

REGRAS DO GOVERNO BRASILEIRO SOBRE SERVIÇOS DE TELESSAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Angélica Baptista Silva¹

Ana Cristina Menezes Guedes Carneiro²

Sergio Ricardo Ferreira Sindico³

Este trabalho trata-se de pesquisa qualitativa que objetivou observação, integração e análise, de maneira sistematizada e crítica, dos dispositivos na legislação federal para consolidação de política pública relativa à telessaúde no país. A metodologia deste estudo buscou a identificação das principais características da legislação do Ministério da Saúde (MS), publicada entre 2006 e 2012, e a síntese de conhecimento com vistas à incorporação da aplicabilidade de resultados da análise da normativa na prática da telessaúde, conforme preconiza a revisão integrativa. A discussão evidenciou que há: *i*) assimetrias no financiamento; *ii*) desafios a superar com regulação e estabelecimentos de alta complexidade; *iii*) ausência de previsão suficiente na legislação que fomente o registro do caminho percorrido pelo paciente nas redes de atenção à saúde; *iv*) processo de formulação de políticas centralizado; *v*) desenho de serviço com base em teleconsultoria, com lacunas na tele-educação, no telediagnóstico e na segunda opinião formativa (SOF), cujo escopo precisa ser aperfeiçoado; *vi*) além do enfoque principal da literatura, que descreve a telessaúde como uma questão técnica em detrimento da abordagem educacional.

Palavras-chave: política governamental em saúde; legislação; saúde pública; telemedicina; telessaúde.

RULES OF THE BRAZILIAN GOVERNMENT ON TELEHEALTH SERVICES: AN INTEGRATIVE REVIEW

Qualitative research aimed the observation, integration and analysis in a systematic and critical way of the federal legislation devices for the consolidation of a public policy on telehealth at the country. The methodology sought to identify the main features of the legislation published between 2006 and 2012, and synthesis of knowledge with a view to incorporating the applicability of findings of the normative practice of telehealth as advocates integrative review. The analysis and discussion of the results showed that: there are asymmetries in financing; challenges to overcome with the regulation and establishments of high complexity in the health system, lack of adequate provision in the legislation that fosters the record of the path taken by the patient in the networks of health care; telehealth's policymaking process centralized, service design based on teleconsulting with gaps in distance education, remote diagnosis and formative second opinion, whose scope needs to be enhanced with other disciplines; addition to the primary literature and the normative approach, describing the telehealth as a technical matter, the expense of the educational approach.

Keywords: government policy; regulation; public health; telemedicine; telehealth.

1. Pesquisadora no Instituto de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), professora de Política, Planejamento e Gestão no Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Iesc/UFRJ) e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (Ensp/Fiocruz). *E-mail:* <angelica.silva@ifffiocruz.br>.

2. Mestre em Ciências Ambientais pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e coordenadora no Núcleo de Telessaúde do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HSE). *E-mail:* <anamenegue@gmail.com>.

3. Mestre em Ciência da Informação pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) da UFF e bibliotecário na Fiocruz. *E-mail:* <sergiosindico@hotmail.com>.

REGLAS DEL GOBIERNO BRASILEÑO SOBRE SERVICIOS DE TELESALUD: REVISIÓN INTEGRATIVA

Investigación de naturaleza cualitativa objetivó la observación, integración y análisis, de manera sistematizada y crítica, de los dispositivos en la legislación federal para la consolidación de una política pública relativa a telesalud en el territorio nacional. La metodología empleada buscó la identificación de las principales características de la legislación, publicada entre 2006 y 2012, y la síntesis de conocimiento con vistas a la incorporación de la aplicabilidad de resultados del análisis de la normativa en la práctica de telesalud, conforme preconiza la revisión integrativa. El análisis y discusión de los resultados evidenciaron que hay: asimetrías en el financiamiento; desafíos a superar con la regulación y los establecimientos de alta complejidad en el sistema; ausencia de previsión suficiente en la legislación, que fomente el registro del camino recorrido por el paciente en las redes de atención a la salud; proceso de formulación de políticas de telesalud centralizado; diseño de servicio basado en teleconsultoría, con lagunas en la tele-educación, telediagnóstico y segunda opinión formativa, cuyo escopo precisa ser perfeccionado con otras disciplinas; además del enfoque principal de las normativas y literatura, que describen telesalud como cuestión técnica, de equipamiento en detrimento del abordaje educacional.

Palabras clave: la política del gobierno; regulación; salud pública; telemedicina; telesalud.

RÈGLES DU GOUVERNEMENT BRÉSILIEN SUR LES SERVICES DE TÉLÉSANTÉ: REVUE INTÉGRATIVE

Cette recherche qualitative a été fondée sur l'observation, l'intégration et l'analyse des dispositifs de loi au niveau national pour la consolidation de la politique publique par rapport à télésanté au Brésil. La méthodologie utilisée a cherché d'abord à identifier les caractéristiques principales de la législation, publiée entre les années de 2006 et 2012. Ensuite, elle a eu comme objectif extraire la connaissance sur le thème en vue d'appliquer les résultats de l'analyse dans la pratique de la télésanté, comme prévoit la révision intégrative. Le débat a mis en évidence: le déséquilibre dans le financement; des enjeux concernant la régulation et les établissement de haute complexité; l'absence, dans la législation, de prévision nécessaire pour répertorier le parcours mené par le patient dans les réseaux d'accueil à santé; le processus centralisé de construction de politiques; un esquisse de service fondée dans la téléconsultation, mais en absence de télééducation, télédiagnostic et d'une deuxième opinion de formation, dont le bases doivent être reformés; enfin, la littérature met en évidence la description de la télésanté comme une question technique, plutôt que l'aborder sous l'aspect de l'éducation.

Mots-clés: la politique du gouvernement en matière de santé; la législation; santé publique; la télémédecine; télésanté.

JEL: I18.

1 INTRODUÇÃO

A telessaúde tem sido convencionada como o uso de tecnologias da informação e comunicação (TIC) para oferecer serviços e cuidados em saúde a distância (Brasil, 2012a). Há diversos conceitos na literatura que ampliam o escopo da telessaúde a inúmeras atividades relacionadas à saúde, inclusive à pesquisa translacional em saúde (Silva, Morel e Moraes, 2014; Bashshur *et al.*, 2011; Scott e Saeed, 2008; Jennett, *et al.*, 2003).

Entende-se por telessaúde toda atividade em rede mediada por computação, que promove a translação do conhecimento entre a pesquisa e os serviços de saúde. Este conceito destaca que o “cuidar com qualidade” deve necessariamente estar atrelado à pesquisa e à busca de evidência científica em um aperfeiçoamento constante (Silva, 2013).

Nesse sentido, duas ações da administração pública reúnem instituições de excelência no território nacional para as atividades de telessaúde no Sistema Único de Saúde (SUS): a Rede Universitária de Telemedicina (Rute)⁴ e o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.⁵

Há um problema de pesquisa no campo da saúde coletiva que necessita de investigação, o qual diz respeito à configuração do Telessaúde Brasil Redes como política no SUS.

