importante na decisão por utilizar ou não as Teleconsultorias. Demonstrou-se que eles compreendem não apenas os benefícios para os pacientes, mas também para o trabalho na APS e como ferramenta para melhorar a prática no trabalho, sinalizando um reconhecimento das Teleconsultorias como ferramenta estratégica para a EPS.

Identificou-se que o uso do Telessaúde ainda está restrito às UBS e, com a ampliação do acesso aos aparelhos celulares, é possível que este seja um importante meio para melhorar o uso do programa. O NTS- HUUFMA já disponibiliza um aplicativo gratuito para a realização do acesso ao Telessaúde e isto precisa ser reforçado junto aos profissionais.

Encontrou-se, no entanto, fragilidade em relação ao apoio aos profissionais para o uso, a medida que muitos afirmaram que não possuem orientação administrativa do município para o uso e que, em caso de dúvidas, eles não tem acesso a esclarecimentos. Recomenda-se maior organização do município para o apoio e incentivo permanente aos profissionais para o uso das Teleconsultorias.

Destaca-se ainda como fragilidade o fato de que os treinamentos para o uso do Telessaúde não incluíram uma grande parcela dos profissionais. Sugere-se melhor organização do município de Caxias e do Núcleo Estadual de Telessaúde do HUUFMA para a realização de capacitações constantes que incluam tanto a parte técnica quanto a sensibilização e motivação dos profissionais para o uso o Telessaúde, explicitando riscos, benefícios, aspectos éticos e legais e a necessidade de re-organização administrativa no local e do processo de trabalho. Além disto, recomenda-se o envolvimento dos gestores nesse processo educativo, considerando que estes também possuem um papel relevante para o sucesso do programa. Acredita-se que isto irá possibilitar não apenas o esclarecimento das dúvidas em relação ao uso mas favorecer o vínculo entre os usuários do Telessaúde e o núcleo do programa.

REFERENCIAS

- ALKMIM, M. B. M. **Fatores Associados à utilização de sistema de Teleconsultorias na atenção primária de municípios remotos de Minas Gerais.** Dissertação de mestrado - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- ALKMIM, M. B. *et al.* Factors associated with the use of a teleconsultation system in Brazilian primary care. **Telemed J. E.Health**, v. 21, n. 6, p. 473-483, 2015.
- ALMEIDA J. R. S, *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista da ABENO**, v. 16, n. 2, 2016.
- ALMEIDA, J. P. L.; FARIAS, J. S.; CARVALHO, H. S. Drivers da Adoção de Tecnologias em Serviços de Saúde. **Braz. Bus. Ver**, v. 14, n. 3, may-june 2017.
- ANDRADE, E. S.; LAPOLLI, E. M. Gestão Integral: Diálogos com educação permanente e continuada nas organizações. **Revista Terceiro Incluído**, v. 8, n. 1, 2018.
- AUSUBEL, D. P. **A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel.** São Paulo: Moraes, 1982.
- BERNARDES, A. C. F.; COIMBRA, L. C.; SERRA, H.O. Utilização do Programa Telessaúde no Maranhão como ferramenta para apoiar a Educação Permanente em Saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, e134, 2018.
- BERNARDES, L. M. Análise da tele-educação interativa em tuberculose no Município de Praia Grande. Tese de Doutorado - Universidade Católica de Santos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Santos, 2015.
- BRASIL. Constituição Federal Brasileira. 1988.
- BRASIL. Lei n. 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. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990a.
- BRASIL. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 198 de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.996 de 20 de agosto de 2007. Diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 35, de 4 de janeiro de 2007. Programa Nacional de Telessaúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2007b.

BRASIL. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Telessaúde para a Atenção Básica/Atenção Primária a Saúde: Protocolo de Solicitação de Teleconsultorias. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica n. 50/2015 DEGES/SGTES/MS. Diretrizes para a oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica em Saúde. 2016a. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS, Brasília, DF, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.194 de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. 2017b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica em Saúde. Estratégia de Saúde da Família. 2018a. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab /ape_esf. php.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde: Orientações Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília. 2018b.

- CAVALCANTI, F. O. L.; GUIZARDI, F. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção pan-americana da saúde. **Trab. educ. saúde [online]**, vol.16, n.1, p. 99-122, 2018.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Rio de Janeiro – RJ. 2009.
- CELES R. S., *et al.*, A telessaúde como estratégia de resposta do Estado: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, e84, 2018.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.643 de 26 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. 2002.
- CORREIA, A. D. M. S. *et al.* Teleodontologia no programa nacional telessaúde Brasil redes: relato da experiência em Mato Grosso do Sul. **Rev. ABENO**, Londrina, v. 14, n. 1, jan-jun 2014.
- DAMASCENO, F. R. *et al.* Um estudo sobre o emprego da mineração textual para classificação de teleconsultorias no contexto do Projeto Telessaúde-RS. **RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr-jun 2016.
- DAMASCENO, F. R.; CALDEIRA, A. P. Teleconsultoria na atenção primária no norte de Minas Gerais: cenário e fatores associados à sua não utilização por médicos. **RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 12, n. 4, out-dez 2018.
- DAMASCENO, F. R.; CALDEIRA, A. P. Fatores associados à não utilização da Teleconsultoria por médicos da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 3089-3098, 2019.
- EL KHOURI, S. G. **Telemedicina: análise da sua evolução no Brasil**. Tese de doutorado - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- FEUERWERKER, L. C. M. (Org). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 174.
- FIGUEIREDO, E. B. L. *et al.* The Pororoca effect on permanent education in health: about the interaction research-work. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 71, suppl. 4, p. 1872-7, 2018.
- FRANÇA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017.
- GAVA, M. *et al.* Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. **Ciênc. saúde colet.**, v. 21, n. 3, mar 2016.
- GRUPPELLI, J. L. **Webconferência como alternativa para redução da distância Transacional na Educação Profissional a distância**. Dissertação (Mestrado) – Instituto Federal Sul-Rio-Grandense, Rio Grande do Sul, 2017.
- HARZHEIM, E. *et al.* Telehealth in Rio Grande do Sul, Brazil: Bridging the Gaps. **Telemed J E Health**, v. 22, n. 11, p. 938-944. 2016.

- LEITE, C. R. M, ROSA, S. S. R. F (Organizadoras). **Novas tecnologias aplicadas à saúde: integração de áreas transformando a sociedade**. EDUERN. Mossoró, 2017.
- LENNON, M. R. *et al.* Readiness for delivering digital health at scale: lessons from a longitudinal qualitative evaluation of a national digital health innovation program in the United Kingdom. **J Med Internet Res**, v. 19, n. 2, e42, 2017.
- LOPES, J. E.; HEIMANN, C. Uso das tecnologias da informação e comunicação nas ações médicas a distância: um caminho promissor a ser investido na saúde pública. **J. Health Inform.**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 26-30, 2016.
- LUCENA, A. M. *et al.* Teleconsultorias de fonoaudiologia em um serviço público de telessaúde de larga escala. **Rev. CEFAC**, v.18, n. 6, p.1395-1403, 2016.
- MAEYAMA, M.; CALVO, M. C. M. A Integração do Telessaúde nas Centrais de Regulação: a Teleconsultoria como Mediadora entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 42, n. 2, p. 62 – 72, 2018.
- MALDONADO, J. M. S.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, sup. 2, e00155615, 2016.
- MARCOLINO, M. S, *et al.* Teleconsultorias no apoio à atenção primária à saúde em municípios remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 5/6, 2014.
- MARCOLINO, M. S. *et al.* The telehealth as a support tool for primary health care: the experience of Telehealth Network of Minas Gerais. **Rev Med Minas Gerais**, v. 27, e-1855, 2017.
- MERHY, E. E. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>.
- MONTEIRO, F. M. A.; FONTOURA, H. A. (Org.) **Pesquisa, formação e docência: processos de aprendizagem e desenvolvimento profissional docente em diálogo**. Cuiabá: Editora Sustentável, 2017.
- NILSON, L. G. *et al.* Estudo comparativo da oferta de teleconsultorias por teleconsultores de diferentes níveis de atenção à saúde. **Rev. APS**, v. 20, n. 3, p. 360 – 372, jul-set 2017.
- NUNES, A. A. *et al.* Telemedicina na Estratégia de Saúde da Família: avaliando sua aplicabilidade no contexto do PET Saúde. **Cad. saúde colet.**, v. 24, n. 1, p. 99-104, 2016.
- OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, 2017.
- PESSOA, C. G. *et al.* Description of Factors Related to the Use of the Teleconsultation System of a Large Telehealth Service in Brazil - the Telehealth Network of Minas Gerais. **J. Int. Soc. Telemed e Health**, v. 4, e4, p. 1-9, 2016.
- PIROPO, T. G. N; AMARAL, H. O. S. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. **Saúde debate**, v. 39, n. 104, jan-mar 2015.

PIRSIG, R. **Zen e a arte de manutenção de motocicletas**, Paz e Terra, Rio de Janeiro. 1974.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 92, p. 47-61, 2018.

SANTOS, A. F.; MATTA-MACHADO, A. T. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 5, jun 2017.

SCHMITZ, C. A. A.; HARZHEIM, E. Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-11, 2017.

SCHUHMACHER, V. R. N.; FILHO, J. P. A.; SCHUHMACHER, E. As barreiras da prática docente no uso das tecnologias de informação e comunicação. **Ciênc. Educ.**, v. 23, n. 3, p. 563-576, 2017.

SILVA, J. F. A. **Educação Permanente em Saúde como espaço de produção de saberes na Estratégia de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

SILVA, I. C. S.; PRATES, T. S.; RIBEIRO, L. F. S. As Novas Tecnologias e aprendizagem: desafios enfrentados pelo professor na sala de aula. **Revista Em Debate (UFSC)**, v. 16, p. 107-123, 2016.

