



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**LUISE LÜDKE DOLNY**

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE TELESSAÚDE COMO  
APOIO À EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES DE  
ATENÇÃO BÁSICA:  
O CASO DO NÚCLEO TELESSAÚDE SC**

**Florianópolis, 2018**



Luise Lüdke Dolny

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE TELESSAÚDE COMO  
APOIO À EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES DE  
ATENÇÃO BÁSICA:  
O CASO DO NÚCLEO TELESSAÚDE SC**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Doutora em Saúde Coletiva.

**Área de concentração:** Saúde Coletiva

**Linha de Pesquisa:** Planejamento e avaliação de serviços, programas e sistemas de saúde

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Josimari Telino de Lacerda

**Florianópolis, 2018**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Dolny, Luise Lüdke

Avaliação dos serviços de telessaúde como apoio à educação permanente das equipes de atenção básica : o caso do Núcleo Telessaúde SC / Luise Lüdke Dolny ; orientador, Josimari Terlino de Lacerda, 2018. 276 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

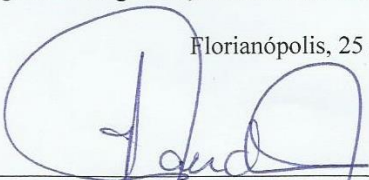
1. Saúde Coletiva. 2. Educação Permanente em Saúde. 3. Telessaúde. 4. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. I. Lacerda, Josimari Terlino de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Luise Lüdke Dolny

**Avaliação dos serviços de Telessaúde como apoio à Educação  
Permanente das equipes de Atenção Básica: o caso do Núcleo  
Telessaúde SC.**

Tese aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de  
Doutor (a) pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

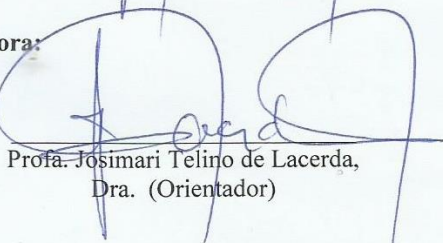
Florianópolis, 25 de julho de 2018.



---

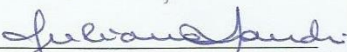
Prof. Josimari Telino de Lacerda, Dra.  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**



---

Prof. Josimari Telino de Lacerda,  
Dra. (Orientador)



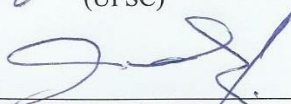
---

Prof. Juliana Vieira de Araujo Sandri,  
Dra. (UNIVALI)



---

Prof. Maria Cristina Marino Calvo, Dra.  
(UFSC)



---

Prof. Marcos Aurélio Maeyama, Dr.  
(UNIVALI)



*Aos meus pais e irmãs por todo  
carinho e incentivo sempre disponível,  
ao Miguel por me dar segurança e  
apoio para seguir em frente e aos meus  
filhos que tornaram esse desafio mais  
leve e feliz.*





## AGRADECIMENTOS

Muitos são aqueles me apoiaram e me ajudaram a chegar até aqui. Ao olhar para trás, percebo que a gratidão é muito anterior a estes quatro anos de dedicação ao curso de doutorado. Ela começa com a imensa saudade da professora e amiga Raquel de Moraes Sampaio Araújo que lá no curso de graduação em psicologia me apresentou ao SUS. Foi com ela que o amor à Saúde Coletiva brotou e por ela também que a Educação Permanente em Saúde entrou na minha vida. Obrigada Raquel, tudo começou com você!

Obrigada também a todos os amigos da Diretoria de Gestão da Educação na Saúde (DGES) do estado do Tocantins que me apoiaram e compartilham comigo o sonho de um SUS melhor, em especial: Shirlaine Valeriano Alves Barbosa, Angelita Kellen de Freitas, Herlon Bezerra e Cleberton Henrique Andrade Castro (in memoriam). Saudade grande de vocês!

Um agradecimento especial ao meu querido professor Luiz Roberto Agea Cutolo, por ampliar minha visão sobre a potência do SUS, sobre a relevância da EPS e por me apresentar ao mundo do Telessaúde. Você foi fundamental para que eu chegasse até aqui. Obrigada!

Sou muito grata às professoras Josimari Telino de Lacerda, Maria Cristina Marino Calvo e Sônia Natal por me apresentarem ao novo mundo da avaliação em saúde. Aprendi tanto com vocês. Agradeço imensamente!

Agradeço especialmente à professora Josimari por me aceitar como sua orientanda, pela paciência e condução nesses últimos quatro anos. Com você aprendi muito mais do que avaliação, aprendi também lições de vida! Obrigada pela inspiração e apoio, especialmente nesta reta final.

Agradeço as equipes de Saúde da Família que me receberam com muita atenção e dedicação. Sem essa colaboração esse trabalho não seria possível. Também aos amigos do Telessaúde SC que colaboraram com a pesquisa e que me brindaram diariamente com doses de incentivo e apoio, sempre interessados e contentes com cada passo dado. Muito obrigada!

Não poderia faltar um agradecimento especial às minhas queridas amigas do doutorado em Saúde Coletiva: Patrícia de Oliveira Machado, Gabriella Rascke de Medeiros, Amanda Faqueti, Elis Roberta Monteiro e Thaís Titon de Souza. Vocês tornaram esse caminho muito mais feliz e leve. Obrigada!

E a você, Luana Gabriele Nilson, me faltam palavras para agradecer. Esses quatro anos sem você não teriam a mesma garra, motivação e força. Agradeço a Deus pelo presente de ter você junto comigo nessa caminhada. A melhor parceria que poderia existir. Minha eterna gratidão!

E não poderia faltar um agradecimento mais do que especial àqueles que são minha base, meu refúgio: minha família. Ao Miguel, ao meu pai, à minha mãe e às minhas irmãs agradeço pelos ouvidos atentos e acolhedores, pelas orações, pela paciência, por comemorarem comigo cada vitória. É maravilhoso saber que tenho vocês na retaguarda. Amo vocês!

E finalmente, agradeço pela oportunidade e privilégio que tenho de acessar e concluir este curso por meio de uma Universidade Federal de excelência, como a UFSC. Espero honrar os investimentos que me permitiram apresentar esse trabalho, ajudando com ele a avançar rumo ao SUS que sonhamos: de qualidade e para todos!

*“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, sem aprender a refazer, a retocar o sonho por causa do qual a gente se pôs a caminhar”.*

*Paulo Freire - Pedagogia da Esperança.*



## RESUMO

DOLNY, Luise Lüdke. **Avaliação dos Serviços de Telessaúde como apoio à Educação Permanente das equipes de Atenção Básica: o caso do Núcleo Telessaúde SC.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2018.

**Palavras-chave:** Educação Permanente em Saúde; Telessaúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

**Orientadora:** Josimari Telino de Lacerda

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é reconhecida como a educação que acontece no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho em saúde. Seu objetivo é produzir incômodos para transformar as práticas de cuidado na direção das necessidades e do direito da população ao acesso a serviços de saúde de qualidade. O Programa Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil) é uma estratégia para apoiar as ações de EPS das equipes de Atenção Básica à Saúde (ABS). O objetivo foi avaliar um núcleo de Telessaúde como estratégia de apoio à EPS de equipes na ABS. Realizou-se pesquisa avaliativa de análise de implantação desenvolvida em duas etapas: estudo de avaliabilidade (EA) e estudo de caso único. O EA foi desenvolvido em quatro etapas: Definição da finalidade e âmbito da análise; Desenvolvimento da teoria inicial do programa com a proposição de modelo teórico (MT), modelo lógico (ML) e matriz de análise (MA); Feedback e validação da teoria e modelos do programa e a proposição de uso do estudo. Considerou-se como Caso o Núcleo Telessaúde de Santa Catarina e como Níveis de Análise os gestores e profissionais do Núcleo Telessaúde SC (Nível 1) e as equipes de ABS participantes do Telessaúde SC (Nível 2). A coleta de dados aconteceu por: análise dos documentos identificados por revisões de literatura, de normas, legislações e de materiais produzidos pelos serviços do telessaúde; e entrevistas semiestruturadas com profissionais dos níveis 1 (n=8) e nível 2 (n=27). Realizou-se análise de conteúdo temática com categorias de análise pré-definidas pelo ML, identificando convergências e divergências entre os níveis de análise e fatores de contexto que influenciam os efeitos esperados. O EA definiu o objeto como avaliável, validando os MT e ML em quatro dimensões: 1) Identificação de problemas no contexto de trabalho; 2) Ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local; 3) Trabalho interdisciplinar;

4) Protagonismo das equipes na tomada de decisão. A MA estabeleceu critérios avaliativos para cada dimensão e nível de análise. O núcleo precisa qualificar a oferta nas dimensões 1 e 3, cujo apoio foi menos identificado pelas eSF. O resultado mais expressivo está relacionado à dimensão 2, com apoio do telessaúde identificado por 96,2% dos entrevistados no nível 2. Os resultados no nível 2 demonstram que as equipes 1 e 3 atendem satisfatoriamente aos critérios com alcance de 93,7% e 90,6% da pontuação geral, respectivamente. Duas equipes atendem aos critérios de maneira regular e uma de forma insatisfatória. Maior tempo de atuação na equipe e na ABS, entrosamento com a comunidade e a prática da cogestão influenciam favoravelmente a prática de EPS e a busca de apoio de maneira intencional e relacionada à demanda local. O modelo avaliativo é factível, apresentando as potencialidades e desvantagens dos contextos de oferta e uso dos serviços. Para apoiar a EPS, o Telessaúde SC precisa avançar na interação personalizada com o contexto das equipes de ABS e no desenvolvimento de estratégias que destaquem, além da competência técnica, também as competências reflexiva e dialógica que fortaleçam os espaços coletivos de promoção da saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Permanent Education in Health (PEH) is known as the education that happens at work and for work in health. Its goal is to reflect and cause discomfort to transform care practices into the needs and access rights of the population to high-quality health services. It works as a strategy for health professional's qualification to perform in this model. The Telehealth Brazil Networks Program (Telehealth Brazil) is one strategy to support PEH actions in PHC teams. **Objective:** To evaluate a Telehealth Center as a strategy to support PEH in PHC teams. **Methods:** Evaluative research of implantation analysis, of the type that analyzes the influence of the interaction between the implantation context and the intervention on the observed effects, developed in two stages: availability study (AS) and single case study. The AS has been developed in four stages: Definition of the purpose and scope of the analysis; Development of the initial theory of the program with the proposition of a theoretical model (TM), a logical model (LM) and an analysis and judgment matrix (AJM); Feedback and validation of theory and models, and the proposition of the study's use. The case study considered the Santa Catarina Telehealth Center as the case and two analysis levels: the SC Telehealth Center managers and professionals (Level 1) and the PHC teams participating in the SC Telehealth Center (Level 2). Data collection took place through analysis of identified documents, literature reviews, standards, legislation and materials produced by telehealth services; and semi-structured interviews with professionals at levels 1 (n = 8) and level 2 (n = 27). A content analysis was conducted in the thematic analysis modality, with pre-defined analysis categories using the LM dimensions, through the identification of convergences, and divergences between the two levels, and the identification of contextual factors that influence the expected effects. **Results:** The AS defined the object as evaluable, validating the MT and ML in four dimensions: 1) Problems Identification in the work context; 2) Extension of knowledge applied to the local context; 3) Interdisciplinary work; 4) Protagonism of teams in decision making. The MAJ established evaluative criteria for each dimension and level of analysis. The results show that the SC Telehealth Center needs to qualify its performance in dimensions 1 and 3. The most expressive result is related to dimension 2, with telehealth support identified by 96.2% of respondents at level 2. The results at level 2 demonstrate that teams 1 and 3 meet the criteria established in all dimensions with a range of 93.7% and 90.6% of the expected overall score, respectively.

Two teams meet the criteria on a regular manner and one in an unsatisfactory manner. Greater time working in the same team and in the PHC, interaction with the community, and the practice of democratic management favorably influence the practice of PEH and the search for support. Final Considerations: The evaluative model proved to be feasible, presenting the potentialities and disadvantages of the contexts of services offer and use. The teams that organize their work process based on democratic management and on knowledge sharing among professionals, population, services, and sectors, can develop the criteria in the other evaluative dimensions. They can also request service support from Telehealth SC in a way that is intentional and related to local demand. In order to support the PEH practice, Telehealth SC needs to advance in personalized interaction with PHC teams context. It also needs to develop strategies that highlight not only technical competence, but also reflexive and dialogic competences that strengthen the collective spaces of health promotion.