Este trabalho analisa o conjunto de normas editadas pelo Ministério da Saúde (MS) entre 2006 e 2012 à luz da matriz proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para saúde eletrônica (*e-health*), a fim de discutir a questão.

A pesquisa global de saúde eletrônica realizada pelo observatório temático da OMS – em inglês *global observatory for eHealth* (GOe) – em 114 países considera telessaúde e telemedicina como sinônimas (WHO, 2009). Ambas pressupõem dar suporte clínico, superar barreiras geográficas, envolver o uso de vários tipos de TICs, assim como têm por objetivo melhorar o estado de saúde em geral.

Não obstante surgirem possíveis discordâncias quanto à metodologia empregada pela OMS, que considera a telemedicina uma aplicação de saúde eletrônica, assim como a saúde móvel e a tele-educação, os resultados brasileiros na seção telemedicina são surpreendentemente incompletos.

Segundo a WHO (2009), o Brasil tem uma política nacional de telemedicina consolidada, porém não há uma avaliação formal dela desde 2006. E mais, não há dados do país quanto às barreiras para implementação de soluções de telemedicina para o levantamento mundial. Infraestrutura, avaliação, questões legais e éticas, além de estudos sobre a percepção do paciente, não constam como informações relevantes para apoiar o desenvolvimento da telemedicina no Brasil, segundo a pesquisa.

No entanto, a literatura e a legislação nacional apontam inúmeras experiências no tema, com um projeto exitoso, que se iniciou em 2007, de cobertura territorial em nove estados da Federação, o atual Programa Telessaúde Brasil Redes do MS.

4. A Rute é uma iniciativa do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), coordenada pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), que visa apoiar o aprimoramento de projetos em telemedicina já existentes e incentivar o surgimento de futuros trabalhos entre instituições. Mais informações disponíveis em: <<http://www.rute.rnp.br>>.

5. O Programa Telessaúde Brasil Redes é uma ação nacional que busca melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no SUS, integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a teleassistência e a tele-educação. Mais informações disponíveis em: <<http://www.telessaudebrasil.org.br/>>.

Após cinco anos de funcionamento existem mais de 1.500 pontos no território que executam teleconsultorias e apoiam a porta de entrada do sistema, configurando-se em uma das mais complexas redes de telessaúde pública em um país de dimensões continentais.

O estranhamento quanto aos resultados apontados na pesquisa da OMS guia esse percurso pela legislação federal, no período de seis anos (2006-2012), a fim de perscrutar avanços na área de planejamento e gestão, no que diz respeito à integração de serviços de telessaúde no SUS brasileiro.

O objeto de análise deste estudo são os normativos do MS no Brasil em relação aos serviços de telessaúde sob o enfoque dos estudos de política pública e de saúde coletiva.

A partir da escola de visão incrementalista de política pública (Lindblom, 1979; Wildavsky, 1992), que permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz (Souza, 2007), a intenção é desvelar processos, atores e construção de regras da política de telessaúde no Brasil.

2 MÉTODO

Este estudo faz uma revisão integrativa da literatura, com delineamento não experimental e pesquisa descritiva correlacional e qualitativa, classificada no nível 4 de força de evidência científica e qualidade metodológica, de acordo com a categorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), agência federal norte-americana que propõe níveis para as principais fontes de evidência científica (Stetler *et al.*, 1998).

A investigação qualitativa está voltada para os aspectos temáticos, conceituais, organizacionais e de gestão, presentes na legislação federal referente à telessaúde no âmbito nacional.

Incorporam-se ao exercício de análise as proposições de Minayo e Deslandes (1992), referentes à definição de pesquisa qualitativa, quando afirmam a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

A metodologia empregada neste artigo busca a identificação das principais características das publicações e a síntese de conhecimento, com vistas à incorporação da aplicabilidade de resultados da análise da normativa na prática da telessaúde, conforme modelo de revisão integrativa (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

Para o alcance dos objetivos, seguiu-se roteiro padronizado constituído das seguintes etapas distintas:

- elaboração da questão do trabalho, cujo cerne é o questionamento do relatório final de pesquisa da OMS, referente ao Brasil;
- estabelecimento da estratégia de busca na literatura;
- seleção de trabalhos com base nos critérios de inclusão;
- leitura crítica, avaliação e categorização do conteúdo;
- análise e interpretação dos resultados.

Na estratégia de busca adotada procurou-se a análise terminológica e o levantamento bibliográfico da palavra-chave “telemedicina” nos descritores em ciências da saúde (DeCS), que é um descritor de assunto do vocabulário controlado elaborado e desenvolvido pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme) em sua denominação original – da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Ainda foram utilizados, para ampliação do levantamento, os termos sinônimos “telessaúde” e “tele-saúde” da palavra-chave anteriormente citada.⁶

Foi coletada a legislação na temática publicada entre 2006 e 2012, constante no Portal Telessaúde Brasil Redes, e somada ao resultado de busca na base de dados Saúde Legis, sistema de pesquisa de legislação que reúne os atos normativos do SUS no âmbito da esfera federal.

Como critério de inclusão dos estudos, as duas listas foram comparadas, a fim de eliminar-se as duplicações. O resultado de busca na base Saúde Legis estava mais completo, porém algumas normas listadas no portal temático não mencionavam a palavra telessaúde.

Essas normas foram inseridas na análise, pois se entende que, se o grupo de gestores considerou a portaria relevante, foi porque a norma é importante para a telessaúde, organizando-se como serviço. Do total, 46 normas nas duas listas foram analisadas. O objetivo foi observar, de maneira sistematizada e crítica, os dispositivos na legislação para a consolidação de uma política pública relativa à telessaúde no território nacional.

A análise documental como instrumento de produção de dados subsidiou o trabalho reflexivo sobre as estruturas e os princípios instituídos nas normativas brasileiras referentes à telessaúde. Nesse sentido, tal análise constituiu-se como estratégia de interlocução com as políticas implementadas, conferindo sentidos às práticas institucionais e a suas implicações na micropolítica do cotidiano.

6. Grafia do termo antes do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

A questão micropolítica – ou seja, a questão dos modos de subjetivação, de formação do desejo no campo social – diz respeito aos modos como os fluxos e os processos de constituição das realidades ganham materialidade no cotidiano (Guattari e Rolnik, 1996). Ao tratar as normativas sob as perspectivas macro e micropolítica a problematização dessa relação foi introduzida: interesse-desejo-poder, conferindo movimento entre as forças que compõem o plano das políticas e os serviços de saúde.

3 RESULTADOS

A legislação inicia-se em 2006, com a Portaria nº 561/2006, que institui uma comissão para tratar o tema (Brasil, 2006a). O documento revela que a telessaúde é uma ação intersetorial com largo espectro, pois o grupo é composto por três ministérios, universidades públicas federais e estaduais e a Opas.