SILVEIRA, A. **Utilização das teleconsultorias realizadas pelos profissionais de saúde da atenção primária à saúde do município de Gramado/RS via projeto TelessaúdeRS-UFRGS**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SOARES, L. A. C. **Educação permanente em saúde em ato: desafios para a construção de uma política de educação permanente em saúde viva – concepções e formulação**. Dissertação (Mestrado) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

SOUZA, M. F. et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 6, jun 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Health Organization. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth 2009. Genebra, 2010.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. Telemedicine. Disponível em: <http://www.wma.net/es/20activities/40healthsystems/40telemedicine/index.html>. 2016.

APÊNDICES

APENDICE I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“TELESSAÚDE: uma ferramenta de Educação Permanente em Saúde para os profissionais da Atenção Básica do Estado do Maranhão”.

Prezado (a) Senhor (a):

O(A) Senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “TELESSAÚDE: uma ferramenta de Educação Permanente em Saúde para os profissionais da Atenção Básica do Estado do Maranhão”. Nesta pesquisa pretendemos avaliar os serviços ofertados pelo Núcleo Estadual do Telessaúde HUUUFMA e verificar se a sua utilização pelos profissionais de saúde da Atenção Básica do Estado do Maranhão contribui para a Educação Permanente em Saúde.

O Telessaúde Brasil Redes é um Programa do Ministério da Saúde que faz uso das modernas tecnologias de informação e comunicação para atividades à distância relacionadas à saúde, possibilitando a interação entre profissionais de saúde ou entre estes e os usuários, bem como o acesso remoto a recursos de apoio diagnósticos, terapêuticos e educacionais. O governo brasileiro tem realizado importantes investimentos nessa área com o objetivo de apoiar os profissionais de saúde que trabalham na Atenção Básica para melhorar a qualidade do atendimento, reduzir o encaminhamento de pacientes a outros municípios em busca de consultas ou procedimentos especializados e apoiar a formação e qualificação de trabalhadores do SUS, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A sua participação no estudo será por meio de um questionário que será respondido a partir da assinatura desta autorização, e ocorrerá no seu município de residência, na data combinada e levará poucos minutos. Não é obrigatório responder a todas as perguntas se assim o senhor(a) desejar. Serão feitas perguntas sobre suas características profissionais e os fatores descritos na literatura como relacionados à utilização de sistema de teleconsultoria e tele-educação. O questionário será aplicado aos profissionais de municípios com acesso ao sistema de teleconsultorias e tele-educação do Núcleo Estadual de Telessaúde do HUUUFMA sem restrição de sexo, cor ou raça.

Para participar deste estudo o (a) Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados qualquer despesa decorrente da sua participação na pesquisa, haverá ressarcimento mediante depósito em conta-corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano proveniente desta pesquisa, o (a) Sr(a) tem assegurado o direito a indenização, conforme determina a lei. O (A) Sr(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar.

O risco ou dano para participar desta pesquisa será mínimo, pois toda informação prestada será considerada CONFIDENCIAL. A sua identificação e a do seu serviço serão mantidas como informação sigilosa. O (A) Sr(a) terá o direito de se recusar a responder alguma pergunta que porventura trouxer qualquer tipo de constrangimento. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade.

Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual. A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento deve ser rubricado em todas as suas páginas e assinadas pelo(a) senhor(a) e pela pesquisadora, ele encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida ao Sr(a).

Qualquer dúvida sobre a pesquisa o(a) senhor(a) pode entrar em contato com a pesquisadora responsável Liberata Campos Coimbra (telefone 3301-9674; email: liberatacoimbra@gmail.com) ou com a pesquisadora assistente Ariane Cristina Ferreira Bernardes (telefone 3303-9753; email: ariane_bernardes@hotmail.com) em horário comercial, caso tenha alguma dúvida sobre as questões éticas, pode buscar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário. Telefone (98) 2109 1250, endereço Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luís-MA. CEP- 65.020-070. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “TELESSAÚDE: uma ferramenta de Educação Permanente em Saúde para os profissionais da Atenção Básica do Estado do Maranhão”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Solicitamos ao Sr(a) que este documento seja rubricado em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término.

São Luís, _____ de _____ de 20 ____ .

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO 1: QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO PARA OS PROFISSIONAIS

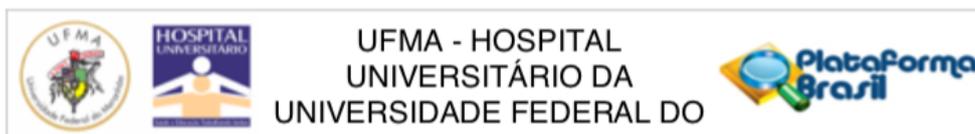
Caracterização do Profissional	
1. Quais são as iniciais do seu nome? _____	1. [____]
2. Qual o sexo? (1) M (2) F	2. [____]
3. Qual a sua idade: _____	3. [____]
4. Qual o seu estado civil:(1) solteiro (2) casado (3) separado (4) divorciado (5) viúvo (6) outro	4. [____]
5. Qual sua categoria profissional: (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Dentista (4) Auxiliar/Técnico Consultório Dentário (5) Auxiliar/Técnico Enfermagem (6) ACS (7) Terapeuta Ocupacional (8) Fisioterapeuta (9) Psicólogo (10) Outra categoria.	5. [____]
6. Qual o ano de sua formação/graduação? _____	6. [____]
7. O Sr. possui residência ou especialização prévia? Sim (1) Não (2)	7. [____]
8. Se sim, qual: _____	8. [____]
9. Há quanto tempo o Sr. trabalha como profissional da Atenção Primária? _____ anos _____ meses	9. [____]
10. Há quanto tempo o Sr. trabalha no município? _____ anos _____ meses	10. [____]
Fatores Associados	
11. Você tem conhecimento da existência do sistema de teleconsultoria instalado em seu serviço? (1) Sim. (2) Não. <i>(Se a resposta for “Não”, leia o texto para o entrevistado e vá para a pergunta 23.)</i>	11. [____]
12. Você recebeu treinamento para o uso do sistema de teleconsultoria? (1) Sim. (2) Não. (99) Não se aplica.	12. [____]
13. Se sim, ele foi suficiente? (1) Sim. (2) Não. (99) Não se aplica.	13. [____]
14. Você é usuário ativo do Telessaúde? (1) Sim. (2) Não. (99) Não se aplica.	14. [____]
15. Com que frequência você utiliza o serviço de Teleconsultoria? _____	
16. Em caso de dúvida técnica na utilização do sistema de teleconsultoria, você tem acesso a algum tipo de esclarecimento? (1) Sim. (2) Não. (88) Não sabe responder. (99) Não se aplica.	16. [____]
17. Se sim, com quem esclarece as dúvidas sobre o sistema de teleconsultoria? _____	
18. Existe alguma orientação administrativa no seu município para a utilização do sistema de teleconsultoria? (1) Sim. (2) Não. (99) Não se aplica.	18. [____]

19. Você usa o sistema de teleconsultoria fora do seu local de trabalho? (1) Sim. (2) Não. (99) Não se aplica.	19. [____]
20. Na sua experiência, como você avalia o tempo gasto pelo sistema para responder a(s) sua(s) solicitação(ões)? (1) Adequado. (2) Quase sempre adequado. (3) Mais ou menos adequado. (4) Quase nunca adequado. (5) Nunca adequado. (88) Não sabe responder. (99) Não se aplica.	20. [____]
21. Como você avalia as respostas das teleconsultorias em relação ao esclarecimento do que foi solicitado? (1) Sempre esclareceram a dúvida. (2) Quase sempre esclareceram a dúvida. (3) Mais ou menos. (4) Quase nunca esclareceram a dúvida. (5) Nunca esclareceram a dúvida. (88) Não sabe responder. (99) Não se aplica.	21. [____]
22. Qual sua disponibilidade de tempo para utilizar o sistema de teleconsultoria dentro de sua rotina diária de trabalho? (1) Tempo suficiente. (2) Pouco tempo. (3) Nenhum tempo. (88) Não sei responder. (99) Não se aplica.	22. [____]
23. Você considera que o tempo gasto no preparo do caso clínico para discussão na teleconsultoria é fator que limita a sua utilização do sistema? (1) Sim. (2) Não. (88) Não sabe responder. (99) Não se aplica	23. [____]
24. Como você avalia o grau de complexidade do sistema de teleconsultoria para seu uso? (1) Muito Complexo. (2) Complexo. (3) Simples. (4) Muito simples. (88) Não sabe responder. (99) Não se aplica.	24. [____]
25. Na sua prática diária, você tem a possibilidade, fora do sistema de teleconsultoria, de discutir casos clínicos com outros profissionais? (1) Sim, sempre que necessário. (2) Sim, as vezes. (3) Sim, raramente. (4) Não. (99) Não se aplica.	25. [____]
26. Como você considera a qualidade da conexão à Internet no seu município para o uso do sistema de teleconsultoria? (1) Ótima. (2) Boa. (3) Satisfatória. (4) Ruim. (5) Péssima. (88) Não sabe responder. (99) Não se aplica.	26. [____]
27. Como você considera a disponibilidade de um computador no seu município para o uso do sistema de teleconsultoria? (1) Sempre disponível. (2) Quase sempre disponível. (3) Quase nunca disponível. (4) Nunca disponível. (88) Não sabe responder. (99) Não se aplica.	27. [____]
28. Como você considera o local para utilização do sistema de teleconsultoria em seu município? (1) Ótimo. (2) Bom. (3) Satisfatório. (4) Ruim. (5) Péssimo. (88) Não sabe responder. (99) Não se aplica.	28. [____]
29. Você utiliza pessoalmente computador/Internet na sua rotina diária de trabalho ou na sua vida particular? (1) Sim. (2) Não.	29. [____]
30. Você confia na segurança e na confidencialidade das informações clínicas com o uso da telessaúde? (1) Sim. (2) Não. (88) Não sabe responder. (99) Não se aplica.	30. [____]