**Keywords:** Permanent Education in Health; Continuing Education; Telehealth; Program Evaluation



## LISTA DE FIGURAS

### **Tese**

|  |    |
|--|----|
| Figura 1- Arco de Maguerz (Representação da Pedagogia Problematizadora). .....   | 49 |
| Figura 2 - Componentes da Educação Permanente em Saúde.....  | 64 |
| Figura 3 - O contexto do objeto de estudo no SUS. ....   | 70 |
| Figura 4 - Fluxo de identificação das demandas de qualificação para oferta dos serviços de telessaúde pelo Telessaúde SC. .... | 77 |

### **Segundo Artigo**

|   |     |
|---|-----|
| Figura 1 - Modelo Teórico de um Núcleo de Telessaúde como apoio à EPS na ABS (Adaptado de Haddad, 1994). .... | 115 |
| Figura 2 - Modelo Lógico de um Núcleo de Telessaúde como apoio à EPS na ABS. ....                             | 118 |

### **Terceiro Artigo**

|   |     |
|---|-----|
| Figura 1 - Modelo Lógico de um Núcleo de Telessaúde como apoio à EPS na ABS. .... | 135 |
|---|-----|

### **Quarto Artigo**

|  |     |
|--|-----|
| Figura 1 -Modelo Lógico de um Núcleo de Telessaúde como apoio à EPS na ABS. .... | 160 |
|--|-----|



## LISTA DE QUADROS

### **Tese**

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 - Fases da Educação Permanente.....   | 39 |
| Quadro 2 - Paralelo entre a pedagogia da educação continuada e a pedagogia da educação permanente. ....    | 44 |
| Quadro 3 - Sistematização de possíveis atividades por ações específicas da problematização.....            | 50 |
| Quadro 4 - Programas desenvolvidos pelo DEGES no eixo de desenvolvimento da formação técnica em saúde..... | 56 |
| Quadro 5 - Programas desenvolvidos pelo DEGES no eixo de formação de nível superior em saúde. ....         | 59 |
| Quadro 6 - Programas desenvolvidos pelo DEGES no eixo de Qualificação Profissional em Saúde.....           | 62 |

### **Segundo Artigo**

|  |     |
|--|-----|
| Quadro 1 - <i>Rationales</i> dos Modelos Teórico e Lógico de um Núcleo de Telessaúde como apoio à EPS na ABS/APS.....                              | 116 |
| Quadro 2 - Matriz de análise de Núcleos de Telessaúde enquanto estratégia de apoio à Educação Permanente de equipes da Atenção Básica à Saúde..... | 119 |

### **Terceiro Artigo**

|  |     |
|--|-----|
| Quadro 1 - Matriz de análise de Núcleos de Telessaúde enquanto estratégia de apoio à Educação Permanente de equipes da Atenção Básica à Saúde..... | 136 |
|--|-----|

### **Quarto Artigo**

|   |     |
|---|-----|
| Quadro 1 - Matriz de análise da implantação da Educação Permanente no processo de trabalho de equipes da Atenção Básica à Saúde. .... | 161 |
| Quadro 2 - Caracterização das eSF selecionadas. ....  | 163 |
| Quadro 3 - Avaliação dos critérios por dimensão. ....   | 164 |
| Quadro 4 - Aspectos semelhantes e divergentes entre os contextos das equipes avaliadas em Santa Catarina, 2017.....                   | 172 |



## LISTA DE TABELAS

### **Tese**

Tabela 1 - Evolução histórica no número de participações em serviços do Telessaúde SC, de 2012 a 2017..... 79

### **Primeiro Artigo**

Tabela 1 - Total de municípios, equipes selecionadas e suas participações nos serviços de telessaúde, segundo estrato definido. Santa Catarina, Brasil. 2015..... 97

Tabela 2 - Percentual dos profissionais que responderam o questionário segundo categoria profissional, tempo de formação e tempo de trabalho na APS (em anos). Santa Catarina, Brasil, 2016. .... 99

Tabela 3 - Percentual de profissionais que referiram aspectos que interferem (F=Facilita; D=Dificulta; I=Indiferente) nos diversos serviços de telessaúde. Santa Catarina, Brasil, 2016..... 100

### **Terceiro Artigo**

Tabela 1 - Avaliação dos critérios de análise da oferta dos serviços pelo Telessaúde SC. .... 141



## LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica à Saúde  
ACS - Agente Comunitário de Saúde  
AMAQ – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
APS – Atenção Primária à Saúde  
AVASUS - Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde  
BVS/BIREME – Biblioteca Virtual em Saúde  
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CE - Conselho da Europa  
CIES - Comissões Regionais Permanentes de Integração Ensino-Serviço  
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COAPES - Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde  
COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde  
DAB - Departamento de Atenção Básica  
DCNs - Diretrizes Curriculares Nacionais  
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde  
DGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde  
EA - Estudo de Avaliabilidade  
EaD - Educação a Distância  
ECS – Educação Continuada em Saúde  
EPS – Educação Permanente em Saúde  
eSB - equipe de Saúde Bucal  
eSF - equipe de Saúde da Família  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
e-SUS AB - e-SUS Atenção Básica  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional  
Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde  
MAJ - Matriz de Análise e Julgamento  
Medline Pubmed/Cochrane - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online  
ML - Modelo Lógico  
MS - Ministério da Saúde  
MT - Modelo Teórico  
NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
OPAS - Organização Panamericana de Saúde  
PES – Planejamento Estratégico em Saúde  
PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde  
PICs - Práticas Alternativas e Complementares  
PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde  
PNH - Política Nacional de Humanização  
PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem  
PROFAPS - Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde  
PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde  
PROVAB - Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica  
RCTM - Rede Catarinense de Telemedicina  
SciELO - Scientific Electronic Library Online  
SES/SC – Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina  
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde  
SOF – Segunda Opinião Formativa  
STT - Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
Telessaúde Brasil Redes - Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes  
Telessaúde SC - Núcleo Telessaúde de Santa Catarina  
TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina  
UNA-SUS - Universidade Aberta do SUS  
UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí  
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura  
VER-SUS - Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde  
WHO - World Health Organization



## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>29</b> |
| <b>2 OBJETIVOS.....</b>  | <b>33</b> |
| 2.1 OBJETIVO GERAL .....   | 33        |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....  | 33        |
| <b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>   | <b>35</b> |
| 3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE: ORIGENS E CAMINHOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....                 | 35        |
| 3.1.1 Educação Permanente: aspectos conceituais .....                                      | 36        |
| 3.1.2 Educação Permanente na Saúde .....   | 40        |
| 3.1.3 A Educação Permanente em Saúde na prática .....                                      | 46        |
| 3.1.4 A Educação Permanente em Saúde como Política Nacional no Brasil .....                | 52        |
| 3.1.5 Ações e Programas Nacionais de Educação na Saúde .....                               | 55        |
| 3.2 TELESSAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA | 66        |
| 3.2.1 Serviços de Telessaúde: estratégia para Educação Permanente a Distância no SUS ..... | 67        |
| 3.2.2 Avaliação dos serviços oferecidos .....  | 72        |
| 3.2.3 Financiamento e sustentabilidade dos Núcleos de Telessaúde .....                     | 73        |
| 3.2.4 O Núcleo Telessaúde de Santa Catarina.....   | 74        |
| <b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>   | <b>81</b> |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO.....  | 81        |
| 4.2 ESTUDO DE AVALIABILIDADE.....  | 81        |
| 4.3 ESTUDO DE CASO ÚNICO .....   | 84        |
| 4.3.1 Estudo Exploratório .....  | 84        |
| 4.3.2 Levantamento de dados primários.....   | 85        |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 4.4      | DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS .....   | 88         |
| 4.5      | ASPECTOS ÉTICOS.....  | 89         |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS.....</b>  | <b>91</b>  |
| 5.1      | ARTIGO 1: OFERTA E USO DE SERVIÇOS DE TELESSAÚDE EM SANTA CATARINA/BRASIL .....   | 93         |
| 5.2      | ARTIGO 2: SERVIÇOS DE TELESSAÚDE COMO APOIO À EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UMA PROPOSTA DE MODELO AVALIATIVO..... | 107        |
| 5.3      | ARTIGO 3: AVALIAÇÃO DO TELESSAÚDE COMO APOIO À EPS NA ABS: O CASO DE SANTA CATARINA, BRASIL .....                                   | 129        |
| 5.4      | ARTIGO 4: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS) NO PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) .....                     | 155        |
| <b>6</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>181</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>185</b> |
|          | APÊNDICE A – Roteiro de Análise dos Especialistas .....   | 205        |
|          | APÊNDICE B – Questionário do Estudo Exploratório.....   | 233        |
|          | APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semiestruturada com profissionais do nível 1 de análise.....                                     | 253        |
|          | APÊNDICE D - Roteiro de entrevista semiestruturada com profissionais do Nível 2 de análise.....                                     | 255        |
|          | APÊNDICE E - Termo de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas.....   | 263        |
|          | APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevistas (TCLE) .....  | 265        |
|          | ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa .....  | 269        |

## APRESENTAÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um tema que faz parte da minha vida profissional desde seu início, quando em 2005, passei no concurso público como assistente administrativo e fui lotada na então Coordenação de Educação na Saúde (CGES) da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins. Desde então, e com a conclusão do curso de graduação em psicologia, passei a me dedicar ao estudo da EPS, tendo o privilégio de aprender com grandes estudiosos da área como José Inácio Jardim Motta e Marco Aurélio da Ros, que atuaram como consultores em EPS no Tocantins.

Minha dissertação de mestrado, defendida na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), sob orientação do professor Luiz Roberto Agea Cutolo, também foi dedicada ao estudo da EPS, abordando a formação de docentes para atuação no SUS, na perspectiva do modelo integral de atenção à saúde.

Em 2010 fui convidada a atuar no Núcleo Telessaúde do estado de Santa Catarina, adentrando no mundo da educação a distância e me envolvendo cada vez mais com as inúmeras possibilidades de promover e potencializar a EPS por meio das Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (TICS).

É nesse contexto que surge o interesse em estudar a oferta dos serviços de telessaúde na perspectiva do apoio aos processos de EPS das equipes da Atenção Básica à Saúde, que é destacado como um dos principais objetivos de atuação dos Núcleos de Telessaúde do Programa Telessaúde Brasil Redes. Porém, apesar dos muitos estudos avaliativos das ferramentas de telessaúde, não foram identificadas pesquisas dedicadas à avaliação da implantação destes núcleos na perspectiva deste objetivo de apoio à EPS. A presente tese busca contribuir e avançar nesta perspectiva.

O Referencial Teórico (item 3) apresenta os resultados da extensa revisão do arcabouço teórico, das normas e legislações sobre a EPS e sobre a Telessaúde enquanto ferramenta de EPS. Os itens 3.1 e 3.2 foram submetidos como dois manuscritos no Edital da Rede Unida 02/2017 e foram aprovados para composição do livro “Frutos dos Movimentos da Educação Permanente Santa Catarina: um caminho de oportunidades”. O termo de autorização de cessão de direitos autorais

assinado permitiu reproduzir os textos nesta tese, salvaguardando os créditos da obra<sup>1</sup>.

No item 4 é apresentado todo o percurso metodológico do estudo, detalhando as etapas cumpridas, os sujeitos participantes, as fontes de coleta de dados, a análise dos dados e os aspectos éticos assegurados.

No item 5 são apresentados os resultados da pesquisa que, de acordo com o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, devem ser na forma de artigo científico. São quatro artigos, que buscam responder aos objetivos desta pesquisa, intitulados:

- Oferta e uso de serviços de telessaúde em Santa Catarina/Brasil;
- Serviços de Telessaúde como apoio à Educação Permanente na Atenção Básica: uma proposta de modelo avaliativo;
- Avaliação do Telessaúde como Apoio à EPS na ABS: o caso de Santa Catarina, Brasil;
- Educação Permanente em Saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de Saúde da Família (eSF).