No mesmo ano são agregados, pela Portaria nº 7/2006, tanto o MCTI quanto o Ministério das Comunicações (MC), e aumenta o quantitativo do Ministério da Educação (MEC). Incorporam-se, ainda, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Universidade Federal do Ceará (UFC). Cinco ministérios estão envolvidos com a ação, o que denota engajamento governamental multissetorial e a preocupação com a elaboração da política pública (Brasil, 2006c).

Outra portaria (Portaria nº 8/2006) revela deslocamento de poder de decisão para uma parte do MS, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), que começa a incorporar um número maior de representantes ao processo de execução da política (Brasil, 2006d).

Em portaria específica (Portaria nº 3.275/2006), que fecha o ano de 2006, mais uma organização é integrada ao grupo, qual seja, o Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde (CBTms) (Brasil, 2006e).

Em 2007 (Brasil, 2007a; 2007b) há mudança de interlocutores. É interessante observar a rotatividade de pessoas na comissão, pois, às vezes, o papel de um ator individual (*entrepreneur*) em uma política é fundamental e pode mudar o rumo desta (Lima e Medeiros, 2012).

Observa-se a entrada de mais universidades, como, por exemplo, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e mais pessoas do MCTI. Há troca de nomes no Ministério da Defesa (MD), que entra na comissão desde o surgimento por conta de sua responsabilidade quanto à conexão satelital na região Amazônica e à participação na atenção à saúde local.

Em 2008 são incorporados pesquisadores da UFRGS que, posteriormente, viriam a coordenar o grupo de trabalho de avaliação em telessaúde e que se responsabilizaram por elaborar o primeiro Manual de Telessaúde para o SUS.

Um especialista da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), que desenvolve a educação permanente dos recursos humanos no SUS, também passa a integrar o grupo. Após dois anos de discussão sobre infraestrutura tecnológica, começa-se a esboçar alguma estratégia sobre educação.

Entre 2008 e 2009 são editadas várias portarias (tabela 1) que descrevem os projetos das universidades, as quais coordenaram os primeiros núcleos no projeto-piloto. Um dado importante nelas é que o patrimônio, que é comprado pelo MS para a execução do mesmo, é incorporado à universidade. Há uma confusão administrativa. Não está claro se a telessaúde é da rede assistencial pública ou da universidade. No mesmo período, a Universidade Federal de Goiás (UFG) entra e é agraciada como as outras que compõem o projeto-piloto.

TABELA 1

Repasse financeiros do MS para os núcleos do Projeto-piloto Telessaúde Brasil
(Em R\$)

Instituição beneficiada	Portarias	Início	Fim	Valor
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	PRT-644 e PRT-368	2008	2011	2.300.000,00
Universidade Federal de Goiás (UFG)	PRT-641 e PRT-95	2008	2011	2.300.000,00
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	PRT-642, PRT-678, PRT-166, e PRT-38	2008	2012	3.200.000,00
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	PRT-643, PRT-663, PRT-102 e PRT-386	2008	2011	2.700.000,00
Universidade Federal de Pernambuco (UFPB)	PRT-645, PRT-666, PRT-160 e PRT-37	2008	2012	2.300.000,00
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	PRT-774, PRT-709, PRT-108 e PRT-35	2008	2012	284.733,29
Universidade de São Paulo (USP)	Sem dados	-	-	-
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	Sem dados	-	-	-
Universidade Federal do Ceará (UFC)	Sem dados	-	-	-
Total de repasse				13.084.733,29

Fonte: Saúde Legis.
Elaboração dos autores.

A maioria das universidades recebeu R\$ 2,3 milhões; a UFRGS recebeu R\$ 3,2 milhões. Houve, além deste aporte para a UFRGS, um financiamento para o projeto de pneumologia e telessaúde, o Respira-Net (R\$ 284 mil). A UFMG também recebeu mais financiamento (R\$ 2,7 milhões).

Em 2010, a Portaria nº 402/2010 (Brasil, 2010) traz como pontos interessantes: *i)* o núcleo universitário de telessaúde, que deve ser construído, preferencialmente, em universidade pública, mas que não descarta a iniciativa privada; *ii)* o ponto de telessaúde; e *iii)* o ponto avançado de telessaúde, que envolve escolas técnicas em saúde.

A Portaria nº 2.546/2011 (Brasil, 2011b) redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Além disso, estabelece quatro serviços de telessaúde: teleconsultoria; telediagnóstico; tele-educação; e segunda opinião formativa (SOF). Porém, ela não faz gestão completa na tele-educação, uma vez que essa portaria aperfeiçoa os serviços já mencionados em portaria anterior. Um exemplo disso é quando menciona-se que teleconsultoria, telediagnóstico e SOF serão respondidos pelos núcleos técnico-científicos (que mudaram de nome), com base na melhor e mais atualizada evidência clínica e científica disponível adequada e pertinente no contexto da solicitação.

Cria-se, na Portaria nº 2.546/2011 (Brasil, 2011b), uma instância chamada Comitê Gestor Estadual de Telessaúde, que é vinculado à Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Propõe-se, ainda, a articulação entre as instâncias de gestão estadual, municipal e instituições de ensino. Existe uma confusão de representatividade.

A comissão estadual deve elaborar um plano de trabalho. O Núcleo Técnico-Científico de Telessaúde (NTT) deve manter uma equipe de teleconsultores e um corpo clínico de especialistas de referência. Uma das funções da coordenação estadual é “promover a articulação entre as instâncias de gestão do SUS e os demais integrantes do Telessaúde Brasil Redes” (Brasil, 2011b).

Outra novidade da Portaria nº 2.546/2011 (Brasil, 2011b) é que qualquer projeto relacionado à telessaúde que se faça no território depende da aprovação na CIB. Trata-se de um ganho no que diz respeito às ações consensuadas em diferentes instâncias do SUS.

A legislação evidencia que gestores veem a telessaúde como uma ação externa ao SUS, que precisa ser integrada. Trata-se de uma tarefa estratégica, já que a telessaúde surge no contexto de qualificar a atenção básica do SUS. Uma mudança que a Portaria nº 2.546/2011 traz é que a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS) passa a compor, com a SGTES, a coordenação nacional da ação. Ou seja, gestores compartilham a visão de que a assistência e a gestão do trabalho em saúde devem estar juntas neste processo, que é a telessaúde.

O NTT tem função importantíssima: desenvolver as ações de tele-educação com base nas necessidades *loco* regionais; ação estruturante que demanda pessoal e capital. Se não for bem operacionalizada e planejada, o serviço não funciona. Essa demanda só aparece aqui colocada diretamente para os núcleos, ou seja, a norma estabelece que a *expertise*, a inteligência do Telessaúde Brasil Redes, está nos NTTs.