31. Você considera que o sistema de teleconsultoria pode trazer benefícios para o paciente? (1) Muito benefício. (2) Algum benefício. (3) Pouco benefício. (4) Nenhum benefício. (88) Não sabe responder. (99) Não se aplica.	31. [____]
32. Você considera que o sistema de teleconsultoria pode reduzir o encaminhamento de pacientes para consultas especializadas? (1) Sim. (2) Não. (88) Não sabe responder.	32. [____]
33. Como você avaliaria a utilidade do sistema de teleconsultoria para sua prática diária de trabalho? (1) Muito útil. (2) Útil. (3) Pouco útil. (4) Não é útil. (88) Não sabe responder. (99) Não se aplica.	33. [____]
34. Considerando as condições de trabalho em seu município, você tem a sensação de isolamento profissional? (1) Sim, muito. (2) Sim, razoável. (3) Sim, um pouco. (4) Não. (88) Não sabe responder.	34. [____]
35. Você considera que o sistema de teleconsultoria atenua a sensação de isolamento? (1) Sim, muito. (2) Sim, razoavelmente. (3) Sim, um pouco. (4) Não. (88) Não sabe responder. (99) Não se aplica.	35. [____]
36. Na sua opinião, o sistema de teleconsultoria atua como uma ferramenta educacional? (1) Sim, sempre. (2) Sim, um pouco. (3) Sim, raramente. (4) Não. (88) Não sabe responder. (99) Não se aplica.	36. [____]
37. Na sua opinião, qual o nível de efetividade do sistema de teleconsultoria como uma ferramenta para sua atualização profissional? (1) Muito efetiva. (2) Razoavelmente efetiva. (3) Pouco efetiva. (4) Não é efetiva. (88) Não sabe responder. (99) Não se aplica.	37. [____]
38. Você acha que o atendimento prestado pelo serviço de Telessaúde tem ajudado você a resolver melhor os problemas, no dia a dia? (1) Parece que piorou as coisas (2) Não ajudou (3) Mais ou menos (4) Tem ajudado um pouco (5) Tem ajudado muito	38. [____]
39. Você considera que solicitar uma segunda opinião através do sistema de teleconsultoria poderá interferir negativamente no seu papel profissional frente ao paciente? (1) Não Interfere. (2) Interfere pouco. (3) Interfere razoavelmente. (4) Interfere muito. (88) Não sabe responder. (99) Não se aplica.	39. [____]
40. Você considera que solicitar uma segunda opinião através do sistema de teleconsultoria poderá interferir negativamente no seu papel profissional frente a comunidade? (1) Não Interfere. (2) Interfere pouco. (3) Interfere razoavelmente. (4) Interfere muito. (88) Não sabe responder. (99) Não se aplica.	40. [____]
41. Você considera que solicitar uma segunda opinião através do sistema de teleconsultoria poderá interferir negativamente no seu papel profissional frente a seus colegas? (1) Não Interfere. (2) Interfere pouco. (3) Interfere razoavelmente. (4) Interfere muito. (88) Não sabe responder. (99) Não se aplica.	41. [____]
Satisfação com o Serviço de Telessaúde	

42. Qual é o seu grau de satisfação com o serviço de Telessaúde? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	42. [____]
43. Você acha que os teleconsultores do serviço de Telessaúde têm conhecimento suficiente para atender as suas necessidades ou solicitações? (1) Nenhum conhecimento (2) Muito pouco conhecimento (3) Mais ou menos (4) Algum conhecimento (5) Muito conhecimento	43. [____]
44. Você recomendaria esse serviço de Telessaúde para um amigo (a) ou colega? (1) Não recomendaria (2) Indiferente (3) Recomendaria	44. [____]
45. Você voltaria a utilizar este serviço de Telessaúde em outra necessidade? (1) Não voltaria (2) Indiferente (3) Voltaria	45. [____]
Deixe aqui suas críticas e sugestões:	

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TELESSAÚDE: uma ferramenta de Educação Permanente em Saúde para os profissionais da Atenção Básica do Estado do Maranhão

Pesquisador: LIBERATA CAMPOS COIMBRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 72765317.0.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.315.668

Apresentação do Projeto:

O cotidiano de trabalho dos profissionais na Atenção Básica (AB) põe em evidência muitos desafios. Dentre eles, a prática de educação permanente dos profissionais de saúde, em serviço, tem chamado atenção de forma especial, visto que o conhecimento, atitude e habilidade articulados, na realização de uma prática ética e socialmente comprometida, constituem a base fundamental para o desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados à população (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012). A Educação Permanente é definida por um conjunto de ações educativas que buscam alternativas e soluções para a transformação das práticas em saúde por meio da problematização coletiva. Surgiu como uma estratégia para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação, contribuindo para melhorar a qualidade da assistência (SILVA; DUARTE, 2015). A Educação Permanente em Saúde (EPS) pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. 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). Compete ao Sistema Único de

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

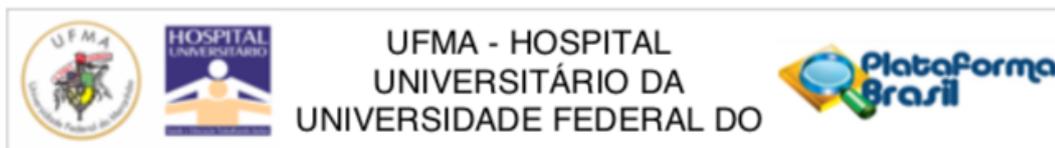
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.315.668

Saúde (SUS), conforme Art. 200 da Constituição Federal de 1988, "ordenar a formação em recursos humanos na área da saúde". Para tanto foi criado um arcabouço legal que instituiu as políticas de educação permanente, iniciando com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), em 2003, à qual coube responder pela elaboração, planejamento e execução de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (CELEDÔNIO, 2012). A educação permanente, enquanto diretriz pedagógica, tornou-se Política Pública na área da saúde com a instituição da PNEPS por Portaria Ministerial em 2004 (BRASIL, 2004). É uma proposta de ação estratégica que contribui para a qualificação e Programa Nacional de Telessaúde e a partir de 2011 foi ampliado e redefinido passando a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes), através da portaria nº 2.546 de 27 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011). Segundo Carneiro e Brant (2013), o Programa de Telessaúde visa aperfeiçoar os processos de trabalho em saúde através de um gerenciamento refletido criticamente por meio da EPS, permitindo qualificação de alcance nacional com baixo custo e elevada eficiência, contribuindo para a organização dos serviços. As atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes são realizadas por Núcleos de Telessaúde, que desenvolvem atividades técnicas, científicas e administrativas para planejar, executar, monitorar e avaliar as ações de Telessaúde em especial a produção e oferta de teleconsultoria, tele-diagnóstico e tele-educação (BRASIL, 2015). A Teleconsultoria é uma consulta/pergunta e resposta registrada para esclarecer dúvidas sobre manejo, condutas e procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, baseadas em evidências científicas, adequada as características loco-regionais, com caráter educacional. A Teleeducação são atividades educacionais ministrados a distância por meio de tecnologias de informação e comunicação, como meio para apoiar a formação de trabalhadores do SUS, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Todas essas atividades são registradas em plataformas online, onde é possível cadastrar profissionais de saúde e estabelecimentos que utilizam esses serviços (BRASIL, 2015). O Núcleo de Telessaúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) deu início às suas atividades para a implantação do projeto financiado pela SGTES em janeiro de 2013. Em novembro de 2013 foram instalados os pontos de Telessaúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dado início a oferta de teleconsultorias para os municípios contemplados. Atualmente o Núcleo do HUUFMA está em pleno funcionamento, implantado em 47 municípios, atendendo cerca de 2.800 profissionais distribuídos em mais de 320 equipes de saúde. Até o final do projeto, serão contemplados 102 municípios (SERRA, 2013). No Estado do Maranhão existem 05 Núcleos Municipais de Telessaúde (Bacabal, Mata Roma, Pedreiras, Peritoró e Santa Inês) financiados fundo

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

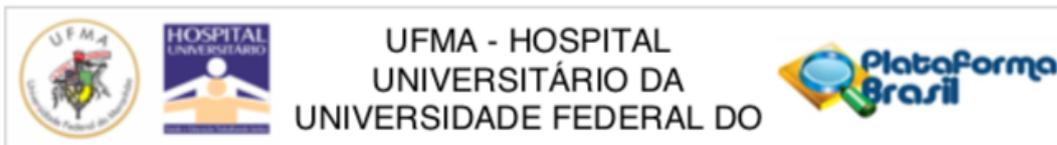
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.315.668

a fundo, no ano de 2011, pelo Departamento de Ações Básicas (DAB) do Ministério da Saúde (SERRA, 2013). O Núcleo de Bacabal é o único Núcleo municipal em funcionamento no interior do Maranhão. As pesquisas abordando o apoio do Telessaúde na Educação Permanente em Saúde são escassas. Uma pesquisa realizada por Andrade (2011) com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) inseridos no Telessaúde Rio de Janeiro, mostrou que estes vêm no Telessaúde não só um espaço para troca de experiências, mas também para a educação permanente em saúde. O referido estudo concluiu que a inserção do ACS no Telessaúde, com vistas à educação permanente, é uma real possibilidade. Uma pesquisa realizada no Estado do transformação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2005). Essa portaria foi alterada em 20 de agosto de 2007 pela Portaria GM/MS nº 1.996, do Ministério da Saúde (MS), que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009). Esta política instituída pelo Ministério da Saúde tem o intuito de fortalecer o SUS, fundamentado nas necessidades do processo de trabalho, uma vez que a capacitação do profissional está diretamente ligada à melhoria da assistência e ao desenvolvimento institucional (GODOY; GUIMARAES; ASSIS, 2014). Os processos e métodos de ensino utilizados para a produção de conhecimento em várias áreas são diversificados e buscam a priori atender às demandas sócio-históricas de cada região. As academias ou universidades em todo o território brasileiro oferecem cursos de graduação e/ou programas de pós graduação, com metodologias pautadas em aulas presenciais com conteúdos teórico-práticos para formação de diversos profissionais (SILVA et al., 2013). Um grande avanço qualitativo para a educação é a internet, que possibilitou vários arranjos da educação a distância, unindo as tecnologias de informação e comunicação – TIC (CARNEIRO; BRANT, 2013). As novas tecnologias de informação e comunicação utilizadas nas diferentes áreas do conhecimento têm contribuído para o crescimento e a credibilidade da Educação à Distância (EAD). A EAD é uma estratégia para a educação permanente frente às novas tecnologias, sendo uma inovação pedagógica na educação. Este modelo pedagógico possibilita uma análise crítica da prática, permitindo refletir sobre as formas de prestação da assistência à saúde (GODOY et al., 2013). O Telessaúde Brasil Redes é um Programa do Ministério da Saúde que faz uso das modernas tecnologias de informação e comunicação para atividades à distância relacionadas à saúde em seus diversos níveis, possibilitando a interação entre profissionais de saúde ou entre estes e os usuários, bem como o acesso remoto a recursos de apoio diagnósticos ou até mesmo terapêuticos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002; BRASIL, 2012). Foi criado em 2007, com a Portaria nº35 (BRASIL, 2007), que lançou o Projeto Piloto do Telessaúde Brasil, ainda chamado