No item 6 são apresentadas ainda as considerações finais do estudo, destacando os principais resultados e as contribuições desta pesquisa, bem como as possibilidades de avanços e novos estudos que possam avançar na discussão sobre o Telessaúde enquanto estratégia de apoio a EPS de equipes atuantes na ABS.

A presente tese é parte da pesquisa “Avaliação do impacto dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina”, aprovada e financiada pela Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit Nº 08/2013 – Pesquisa em educação permanente para o SUS e dimensionamento da força de trabalho em saúde (Projeto de Pesquisa nº: 401211/2013-4).

---

<sup>1</sup> VENDRUSCOLO, C. [et al.] Frutos dos movimentos da educação permanente em Santa Catarina: caminhos de oportunidades [recurso eletrônico]. 1.ed. – Porto Alegre: UNIDA, 2018. 2 v. (Série Atenção Básica e Educação na Saúde). ISBN: 978-85-66659-94-8. DOI: 10.18310/9788566659948.

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde e espera-se que ela seja capaz de atender entre 85% e 90% das demandas de saúde da população. Como ordenadora da rede de atenção à saúde, a Atenção Básica também deve ser capaz de realizar encaminhamentos qualificados para os demais níveis de atenção da rede (MENDES, 2012; GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2012).

O processo de trabalho na ABS é complexo, pois combina ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura (ações integradas da saúde), realizando uma clínica ampliada do cuidado ao usuário por meio de uma equipe interdisciplinar, tendo como base um território definido que tem suas características culturais, sociais e econômicas (BRASIL, 2012b).

Para que os profissionais atuantes na ABS estejam preparados para realizar este complexo trabalho e sejam capazes de articular todas estas informações e saberes, tanto científicos quanto populares, o Ministério da Saúde (MS) tem investido em ações e programas de qualificação destes profissionais por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS), com o objetivo final de ampliar a resolubilidade e melhorar as práticas de saúde neste nível de atenção.

A EPS é uma das apostas do Ministério da Saúde para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) com base em seus princípios essenciais, transformando os espaços de trabalho também em espaços de educação e aprendizagem. Por meio da problematização da realidade local, da produção do conhecimento embasado nesta realidade, do planejamento e da ação para resolução de problemas, espera-se que as equipes exerçam o trabalho interdisciplinar, trocando e compartilhando experiências, com vistas à qualificação permanente e constante do cuidado em saúde, promovendo o pensar e fazer coletivo, incluindo diferentes atores na roda e democratizando as relações entre profissionais de saúde e população (BRASIL, 2009).

Apesar de a literatura indicar a EPS como uma importante ferramenta para consolidação e gestão do SUS e de contar com uma política específica no contexto brasileiro, ela ainda não tem o espaço e o incentivo que se espera. Os gestores e profissionais de saúde ainda não têm clareza do conceito e de sua proposta (VENDRUSCULO et al., 2013; SILVA et al., 2017).

Neste contexto de falta de entendimento teórico sobre as bases e diretrizes da EPS, percebe-se que os processos de avaliação destas ações também ficam comprometidos, reforçando a importância de se propor

modelos avaliativos que sejam coerentes com o arcabouço teórico e proposta da EPS, e que contribuam para a qualificação de ações e programas que tenham o fomento da EPS como objetivo (SILVA et al., 2016).

Diversas ações e programas foram colocados em prática com intenção de auxiliar equipes de saúde e graduandos na área da saúde com a prática da EPS, como: Pró-Saúde, em 2005, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), o PET-Saúde em 2010 e o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes), em 2007.

O Telessaúde Brasil hoje conta com quatorze núcleos vinculados às Universidades Federais, dentre os quais o Núcleo Telessaúde de Santa Catarina (Telessaúde SC). Os principais objetivos deste programa são apoiar a tomada de decisão clínica no âmbito da ABS, evitando e qualificando encaminhamentos pra outros níveis de atenção e apoiar as ações de EPS desenvolvidas pelas equipes de ABS.

Em 2013, a coordenação do Núcleo Telessaúde SC submeteu um projeto de pesquisa ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que foi financiado para avaliar os resultados dos serviços de Telessaúde no estado, propondo um modelo de avaliação do mesmo. A partir deste projeto e do desenvolvimento de um modelo teórico de avaliação de um núcleo de Telessaúde (NILSON et al., 2017), percebeu-se a necessidade de conduzir duas diferentes linhas de investigação: apoio clínico assistencial e apoio à EPS, considerando os dois objetivos principais do programa e suas diferentes composições e arcabouços teóricos.

Muitas são as pesquisas voltadas para a avaliação de tecnologias de informação e comunicação para diagnóstico, monitoramento remoto de pacientes, teleconsultas, desenvolvimentos de novas ferramentas aplicáveis à saúde. Também alguns estudos de avaliação de implantação e desempenho de programas de Telessaúde foram identificados. Porém, não foram identificadas pesquisa que proponham modelos avaliativos dos serviços de Telessaúde especificamente como uma ação de Educação Permanente em saúde.

Silva (2014) apresenta em sua pesquisa 16 demandas de estudos avaliativos, dentre elas “avaliar como um serviço de Telessaúde promove Educação Permanente do profissional”, o que justifica e fortalece a escolha do tema desta tese.

Considerando que o Núcleo Telessaúde SC está consolidado no estado e abrange todos os municípios, que o núcleo oferta todos os serviços de Telessaúde preconizados (teleconsultoria, tele-educação, telediagnóstico e segunda opinião formativa); considerando a

necessidade e o incentivo financeiro para realizar estudos avaliativos do Programa Telessaúde Brasil Redes; e considerando ainda meu interesse pessoal em trabalhar com a EPS, surge a proposta desta pesquisa para responder a seguinte pergunta norteadora: De que maneira o Núcleo Telessaúde SC promove e apoia as práticas de EPS das equipes de ABS? Para responder a pergunta norteadora foi desenvolvida uma pesquisa avaliativa, composta por um estudo de avaliabilidade e um estudo de caso.





## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar um núcleo de Telessaúde como estratégia de apoio à EPS de equipes na ABS.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a oferta e o uso dos serviços de um núcleo de telessaúde e identificar barreiras e facilitadores de acesso a esses serviços;
- Identificar as dimensões e princípios orientadores das ações/estratégias de EPS;
- Propor modelo de avaliação dos núcleos de Telessaúde enquanto estratégia de apoio à EPS;
- Identificar os potenciais e os limites nos serviços de Telessaúde como ações/estratégias de Educação Permanente em Saúde.
- Identificar as características contextuais das eSF que contribuem ou dificultam a implantação de estratégias de EPS em seu processo de trabalho.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE: ORIGENS E CAMINHOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O conceito de Educação Permanente origina-se no campo da educação, mais especificamente da discussão sobre a educação de adultos, que, segundo Kallen (1996), está fortemente relacionado a fatores socioeconômicos, como a industrialização, crises econômicas e pós-guerra.

Especialmente na época da revolução industrial, com fins econômicos, a educação de adultos teve uma conotação de “reciclagem” baseada nos modelos fordista e taylorista de fragmentação do processo de trabalho e, em consequência, da educação para demandas da revolução industrial. Buscava-se um “processo educativo, rápido e permanente, considerando a velocidade da incorporação técnica e tecnológica, a reciclagem” (GRILLO, 2012, p. 58).

Lampert (2005; 2009) destaca que a Educação Permanente como conceito aflora a partir da Segunda Guerra Mundial, quando se apostava na educação como ponto chave para o desenvolvimento econômico a serviço da cultura burguesa dominante, focado na educação compensatória.

É nesse momento histórico de relação entre o trabalho e a educação, no contexto capitalista, que o conceito de Educação Permanente nasce carregado de controvérsias e interpretações diferenciadas, perpassando ora por um ponto de vista econômico, ora filosófico, ora pedagógico (LAMPERT, 2005; 2009; VIEIRA, 2013; LEMOS, 2016; PINTO, 2016).

Bárcia (1982) reflete que a Educação Permanente não deve ser reduzida a uma educação extraescolar, complementar, de adultos, e muito menos elitista. Para a autora, a Educação Permanente busca levar à autonomia do indivíduo para que este seja capaz de escolher sua formação de acordo com seus interesses e potencialidades, e de conduzir e adaptar seus processos de aprendizagem à sua vida (BÁRCIA, 1982).

Gadotti (1984, p. 28) também reflete sua preocupação com os modismos e falsas interpretações desse conceito que considera embasado em uma “proliferação anárquica de ideias, de concepções, de correntes”. Desta forma, enfatiza a necessidade de ter cuidado ao analisar propostas e projetos de Educação Permanente, sempre questionando “para quem?” e “contra quem?” esta se faz.

Considerando a discussão desses autores sobre a importância de se ter clareza a respeito da construção do conceito de Educação Permanente é que propomos este capítulo de resgate do conceito a partir de seu arcabouço teórico advindo da área da educação, para assim discutir sua aplicação e apropriação na área da Saúde Coletiva.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) como política, objetiva promover o ensino e a aprendizagem no cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam nas unidades de saúde, visando à transformação de suas práticas de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Por isso, é de extrema importância que os profissionais que atuam no SUS compreendam esse conceito e proponham processos de EPS que de fato atendam às demandas reais de suas práticas de trabalho (PINTO, 2016).

Dessa forma, o objetivo deste capítulo é fazer um resgate histórico das origens do conceito de Educação Permanente e de sua entrada e evolução no campo da Saúde Coletiva, bem como discutir sobre as metodologias e suas aplicações no processo de trabalho na saúde.

### **3.1.1 Educação Permanente: aspectos conceituais**

O termo Educação Permanente surgiu na França. Textos de um programa educativo da Revolução de 1789, da própria Constituição Francesa de 1791, e um relatório apresentado por Condorcet em 1792 à Assembleia Legislativa, apresentam o termo e defendem a continuidade da educação de adultos após a conclusão do ensino formal (SMAHA; CARLOTO, 2010; LEMOS, 2016).

Mas foi a década de 60 que deu visibilidade e grande importância para o desenvolvimento da Educação de Adultos e, consequentemente, da Educação Permanente no cenário mundial. Segundo Kallen (1996), as principais organizações intergovernamentais foram chamadas a propor novas estratégias para relacionar educação e formação profissional, considerando ainda questões de desenvolvimento social, cultural e econômico. Esse desafio foi aceito pelo Conselho da Europa, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), cujas contribuições são descritas por Kallen (1996).

O Conselho da Europa (CE) usa o termo Educação Permanente para atender às demandas educacionais crescentes de jovens e adultos da

sociedade europeia. A política do CE é baseada nos princípios da “igualização”, “participação” e “globalização”. A expectativa era de que a Educação Permanente pudesse ser mais eficaz na promoção desses princípios, gerando oportunidades educacionais, participativas e que reunisse teoria e prática para ação concreta na sociedade.

Paralelamente, a política da Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OCDE) introduziu o termo “Educação Contínua”, cujo resultado principal é considerado uma relação mais flexível entre a educação, a formação e o trabalho, dando uma conotação de educação sem interrupção, aproximando os conteúdos da escola à prática do trabalho.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), por sua vez, inicia em 1949 a realização de conferências mundiais que promovem o debate sobre a educação de adultos no mundo. Essas conferências aconteceram em países como Dinamarca, Canadá, Japão, França e Alemanha, e deram base para a proposição da Educação Permanente como substituta do sistema educacional tradicional (PAIVA, 1977; KALLEN, 1996; SMARHA; CARLOTO, 2010; VIEIRA, 2013; MICCAS; BATISTA, 2014; LEMOS, 2016).

Vários consultores dessas organizações contribuíram para o desenvolvimento do conceito de Educação Permanente. Paiva (1977) destaca a ideia de Bertrand Schwartz, consultor da UNESCO, que apresentou a Educação Permanente como uma maneira de se analisar os problemas concretos dos programas de educação de adultos.

Em sua retrospectiva conceitual, Paiva (1977) destaca ainda o autor Pierre Furter como personagem central e de grande importância na difusão do conceito de Educação Permanente no Brasil (considerando a escassa produção nacional), responsável por colocar o país como um dos países em desenvolvimento em que mais se fala de Educação Permanente.