A gestão do Programa Telessaúde Brasil Redes é definida por cinco tipos de interlocutores: *i*) a coordenação nacional; *ii*) as coordenações estaduais; *iii*) o comitê gestor; *iv*) os NTTs (cujo embrião compreende os nove núcleos estaduais do projeto-piloto); e *v*) o gestor municipal.

Cada um desses cinco componentes tem sua função. A coordenação nacional constituirá uma Comissão de Monitoramento e Avaliação, contando com secretarias do MS, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e outros ministérios. Nota-se a ausência do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e dos mecanismos de controle social da população, contrariando a legislação orgânica do SUS.

Destaca-se que essa Coordenação Nacional de Telessaúde é mais uma instância de decisão dos padrões tecnológicos de interoperabilidade, conteúdo e segurança da informática no SUS, porquanto todos esses sistemas de telessaúde são informatizados. Os NTTs devem atualizar as informações e inserir dados no sistema nacional de informações do Telessaúde Brasil. Cria-se mais um sistema de informação.

Há uma outra instância de decisão de padrões, anterior à Coordenação Nacional de Telessaúde, o Comitê Nacional de Padrões para o Registro Eletrônico em Saúde. Essa duplicidade de instâncias denota possível conflito de interesses. A Portaria nº 2.073/2011 (Brasil, 2011c) versa sobre o uso dos padrões de interoperabilidade. Ela trata de premissas políticas e de especificações técnicas para intercâmbio de informações. O documento revela interesses de vários atores e empreendedores da política, inclusive da indústria privada (Silva e Moraes, 2012). O grupo de trabalho assinalado nessa portaria vai estruturar as informações referentes à identificação do usuário no SUS, ao cartão SUS; ao profissional na Plataforma Arouca - UNA-SUS - e ao estabelecimento de saúde, que se materializa em sistema de informação específico, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

É possível observar, também, outros sistemas de informação do SUS, que poderão ser modificados pelo grupo, quando se aponta que será necessário estruturar informações referentes aos atendimentos prestados aos usuários e às internações. A portaria define um componente importante para a indústria que alimenta o mercado da telessaúde: o catálogo de padrões de interoperabilidade de informações do sistema de saúde. Trata-se de catálogo breve, que não foi reeditado desde então, apesar da rapidez das mudanças tecnológicas na informática voltada para saúde.

A Portaria nº 1.229/2012 (Brasil, 2012b) estabelece recursos financeiros destinados ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Em 2012, são criados NTTs em mais onze capitais: Manaus, Rio Branco, Macapá, Fortaleza, Goiânia, Cuiabá, Belém, Porto Velho, Aracaju, Florianópolis e Distrito Federal, com financiamento disponibilizado em parcela única excepcionalmente na competência do mesmo ano.

A Portaria nº 2.013/2012 (Brasil, 2012c) institui grupo de trabalho, a fim de propor a estruturação da rede de tele-emergência com enfoque em cardiologia, e que está vigente. O grupo de trabalho criou um componente para repasse de verbas denominado tele-emergência, que prevê a informatização das unidades básicas no âmbito da rede de atenção e urgências do SUS. Esse componente só contempla telecardiologia.

Na portaria conjunta do MS e do MEC – Portaria Conjunta nº 7/2012 (Brasil, 2012d) –, que homologa o resultado dos projetos selecionados para o Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde, a estratégia técnico-pedagógica é voltada exclusivamente para a formação dos médicos e dos profissionais de saúde que foram para trabalhar com a atenção básica.

Porém, quem opera a infraestrutura tanto nos pontos de telessaúde quanto nos NTTs não teve nenhum tipo de ação integrada de educação permanente. Cada local improvisou e não existe, ainda (2014), programa unificado de treinamento para esses novos profissionais de saúde.

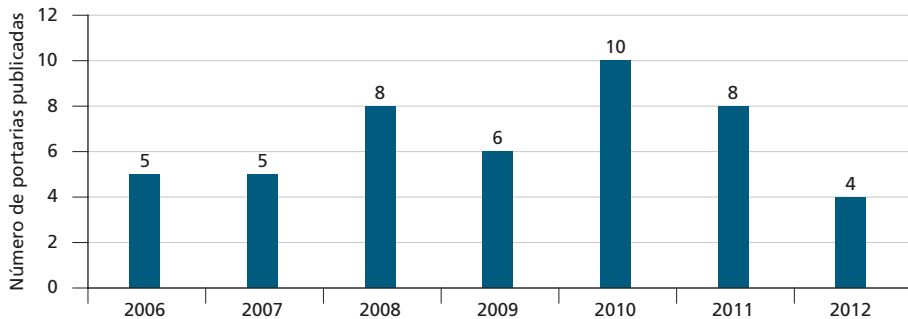
4 DISCUSSÃO

O ano de 2006 é um marco da implantação da telessaúde no Brasil. A Portaria nº 402/2010 (Brasil, 2010), embora tenha sido revogada, foi a primeira a caracterizar o serviço de telessaúde no SUS e a detalhar o projeto-piloto. Ao observar os critérios obrigatórios da portaria, é possível constatar que são conflitantes. Existe uma fragilidade: ausência de *peopleware*. Os idealizadores da norma abordam muito o *hardware* e o *software*, mas há pouca menção sobre os recursos humanos e a estratégia para tratar toda a maquinaria prevista para chegar à ponta do sistema de saúde.

Os *policy makers* partiram do pressuposto de que era preciso implantar a telessaúde em lugares distantes das capitais apesar de a realidade não ser bem essa. Durante o projeto-piloto, a telessaúde foi formatada em nove estados, nas capitais, com verba destinada a cem pontos para cada estado participante.

Em 2010, observa-se a intensa normatização dos serviços de telessaúde (gráfico 1). Porém, a legislação faz pouca menção a essa estratégia governamental técnico-pedagógica, ou seja, à telessaúde. A ênfase está colocada na utilização da tele-educação como um recurso, e não como reguladora das ações que visam mudanças na realidade concreta do cotidiano das práticas de trabalho.

GRÁFICO 1
Normativos publicados no período 2006-2012



Fonte: Saúde Legis.
Elaboração dos autores.

A Portaria nº 402/2010 (Brasil, 2010) cria instâncias coletivas de gestão estaduais, prevê bolsas e nela aparece, pela primeira vez, o termo SOF. A Portaria nº 2.546/2011 (Brasil, 2011b) retoma e aperfeiçoa a SOF. No estudo sobre telessaúde no Brasil, deve-se ter atenção especial à discussão de SOF e à sua ligação com a maneira como se constrói a evidência na atenção primária em saúde.

Trata-se de resposta que deverá ressaltar o conhecimento inerente à solução do problema, assim como contribuir para a educação permanente dos profissionais envolvidos, com vistas à ampliação de suas capacidades de autonomia na resolução de casos semelhantes, nos moldes de revisão sistemática.