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

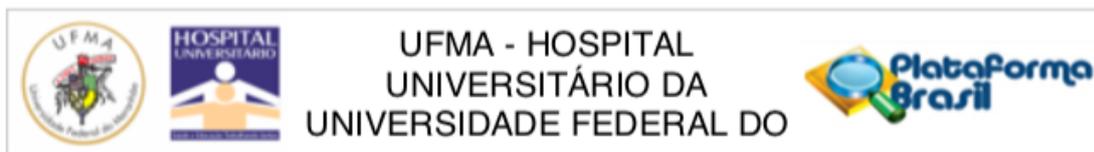
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.315.668

Programa Nacional de Telessaúde e a partir de 2011 foi ampliado e redefinido passando a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes), através da portaria nº 2.546 de 27 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011). Segundo Carneiro e Brant (2013), o Programa de Telessaúde visa aperfeiçoar os processos de trabalho em saúde através de um gerenciamento refletido criticamente por meio da EPS, permitindo qualificação de alcance nacional com baixo custo e elevada eficiência, contribuindo para a organização dos serviços. As atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes são realizadas por Núcleos de Telessaúde, que desenvolvem atividades técnicas, científicas e administrativas para planejar, executar, monitorar e avaliar as ações de Telessaúde em especial a produção e oferta de teleconsultoria, tele-diagnóstico e tele-educação (BRASIL, 2015). A Teleconsultoria é uma consulta/pergunta e resposta registrada para esclarecer dúvidas sobre manejo, condutas e procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, baseadas em evidências científicas, adequada as características loco-regionais, com caráter educacional. A Teleeducação são atividades educacionais ministrados a distância por meio de tecnologias de informação e comunicação, como meio para apoiar a formação de trabalhadores do SUS, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Todas essas atividades são registradas em plataformas online, onde é possível cadastrar profissionais de saúde e estabelecimentos que utilizam esses serviços (BRASIL, 2015). O Núcleo de Telessaúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) deu início às suas atividades para a implantação do projeto financiado pela SGTES em janeiro de 2013. Em novembro de 2013 foram instalados os pontos de Telessaúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dado início a oferta de teleconsultorias para os municípios contemplados. Atualmente o Núcleo do HUUFMA está em pleno funcionamento, implantado em 47 municípios, atendendo cerca de 2.800 profissionais distribuídos em mais de 320 equipes de saúde. Até o final do projeto, serão contemplados 102 municípios (SERRA, 2013). No Estado do Maranhão existem 05 Núcleos Municipais de Telessaúde (Bacabal, Mata Roma, Pedreiras, Peritoró e Santa Inês) financiados fundo a fundo, no ano de 2011, pelo Departamento de Ações Básicas (DAB) do Ministério da Saúde (SERRA, 2013). O Núcleo de Bacabal é o único Núcleo municipal em funcionamento no interior do Maranhão. As pesquisas abordando o apoio do Telessaúde na Educação Permanente em Saúde são escassas. Uma pesquisa realizada por Andrade (2011) com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) inseridos no Telessaúde Rio de Janeiro, mostrou que estes vêm no Telessaúde não só um espaço para troca de experiências, mas também para a educação permanente em saúde. O referido estudo concluiu que a inserção do ACS no Telessaúde, com vistas à educação permanente, é uma real possibilidade. Uma pesquisa realizada no Estado do

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

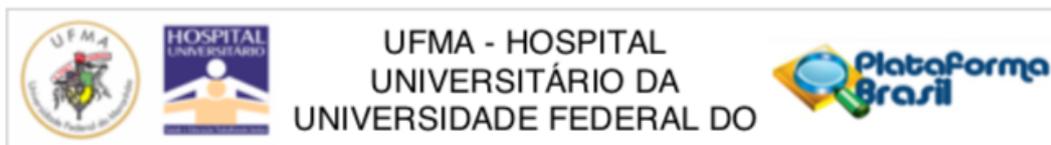
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.315.668

Mato Grosso do Sul com o objetivo de analisar a prevalência e as características das ações de Educação Permanente e as ações de planejamento e de gestão em interface com a EPS, no cotidiano da AB, mostrou que houve uma maior utilização do Telessaúde na capital, como ferramentas para teleeducação. E demonstrou que o potencial de alcance das mesmas, como estratégias de Educação Permanente, pode e deve ser mais bem explorado, com ampliação do acesso e da utilização dessas ferramentas pelos municípios do interior do estado (MACHADO et al. 2015). Gagnon et al (2006) consideraram a educação permanente um dos benefícios da telessaúde e em 2007 os autores citaram como barreira o medo dos profissionais da substituição de todas as formas de educação permanente pela telessaúde. No Brasil, um dos focos da telessaúde é trabalhar no processo de educação permanente das equipes de saúde da família de zonas remotas. (HADDAD et al, 2008a). A pesquisa realizada pelo Núcleo de Telessaúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, com o objetivo de investigar os fatores associados à utilização do sistema de teleconsultorias especializadas para a atenção primária de municípios remotos de Minas Gerais, mostrou que os fatores educacionais, incluindo a percepção sobre a capacidade educacional do sistema e sua eficiência para atualização profissional, não foram significativos para associação ao uso do sistema. A análise descritiva geral deste estudo apresentou que 64% dos municípios consideraram que o sistema funciona sempre como ferramenta educacional e 90% o consideraram eficiente ou razoavelmente eficiente para atualização profissional (ALKMIM, 2010). A pesquisa de Cavalcante (2013), com médicos da Atenção Básica do interior do Amazonas inseridos no Telessaúde/ Núcleo Amazonas, mostrou que os mesmos acreditam que a experiência com educação permanente, por meio do telessaúde, constitui um adequado instrumento para o suporte da atenção básica, de aprendizagem e transformação de suas práticas em dermatologia. No entanto, o estudo de Oliveira (2013), realizado com médicos de Equipes da Estratégia Saúde da Família inseridos no Telessaúde Bahia, apontou que o Telessaúde não é um dispositivo de educação permanente em saúde e que, sozinho, não é capaz de produzir transformações na prática dos profissionais de uma equipe e, em especial, do médico.

Hipótese:

No setor telessaúde, a utilização dos serviços é ponto crítico que precisa ser abertamente discutido. Na prática, observa-se que os benefícios são sempre mais divulgados que os números reais de produção. Além disso, esses números muitas vezes não são claros nas publicações, não havendo em geral detalhamento das atividades de telessaúde consideradas ou número de pontos

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

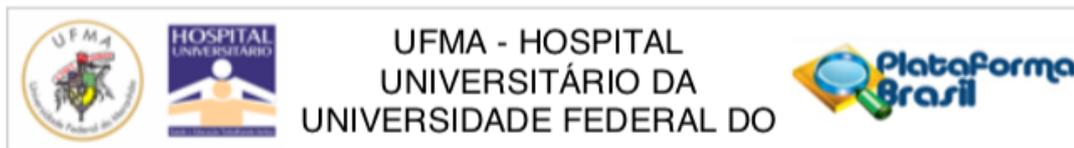
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.315.668

atendidos (ALKMIM, 2010), bem como os resultados das pesquisas que buscaram abordar esse apoio do Telessaúde na Educação Permanente em Saúde dos profissionais. Até o momento, não existem pesquisas avaliativas publicadas sobre o Telessaúde no Estado do Maranhão. Como integrante da equipe do Núcleo Telessaúde HUUFMA, atuando como teleconsultora, e por ser trabalhadora da saúde na Atenção Básica no município de São Luís, percebo o grande potencial educativo dos serviços ofertados pelo Telessaúde. A partir dessas vivências, faz-se necessário avaliar esses serviços ofertados pelos Núcleos de Telessaúde do Maranhão no apoio à Atenção Básica no Estado e refletir como essa oferta faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde da Atenção Básica e de que forma eles se relacionam e fazem uso da mesma; qual o nível de satisfação dos profissionais com os serviços oferecidos, bem como as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no uso dos serviços e, ainda, quais são os limites e possibilidades do Telessaúde no Maranhão constituir-se, de fato, enquanto uma ferramenta de EPS para os profissionais da Atenção Básica. Dessa forma, o presente estudo será orientado pela pergunta: O Telessaúde é uma ferramenta para a Educação Permanente dos profissionais de saúde da Atenção Básica do Maranhão? Diante de tal questionamento, temos como hipótese que os profissionais de saúde da Atenção Básica do Estado do Maranhão não utilizam os serviços oferecidos pelo Telessaúde em todo o seu potencial, não sendo, pois, aproveitado como uma ferramenta de educação permanente. Existem fatores e características dos municípios e dos profissionais usuários do Telessaúde que podem ser identificados como associados à sua utilização.