Pierre Furter, educador suíço, viveu no Brasil na década de 60, foi membro do Comitê Diretor da Educação Permanente do Conselho da Europa, consultor da UNESCO e principal autor a introduzir o tema na América Latina (BRANDÃO, 1983; LAMPERT, 2005; SMARHA; CARLOTO, 2010; VIEIRA, 2013).

Para Pierre Furter, a Educação Permanente responde ao fato de que o “homem é um ser inacabado, que tende à perfeição, em consequência a educação se torna um processo contínuo que só termina com a morte” (PAIVA, 1977, p. 85).

Em seu livro, “Educação Permanente e Desenvolvimento Cultural”, apresenta objetivos da Educação Permanente, o que traz uma concretude maior ao conceito:

Instrumentalizar a cada cidadão para aumentar-lhe a capacidade analítica, tanto em relação a ele mesmo como ao grupo a que pertence ou à situação nacional (...). Tornar as populações capazes, graças a um esforço intelectual crítico de interpretar, compreender, e, sobretudo confrontar a realidade com os planos e projetos de desenvolvimento. Estimular atitudes criadoras e imaginativas que, em determinada situação, procurem todas as possibilidades existentes para suscitar fatores geradores de novos valores (...). Ensinar a organizar a vida no tempo e especialmente no tempo livre e disponível (...). Trata-se de constituir e de desenvolver uma força de trabalho voluntário comparável à força do trabalho produtivo para o desenvolvimento econômico (FURTER, 1975, pp. 149-150).

Também nessa obra, apresenta a evolução da ideia de Educação Permanente em três etapas (FURTER, 1975, p. 108), conforme o Quadro 1, do próprio autor:

Quadro 1 - Fases da Educação Permanente.

| <b>Definição</b>  | <b>Objetivos Gerais</b>  | <b>Clientela Prioritária</b>  | <b>Organização</b>  | <b>Métodos Pedagógicos</b>  | <b>Custos</b>  | <b>Promotores</b>   |
|---|--|---|---|---|--|---|
| A educação permanente é um processo contínuo do desenvolvimento individual.               | Permitir que cada indivíduo continue a progredir, segundo as próprias necessidades e as condições em que vive.   | Não importa quem, contanto que esteja motivado.   | Sem organização central, nem coordenação.   | Atividade individual; muitas vezes autodidaxia; sempre iniciativa voluntária.   | Assumidos pelo próprio “beneficiário”.   | Teóricos da educação.   |
| A educação permanente é um princípio de organização de um sistema global de formação.     | Exercer uma ação renovadora sobre todos os organismos que se ocupem de formação; procurar tornar o sistema escolar um conjunto mais flexível e mais amplo. | Todos os grupos que foram marginalizados ou que foram atingidos por um processo de desenvolvimento. | Tendência a se reagrupar em parassistema; direito de inspeção do Estado.  | Atividade coletiva organizada, por vezes animada por educadores especializados.   | Cada vez mais assumidos conjuntamente pelo beneficiário:<br>a) e/ou pelo Estado;<br>b) e/ou pelo empregador. | Administradores e planejadores da educação.                           |
| A educação permanente é uma estratégia de formação em função do desenvolvimento cultural. | Orientar uma política de recursos humanos dentro das perspectivas do desenvolvimento cultural.   | O conjunto das populações e do pessoal que participa como agente num programa de desenvolvimento.   | Sem sistema propriamente dito, porque utiliza as instituições já envolvidas em um programa de desenvolvimento; ação cooperativa, interdisciplinar e interministerial. | Atividade coletiva, essencialmente em grupo, animada por qualquer profissional interessado; supervisão e avaliação por educadores especializados. | Financiamento pelo próprio programa de desenvolvimento.  | Planejadores de recursos humanos, no âmbito do planejamento regional. |

Fonte: Furter (1975).

Gadotti (1984) também destaca três etapas da evolução histórica do conceito de Educação Permanente que se relacionam com as etapas de Furter (1975). Na primeira, o conceito está ligado à formação profissional contínua, na segunda fase o conceito está ligado à ideia de transformação radical de todo o sistema e, na terceira, propõem-se projetos práticos de Educação Permanente.

Pierre Furter foi o autor que mais conseguiu concretizar o conceito de Educação Permanente. A terceira etapa descrita pelo autor vislumbra o campo de atuação da Educação Permanente na área da Saúde, o que discutiremos mais adiante.

Também a pedagogia proposta por Paulo Freire para educação de jovens e adultos e educação popular, baseada na aprendizagem significativa, relação dialógica, emancipação, problematização e humanização da educação, influenciaram fortemente o conceito de Educação Permanente na área da saúde (BERBEL, 1999; CECCIM, 2005; FREIRE, 2005; VIEIRA, 2013; LEMOS, 2016).

Alguns autores contemporâneos que discutem a educação de adultos são Theodor W. Adorno, que defende a inserção do conceito de emancipação nas práticas educacionais, Miguel Arroyo, que defende a educação como forma de humanizar e gerar autonomia responsável, e Demerval Saviani, que coloca a importância política da educação enquanto mediadora de práticas sócias (VIEIRA, 2013).

Essas discussões conceituais sobre Educação Permanente na área da educação deram e continuam dando base para o desenvolvimento e debate desse conceito na área da saúde, que por sua vez também desenvolveu teoricamente esse conceito. Avançamos agora para apresentação dos conceitos de Educação Permanente na saúde e sua evolução nesse campo específico.

### **3.1.2 Educação Permanente na Saúde**

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) difundiu o termo “Educação Permanente em Saúde” na América Latina a partir dos anos 80, em contraposição à “Educação Continuada em Saúde”, até então utilizado. Os principais autores da OPAS nessa temática são Jorge Hadaad, Maria Cristina Davini, Maria Alice Roscke e Mário Rovere.

No Brasil, esse conceito passou a ser mais utilizado e difundido, na década de 90, por alguns autores, como Gastão Wagner Sousa Campos, Jairnilson Paim, Carmem Teixeira, Célia Regina Pierantoni, Ricardo Ceccim, Laura Feuerwerker, Emerson Merhy, Paulo Buss,



Tânia Celeste Matos Nunes e José Inácio Jardim Motta; e especialmente a partir dos anos 2000, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (FIOCRUZ, 2006; MACHADO, 2006).

Mario Rovere (1994) - médico sanitário da Argentina, foi consultor da OPAS na área de planejamento e desenvolvimento de recursos humanos – definiu a EPS como

Una propuesta educativa realizada em los ámbitos laborales, destinada a reflexionar e intervenir sobre el proceso de trabajo direccionado a mejorar la calidad de los servicios y las mismas condiciones laborales (“educación em el trabajo, por el trabajo y para el trabajo”) (ROVERE, 1994, p. 64).

Essa definição indica a Educação Permanente como espaço de encontro entre os campos teóricos do “trabalho” e da “educação”, sendo o objetivo dessa proposta a melhoria da qualidade dos serviços.

O autor destaca ainda que, por se inserir no trabalho estabelecido por estruturas formais e informais de poder, e por se inserir na educação, onde se reforçam alguns saberes e se descartam outros, a EPS é também interpretada como uma atividade tanto técnica quanto política, pois, citando Mário Testa, propõe uma redistribuição de poder, uma vez que só acontece a partir do envolvimento do coletivo (ROVERE, 1994).

Ceccim e Ferla (2008) endossam o caráter político da EPS quando dizem que a EPS não é um processo didático-pedagógico, mas sim político-pedagógico. A EPS requer uma implicação com a mudança do cotidiano de trabalho para a melhoria da qualidade das práticas de saúde, a partir das necessidades dos usuários, tendo como eixo norteador a “integralidade” e a “implicação com os usuários”.

Ceccim e Ferla (2008) destacam que a EPS deve ser vista de duas maneiras: como “prática de ensino-aprendizagem” (embasada na problematização do cotidiano de trabalho e produção de conhecimento para solução dos problemas identificados) e como “política de educação na Saúde” (contribuição do ensino para a construção do SUS).

Pinto (2016) também aposta que a EPS deve se fazer na dialogicidade e problematização da realidade e na construção conjunta e criativa de soluções pensadas por sujeitos que se desenvolvem e se emancipam durante o processo, enfatizando o caráter político e de gestão da EPS.

O conceito apresentado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) e na Portaria nº 278/2014 (BRASIL, 2014) também reforçam esses dois aspectos:

A Educação Permanente é **aprendizagem no trabalho**, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de **transformar as práticas profissionais**. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. (...). 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. **Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho** (BRASIL, 2009, p. 20, grifo meu).

Educação Permanente em Saúde (EPS): **aprendizagem no trabalho**, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de **transformar as práticas dos trabalhadores da saúde** (BRASIL, 2014, grifo meu).

Silva e Peduzzi (2011) resumem bem a finalidade da EPS enfatizando a necessidade de ações mais amplas e menos normatizadas para que essa seja colocada em prática:

A EPS tem o objetivo de constituir uma rede de ensino-aprendizagem no exercício de trabalho no SUS, com a sua recomposição na direção das necessidades da população/usuários como cidadãos de direitos. Afinal, no setor da saúde ocorre uma concentração do saber em áreas técnicas de profissionais específicos, que anulam

as realidades locais em prol do conhecimento técnico que impõe uma linha de prescrições ao trabalho. **Portanto, faz-se necessário ampliar as possibilidades de respostas para além do normatizado, por meio da interação intersubjetiva, em direção às necessidades de saúde dos usuários/população** (p. 1021, grifo meu).

Ao analisar esta imagem-objeto da EPS, questiona-se a eficácia da Educação Continuada em saúde como estratégia para atender a estes objetivos tão complexos e que exigem refletir sobre problemas não normatizados e legislados.

Autores indicam a importância de capacitações pontuais (Educação Continuada) para atualização dos conhecimentos dos profissionais em saúde, porém enfatizam a importância de que estas ações sejam planejadas em prol da reflexão sobre o trabalho, a fim gerar autonomia e criatividade nos profissionais para qualificá-los. A educação continuada deve trabalhar em prol da Educação Permanente (MERHY; FEUERWEKER; CECCIM, 2006; MERHY; FEUERWERKER, 2014; MERHY; GOMES, 2016).

Merhy, Feuerweker e Ceccim (2006) apresentam as diferenças entre as duas estratégias no Quadro 2, cuja análise permite destacar características essenciais que ações de Educação Permanente devem apresentar:

- Lógica ascendente;
- Trabalhar com coletivos (equipes);
- Trabalho/atuação transdisciplinar;
- Promover problematização/reflexão sobre o processo de trabalho;
- Promover aprendizagem significativa.

Quadro 2 - Paralelo entre a pedagogia da educação continuada e a pedagogia da educação permanente.

|                               | <b>Educação Continuada</b>   | <b>Educação Permanente</b>   |
|-------------------------------|--|--|
| <b>Pressuposto Pedagógico</b> | O “conhecimento” preside/define as práticas. A aprendizagem é proposta como transmissão de conteúdos centrados no conhecimento.  | As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho etc.); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa), bem como que possibilitem criar novos sentidos (criar e recriar relações), centrada nas relações.  |
| <b>Objetivo principal</b>     | Atualização de conhecimentos específicos.  | Transformação das práticas   |
| <b>Público</b>                | Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.   | Equipes de atenção e/ou de gestão em qualquer esfera do sistema; docentes, estudantes e usuários.  |
| <b>Modus Operandi</b>         | Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos.   | Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão, na formação e na educação popular. Possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.  |
| <b>Atividades educativas</b>  | Cursos padronizados – carga horária, conteúdo e dinâmica definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma. | Muitos problemas são resolvidos/equacionados na situação. Quando necessárias, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção - gestão - educação – controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico. |

Fonte: Merhy; Feuerweker; Ceccim (2006).

Merhy e Feuerwerker (2014, p. 21) reafirmam essas características quando alegam que a ‘alma’ da EPS “tem que ser a produção de um cuidado em Saúde dirigido a propiciar ganhos de autonomia e de vida dos seus usuários. Esse é um trabalho de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional”.