As respostas das teleconsultorias agrupadas pelos médicos reguladores dos núcleos de telessaúde se materializam nas SOFs, que alimentam a seção “perguntas e respostas” da Bireme para Atenção Primária em Saúde (APS), Biblioteca Virtual em Saúde de APS, localizada no Portal Telessaúde Brasil Redes na internet (Abdala, 2012).

A SOF é uma inovação ousada do grupo que implantou a telessaúde no Brasil. A evidência científica é o resumo do verdadeiro, de acordo com a tradição cartesiana da ciência, e não há consenso sobre a questão na epistemologia. Quais seriam os pressupostos da construção da SOF em termos operacionais?

Ela buscou responder o desafio de encontrar meios para a inclusão dos médicos em estratégias de aprendizagem cotidianas, acessíveis em seu próprio contexto, de modo que suas próprias necessidades educativas encontrem soluções baseadas em evidências científicas apropriadas e lastreadas nos princípios de APS. O perfil potencialmente passivo dos médicos em relação às opções de educação permanente a distância (Haddad *et al.*, 2006) e a redução progressiva das dificuldades de acesso à internet no Brasil criaram um contexto específico para propor uma política de SOF.

A Academia Europeia de Professores de Medicina Geral e da Família (Euract) propugna que o desenvolvimento profissional continuado deve se basear na prática clínica cotidiana (Euract, 2002). Em relatório sobre desenvolvimento profissional contínuo, a instituição relata que os objetivos de aperfeiçoamento devem ser estabelecidos pelo médico de família, e o processo deve ser adaptado às necessidades destes. Sendo assim, uma política de SOF supõe:

- avaliação de necessidades dos médicos da ponta do sistema;
- métodos de aprendizagem ativa para adultos;
- orientações compartilhadas, baseadas em evidências científicas apropriadas (Castro Filho, 2011).

A Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) foi interlocutora importante nesse processo. Seus membros, com a condução de pesquisadores da UFRGS, participaram da construção do instrumento de validação de conteúdos para atenção primária (APS-IVC) que avalia se uma teleconsultoria pode compor uma SOF. O grupo é fortemente influenciado pelas discussões sobre medicina baseada em evidência, em Portugal e na Inglaterra.

Em 2011 materializa-se, no SUS, o delineamento de estratégia técnico-pedagógica para o grupo de telessaúde. Isso ocorreu cinco anos após a formação da comissão e do projeto-piloto em plena expansão.

Segundo Castro Filho (2011), a nova portaria concentra foco nos aspectos clínicos e de saúde coletiva, constantes nas questões formuladas pelas equipes de saúde da família para os NTTs, tornando o médico sujeito de sua educação permanente, em contraponto à *educação bancária*, metaforizada por Freire (1996).

Castro Filho (2011) ressalta que o normativo objetivou evitar uma espécie de iatrogenia epidemiológica, em que as condutas baseadas em evidências encaminhadas às equipes de saúde da família (ESFs) fossem geradas tendo por base populações filtradas – com maior prevalência de doenças infrequentes –, e não a população em geral.

No entanto, é preciso destacar diferenças em relação ao financiamento do MS para a consolidação dos primeiros núcleos de telessaúde. Duas universidades recebem tratamento diferenciado de seus planos de trabalho, segundo as portarias analisadas. A UFRGS, por exemplo, recebeu mais financiamento do que as outras universidades.

Tal fato denota que maior aporte financeiro acaba sendo fundamental para que se proponham mais projetos e para que o interlocutor seja protagonista no grupo a fim de propor determinadas ações. A UFRGS liderou o processo de avaliação da telessaúde no SUS ao elaborar o Manual de Telessaúde (Brasil, 2012a). A UFMG também é ator institucional importante na criação do serviço de telessaúde no SUS. Inclusive, foi a primeira instituição acadêmica no Brasil que editou um livro sobre o tema, com um

apanhado de experiências internacionais. O grupo coordena o projeto de melhores práticas de telessaúde, na América Latina, financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Uma hipótese é que ter conseguido financiamento público maior no início da política tenha sido um incentivador para que se criasse uma massa crítica institucional em relação ao tema em ambas as universidades.

No que diz respeito aos sistemas de informação em saúde do SUS, em 2011 há um avanço na incorporação dos serviços de telessaúde nas redes de atenção assistenciais e para a visibilidade do desempenho dos serviços de telessaúde tanto para o gestor quanto para o controle social da saúde: cria-se o código 75 para os núcleos técnico-científicos e outro (75.1) para os pontos de telessaúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Brasil, 2011b).

Porém, ao se observar a tabela de profissionais de saúde que compõem esse tipo de estabelecimento no mesmo normativo, constata-se um desafio para a saúde coletiva: o conjunto de especialistas não contempla as especificidades das doenças crônicas e negligenciadas. Cardiologistas e infectologistas devem compor o quadro de especialistas, considerando a prevalência dos problemas cardiovasculares na população geral (Costa *et al.*, 2007) e a reemergência de doenças da pobreza como tuberculose, malária e dengue (Morel, 2006).

Sob o ponto de vista da qualidade da gestão, destacam-se vários pontos na Portaria nº 2.554/2011, em vigor, com variadas proposições já apresentadas, entre elas o financiamento dos pontos de telessaúde na atenção primária em saúde (Brasil, 2011b). Essa portaria trata da requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que é um dos pilares da gestão governamental para saúde (2011-2014) e estabelece um componente de informatização. Nesse componente, o objetivo é dotar de equipamentos de informática, garantir conectividade e o uso de tecnologia da informação nas UBS.

Nota-se que o componente e os respectivos projetos de informatização, que compõem o Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica precisam ser aprovados pela CIB. Não está explícita a instância que pode fiscalizar como esse dinheiro vai ser alocado *in loco* na ponta do sistema. O controle social da saúde, institucionalizado em conselhos de saúde nos municípios, tem exercido este importante papel junto a variados serviços do SUS (Gerschman, 2004; Moraes, 2009) e não está contemplado no conjunto normativo.

O artigo seguinte da Portaria nº 2.554/2011 versa sobre um manual instrutivo, editado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), a fim de que o município elabore seu respectivo projeto de informatização Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, que vai equipar as unidades de saúde. Com esse manual, gestores podem escrever o projeto e transformar sua unidade de saúde em um ponto de telessaúde. Pela primeira vez, em 2011, a legislação cita a questão explicitamente. Uma mudança na esfera de gestão da telessaúde no MS é materializada

nesse momento: não é a SGTES que foi a condutora do projeto-piloto; quem elabora o manual é a SAS.

Outra parte da portaria lista oito diretrizes e critérios de adequação para os projetos. O financiamento vai de R\$ 750 mil por UBS, com a condição de a unidade realizar 160 teleconsultorias no prazo máximo de 72 horas.