Metodologia Proposta:

A pesquisa será desenvolvida no Estado do Maranhão, nos municípios que possuem Núcleos de Telessaúde e pontos de Telessaúde nas Unidades Básicas de Saúde, no período de 2017 a 2019. Os sujeitos do estudo serão os profissionais de saúde da Atenção Básica do Estado do Maranhão que estão cadastrados no Programa Telessaúde. Os municípios usuários e os profissionais de saúde serão classificados do maior para o menor número de teleconsultorias realizadas no período. Os municípios com maior número de teleconsultorias realizadas serão selecionados para este estudo. Destes municípios serão selecionados profissionais de saúde que foram cadastrados na Plataforma do Telessaúde, que realizaram ao menos uma solicitação de teleconsulta e deixaram de usar o sistema nos anos seguintes. Participarão, ainda, os profissionais que atuam como teleconsultores e telereguladores dos Núcleos de Telessaúde do Estado Maranhão. O procedimento para coleta de dados será em etapas: - Processo de pactuação para a implantação do Programa no Maranhão; - Análise das teleconsultorias executadas; - Fatores associados ao uso do sistema. Os

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

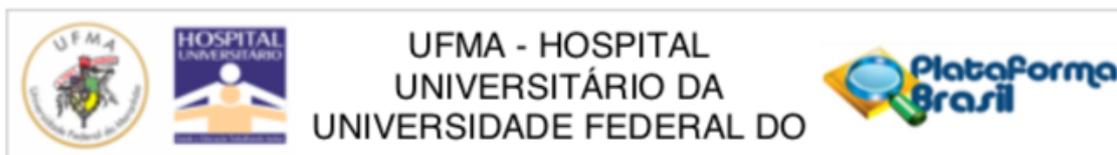
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.315.668

questionários serão disponibilizados on-line, pelo sistema Google Forms através do recurso formulários on line. Os profissionais receberão um email com um link para acesso ao questionário, bem como ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes da pesquisa (Apêndice IV). Após o aceite do profissional a ser entrevistado, o TCLE será enviado em duas vias pelo correio, para serem assinadas e devolvida uma via de cada à pesquisadora. Um envelope devidamente endereçado e selado também será enviado para facilitar a devolução dos documentos. No caso da utilização do Telessaúde como ferramenta de Educação Permanente em Saúde para os profissionais da Atenção Básica será selecionada amostra aleatória de profissionais da Atenção Básica do Maranhão, vinculados aos cinco municípios que mais participaram dos serviços da Tele-Educação no ano de 2017 a 2019, levando em consideração todas as categorias profissionais. A coleta de dados com os profissionais de saúde da Atenção Básica será realizada nas Unidades de Saúde nas quais os profissionais estão vinculados, através de um Roteiro de Entrevista. As entrevistas serão gravadas e em seguida transcritas (APÊNDICE V).

No caso dos profissionais do Núcleo de Telessaúde do HUUFMA (teleregulador, teleconsultores), a população será automaticamente incluída na pesquisa, que será realizada nas dependências do Núcleo de Telessaúde do HUUFMA, através de um Roteiro de Entrevistas (APÊNDICE V).

Metodologia de Análise de Dados:

As teleconsultorias realizadas no período descrito serão classificadas quanto ao profissional solicitante, município de origem, com respectiva população, índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) e distância da capital do Estado, São Luís. O IDHM será categorizado como muito baixo (até 0,499), baixo (0,500 até 0,599), médio (0,600 até 0,699), alto (0,700 até 0,799) ou muito alto (maior ou igual a 0,800), segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2013). Serão calculados os indicadores de estrutura e processo para a avaliação de Pontos e Núcleo de Telessaúde. Os assuntos mais solicitados nas teleconsultorias serão analisadas a partir da classificação das respostas utilizando a associação dos códigos da Classificação Internacional de Atenção Primária, versão 2 (CIAP 2). A CIAP é o mais adequado sistema de classificação para ser utilizado na atenção primária à saúde, pois permite classificar não só os problemas diagnosticados pelos profissionais da saúde, mas principalmente os motivos da consulta e as intervenções acordadas seguindo a sistematização SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano) concebida por Lawrence Weed na década de 60 do século passado (WONCA, 2009). A satisfação e a resolutividade do serviço de teleconsultorias serão verificadas por meio de

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

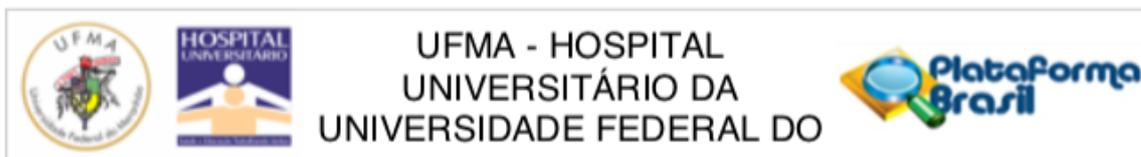
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.315.668

um questionário padronizado, que é parte integrante do sistema de teleconsultorias, disponibilizada de forma eletrônica e utilizado opcionalmente pelos usuários que solicitam teleconsultorias no serviço quando o mesmo verifica a resposta à pergunta enviada. É composto por três perguntas: i) "A teleconsultoria evitou o encaminhamento do paciente?" (referindo-se ao encaminhamento do paciente para outros serviços em outras cidades); (ii) "A teleconsultoria que você acabou de fazer respondeu a dúvida levantada?"; (iii) "Qual o seu grau de satisfação com o sistema de teleconsultoria?". A primeira pergunta explora a eficiência da atividade. A segunda avalia a qualidade e a resolutividade da resposta do teleconsultor. A terceira avalia o grau de satisfação geral do profissional de saúde com o sistema. Será analisada todas as respostas dos profissionais que responderam à pesquisa de satisfação no período do estudo. A análise estatística será realizada usando o Stata, versão 14.0. A análise preliminar dos dados será realizada por meio de técnicas descritivas das características dos profissionais, municípios e dos fatores pesquisados. Para as variáveis contínuas, serão calculadas estatísticas básicas (média \pm desvio-padrão ou mediana, intervalo interquartil [IQR]), conforme apropriado. Variáveis categóricas serão definidas em números absolutos e porcentagem, sendo realizada análise descritiva. Para a análise descritiva entre os grupos, o teste de Shapiro Wilk será aplicado às variáveis, para avaliar a normalidade da distribuição e o teste de Mann Whitney será realizado para comparar as medianas dos dois grupos. Para estudar os fatores associados à utilização do sistema de teleconsultoria, será empregada análise multivariada. A análise do questionário sobre satisfação dos usuários será realizada de forma descritiva e pelo teste Qui-Quadrado ou teste exato de Fisher, quando apropriado. As questões que apresentaram caselas nulas tiveram apenas a análise descritiva realizada. Para as variáveis com p-valor $< 0,05$ será calculada a Odds Ratio. Regressão logística binária será definida como o segundo modelo do estudo, tendo como variáveis explicativas todos os fatores associados pesquisados. As entrevistas estruturadas serão submetidas à análise de conteúdo, que de acordo com Bardin (2009), é um conjunto de técnicas de análise das falas que busca identificar o conteúdo das mensagens e indicadores (quantitativos ou não) que permitam a reunião de temas de mesma significação para a inferência de conhecimentos relativos às variáveis inferidas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o Telessaúde como ferramenta de Educação Permanente em Saúde para os profissionais de saúde da Atenção Básica do Estado do Maranhão.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

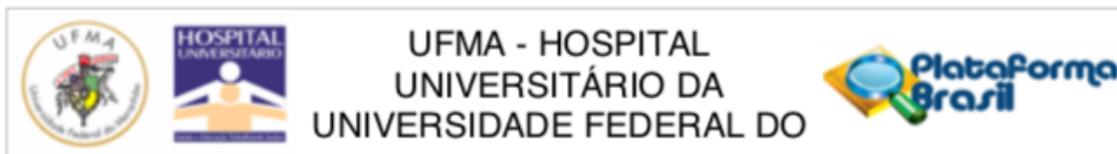
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.315.668

- Avaliar os indicadores dos serviços ofertados pelos Núcleos de Telessaúde no Estado do Maranhão, a partir das diretrizes para a oferta de teleconsultorias como meio para apoiar na Educação Permanente em Saúde para os profissionais de saúde da Atenção Básica - Analisar a percepção dos profissionais envolvidos com o Telessaúde sobre o uso deste como ferramenta de Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho na Atenção Básica no Estado do Maranhão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, o risco ou dano para os participantes será mínimo, pois toda informação prestada será considerada CONFIDENCIAL. A identificação do profissional e a do seu serviço serão mantidas como informação sigilosa. O participante terá o direito de se recusar a responder alguma pergunta que porventura trazer qualquer tipo de constrangimento. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual. Quanto aos benefícios, não haverá benefício pessoal devido a participação na pesquisa. Os benefícios porventura gerados com os resultados serão aplicados ao sistema de saúde público, sendo que os dados serão utilizados somente para fins dessa pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui relevância social e científica, pois possibilitará uma melhor compreensão sobre os serviços ofertados pelo Programa Telessaúde no Estado do Maranhão e além de contribuir para a educação permanente em saúde dos profissionais que atuam na Atenção Básica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3). O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

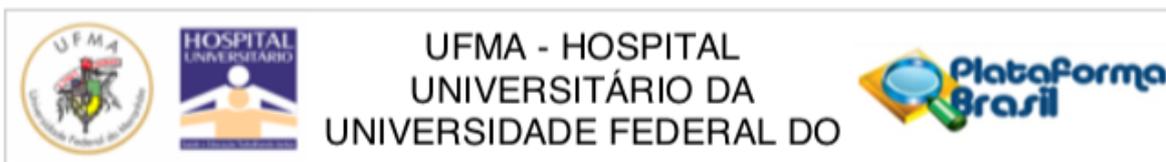
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.315.668