Nessa perspectiva, a partir da aplicação dessas características nas ações/programas de Educação Permanente dos profissionais de saúde, pretende-se atingir os seguintes resultados (BRASIL, 2004a, p. 10):

- A democratização institucional;
- O desenvolvimento da capacidade de aprendizagem;
- O desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde;
- O trabalho em equipes matriciais;
- A melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde;
- A constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas.

Ao propiciar que os profissionais, gestores, instituições de ensino e usuários compreendam a complexidade dos processos e das práticas de saúde, a EPS contribui para o redirecionamento e implementação da reforma sanitária (FIOCRUZ, 2006; LOPES et al., 2007).

Como se pode perceber, a educação continuada por si só não vence o desafio ambicioso e necessário apresentado por Ceccim (2005) de incorporar ao trabalho os princípios e diretrizes do SUS, porque estes correm o risco de serem apenas instrumentos de transmissão de conhecimentos descontextualizados da prática.

Apesar das ações de Educação Continuada em Saúde permitirem a inserção de processos de reflexão crítica sobre o processo de trabalho e a promoção da autonomia dos profissionais para buscar solucionar esses problemas de forma criativa, ela por si só não encerra o ideário proposto pela EPS.

Figueiredo et al. (2014, p. 154) sintetiza o conceito de EPS:

A Educação Permanente em Saúde possibilita a produção de novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS. Seu foco são os processos de trabalho (formação, atenção, gestão, controle social), seu alvo são as equipes (unidades de produção), seu lócus de operação são os coletivos, pois o olhar “do outro” é fundamental para a possibilidade de problematização e produção de “incômodos”.

Assim, apesar de focar a educação em serviço, a Educação Permanente também adentra os ambientes de formação formal, buscando aproximar esses futuros profissionais de seu foco e lócus.

### **3.1.3 A Educação Permanente em Saúde na prática**

O debate sobre as concepções/tendências pedagógicas no Brasil foi promovido por autores da área da educação, como Libâneo (1992), Saviani (2005; 2007), Bordenave (1994; 1999).

Especificamente na área da saúde temos as contribuições de Davini (1989; 1995), que, como consultora da OPAS fortaleceu a metodologia da problematização como a mais adequada para ações de educação em serviço também na área da saúde; e de Bordenave (1994; 1999), cujas experiências com educação de adultos voltada para o trabalho foram utilizadas para a Capacitação Pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde (Projeto Larga Escala) e continua contribuindo para reflexão dos processos de ensino-aprendizagem nesse campo.

Davini (1989; 1995) destaca a importância de se debater sobre a questão metodológica da Educação Permanente considerando que, ao inserir projetos de EPS nos serviços, corre-se o risco de haver um uso mecânico de metodologias tradicionais, descontextualizadas e, muitas vezes, contraditórias aos objetivos traçados.

Neste sentido, é importante que a opção metodológica tenha sua concepção do processo de ensino-aprendizagem alinhada com os princípios da EPS, discutidos acima. Bordenave (1999) também alerta que a opção pedagógica reflete uma determinada epistemologia do conhecimento a ser aprendido-ensinado.

Deve haver uma escolha epistemológica tanto na área da educação quanto na área da saúde. No campo da saúde podemos dizer que atualmente o trabalho dos profissionais está embasado em dois principais modelos teóricos: o modelo integral (preconizado pelo SUS e que considera a saúde como resultante de determinantes sociais e biológicos) e o modelo biomédico (que considera a saúde a partir de fatores biológicos, fragmentando o indivíduo em disciplinas especializadas na tentativa de explicar as causas das doenças). A escolha do modelo pedagógico a ser aplicado nas ações de educação em saúde está diretamente atrelada à visão e concepção de saúde que o profissional concebe (LÜDKE; CUTOLO, 2010).

A opção epistemológica em cada componente é muitas vezes feita de forma acrítica, baseada em experiências e vivências. Desta forma, é fundamental que os profissionais de saúde conheçam as opções metodológicas existentes e como estas se aplicarão na educação na saúde para promoção do modelo integral de atenção à saúde (LÜDKE; CUTOLO, 2010).

No contexto da saúde, embora existam diversas opções e tendências pedagógicas descritas, Bordenave (1999) e Davini (1989; 1995) apresentam três grandes grupos:

#### A - Pedagogia da transmissão

Também conhecida como “Educação Bancária” (FREIRE, 2005), considera o aluno como uma página em branco onde se depositam novos conhecimentos. O professor é ativo e o aluno é passivo (recebe do professor que tem a autoridade). Não se baseia em experiências e vivências, mas sim em conhecimentos sistematizados e generalizados, desconsiderando realidades locais.

Os autores indicam que esta opção pedagógica reforça a passividade dos profissionais, a imitações de padrões de outros contextos, o individualismo e a falta de criticidade a respeito da adequação ou não dos conhecimentos em sua própria realidade.

#### B - Pedagogia do condicionamento

Também chamada de pedagogia tecnicista, enfatiza os resultados comportamentais da aquisição de conhecimentos. Baseada na abordagem psicológica do Behaviorismo, o professor estimula a resposta desejada por meio de um prêmio e/ou castigo, objetivando instrumentalizar o aluno para a repetição de um procedimento.

Geralmente aplicada no contexto de treinamento de trabalhadores de empresas ou indústrias, esta concepção pedagógica reforça a competitividade, a repetição acrítica de procedimentos e técnicas, tendência à robotização das pessoas a favor da produtividade e a necessidade de uma liderança que estabeleça objetivos, metas a serem alcançadas e a fragmentação do processo de trabalho.

Aplicando à área da saúde, podemos citar o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica à Saúde (PMAQ), que se utilizado na perspectiva de condicionamento pode se tornar uma ação acrítica por parte das equipes para obtenção de prêmios, apesar de ser uma ferramenta riquíssima para problematização do processo de trabalho.

### C - Pedagogia Problematizadora

Esta concepção enfatiza a capacidade do aluno identificar problemas em sua realidade e propor soluções para os mesmos em busca da transformação da realidade problemática. A aprendizagem parte do interesse dos próprios indivíduos (aprendizagem significativa). A relação entre alunos e docentes é horizontal, no sentido de que ambos aprendem e ensinam por meio de suas experiências e vivências.

Os resultados esperados são: o desenvolvimento de habilidades de observação, análise, avaliação; profissionais ativos, atentos e críticos, que buscam a melhoria de seus processos de trabalho; superação do trabalho e aprendizagem individuais pela reflexão e aprendizagem coletivas.

Paulo Freire (2005) é um dos representantes da Pedagogia Problematizadora, que contribui para a concepção de que o homem, ao aprender e tomar consciência de si no mundo torna-se homem e sujeito ativo no mundo, transformando-o conforme se transforma a si mesmo. Essa concepção nos lembra da ideia inicial de educação atrelada ao trabalho, como vimos no início deste capítulo.

Esta concepção pedagógica é a que mais se aproxima dos princípios e diretrizes da EPS, pois, como destaca Davini (1995), ela se apoia na educação para a vida cotidiana, do trabalho, e busca qualificar conhecimentos e mudar práticas e comportamentos.

A partir dos pressupostos da Pedagogia Problematizadora, a Metodologia da Problematização é a mais amplamente difundida, destacando-se também a Metodologia Baseada em Problemas.

Bordenave (1994; 1999), Berbel (1999) e Davini (1995; 2009) são as principais referências no desenvolvimento desta metodologia na área da saúde. Eles apresentam essa metodologia por meio do Arco de Magueréz, descrito em cinco etapas (Figura 1).

O ponto de partida é a indagação a respeito da realidade (Como faço meu trabalho? Quais dificuldades encontro? Por que faço desta maneira?). Para tanto, é necessário observar e analisar, olhar para si mesmo e para o coletivo. Ao final desta etapa o grupo terá escolhido e priorizado um problema que deve ser superado.

A partir deste ponto, o grupo deve levantar os conhecimentos prévios que tem sobre o problema priorizado, refletindo sobre como este problema foi estabelecido e levantando pontos-chave a serem estudados para esclarecimento do mesmo.

Depois dos pontos-chave levantados, o grupo irá definir como estes serão estudados. Esta é a chamada etapa da teorização, quando o



grupo busca as bases literárias e científicas e comparam as mesmas com seus conhecimentos e percepções prévios sobre o problema.

A partir daí o grupo entra na etapa de levantamento de hipóteses de solução. Neste momento o grupo tem liberdade criativa para propor soluções que de fato sejam novas e transformem a realidade problemática.

Tendo as novas ações planejadas, a próxima etapa é colocá-las em prática. A partir da nova realidade estabelecida mediante as intervenções efetivadas, o arco é reiniciado e o processo de reflexão crítica identifica outros problemas deste novo contexto.

Figura 1- Arco de Maguerz (Representação da Pedagogia Problematizadora).



Fonte: Bordenave (1999).

As etapas descritas permitem identificar que a metodologia da problematização não descarta técnicas e fundamentos das demais concepções pedagógicas, agregando as potencialidades de cada uma em suas etapas e deixando sempre claro o objetivo de desenvolvimento crítico de seus atores.

Davini (1995) destaca que as estratégias de ensino utilizadas devem ter coerência com o modelo pedagógico adotado. O uso de materiais escritos ou de uma palestra, por exemplo, podem ser incorporadas dentro do modelo problematizador, desde que seja em um momento apropriado e com a intenção de alimentar a reflexão e a problematização do que se propõe estudar.

Para cada uma destas etapas podem-se utilizar diversas técnicas e atividades a fim de cumprir seu objetivo problematizador. Davini (2009) sistematiza algumas possibilidades de técnicas para cada etapa da metodologia da problematização (Quadro 3):

Quadro 3 - Sistematização de possíveis atividades por ações específicas da problematização.

|                           |  |  |   |
|---------------------------|--|--|---|
| Problematizar as práticas | Identificar problemas.                               | Ação-reflexão<br>Investigação-ação   | Estudo de caso; Trabalho de campo; Sistematização de dados locais; Construção e priorização de problemas.     |
|                           | Ampliar o conhecimento.                              | Acesso Bibliográfico; acesso a dados; acesso a educação virtual; acesso a outras experiências. | Seminário de estudos; estágios in loco; grupos de discussão; teleconferências e redes interativas             |
|                           | Desenvolver competências específicas e da equipe.    | Aquisição de competências e capacidades específicas.   | Supervisão-capacitante; Treinamentos focalizados específicos; oficinas de elaboração de projetos de trabalho. |
|                           | Buscar soluções; coloca-las em prática e avaliá-las. | Coordenar condutas com outros e trabalho em redes.   | Grupos operativos de qualidade; oficinas de programação local; avaliação de processos e resultados.           |

Fonte: Davini (2009).

Davini (1994) identifica ainda diversos recursos cotidianos dos serviços que não são suficientemente aproveitados como meios de realizar Educação Permanente, como: dados/informações do serviço, reuniões formais e informais, contato com os superiores, participação e intercâmbio entre diferentes equipes e/ou especialistas, estudo de casos especiais, observação do território, tutorias ou estudos especializados aproveitando os recursos da organização, aprendizagem a partir das tarefas realizadas, sessões de estudo e debate, painéis e seminários, observação da comunidade, entrevistas com os usuários, as estatísticas, sessões de leitura, dentre outros.

A autora destaca que esses recursos já existentes nos serviços somente precisam ser utilizados intencionalmente para a promoção da aprendizagem, e que estas possibilidades de ações de Educação Permanente em serviço não descartam a necessidade de ações e cursos externos (educação continuada).

Outra possibilidade de se desenvolver a EPS é por meio de técnicas e recursos do Planejamento em Saúde. Tanto os processos de Educação Permanente quanto os de Planejamento em saúde estão baseados na identificação e descrição de problemas por todos os atores implicados, a fim de também propor intervenções e ações que sejam de

fato efetivas para a solução do problema, evitando, assim, gasto de recursos como tempo e dinheiro em ações não resolutivas (SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011; FIGUEIREDO et al., 2014).