Outro item relevante é que todas as respostas às teleconsultorias não podem passar de três dias. Estabelece-se a primeira medida de qualidade do serviço de telessaúde. Se o estabelecimento de saúde se propõe a fazer teleconsultoria, com financiamento federal, ele vai ter que manter um padrão de resposta com base na experiência do governo do Rio Grande do Sul (Dias *et al.*, 2009). Em três meses de operação, a UBS precisa de um mínimo mensal de teleconsultorias. Nota-se que a política centralizada de repasse financeiro está ficando mais detalhada, exigindo a geração de indicadores e a avaliação do atendimento em nível local. O município deve garantir a informatização e a conectividade das UBS e ter, no mínimo, 70% de cobertura populacional de ESF.

Toda estratégia técnico-pedagógica está na micropolítica e não na macropolítica. Ou seja, operacionalmente não se geram indicadores de qualidade para gestão porque estes ainda estão em construção, assim como a micropolítica está no âmbito dos NTTs.

A Portaria nº 3.127/2012, editada em dezembro, traz alterações importantes de gestão, as quais devem ser assinaladas: determina auditoria interna dos projetos, teleconsultoria como condição de repasse, e NTTs respondem ao ponto de telessaúde, que é uma UBS, com computador e conectividade (Brasil, 2012e).

Nesse normativo já não é o Telessaúde Brasil Redes, é o Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica um componente da política na forma de uma rede de serviços que prevê a criação de projetos intermunicipais ou de regiões de saúde, consoante o Decreto nº 7.508/2011, que regula a Lei Federal nº 8.080/1990 (Brasil, 2011a). Não estão descritas nesse escopo de regramento as especificidades de estabelecimentos de média e alta complexidade.

Sob o ponto de vista de custo-efetividade e do planejamento das ações de saúde, o conjunto de portarias editadas em 2012 esmiúça a distribuição e as formas de financiamento público dos serviços de telessaúde no SUS por todo território. Trata-se de uma fonte de análise muito interessante para a área da economia da saúde, pois versa sobre a distribuição de recurso financeiro para a informatização do setor em larga escala. Os critérios de repasse claramente privilegiam Bahia, Minas Gerais e São Paulo. Eles são dois: populacionais, como várias políticas dentro do SUS, e a quantidade de ESF implantadas no território. São cinco grupos com cidades que recebem de R\$ 750 mil até R\$ 4,5 milhões.

Algumas distorções podem ser observadas (tabela 2). O Rio de Janeiro, por exemplo, está no grupo 4, ou seja, recebeu R\$ 3,5 milhões. A população, entretanto, extrapola em 5 milhões de habitantes a população máxima admitida no intervalo, faltando apenas 23 ESFs para atingir o mínimo de equipes do grupo. O grupo 5 recebe maior aporte financeiro e é o único que se adequa aos parâmetros estabelecidos. Será que haverá falta de cobertura em algumas regiões brasileiras em virtude dessa divisão?

TABELA 2
Crítérios de verbas para telessaúde do MS para estados

UF	População	ESF	Valor máximo (R\$)	Número médio de habitantes por ESF ¹
Grupo 1	< 1.000.000	< 300		
Roraima	450.079	92	750.000	4.892,16
Acre	733.559	134	750.000	5.474,32
Amapá	669.526	141	750.000	4.748,41
Distrito Federal	2.570.160	116	750.000	22.156,55
Rondônia	1.562.409	276	750.000	5.660,90
Grupo 2	1.000.000 >= 3.000.000	300 >= 600		
Tocantins	1.383.445	401	2.000.000	3.449,99
Mato Grosso do Sul	2.449.024	444	2.000.000	5.515,82
Sergipe	2.068.017	568	2.000.000	3.640,88
Amazonas	3.483.985	517	2.000.000	6.738,85
Espírito Santo	3.514.952	564	2.000.000	6.232,18
Mato Grosso	3.035.122	571	2.000.000	5.315,45
Grupo 3	3.000.000 >= 7.000.000	600 >= 1.200		
Alagoas	3.120.494	750	3.000.000	4.160,66
Rio Grande do Norte	3.168.027	866	3.000.000	3.658,23
Piauí	3.118.360	1.113	3.000.000	2.801,76
Goiás	6.003.788	1.114	3.000.000	5.389,40
Paraíba	3.766.528	1.235	3.000.000	3.049,82
Santa Catarina	6.248.436	1.372	3.000.000	4.554,25
Maranhão	6.574.789	1.790	3.000.000	3.673,07
Pará	7.581.051	942	3.000.000	8.047,82
Grupo 4	7.000.000 >= 10.000.000	1.200 >= 1.800		
Rio de Janeiro	15.989.929	1.777	3.500.000	8.998,27
Ceará	8.452.381	1.840	3.500.000	4.593,69
Pernambuco	8.796.448	1.876	3.500.000	4.688,94
Rio Grande do Sul	10.693.929	1.218	3.500.000	8.779,91
Paraná	10.444.526	1.796	3.500.000	5.815,44
Grupo 5	> 10.000.000	> 1.800		
Bahia	14.016.906	2.732	4.500.000	5.130,64
São Paulo	41.262.199	3.475	4.500.000	11.874,01
Minas Gerais	19.597.330	4.279	4.500.000	4.579,89

Fonte: Portaria nº 2.647/2011.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ O número médio de habitantes por ESF nos estados é calculado pela fórmula população (coluna2) / ESF (coluna3).

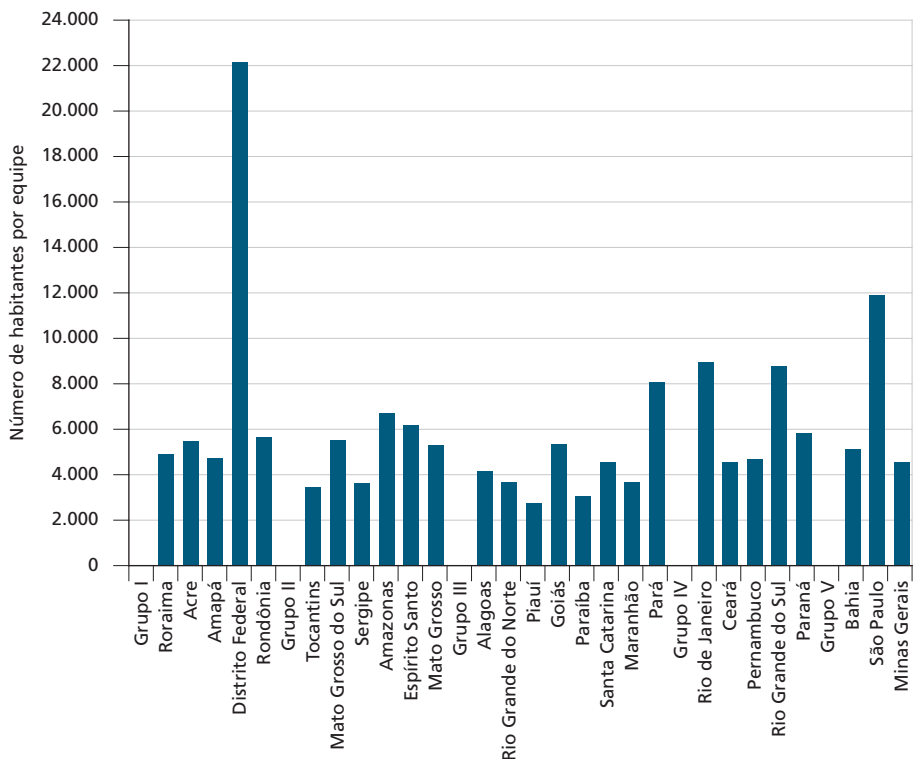
Obs.: Em itálico estão os números que extrapolam os intervalos estabelecidos e os estados que cumprem o número médio de habitantes para cada ESF.