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_935761.pdf	26/09/2017 16:23:44		Aceito
Outros	CARTARESPOSTA2.pdf	26/09/2017 16:23:00	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/09/2017 16:22:18	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/09/2017 16:21:39	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoDeTeseCEP.pdf	26/09/2017 16:21:12	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoDeTeseCEP.docx	26/09/2017 16:20:52	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

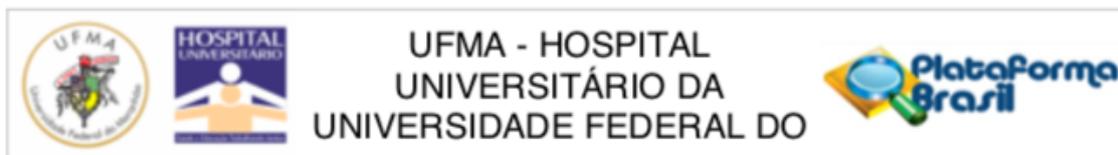
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.315.668

Declaração de Pesquisadores	TermoDeAnuencia.pdf	18/09/2017 15:59:41	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Outros	CartaResposta.pdf	18/09/2017 15:56:45	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/09/2017 15:42:30	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	18/09/2017 15:42:14	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/09/2017 15:41:43	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	18/09/2017 15:41:16	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_COMIC.pdf	17/07/2017 16:10:31	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_responsabilidade_financ eira.pdf	15/06/2017 15:45:00	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_utilizacao_dos_dados.pdf	15/06/2017 15:44:37	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Telessaude.JPG	15/06/2017 15:41:00	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	04/06/2017 10:24:29	LIBERATA CAMPOS COIMBRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 05 de Outubro de 2017

Assinado por:

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

ANEXO 3 -NORMAS DA REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PUBLICA



Instruções aos autores e diretrizes para apresentação de manuscritos

1. INFORMAÇÃO GERAL

1.1 Objetivos e público-alvo

1.2 Conteúdo

- 1.2.1 Artigos de pesquisa original
- 1.2.2 Revisões
- 1.2.3 Relatórios especiais
- 1.2.4 Opinião e análise
- 1.2.5 Comunicações breves
- 1.2.6 Temas atuais
- 1.2.7 Cartas ao editor

1.3 Idioma

1.4 Diretrizes e protocolos de pesquisa

1.5 Ética

1.6 Conflito de interesses

1.7 Direitos autorais

1.8 Processo de revisão por pares

1.9 Disseminação

2. DIRETRIZES PARA A APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS

2.1 Critérios gerais para a aceitação de manuscritos

2.2 Especificações para os manuscritos

2.3 Requisitos para formatação

2.4 Título

2.5 Autoria

2.6 Página de resumo e palavras-chave

2.7 Corpo do artigo

2.8 Tabelas e figuras

2.9 Apresentação do manuscrito

2.10 Correção do manuscrito

1 INFORMAÇÃO GERAL

1.1 Objetivos e leitores

A Revista Pan-Americana de Saúde Pública/Pan American Journal of Public Health (RPSP/PAJPH) é uma revista científica mensal de acesso gratuito, revisada por pares. É a publicação técnica e científica oficial da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), cuja Sede está localizada em Washington, D.C., Estados Unidos da América.

Sua missão consiste em servir como um importante veículo de disseminação de informação científica em saúde pública de relevância internacional, principalmente em áreas

relacionadas com a missão essencial da OPAS de fortalecer os sistemas de nacionais e locais de saúde, bem como melhorar a saúde dos povos da Região das Américas.

Para isso, a RPSP/PAJPH publica materiais que refletem os principais objetivos estratégicos e as áreas programáticas da OPAS: saúde e desenvolvimento humano, promoção e proteção da saúde, prevenção e controle de doenças transmissíveis e crônicas, saúde materno-infantil, gênero e saúde da mulher, saúde mental, violência, nutrição, saúde ambiental, administração de desastres, desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, determinantes sociais de saúde, e equidade em saúde.

O objetivo da RPSP/PAJPH é fechar a lacuna existente entre os responsáveis pela formulação de políticas e pesquisadores, profissionais da saúde e médicos.

1.1.2 Conteúdo

A RPSP/PAJPH considera as seguintes contribuições: artigos baseados em pesquisa original, revisões, relatos especiais, opiniões e análises, comunicações breves, temas atuais, e cartas ao editor. Encontra-se a seguir uma breve descrição das características específicas de cada tipo de contribuição e na seção 2 estão indicadas as especificações de formatação para cada tipo de manuscrito.

Em geral, as seguintes contribuições não serão consideradas para publicação: relatos de casos clínicos, relatos episódicos de intervenções específicas, relatórios sobre estudos individuais propostos para publicação em série, revisões bibliográficas não críticas e descritivas, manuscritos com significativa sobreposição ou que apresentem diferenças mínimas de resultados de pesquisa anteriores e reimpressões ou traduções de artigos já publicados em outros periódicos — seja de maneira impressa ou eletrônica. Exceções à estas regras gerais serão avaliadas e poderá haver uma determinação diferente para cada caso.

1.2.1 Artigos de pesquisa original

Os relatos de pesquisa original se centram em estudos substanciais nos temas de saúde pública de interesse da Região das Américas. A pesquisa experimental ou de observação deve seguir o formato IMRAD (do acrônimo em inglês de Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Discussão).

1.2.2 Revisões

Revisões sistemáticas de prioridades e intervenções relevantes em saúde pública também serão consideradas.

1.2.3 Relatos especiais

Estes são relatos sobre pesquisa, estudos ou projetos relevantes para a Região das Américas.

1.2.4 Opinião e análise

Documentos de opiniões oficiais, reflexões e análises podem ser apresentados nos temas de interesse para o campo da saúde pública.

1.2.5 Comunicações breves

As comunicações breves descrevem técnicas ou metodologias inovadoras ou promissoras, ou detalham os resultados preliminares de pesquisa sobre temas de especial interesse para a saúde pública.

1.2.6 Temas atuais

Estes incluem análise de iniciativas, intervenções em saúde e/ou tendências epidemiológicas atuais, tanto nacionais quanto regionais, relacionadas a doenças e aos principais problemas de saúde nas Américas.

1.2.7 Cartas ao editor

Esclarecimentos, pontos de discussão, ou outras observações sobre o conteúdo apresentado na RPSP/PAJPH são bem-vindos. Cartas com comentários sobre <http://www.equator-network.org>, pública também serão consideradas.

1.3 Idioma

Os manuscritos são recebidos em inglês, português ou espanhol. **Recomenda-se firmemente que os autores os escrevam em sua língua materna.** O domínio inadequado de um segundo idioma pode tornar confuso o significado do texto e, frequentemente, não condiz com a precisão científica que requerem os artigos de pesquisa de alta qualidade.

Nomes formais de instituições, seja nos textos como na afiliação dos autores, não devem ser traduzidos, a menos que exista uma tradução oficialmente aceita. Ademais, os títulos nas referências bibliográficas devem ser mantidos em seu idioma original.

1.4 Diretrizes e protocolos de pesquisa

A RPSP/PAJPH segue os [Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas](#), criado e atualizado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE, sigla em inglês), e está listada entre os periódicos que seguem esses requisitos. Essas diretrizes incluem considerações éticas, autoria e colaboração, avaliação por pares, conflitos de interesses, privacidade e confidencialidade, proteção de seres humanos e animais, assim como questões editoriais e de publicação, como publicidade, publicações superpostas, referências e registro de ensaios clínicos. Consulte abaixo uma descrição detalhada de cada uma dessas diretrizes.

A RPSP/PAJPH espera que os autores sigam os melhores protocolos de pesquisa disponíveis. Os protocolos de pesquisa são descritos no [Centro de Recursos da Rede EQUATOR](#). A Biblioteca Nacional de Medicina (*National Library of Medicine*) dos Estados Unidos atualiza e publica uma lista completa das principais [diretrizes para a apresentação de relatos em pesquisa biomédica](#). Além disso, na Seção de [Recursos para Autores](#) da RPSP/PAJPH estão descritas as diretrizes e boas práticas adicionais para pesquisa e redação científica.

Com base nas [recomendações](#) da OMS e do ICMJE, a RPSP/PAJPH exige que os ensaios clínicos sejam inscritos em um registro público de ensaios como condição para ser considerados para publicação. O número inscrição do ensaio clínico deve ser publicado ao final do resumo com um link ao registro correspondente. A RPSP/PAJPH não estipula uma base de registro em particular, mas recomenda aos autores que inscrevam os ensaios

dínicos em um dos registros certificados pela OMS e pelo ICMJE, disponíveis na [Plataforma de Registro de Ensaio Clínico Internacional](#).

1.5 Ética

A RPSP/PAJPH se compromete com os princípios éticos mais estritos para a condução de pesquisas, conforme previsto pela [Declaração de Helsinque, 2013 \(Espanhol\)](#) e las [International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans](#) de CIOMS. Quando se relata pesquisa realizada com seres humanos os autores devem incluir informações sobre os comitês de ética que aprovaram o estudo antes de seu início. Os estudos devem ser aprovados no país onde foram conduzidos. Se um estudo for considerado isento de revisão dos aspectos éticos, os autores devem fornecer a documentação para tal isenção.

1.6 Conflito de interesses

Os autores devem revelar todas as informações sobre qualquer subvenção ou subsídio para cobrir os custos de pesquisa recebidos de entidades comerciais ou privadas, organização nacional ou internacional, ou organismo de apoio à pesquisa. Estas declarações ajudam o leitor a melhor compreender a relação entre os autores e as diversas entidades comerciais que tenham interesse na informação revelada no artigo publicado.