As técnicas utilizadas para o planejamento estratégico podem contribuir com todas as etapas da metodologia da problematização, o que reforça o caráter de ferramenta de gestão dado à EPS (TEIXEIRA, 2010; SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011; FIGUEIREDO et al., 2014). Destacamos algumas delas:

- O estabelecimento de critérios para priorização dos problemas identificados como magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custos;
- A “Árvore de Problemas”, para análise dos problemas priorizados e estabelecimento de uma rede causal de problemas (causas que alimentam o problema e consequências advindas da manutenção destes problemas);
- A partir da Árvore de Problemas, a elaboração de uma matriz/planilha operacional, onde são descritos o problema, os objetivos a serem alcançados, as ações que serão realizadas, os responsáveis, prazos e custos/recursos de realização do plano.

Como podemos perceber, o PES e a EPS podem contribuir muito um com o outro para a problematização da realidade de trabalho dos profissionais de saúde a fim de desvelar problemas e promover uma reflexão crítica dos mesmos em busca de sua solução.

Apesar de todas estas opções metodológicas serem uma possibilidade de promoção da problematização do processo de trabalho dos profissionais de saúde para a criação de espaços de Educação Permanente, há de se ter cuidado para não banalizar o uso destas metodologias.

O uso de metodologias deve ser um meio de se atingir um objetivo/finalidade maior, e não deve ser um fim em si mesmo. Muitas ações educativas que utilizam metodologias inovadoras podem ser muito bem avaliadas por seus alunos e ao mesmo tempo não contribuirão para o fortalecimento dos princípios do SUS e do modelo de atenção integral à saúde.

O facilitador e os participantes destas ações de Educação Permanente na saúde devem constantemente se questionar: Qual a finalidade desta ação? Como esta ação me aproxima da prática integral na saúde? Como esta ação se aplica à minha realidade? Como ela contribui para qualificar meu processo de trabalho? Qual fundamento

epistemológico da pedagogia e da saúde estas técnicas estão reforçando? (LÜDKE; CUTOLO, 2010).

### **3.1.4 A Educação Permanente em Saúde como Política Nacional no Brasil**

Com o advento do movimento da reforma sanitária, o debate sobre o desenvolvimento de recursos humanos (formação e qualificação para o trabalho no sistema público de saúde) ganhou força e status de estratégia para colocar em prática a reestruturação dos serviços.

Por encaminhamento da VIII Conferência Nacional em Saúde (1986), criou-se o espaço da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Nesse fórum, a educação continuada foi a estratégia indicada para repensar os modos de atenção e as práticas de saúde (MOTTA; RIBEIRO, 1996.).

A partir desse debate, a atribuição da ordenação da formação da área da saúde passou a ser do Sistema Único de Saúde, como descrito no inciso III do artigo 200 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). A intenção é mudar a lógica de compra de ações e propostas educativas na área da saúde.

Apesar da valorização desse debate e do aumento da formação de pessoal técnico nesse período, apenas em 1996 foi criado um primeiro esboço dos princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho e da Educação no SUS que apresenta o termo “Educação Permanente em Saúde”. A publicação destas diretrizes ocorreu em 2003 por meio da Resolução 330/03, prelúdio da publicação da Portaria 198/04 que instituiu a Política nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2004b; LÜDKE, 2009).

Nesse mesmo ano foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que valorizou a discussão sobre a educação profissional no SUS e se responsabilizou pela condução da elaboração da PNEPS.

A partir da Resolução CNS 335/2003 e da Portaria MS/GM 198/2004, a EPS torna-se a estratégia do Ministério da Saúde para redirecionamento da reforma sanitária, fortalecimento do SUS e desenvolvimento de seus trabalhadores.

Por meio do documento “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2004a), o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), sob influência dos autores da área, define EPS

como “a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004a, p. 10).

Propõe-se deslocar o foco do ensino das especificidades de cada profissional para a “dimensão cuidadora”, reforçando a articulação e o vínculo entre os profissionais, usuários e instituições de ensino, promovendo espaços de diálogo e negociação, com base nas necessidades reais de saúde da população (FIOCRUZ, 2006).

Também é destacada a potencialidade da EPS como ferramenta de gestão, que objetiva mudanças institucionais, ampliando espaços de gestão compartilhada e participativa para revisão de normas, regras e projetos institucionais. “Ao se constituir em espaços de pactuação coletiva, seja sobre novos saberes e práticas, seja acerca das normas e formas de organização produtiva, a Educação Permanente pode ser definida como espaço de gestão” (SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011, p. 20).

Nesta perspectiva, a Portaria MS/GM 198/2004 estabelece os Polos de Educação Permanente em Saúde como dispositivo de gestão da EPS, com intenção de promover rodas de debate sobre formação e qualificação profissional para construção do SUS a partir do princípio da integralidade da atenção à saúde (dimensão cuidadora) (BRASIL, 2004b).

Esse dispositivo é baseado principalmente nas proposições de Gastão Wagner de Souza Campos (método Paidéia), de Emerson Elias Merhy (micropolítica do trabalho vivo em ato) e na ideia do “Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde”, proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004), cujos componentes são: ensino, gestão, atenção e controle social (FIOCRUZ, 2006).

Os Polos de Educação Permanente em Saúde se tornam os espaços de articulação entre os componentes do quadrilátero, onde devem ser discutidas as necessidades de saúde da população local e negociadas ações de formação e qualificação dos profissionais para atender a estas necessidades (BRASIL, 2004b).

Em 2006 é publicada a Portaria/GM nº 399/06 (BRASIL, 2006a, 2006b), que apresenta um conjunto de propostas, objetivos e metas pactuadas pelas três esferas de governo (Federação, Estados e Municípios) para a consolidação de um SUS mais eficiente, o Pacto pela Saúde, composto por três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

Dentre as diretrizes estabelecidas no eixo “Educação na Saúde”, do Pacto de Gestão, destacam-se o estabelecimento da necessidade de

avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente e a consideração da EPS como parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS (BRASIL, 2006a).

Tendo em vista estas diretrizes do Pacto pela Saúde, foi publicada em 2007 a Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (BRASIL, 2009), que define novas diretrizes e estratégias de implementação da EPS de acordo com o Pacto pela Saúde. Desta forma, a nova Política de Educação Permanente substitui o dispositivo dos Polos de Educação Permanente em Saúde pelo dispositivo dos Colegiados de Gestão Regional (responsável por elaborar um Plano de Ação Regional de EPS em consonância com os Planos Estaduais e Municipais de Educação na Saúde), que conta com o apoio técnico das Comissões Regionais Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (formadas por gestores, trabalhadores do SUS, Instituições de ensino e movimentos sociais) na elaboração e execução dos planos de EPS.

As CIES têm um papel fundamental na condução da Política de Educação Permanente e na promoção do encontro desses atores que são essenciais para a identificação das demandas locais de qualificação, para a elaboração de ações que de fato reflitam os princípios da EPS e para a transformação da realidade de trabalho focada no fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS.

A nova política definiu ainda as responsabilidades de cada esfera de governo no Pacto de Gestão para a área da Educação na Saúde, o que reforça o caráter local e regional das ações de educação em saúde, incentivando as esferas de gestão a atuarem intencionalmente na ordenação da formação na área da saúde.

Santos, Tenório e Kich (2011) destacam que a Educação Permanente como política de saúde é fundamental no processo de implantação do SUS e deve atuar em diversas frentes, como na formação de profissionais da saúde (nas universidades), na qualificação dos profissionais que já atuam nos serviços do SUS (aprendizagem no trabalho), na capacitação de gestores para incentivar novos modos de gestão e no controle social para acompanhamento das políticas públicas.

Desta forma, as responsabilidades estão relacionadas à formação de nível técnico, formação de nível superior e educação no serviço (que formam o conjunto de ações de Educação na Saúde), todas pautadas na concepção de EPS que abordamos teoricamente acima (problematizadora, voltada para as necessidades locais, que promove aprendizagem significativa).

### **3.1.5 Ações e Programas Nacionais de Educação na Saúde**

A responsabilidade por fomentar o fortalecimento da formação e da qualificação em saúde no SUS, apoiando estados e municípios na implementação da PNEPS, é do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES).

Com essa finalidade, o DEGES desenvolve ações e programas de EPS em três principais eixos.

No eixo de **Desenvolvimento da Formação Técnica em Saúde**, os programas desenvolvidos são apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 - Programas desenvolvidos pelo DEGES no eixo de desenvolvimento da formação técnica em saúde.

| PROGRAMA  | OBJETIVOS  | LEGISLAÇÃO  |
|---|--|---|
| Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). | Atender às lutas pelo direito à assistência de enfermagem e promover a melhoria da qualidade da atenção à saúde, por meio da redução do déficit de pessoal dos auxiliares em enfermagem qualificado e do apoio e fortalecimento às instâncias de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde - SUS.   | Portaria nº 1262, de 15 de outubro de 1999.   |
| Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS).     | <p>Ampliar e qualificar a Força de Trabalho em Saúde, caracterizando-a como um investimento essencial para a perspectiva da evolução do SUS e contribuir para a melhoria da Atenção Básica e Especializada, capacitando pessoas nas seguintes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnico em Radiologia;</li> <li>• Técnico em Biodiagnóstico com habilitação em: (i) Patologia Clínica, (ii) Citotécnico e (iii) Hemoterapia;</li> <li>• Técnico em Manutenção de Equipamentos;</li> <li>• Técnico em Higiene Dental – THD/Auxiliar de Consultório Dentário;</li> <li>• Técnico em Prótese Dentária;</li> <li>• Agente Comunitário de Saúde – Formação Inicial Técnico em Vigilância Ambiental, Epidemiológica e Sanitária;</li> <li>• Técnico de Enfermagem: Especialização Técnica de Cuidadores para pessoas idosas;</li> <li>• Especialização Técnica para Assistência de Enfermagem em Diálise.</li> </ul> | Portaria nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009.   |
| Fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS.                                     | Fortalecer toda a rede pública de formação técnica em saúde, com a criação de novas escolas e o apoio ao desenvolvimento institucional das existentes, incluindo tanto questões relativas à infraestrutura educacional, como o estímulo e apoio à geração de atividades de extensão e de produção de conhecimentos, com a implementação de pesquisas acadêmicas.   | A Portaria nº 1.298, de 28 de novembro de 2000, atualizada pela Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009. |



|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p><u>Objetivos RET-SUS:</u> Compartilhar informação e conhecimento; Buscar soluções para problemas de interesse comum; Difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de recursos humanos nível médio em saúde; e Promover a articulação das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio em saúde no país, para ampliar sua capacidade de atuação em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS.</p> |  |
|--|---|--|

Fonte: Elaborado pelos autores.

Para desenvolvimento do eixo de **Formação de Nível Superior em Saúde**, o DEGES adota estratégias, como promover mudanças nos cursos de graduação a partir das necessidades do SUS, a formação de docentes e preceptores para fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade. Os principais programas desse eixo são apresentados no Quadro 5.

Quadro 5 - Programas desenvolvidos pelo DEGES no eixo de formação de nível superior em saúde.

| PROGRAMA   | OBJETIVOS  | LEGISLAÇÃO   |
|--|--|--|
| Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES).                   | Estimular uma discussão coletiva sobre os arranjos das experiências do cotidiano e a aprendizagem no serviço, possibilitando às partes assumirem responsabilidades mútuas de forma articulada ao processo de ensino-aprendizagem, e firmando apoio aos compromissos pactuados entre instituições de ensino e de gestão da saúde nas atividades de formação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).    | Portaria Interministerial nº 1.127 de 04 de agosto de 2015.  |
| Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde.                     | Tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE, em implementação no país desde 2005.<br>O PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade. | Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010.  |
| Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). | Integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população.  | Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005.<br>Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 27 de novembro de 2007. |
| Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde - VER-SUS/Brasil.    | Permitir aos participantes a formação em um novo ambiente de aprendizagem, inserido no cotidiano de trabalho das organizações e serviços de saúde. Esse espaço é entendido como princípio educativo e lugar onde acontecem encontros de setores no campo da saúde, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ética e politicamente com as necessidades de saúde da população.             | <a href="http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/versus">http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/versus</a>                            |

|  |  |  |
|--|--|--|
| Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs.  | Orientar a elaboração dos currículos dos cursos de graduação, devendo ser adotadas e implantadas por todas as Instituições de Ensino Superior (IES). Elas buscam auxiliar às IES na elaboração e implantação de seus projetos político-pedagógicos e foram instituídas por meio de resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE)/Câmara de Educação Superior (CES).  |  |
| Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica – PROVAB.  | Valorizar e estimular os profissionais de nível superior a comporem as equipes multiprofissionais da Atenção Básica, em especial da Estratégia de Saúde da Família, nos municípios com maior percentual de pobreza, em áreas remotas e de difícil acesso e áreas com populações em maior vulnerabilidade. O PROVAB busca ainda ampliar a integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho.          | Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011<br><a href="http://provab.saude.gov.br/">http://provab.saude.gov.br/</a> |
| Residências em Saúde:<br>- Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde;<br>- Residência Médica. | É caracterizada pela articulação entre ensino-serviço-comunidade para favorecer a inserção qualificada de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, é definida em comum acordo com gestores, trabalhadores e usuários das regiões prioritárias do país para a atuação estratégica dos profissionais de saúde a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas. | Lei nº 11.129 de 2005.   |

Fonte: Elaborado pelos autores.