Uma possível resposta está na distribuição de ESF por grupo de habitantes. A indicação da literatura e o pleito dos médicos de família e comunidade, no Brasil, são de uma equipe para cada grupo de 2 mil habitantes. Porém, a recomendação do MS é de 3 mil pessoas por ESF em grupos populacionais de maior vulnerabilidade e o máximo de 4 mil para cada ESF em todo território (Fontenelle, 2012).

Se o serviço de telessaúde foi criado para apoiar a consolidação das redes de atenção à saúde, ordenadas pela atenção básica no âmbito do SUS (Brasil, 2012a), o investimento e a fomentação de projetos de apoio deveria estar nos lugares em que as ESFs estariam mais sobrecarregadas (gráfico 2).

GRÁFICO 2

Cobertura média de habitantes por ESF de cada estado, organizado pelos grupos de repasse do MS
(Em mil)



Fonte: Portaria nº 2.647/2011.
Elaboração dos autores.

Depois de cinco anos de normativas em telessaúde aparece, pela primeira vez, na Portaria nº 2.013/2012 (Brasil, 2012c), a questão da teleurgência com foco nas cardiopatias. Ela promove a articulação do Telessaúde Brasil Redes à regulação

da oferta de serviços e à Central de Regulação Médica das Urgências, em parceria com a gestão federal e municipal de saúde, de forma compartilhada e articulada com os pontos de atenção da rede. Trata-se de ponto nevrálgico para o SUS, pois a urgência médica cardiológica ocupa espaço epidemiológico importante na porta de entrada extraordinária para o sistema, que nem sempre passa pela atenção básica e é um dos principais motivos de plethora em estabelecimentos de alta complexidade.

Há que se destacar, nesse país de dimensões continentais e grande diversidade cultural, que o grupo de trabalho, para elaborar o componente de tele-emergência, está composto por hospitais de apenas um estado do país. A experiência da UFMG, reconhecida internacionalmente pela OMS, de configurar amplo serviço de telecardiologia, com cobertura em mais de oitocentas localidades no estado de Minas Gerais (Alkmim *et al.*, 2012), não foi considerada, nem o Instituto Nacional de Cardiologia (INC), centro de referência do MS para formulação de políticas de saúde na área.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto de normas confirma que a telessaúde no Brasil começa com os gestores federais e a comunidade acadêmica. É possível que o fato tenha ligação com a dificuldade de incorporar as políticas transversais do SUS, tais como a Política Nacional de Humanização, a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador, entre outras.

A análise evidencia que o Telessaúde Brasil Redes tem desafios a superar com a regulação e a alta complexidade. Exemplo disso foi a criação de grupo de trabalho para o Instituto Nacional do Câncer (Inca) especificamente para telessaúde (Brasil, 2009). Isso é sintomático. O grupo de trabalho ignora parte da rede de interlocutores (universidades e gestores), que a legislação marca como a *expertise* da telessaúde. Há de se investigar por que a instituição tentou traçar caminho independente.

Apesar dos esforços do SUS de fornecer atenção e cuidado integrais ao usuário, não há previsão suficiente na legislação sobre telessaúde que fomente o registro do caminho percorrido pelo paciente nas redes de atenção. A atenção básica deve acompanhar, nos níveis de complexidade do atendimento, como se fosse o percurso terapêutico desse usuário, e a telessaúde como serviço pode e deve facilitar este processo.

Em nível federal, a comissão vai acompanhar os projetos locais de implantação de serviços de telessaúde no SUS; porém, está com os estados a responsabilidade de acompanhar o trabalho e até de criar mecanismos de avaliação. Gestores municipais foram incorporados muito depois do deslanchamento do processo, mesmo sendo o ente federativo responsável por operacionalizar a atenção básica do sistema, evidenciando um processo de formulação de política centralizado, do tipo *top-down*.

Considera-se que, no período observado, a legislação brasileira registra a formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação e avaliação sobre telessaúde e fases de ciclo de políticas públicas, contrariando as informações dispostas pela OMS. Gestores esboçam um serviço de telessaúde com base na teleconsultoria e a tele-educação fica em segundo plano. Privilegia-se a teleconsultoria em detrimento de outras importantíssimas para a assistência como, por exemplo, o telediagnóstico e a SOF. Provar a importância da SOF de maneira imediata é difícil, mas talvez seja a grande contribuição do Brasil no que diz respeito à telessaúde, qualificando a atenção primária no sistema de saúde.

É preciso ampliar, para além da clínica, a discussão multidisciplinar sobre a SOF com a sociedade, pois isso implica em provar sua viabilidade e importância para o cuidado em saúde com qualidade. A construção da SOF caminha no sentido da articulação entre teoria e prática, na medida em que o conhecimento e a ação sobre a realidade se farão na investigação das demandas locais, na produção de formas organizativas e de uma atuação efetiva sobre a realidade.

Há, na legislação, pouco enfoque na questão pedagógica, em que a telessaúde parece ser descrita como uma questão técnica, de equipamento. A legislação propõe alteração na infraestrutura e, por conseguinte, também há mudança na operacionalização das práticas de trabalho. Essa política, porém, não garante o êxito da implantação do serviço de telessaúde e nem a criação de cultura institucional no SUS. A política de telessaúde tem predomínio do olhar biomédico, podendo criar barreiras para que a atenção básica seja ordenadora da rede de atenção.

Entretanto, a legislação indica alguns tópicos de educação permanente, preconizada pelo SUS a partir de 2011, em que se aborda a equipe que vai operar o ferramental. O processo de formação é evidenciado e a problematização dos fazeres implicados com uso da telessaúde também pode ser observada. Tais fazeres, entretanto, são restritos ao âmbito micropolítico dos NTTs e da CIB.

Ainda não foi normatizado o estímulo à construção de processos de trabalho em telessaúde que façam operar outro modo de olhar o sujeito, seja profissional ou usuário. Não se está alertando para a falta de especialismo cientificista, que se traduz em um conjunto de técnicas a serem aplicadas, mas sim para o desafio da teorização permanente, que compõe o fazer cotidiano.