A RPSP/PAJPH adere às recomendações do ICMJE para a divulgação de conflitos de interesses. O ICMJE solicita aos autores que informem os quatro seguintes tipos de informação:

1. Associações com entidades comerciais que prestaram apoio ao trabalho informado no manuscrito apresentado;
2. Associações com entidades comerciais que poderiam ter interesse no manuscrito apresentado;
3. Associações financeiras que envolvam familiares; e
4. Outras associações relevantes não financeiras.

Os autores são os únicos responsáveis pelos critérios expressos em seus textos, que não necessariamente refletem a opinião ou a política da RPSP/PAJPH. A menção de empresas específicas ou produtos de certos fabricantes não implica que sejam respaldados ou recomendados em preferência a outros de natureza semelhante. Sempre que possível, devem ser utilizados nomes genéricos para medicamentos ou produtos.

1.7 Direitos autorais

Como condição para publicação, a RPSP/PAJPH exige que os autores forneçam informação indicando que o texto, ou qualquer contribuição similar, não tenha sido anteriormente publicado em formato impresso ou eletrônico, e que não esteja sendo simultaneamente apresentado a qualquer outro periódico, até que a RPSP/PAJPH chegue a uma decisão com respeito a sua publicação. Qualquer indicação de possível publicação prévia em qualquer outro formato deve ser informado por ocasião da submissão do manuscrito e deve incluir cópia ou link da publicação. Os autores são exclusivamente responsáveis por obter a permissão para reproduzir qualquer material protegido por direitos autorais contido no manuscrito submetido. O manuscrito deve ser acompanhado de uma carta original

concedendo, explicitamente, tal permissão em cada caso. As cartas devem especificar exatamente as tabelas, figuras ou o texto que estão sendo citados e a maneira em que serão utilizados, juntamente com uma referência bibliográfica completa da fonte original.

No caso de documentos contendo traduções de material citado, ao apresentar o manuscrito é preciso identificar e incluir claramente um link ou cópia daquele texto no idioma original.

Os artigos da Revista são de acesso aberto e são distribuídos sob os termos da Licença [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 IGO License](#), que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado. Não são permitidas modificações ou uso comercial dos artigos. Em qualquer reprodução do artigo, não deve haver nenhuma sugestão de que a OPAS ou o artigo avaliem qualquer organização ou produtos específicos. Não é permitido o uso do logotipo da OPAS.

1.8 Processo de avaliação por pares

Os manuscritos são submetidos à seleção por meio de um processo formal de revisão por pares. Inicialmente, um manuscrito que satisfaça os requisitos gerais de apresentação e cumpra com o alcance temático da RPSP/PAJPH será revisado pelos Editores Associados para determinar se existe validade científica e relevância para os leitores da Revista. Se este for o caso, o artigo será enviado para pelo menos três diferentes revisores que realizam a avaliação por pares na modalidade duplo cego. Ao receber todas as revisões solicitadas, os Editores Associados prepararão uma recomendação ao Editor-Chefe para: (a) rejeitar o manuscrito; (b) aceitar condicionalmente o manuscrito (seja com observações mínimas ou importantes); ou (c) aceitar o manuscrito sem alterações.

No caso de aceitação condicional, será solicitado aos autores que revisem o manuscrito para abordar as questões e recomendações dos pareceristas, ou para fornecer, alternativamente, uma justificativa detalhada das razões pelas quais estão em desacordo com tais observações. O manuscrito é novamente revisado pelos Editores Associados, assim como, em alguns casos, por novos pareceristas. Note que o texto poderá ser submetido a tantas revisões quanto forem necessárias, assegurando que os autores tenham abordado adequadamente todas as questões suscitadas.

O Editor-Chefe toma a decisão final sobre a aceitação ou rejeição de manuscritos. Todas as decisões são comunicadas por escrito ao autor correspondente.

O tempo necessário para processar um manuscrito varia, dependendo da complexidade da matéria e da disponibilidade dos pareceristas adequados.

Os documentos aceitos estão sujeitos à revisão editorial. Vide seção 2.10, "Correção do manuscrito", para maiores informações.

1.9 Disseminação

A RPSP/PAJPH é publicada em formato eletrônico no [website da Revista](#). Ademais, está indexada nas principais bases de dados bibliográficas.

A RPSP/PAJPH deposita uma versão completa dos manuscritos aceitos para publicação em formato eletrônico no Repositório Institucional da OPAS para Intercâmbio de Informações, na coleção Saúde Pública SciELO, PubMed e em outras bases de dados científicas

relevantes. Os usuários podem se registrar no [website da Revista](#) para receber o índice dos artigos publicados.

Os links contidos nos metadados das base de dados levam diretamente ao texto completo dos artigos publicados.

Os manuscritos da Revista também são disseminados através de uma lista de e-mails e da [conta de Twitter da Revista](#).

2 DIRETRIZES PARA A APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS

2.1 Critérios gerais para a aceitação de manuscritos

A seleção do material para publicação na RPSP/PAJPH se baseia nos seguintes critérios:

- Adequação quanto ao alcance temático da Revista;
- Validade científica, originalidade, relevância e atualidade da informação;
- Aplicabilidade fora de seu lugar de origem e na Região das Américas como um todo;
- Cumprimento das normas da ética médica que rege a pesquisa conduzida com seres humanos e animais;
- Cumprimento de protocolos específicos para a apresentação de informação de pesquisa;
- Coerência entre o projeto e a metodologia de pesquisa;
- Necessidade de atingir um certo equilíbrio na cobertura temática e geográfica.

Os manuscritos devem cumprir com as especificações delineadas nessas Instruções e Diretrizes para serem aceitos. Os autores devem ler cuidadosamente todas as seções antes de apresentar os documentos no sistema on-line, para assegurar que o documento satisfaça as condições para publicação.

Os manuscritos que não seguem o formato padrão da RPSP/PAJPH serão devolvidos aos autores imediatamente. O periódico pode, também, negar a publicação de qualquer manuscrito cujos autores não respondam satisfatoriamente ao questionamento editorial.

O Editor-Chefe tomará a decisão final de aceite ou não do manuscrito com base nas recomendações decorrentes do processo de avaliação por pares, descrito na seção 1.8.

2.2 Especificações para os manuscritos

Os manuscritos devem ser redigidos em software de processamento de texto em espaço duplo, em uma coluna, na fonte Times New Roman ou Arial, tamanho 12 pontos.

Para figuras e tabelas, deve-se usar o Microsoft Excel®, Power Point® ou outro software de gráficos. As figuras podem aparecer coloridas ou em preto e branco, e eles devem ser apresentados em um formato editável.

Uma vez que artigos sejam aceitos para publicação, é possível que seja solicitado aos autores que enviem figuras e tabelas em formatos mais claros e legíveis.

2.3 Requisitos para formatação

A formatação geral para as diversas seções da RPSP/PAJPH é a seguinte:

Seção	Número máximo de palavras ¹	Número máximo de referências	Número máximo de tabelas, figuras ²
Artigos de pesquisa original	3 500	35	5
Artigos de revisão	3 500	50	5
Relatos especiais	3 500	35	5
Comunicações breves	2 500	10	2
Opiniões e análises	2 500	20	2
Temas atuais	2 000	20	2
Cartas	800	5 caso seja necessário	Nenhuma

¹ Excluindo resumo, tabelas, figuras e referências.

² Contagem máxima de palavras para 5 tabelas / figuras é 1000; para 2 tabelas/figuras, 400.

2.4 Título

O título do manuscrito deve ser claro, preciso e conciso, e incluir todas as informações necessárias para identificar o alcance do artigo. Um bom título é o primeiro ponto de acesso para o conteúdo do artigo e facilita sua recuperação em bases de dados e motores de busca.

Os títulos não podem exceder 15 palavras. Palavras ambíguas, jargão e abreviações devem ser evitados. Títulos separados por pontos ou divididos em partes também devem ser evitados.

2.5 Autoria

A RPSP/PAJPH define autoria de acordo com as [diretrizes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas \(ICMJE\)](#) [sigla em inglês], recomendando que a autoria seja baseada nos quatro seguintes critérios:

- (1) Contribuições substanciais à concepção ou ao projeto do trabalho; ou à aquisição, à análise ou à interpretação de dados para o trabalho; E
- (2) Redação do trabalho ou revisão crítica do conteúdo intelectual relevante; E
- (3) Aprovação final da versão a ser publicada; E
- (4) Manifestar concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do estudo sejam apropriadamente investigadas e resolvidas. Os autores devem declarar, na carta de apresentação, a extensão da contribuição de cada autor.

A inclusão de outras pessoas como autores por motivos de amizade, reconhecimento, ou outra motivação não científica constitui uma violação da ética em pesquisa.

Nos casos em que um grande grupo multicêntrico tenha realizado o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam assumir responsabilidade direta pelo manuscrito. Os nomes de instituições não devem ser traduzidos, a menos que exista uma tradução oficial.

Colaboração se refere à supervisão geral de um grupo de pesquisa ou apoio geral administrativo; e assistência em redação, revisão técnica, revisão linguística e verificação final.

2.6 Página de resumo e palavras-chave

O resumo é o segundo ponto de acesso a um artigo e deve permitir que os leitores determinem a relevância do artigo e decidam se lerão ou não todo o texto.

Os artigos de pesquisa original ou revisões sistemáticas devem ser acompanhados de um resumo estruturado de não mais de 250 palavras, subdividido nas seguintes seções: (a) Objetivos, (b) Métodos, (c) Resultados, e (d) Conclusões.

Os outros tipos de contribuições também devem ser acompanhados por um resumo informativo de não mais de 250 palavras.

O resumo não deve incluir nenhuma informação ou conclusões que não apareçam no texto principal. Este deve ser escrito na terceira pessoa e não deve conter notas de rodapé, abreviaturas desconhecidas nem citações bibliográficas.