Dentro do eixo de **Qualificação Profissional**, o DEGES apresenta programas de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS atuantes tanto na assistência quanto na gestão do SUS. Os principais programas e ações desse eixo são apresentados no Quadro 6.

Quadro 6 - Programas desenvolvidos pelo DEGES no eixo de Qualificação Profissional em Saúde.

| <b>PROGRAMA</b>  | <b>OBJETIVOS</b>   | <b>LEGISLAÇÃO</b>   |
|--|--|---|
| InovaSUS.  | Reconhecer, incentivar e premiar projetos e experiências inovadoras na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do SUS.   | Editais são lançados a cada edição.   |
| Comunidade de Práticas.  | Fomentar e ativar a produção e a construção de conhecimento por meio da troca de experiências entre trabalhadores e gestores das três esferas do Governo do serviço de Atenção Básica à Saúde, via uma plataforma virtual.   | <a href="https://novo.atencaobasica.org.br/">https://novo.atencaobasica.org.br/</a>   |
| Portal Saúde Baseado em Evidências.                                  | Disponibiliza aos profissionais de saúde acesso rápido e fácil a conteúdos e evidências cientificamente revisadas. É uma ação do Ministério da Saúde, em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (Capes/MEC).   | <a href="http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos">http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos</a> |
| Universidade Aberta do SUS.  | Propor ações para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS;<br>Ofertar cursos e programas de especialização, aperfeiçoamento e outras formas de qualificação dirigida aos profissionais do SUS, por meio das instituições que integram a Rede UNA-SUS; Fomentar e apoiar a disseminação de meios e tecnologias de informação e comunicação que possibilitem ampliar a escala e o alcance das atividades educativas; Contribuir para a redução das desigualdades entre as diferentes regiões do País por meio da oferta de cursos de capacitação e educação permanente; Contribuir com a integração ensino-serviço na área da atenção à saúde. | Decreto 7.385 de 8 de dezembro de 2010.   |
| Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVASUS). | Plataforma de conhecimento livre e aberto em saúde, desenvolvida para profissionais e estudantes da área, e com ofertas educacionais disponíveis a qualquer pessoa que busque conhecimento em saúde. O AVASUS é um ambiente de educação a distância que pretende qualificar a atenção, formação, gestão e o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).   | <a href="https://avasus.ufrn.br/">https://avasus.ufrn.br/</a>   |

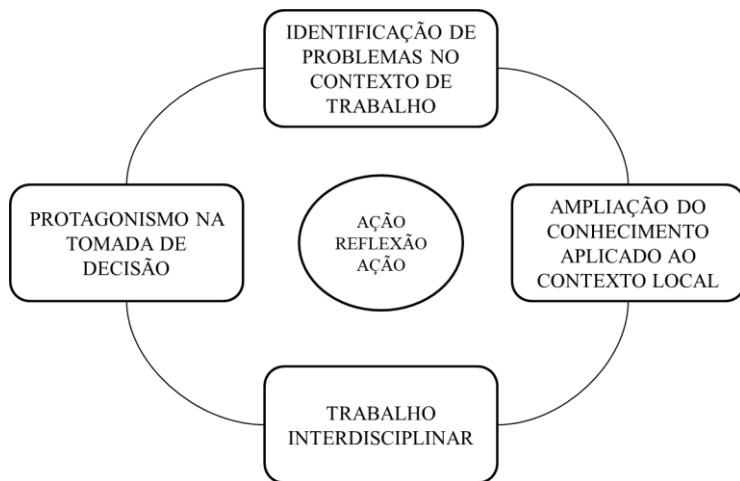
|                             |  |  |
|-----------------------------|--|--|
| Telessaúde<br>Redes. Brasil | Integrar o ensino e serviço por meio de ferramentas e tecnologias da informação e comunicação, com o objetivo de fortalecer e melhorar a qualidade do atendimento da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). | Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011.<br>Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. |
|-----------------------------|--|--|

Fonte: Elaborado pelos autores.

A discussão conceitual da EPS e sua inserção como política no SUS evidenciam o desafio de estabelecer esses processos na prática. É uma discussão complexa, que envolve muitos fatores e a disposição de diferentes atores na consolidação da EPS em diversos contextos, respondendo às demandas locais.

Algumas características identificadas nos conceitos de EPS apresentados permitem sugerir a síntese apresentada na Figura 2.

Figura 2 - Componentes da Educação Permanente em Saúde.



Fonte: Elaboração própria.

A identificação de problemas na realidade de trabalho é um pressuposto básico da EPS. A partir dela busca-se: diagnosticar e analisar a realidade de trabalho; identificar, priorizar e analisar problemas das práticas de saúde, sempre com a intenção de qualificá-la.

A aprendizagem significativa acontece quando a demanda de aprendizagem é fruto do interesse e necessidade do trabalho, resultado do processo crítico de problematização. Ela amplia o conhecimento de maneira aplicada ao contexto local e atualiza conhecimentos necessários para a qualificação da prática.

O trabalho interdisciplinar, a coletividade, também tem um peso muito forte nas ações de Educação Permanente. Apesar de a Educação Permanente ter um impacto no individual e na postura da pessoa em fazer do seu processo de trabalho também um processo de



aprendizagem, ela só tem sentido quando ganha corpo no coletivo, na discussão conjunta da realidade, no exercício da democracia participativa, na escuta cuidadosa do outro e na produção de consensos entre os profissionais e também com a população. Esse componente deve: facilitar a comunicação em equipe; promover interação multiprofissional; qualificar trabalho em rede; qualificar comunicação com a população.

Nesse aspecto, esse componente tão importante da EPS contribui também com a implementação e a prática do princípio da Política Nacional de Humanização (PNH) da transversalidade, quando promove a corresponsabilização e diálogo entre as diferentes especialidades e categorias profissionais da saúde; quando promove a comunicação entre profissionais de uma equipe, entre profissionais de diversos pontos da rede de atenção, entre profissionais e população; e quando ajuda a superar as relações de poder hierarquizadas e a comunicação vertical. Tanto a EPS quanto a PNH buscam a produção de planos comuns de trabalho e enfrentamento dos problemas em equipe por meio da transversalização de saberes e ações em saúde (PEDROSO; VIEIRA, 2009; BRASIL, 2013).

O protagonismo das equipes na tomada de decisão se torna a realização e o cumprimento do objetivo maior da Educação Permanente, que é a transformação das práticas com vista à qualificação das mesmas e da consolidação do SUS enquanto modelo integral de atenção à saúde.

Nesse componente, a intenção é planejar o trabalho e ações a partir dos processos de problematização e aprendizagem significativa; colocar estas ações em prática, monitorar e avaliar as ações planejadas; e tomar decisões para mudança das situações problema. Todo esse processo deve ser mediado pela permanente ação-reflexão-ação.

Concluimos com as reflexões propostas neste capítulo que a EPS é a constante reflexão e análise da realidade de trabalho no SUS pelas equipes de saúde, que, por meio da comunicação interdisciplinar e com a população, identificam aspectos de suas práticas a serem qualificados e, a partir disso, em um processo proativo, buscam ampliar e trocar conhecimentos que tenham sentido para sua realidade local, sendo protagonistas no planejamento e na tomada de decisão para transformação das práticas na direção dos princípios do SUS.

A partir dessas considerações, as ações ou programas de educação na saúde podem ser analisados à luz desses quatro componentes, como ilustrados na Figura 2, para uma reflexão mais crítica, tanto para o planejamento quanto para a avaliação da execução dessas iniciativas, no sentido de avançar para a consolidação da EPS,

que tem como imagem-objetivo o fortalecimento do SUS para garantia de seus princípios e diretrizes.

### 3.2 TELESSAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

As tecnologias de informação e comunicação (TIC) têm revolucionado a maneira como as pessoas se comunicam e interagem. Na área da saúde, o uso das TIC está relacionado à expectativa de melhoria no acesso, qualidade e redução de custos para os sistemas de saúde (WHO, 2010).

Com a liberação da internet para fins comerciais na década de 90, novas tecnologias digitais foram rapidamente criadas e integradas às práticas de saúde, substituindo suas formas analógicas. Nesse contexto, aplicativos de web passaram a ser utilizados, como e-mail, teleconsultas e teleconferências pela internet, transmissão digital de imagem e vídeo (WHO, 2010).

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) conclui que em países desenvolvidos o uso de TIC em saúde está focado especialmente no diagnóstico, manejo clínico e monitoramento remoto de pacientes. Já nos países em desenvolvimento, os serviços estão focados em conectar profissionais de saúde com especialistas, hospitais de referência e serviços de alta complexidade para consultoria (WHO, 2010).

Para além do apoio às práticas assistenciais, pesquisas em diversos países apresentam exemplos de aplicação das TIC também para apoio à qualificação dos profissionais de saúde por meio de ações educativas a distância (SILVA, 2014; SANTOS et al., 2006; BAGAYOKO et al., 2013; RUBIÓ, 2011; ENGLE et al., 2013; VARGAS et al., 2016).

A incorporação das TIC na assistência à saúde no Brasil foi alicerçada na evolução tecnológica nas áreas de eletrônica, telecomunicação e computação, e na aplicação de conceitos da telemedicina nas diversas áreas de saúde (WEN, 2008).

Há registros na literatura de que o UniCor e o Hospital do Coração já aplicavam monitoração de eletrocardiograma dos quartos para Unidades Coronarianas na década de 80, porém os primeiros relatos de telemedicina e telessaúde de forma mais estruturada no país são do início da década de 90, nas áreas pública e privada e sem relação entre si. Nos anos 90 realizavam-se ações de telecardiologia,

videoconferências e os primeiros sites oficiais sobre saúde, de forma mais centralizada nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro (EL-KHOURI, 2003).

O uso das TIC na saúde é traduzido e descrito por meio de diversos termos e definições como *Telemedicina*, *Telessaúde*, e *e-Saúde*. Os conceitos e estratégias de desenvolvimento de atividades relacionadas a esses termos variam de país para país e de suas políticas de aplicação.

O Ministério da Saúde (MS) incorporou o termo *Telessaúde* para indicar o uso de TIC no Sistema Único de Saúde (SUS) e criou o Programa Nacional Telessaúde Brasil, em 2007, com financiamento inicial de nove Núcleos Piloto de Telessaúde nos estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, coordenados em parceria entre as Universidades Federais e as Secretarias Estaduais de Saúde. Posteriormente o Programa foi denominado Telessaúde Brasil Redes (BRASIL, 2011).

Os serviços ofertados pelos Núcleos de Telessaúde estão inseridos no contexto de implementação do SUS, e seus dois principais objetivos são dar apoio assistencial e apoio às ações de educação permanente em saúde (BRASIL, 2012a). Trata-se de uma das estratégias do MS, por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS), para transformação de práticas e alcance das competências necessárias às equipes para adoção do modelo de atenção que tem a Atenção Básica à Saúde (ABS) como coordenadora do cuidado.

O objetivo deste capítulo é apresentar a experiência do Núcleo Telessaúde de Santa Catarina no apoio à educação permanente em saúde dos profissionais que atuam na ABS, assim como discutir o papel do Telessaúde Brasil Redes como estratégia de Educação Permanente em Saúde a distância.