REFERÊNCIAS

ABDALA, C. V. M. **Construindo a inteligência coletiva nas redes e fluxos locais de informação do Programa Telessaúde Brasil**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2012. Disponível em <<http://goo.gl/7qmw3i>>. Acesso em: 21 dez. 2013.

ALKMIM, M. B. *et al.* **Improving patient access to specialized health care: the telehealth network of Minas Gerais, Brazil.** Geneve: WHO, 2012.

BASHSHUR, R. *et al.* The taxonomy of telemedicine. **Telemedicine and e-Health**, New Rochelle, v. 17, n. 6, p. 484-494, Jul.-Aug. 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/K65Yx4>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

BRASIL. Portaria nº 561, de 16 de março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Permanente de Telessaúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 mar. 2006a. seção 1, p. 59.

_____. Portaria nº 1.228, de 9 de junho de 2006. Altera o art. 2º da Portaria nº 561/GM, de 16 de março de 2006, que instituiu a Comissão Permanente de Telessaúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 jun. 2006b. seção 1, p. 24.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 7, de 24 de julho de 2006. Designa os representantes para compor a Comissão Permanente de Telessaúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 jul. 2006c. seção 2, p. 21.

_____. Portaria nº 8, de 11 de agosto de 2006. Designa os representantes para compor a Comissão Permanente de Telessaúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 ago. 2006d. seção 2, p. 40.

_____. Portaria nº 3.275, de 22 de dezembro de 2006. Altera o art. 2º da Portaria nº 1.228/GM, de 9 de junho de 2006, que instituiu a Comissão Permanente de Telessaúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 dez. 2006e. seção 1, p. 252.

_____. Portaria nº 3, de 14 de fevereiro de 2007. Designa os representantes para compor a Comissão Permanente de Telessaúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 fev. 2007a. seção 2, p. 30.

_____. Portaria nº 24, de 13 de junho de 2007. Designa os representantes para compor a Comissão Permanente de Telessaúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2007b. seção 2, p. 34.

_____. Portaria nº 112, de 7 de abril de 2009. Constitui grupo de trabalho com vistas a estudar e propor recomendações para a regulamentação, o uso e a criação de infraestrutura de telemedicina e telessaúde no âmbito do Inca, bem como elaborar diretrizes e orientações para aplicações nas áreas de ensino, pesquisa e assistência na Rede de Atenção Oncológica (RAO). **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 abr. 2009.

_____. Portaria nº 402, de 24 de fevereiro de 2010. Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 fev. 2010. seção 1, p. 36.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Diário Oficial da União, Brasília, 28 jun. 2011a.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 out. 2011b. seção 1, p. 50.

_____. Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 ago. 2011c. seção 1, p. 63.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://goo.gl/QRYSI2>>. Acesso em: 10 out. 2013.

_____. _____. Portaria nº 1.229, de 14 de junho de 2012. Estabelece recursos financeiros destinados ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 jun. 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1229_14_06_2012.html>. Acesso em: 10 out. 2013.

_____. _____. Portaria nº 2.013, de 14 de setembro de 2012. Institui Grupo de Trabalho, no âmbito do Ministério da Saúde, com a finalidade de avaliar, discutir e propor critérios e ações para expansão do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 set. 2012c. Disponível em: <<http://goo.gl/3WGYy4>>. Acesso em: 11 out. 2013.

_____. _____. Portaria Conjunta nº 7, de 27 de novembro de 2012. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde nos termos do Edital de Convocação nº 17, de 4 de novembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 nov. 2012d. Disponível em: <<http://goo.gl/xh95sy>>. Acesso em: 10 out. 2013.

_____. _____. Portaria nº 3.127, de 28 de dezembro de 2012. Altera dispositivos da Portaria nº 2.554/GM/MS, de 28 de outubro de 2011, que institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 dez. 2012e. Disponível em: <<http://goo.gl/NkPyYh>>. Acesso em: 10 out. 2013.

CASTRO FILHO, E. D. **Telessaúde no apoio a médicos de atenção primária**. 2011. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2011.

COSTA, J. S. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Petrópolis, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, p. 59-65, 2007.

DIAS, V. P. *et al.* Telenursing in primary health care: report of experience in Southern Brazil. **Studies in Health Technology and Informatics**, Amsterdam, v. 146, p. 202-206, 2009.

EURACT – EUROPEAN ACADEMY OF TEACHERS IN GENERAL PRACTICE. **Desenvolvimento profissional contínuo em cuidados de saúde primários: integração do desenvolvimento da qualidade com a educação médica contínua**. Heidelberg: Euract, 2002. Disponível em <<http://goo.gl/Bsh1RD>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 22, p. 5-9, jan. 2012. Disponível em: <<http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/417>>. Acesso em: 13 Jan. 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz & Terra, 1996.

GERSCHMAN, S. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, dez. 2004. Disponível em: <<http://goo.gl/W2nB7b>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

GUATTARI, F.; RONILK, S. Política. *In*: _____. (Orgs.). **Micropolítica: cartografias do desejo**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 127-196.

HADDAD A. *et al.* **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília: Inep/MEC, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/4FNFH6>>. Acesso em: 18 jan. 2014.

JENNETT, P. A. *et al.* **Socio-economic impact of telehealth: evidence now for health care in the future**. Calgary: University of Calgary, 2003. v. 1. Disponível em: <<http://goo.gl/UfmSm2>>. Acesso em: 18 jan. 2014.

LIMA, M. L. O.; MEDEIROS, J. J. Empreendedores de políticas públicas na implementação de programas governamentais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/Vs5ric>>. Acesso em: 11 dez. 2013.

LINDBLOM, C. E. Still muddling, not yet through. **Public Administration Review**, Washington, v. 39, n. 6, p. 517-526, 1979.

MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992.

MORAES, I. H. S. *et al.* Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/sTn626>>. Acesso em: 11 dez. 2013.

MOREL, M. C. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1522-1523, 2006.

SCOTT, R. E.; SAEED, A. **Global eHealth: measuring outcomes: why, what, and how**. Bellagio: The Rockefeller Foundation, 2008

SILVA, A. B. **Política pública, educação, tecnologia e saúde articuladas: como a telessaúde pode contribuir para fortalecer o SUS?** 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, *Rio de Janeiro, 2013*.

SILVA, A. B.; MORAES, I. H. S. O caso da rede universitária de telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1211-1235, 2012.

SILVA, A. B.; MOREL, C. M.; MORAES, I. H. S. Proposal for a telehealth concept in the translational research model. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 347-356, abr. 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/ZT2elU>>. Acessos em: 11 maio 2015.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. *In*: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.65-86.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

STETLER, C. B. *et al.* Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, Philadelphia, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global observatory of e-Health. **Atlas of e-Health: countries profiles**. [S.l.]: WHO, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/goe/publications/atlas/bra.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2013.

WILDAVSKY, A. **The policy of budgetary process**. Boston: Little and Brown, 1992.