As palavras-chave, extraídas do vocabulário dos [DeCS](#) (Descritores em Ciências da Saúde), da BIREME/OPAS/OMS e/ou, [MeSH](#) (*Medical Subject Headings*), da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (NLM), incluindo traduções em português e espanhol, estão disponíveis para que os autores as selecionem ao apresentar o manuscrito. Seu emprego facilita e torna mais específica a busca e recuperação do artigo em bases de dados e motores de busca.

2.7 Corpo do artigo

Artigos de pesquisa original e revisões sistemáticas são, geralmente, organizados segundo o formato [IMRAD](#) (Introdução, Materiais e métodos, Resultados e Discussão).

Embora subtítulos possam ser necessários ao longo do artigo, de maneira geral, o parágrafo que dá início ao manuscrito não precisa ser intitulado "Introdução", visto que este título é normalmente removido durante o processo de revisão. No entanto, o objetivo do artigo deve ser claramente declarado ao final da seção introdutória.

As seções "Resultados e Discussão" podem requerer subtítulos. No caso das "Conclusões", as quais devem estar incluídas ao final da seção "Discussão", também podem ser identificadas mediante um subtítulo.

Os artigos de revisão são frequentemente estruturados de modo semelhante aos artigos de pesquisa original, mas devem incluir uma seção descrevendo os métodos usados para selecionar, extrair e sintetizar os dados.

As comunicações breves seguem a mesma sequência dos artigos originais, porém, normalmente, omitem títulos de subdivisão.

Outros tipos de contribuições não seguem nenhuma estrutura pré-definida e podem utilizar outras subdivisões, em função de seu conteúdo.

Quando são usadas abreviações, estas devem ser definidas utilizando o termo por extenso por ocasião de sua primeira utilização no texto, seguido da abreviatura ou sigla entre parênteses. Na medida do possível, as abreviações devem ser evitadas. Em termos gerais, as abreviações devem refletir a forma extensa no mesmo idioma do manuscrito, com exceção das abreviaturas reconhecidas internacionalmente em outro idioma.

As notas de rodapé são esclarecimentos ou explicações à margem que interromperiam o fluxo natural do texto, portanto, seu uso deve restringir-se ao mínimo. Notas de rodapé são numeradas sequencialmente e aparecem ao final da página na qual são citadas. Links ou referências a documentos citados devem ser incluídos na lista de referências.

As citações são essenciais ao manuscrito e devem ser relevantes e atuais. Servem para identificar as fontes originais dos conceitos, métodos e das técnicas aos quais se referem, decorrentes de pesquisa, estudos e experiências anteriores. Também apoiam fatos e opiniões expressos pelo autor e apresentam ao leitor a informação bibliográfica necessária para consultar as fontes primárias.

A RPSP/PAJPH segue os [Requisitos Uniformes do ICMJE para a Preparação de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas](#) para referências (conhecidos como "Estilo de Vancouver"), que se baseia, em grande parte, no estilo do Instituto Americano de Normas Nacionais adaptado pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos para as suas bases de dados. Os formatos recomendados para uma variedade de documentos e exemplos estão disponíveis em [Citing Medicine, segunda edição](#) e [neste link](#).

Exemplo:

Rabadán-Diehl C, Safdie M, Rodin R; Trilateral Working Group on Childhood Obesity. Canada-United States-Mexico Trilateral Cooperation on Childhood Obesity Initiative. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;40(2):80-4.

As referências devem ser numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto, e identificadas por algarismos arábicos entre parênteses no texto, nas tabelas e legendas.

Exemplos:

"Observou-se (3, 4) que..."

ou:

"Vários estudos (1-5) mostraram que..."

As referências citadas somente em legendas de tabelas ou figuras devem ser numeradas de acordo com a sequência estabelecida mediante a primeira menção da tabela ou figura em particular, no corpo do texto.

Os títulos dos periódicos referidos devem ser abreviados segundo o estilo usado na [Base de Dados de Revistas](#), criada e atualizada pela [Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos](#).

A lista de referências deve ser numerada sequencialmente e deve ser iniciada em nova folha ao final do manuscrito. Todas as referências eletrônicas devem incluir a data de acesso.

2.8 Tabelas e figuras

As tabelas apresentam informação — geralmente numérica — em uma disposição de valores ordenada e sistemática em linhas e colunas. A apresentação deve ser de fácil compreensão para o leitor, complementando sem duplicar a informação do texto. Informações estatísticas em excesso podem ser, também, difíceis de interpretar. As tabelas devem ser transferidas em separado dos arquivos de texto e apresentadas em formato editável (preferencialmente arquivos Excel), e não como objetos extraídos de outros arquivos ou inseridos em documentos Word. Cada tabela deve conter um título breve, porém completo, indicando lugar, data e fonte da informação. Os títulos de colunas, também, devem ser os mais breves possíveis e indicar a unidade de medida ou a base relativa (porcentagem, taxa, índice etc.).

Informação que falta deve ser indicada por uma elipse (...). Se os dados não se aplicam, a célula deverá indicar "NA" (não se aplica). Se algum desses mecanismos, ou ambos, for utilizado, seu significado deve ser indicado com uma nota de rodapé da tabela.

As tabelas não devem ser separadas por linhas verticais, devendo apresentar três linhas completas horizontais no total: uma abaixo do título, uma segunda sob os títulos da coluna, e a terceira, ao final da tabela, acima das notas de rodapé.

As notas de rodapé de uma tabela devem ser indicadas com letras minúsculas sobrescritas, em ordem alfabética: a, b, c, etc. As letras sobrescritas no corpo da tabela deverão seguir uma sequência de cima para baixo e da esquerda para a direita.

Os autores devem se certificar de incluir "chamadas" — pontos de referência no texto a todas as tabelas do texto.

Tabelas ou dados de outra fonte publicada ou inédita devem ser reconhecidos e os autores devem obter permissão prévia para incluí-los no manuscrito. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais detalhes.

As figuras incluem gráficos, diagramas, desenhos, mapas e fotografias. Devem ser usadas para destacar tendências e ilustrar comparações de forma clara e exata. As figuras devem ser de fácil compreensão e devem adicionar informação, em vez de repetir informação anterior do texto ou tabelas. As legendas devem ser breves, porém completas, devendo incluir lugar, data e fonte da informação.

As figuras devem ser enviadas em arquivo separado, em seu formato original editável, seguindo os padrões dos programas de software mais comuns (Excel, Power Point, Open Office ou arquivos .eps).

Havendo espaço suficiente, a legenda de um gráfico ou mapa deve estar incluída como parte da própria figura. Caso contrário, deve ser incluída em seu título. Em mapas e diagramas deve ser indicada a escala em unidades do SI (veja abaixo).

Se a figura ou tabela procede de outra publicação, a fonte deve ser identificada, e deve ser obtida permissão por escrito para reprodução deve ser obtida do titular dos direitos autorais da publicação original. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais informação.

Quando unidades de medida forem utilizadas, os autores devem usar o [Sistema Internacional de Unidades \(SI\)](#), com base no sistema métrico e organizado pelo Comitê Internacional de Pesos e Medidas (*Bureau International des Poids et Mesures*).

As abreviaturas das unidades não são pluralizadas (por exemplo, usar 5 km, não 5kms), nem são seguidas de um ponto (escrever 10 mL, não 10mL.), exceto ao final de uma oração. Os algarismos devem ser agrupados de três em três à esquerda e à direita da vírgula decimal nos manuscritos em espanhol e português (ponto decimal nos manuscritos em inglês), sendo cada grupo de três algarismos separado por um espaço em branco.

Estilo correto:

12 500 350

1 900,05 (artigos em espanhol e em português)

1 900.05 (artigos em inglês)

Estilo incorreto:

12,500,350

1.900,05

Poderá ser usada uma [calculadora](#) para converter as unidades, os títulos e outras medidas ao Sistema Internacional.

2.9 Sumissão do manuscrito

Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente por meio do [sistema online de gestão de manuscritos da Revista](#).

Os autores serão notificados por e-mail do recebimento de seu manuscrito, e poderão ver o status dos seus manuscritos em qualquer momento a partir de sua conta na seção *Author Center*, em qualquer etapa do processo.

Todos os manuscritos devem ser acompanhados de uma [carta de apresentação](#) que inclua:

- Informação sobre todos os relatos e apresentações anteriores;
- Possíveis conflitos de interesses;
- Permissão para reproduzir material anteriormente publicado;
- Confirmação de que o manuscrito foi lido e aprovado por todos os autores, incluindo a contribuição de cada autor;
- Informação adicional que possa ser útil aos Editores Associados e ao Editor-Chefe.

A carta de apresentação deve ser incluída em um arquivo separado do restante do manuscrito. Nomes e afiliação dos autores não devem ser incluídos em nenhuma parte do documento principal (documento em Word; favor não enviar documentos em PDF), no momento da submissão.

Favor examinar os arquivos e os aspectos mencionados nessas instruções antes do envio de seu manuscrito, certificando-se de que esteja cumprindo todas as Condições para a Publicação, caso seu artigo seja aceito para publicação.

2.10 Correção do manuscrito

Os manuscritos são aceitos na condição de que a editora se reserva o direito de efetuar correções necessárias em questão de uniformidade, clareza e conformidade com o estilo da RPSP/PAJPH.

Os manuscritos aceitos para publicação serão submetidos à correção de estilo e, depois, serão enviados ao autor correspondente para que responda às indagações do editor, e para aprovar quaisquer correções. Se, durante esta etapa, o autor não responder satisfatoriamente às indagações do editor, a Revista se reserva o direito de não publicar o manuscrito. A fim de evitar atraso na publicação do número correspondente, solicita-se aos autores que devolvam o manuscrito corrigido, com sua aprovação, até a data indicada na mensagem que o acompanha.

A versão definitiva em PDF será enviada ao autor correspondente para aprovação antes da publicação online. Os artigos serão publicados nos formatos HTML e PDF.