### **3.2.1 Serviços de Telessaúde: estratégia para Educação Permanente a Distância no SUS**

A Educação a Distância (EaD) é uma modalidade de educação prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB nº 9.394/96). No artigo 80 da LDB é dada ao Poder Público a responsabilidade de incentivar o “desenvolvimento e a veiculação de programas de ensino a distância, em todos os níveis e modalidades de ensino, e de educação continuada” (BRASIL, 1996). A regulamentação

do artigo 80 é feita por meio do Decreto nº 5.622, de 19 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005).

Valente (2012) justifica a importância do investimento em Educação a Distância no Brasil, considerando suas dimensões geográficas e o tamanho da população a ser qualificada para atuação na sociedade. Dessa forma, a EaD é uma alternativa importante.

No contexto do SUS, onde se identifica uma demanda por profissionais qualificados com baixos custos e em curto prazo, essa modalidade tem ganhado força e espaço na promoção da Educação Permanente em Saúde (OLIVEIRA, 2007; FERRAZ, 2013).

A EaD facilita o ensino da educação permanente, devido a facilidade de acesso, menor custo e menor tempo com deslocamento, possibilitando de forma rápida e acessível a um grande número de pessoas os recursos educativos oferecidos (CARNEIRO; BRANT, 2013, p. 500).

Porém, é importante estar alerta para que os processos de EPS a distância não sejam apenas uma máscara inovadora para processos educativos tradicionais, que não prezam pela dialogicidade, mas que antes, tratam os alunos como depósitos de informação (COSTA, 2009; RANGEL-S; GUIMARÃES; PAIM, 2016; VARGAS et al, 2016).

Costa et al. (2012, p. 49) destacam a relevância da EaD e seu papel na consolidação da reforma sanitária “mediante a formação e a educação permanente da força de trabalho em saúde, que deve estar preparada para enfrentar mudanças e acompanhar o acelerado avanço científico e tecnológico da sociedade contemporânea”.

A Educação Permanente a Distância é considerada como uma importante ferramenta para apoio aos profissionais de saúde na tomada de consciência dos avanços do conhecimento na saúde, o que conseqüentemente torna seu trabalho mais efetivo e qualificado. Nesse sentido, otimiza e facilita a aprendizagem em serviço por meio de TIC, evitando deslocamentos para grandes centros (OLIVEIRA, 2007).

Os autores dessa área demonstram a importância do papel da EaD no SUS, pois a aplicação dessa modalidade exige do profissional uma postura proativa, de busca pelo diálogo, pela troca de experiências e autonomia, preconizadas por processos legítimos de Educação Permanente (COSTA, 2009; RANGEL-S; GUIMARÃES; PAIM, 2016).

Carneiro e Brant (2013) identificam vantagens e pontos frágeis da EPS mediada por TIC no âmbito da gestão de serviços. Como

vantagens, destacam o aperfeiçoamento de mecanismos participativos (trocas entre profissionais de diversas áreas), a segurança para tomada de decisões e a diminuição do isolamento profissional em áreas distantes.

Como pontos frágeis destacam-se dificuldades com a conectividade no Brasil, dificuldade de aceitação das TIC pelos profissionais de saúde, questões éticas e de segurança na transmissão de informações. Destacam ainda o desconhecimento e a falta de apoio dos gestores e coordenadores da saúde para a EPS, além do uso das TIC como uma forte barreira para o fomento e incentivo do uso dos serviços de Telessaúde como dispositivo de EPS (CARNEIRO; BRANT, 2013).

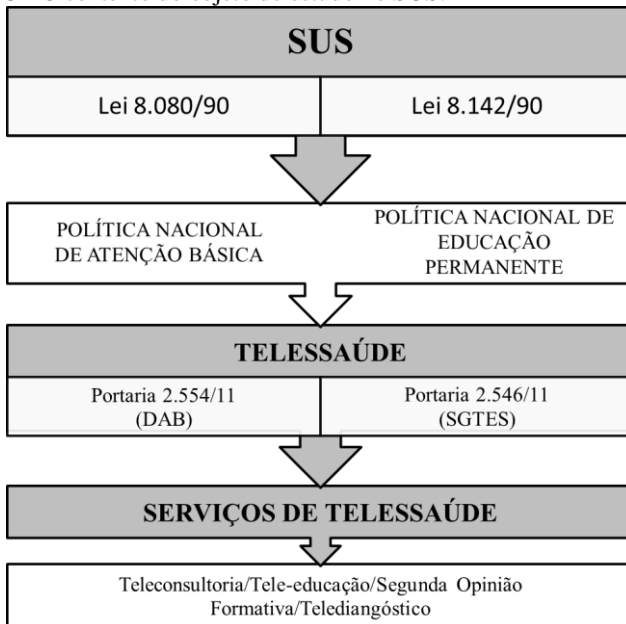
Neste contexto, os serviços de telessaúde se apresentam como uma possibilidade segura de conexão entre os serviços de saúde e as universidades, no sentido de apoiar os profissionais em seu próprio local de trabalho, sendo uma potente ferramenta de EPS (PINTO, 2016; CARNEIRO; BRANT, 2013; LUCENA; DINIZ JUNIOR; DINIZ, 2015).

O Manual de Telessaúde para a Atenção Básica/Atenção Primária a Saúde (BRASIL, 2012a) resume os objetivos do Programa Nacional para os Núcleos de Telessaúde quando afirma que:

O Programa Telessaúde Brasil Redes objetiva não apenas **fomentar as atividades de EPS**, aproximando-as das equipes de APS localizadas em qualquer ponto do país, mas **ofertar estratégias de apoio assistencial** que fortaleçam a integração entre os serviços de saúde ampliando a resolutividade dos mesmos (p. 22, grifo meu).

A Figura 3 apresenta o contexto de inserção do Programa Telessaúde Brasil Redes no SUS e é nesse sentido que os Núcleos de Telessaúde devem atuar, pensando na oferta dos serviços como estratégia de qualificação das práticas de saúde inseridas no contexto da ABS, para problematização do processo de trabalho neste nível de atenção por meio do uso de tecnologias de Educação Permanente e apoio clínico assistencial a distância.

Figura 3 - O contexto do objeto de estudo no SUS.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Os serviços de Telessaúde estão descritos no Art. 2º da Portaria Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, e cada Núcleo de Telessaúde tem liberdade de planejar e organizar a oferta dos serviços preconizados, utilizando a plataforma desenvolvida pelo Ministério da Saúde ou desenvolvendo plataformas próprias, desde que integradas ao sistema de monitoramento dos indicadores estabelecidos pelo MS, respeitando as demandas e necessidades locais (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015a). Os serviços são:

I - Teleconsultoria: consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser de dois tipos:

a) Síncrona - teleconsultoria realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência;

b) Assíncrona - teleconsultoria realizada por meio de mensagens off-line;

II - Telediagnóstico: serviço autônomo que utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distância e temporal;

III - Segunda Opinião Formativa (SOF): resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS; e

IV - Tele-educação: webpalestras, aulas e cursos ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação.

Pinto, Souza e Ferla (2014), ao analisarem questões relativas à Educação Permanente no cotidiano das equipes de Atenção Básica a partir de dados coletados na etapa de avaliação externa do primeiro ciclo PMAQ-AB, que aconteceu em 2012, identificam os serviços de telessaúde como a atividade de EPS mais citada pelas equipes de ABS.

As respostas positivas para o uso do Telessaúde como modalidade de Educação Permanente foram também detalhadas em tipo de serviço de Telessaúde utilizado com maior frequência, sendo a Teleconsultoria o serviço mais utilizado, seguida da Segunda Opinião Formativa, do Telediagnóstico e dos demais serviços (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014).

Destaca-se a potencialidade dos serviços de telessaúde para o aumento da resolubilidade na ABS, para a aprendizagem e promoção do diálogo entre ABS e Atenção Especializada (AE), para o desenvolvimento de atividades de matriciamento, para ampliação da capacidade de diálogo entre profissionais e entre serviços de saúde dentro do contexto das demandas locais, para fixar os profissionais de saúde nos locais de difícil acesso, para agilizar o atendimento aos usuários, para reduzir custos e para integrar ensino e serviço (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014; MAGALHÃES JÚNIOR; PINTO, 2014).

### 3.2.2 Avaliação dos serviços oferecidos

Apesar de a legislação padronizar e orientar a oferta dos serviços de telessaúde há uma diversidade na experiência e oferta destes serviços pelos diferentes Núcleos de Telessaúde, o que reflete as diferentes demandas de cada contexto e os diferentes cenários políticos de possibilidades de desenvolvimento e implantação. Por exemplo, os núcleos de Minas Gerais e Goiás têm maior experiência em Telediagnóstico, os núcleos do Rio Grande do Sul e Santa Catarina avançaram na integração do Telessaúde com as centrais de regulação e os núcleos do Rio de Janeiro e do Maranhão têm iniciativas diferenciadas para ações de tele-educação (VALENTIM et al., 2015). O Telessaúde SC destaca-se pela oferta e desenvolvidos de todos os serviços previstos. Os serviços ofertados pelos Núcleos de Telessaúde são avaliados de acordo com os indicadores previstos na Nota Técnica nº 50/2015 (BRASIL, 2015) e monitorados pelo Ministério da Saúde.

É importante que, após a participação em cada serviço, o profissional tenha a oportunidade de dar sua opinião sobre a qualidade e pertinência das respostas de teleconsultoria, dos conteúdos e materiais dos cursos, dos palestrantes e temas das webpalestras. A partir dessas opiniões, as equipes de telessaúde têm subsídios para repensar a oferta, redirecionar as abordagens e metodologias utilizadas e ainda qualificar os profissionais selecionados para melhor atender às expectativas e necessidades das equipes de ABS.

Os núcleos devem também selecionar as teleconsultorias com os temas mais frequentes para serem discutidas, revisadas, anonimizadas e configuradas em formato padronizado para envio à Bireme, que faz uma nova revisão antes da publicação na página da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para além deste monitoramento mensal orientado pelo MS, o Núcleo Telessaúde SC teve a iniciativa de desenvolver em 2016 um estudo exploratório do uso dos serviços que oferta e levantou a opinião de 65 profissionais de saúde de equipes selecionadas sobre a qualidade dos serviços ofertados, dentre outros aspectos (NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2017b).

Sobre as modalidades do serviço de tele-educação, dentre os profissionais que afirmaram participar das webpalestras, 51% considerou os palestrantes sempre qualificados, 46% quase sempre qualificados e 3% às vezes qualificados. Dos profissionais que afirmaram participar dos cursos a distância, 90% consideraram os materiais didáticos de qualidade e 10% quase sempre de qualidade. E



ainda 80% considerou a metodologia utilizada (autoinstrucional) como adequada (NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2017b).

As respostas das teleconsultorias foram consideradas sempre qualificadas por 59% dos respondentes que afirmaram utilizar o serviço, e 41% considerou as respostas quase sempre qualificadas. Já entre os que afirmaram utilizar as SOF, 60% consideram as respostas das SOF sempre esclarecedoras e úteis, e 40% considera que quase sempre são esclarecedoras e úteis.

No serviço de Telediagnóstico, 56% dos respondentes que utilizam o serviço de telecardiologia afirmam que os laudos são sempre claros e úteis para a tomada de decisão clínica. Na modalidade de tele dermatologia, 54% afirma que os laudos são sempre claros e úteis para a tomada de decisão clínica.

### **3.2.3 Financiamento e sustentabilidade dos Núcleos de Telessaúde**

Os Núcleos de Telessaúde existentes são financiados pelo Ministério da Saúde, por meio de editais lançados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação Na Saúde (SGTES) e também pela Secretaria de Assistência à Saúde por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB) (BRASIL, 2011).

O MS financia a fase inicial para implantação dos núcleos e o financiamento da fase de expansão depende dos resultados de cada núcleo. Incentiva-se o financiamento bipartite e tripartite dos núcleos, com o objetivo de tornar o programa Telessaúde uma política (BRASIL, 2011; 2012a; 2015b).

Em períodos específicos, são lançados editais aos quais os núcleos devem submeter projetos descrevendo as atividades realizadas e o planejamento para o novo período estipulado pelo edital, geralmente para até dois anos de trabalho (BRASIL, 2011; 2012a; 2015b).

Os resultados da atuação dos Núcleos de Telessaúde têm demonstrado redução em filas de espera para especialidades, aumento da resolubilidade na ABS, redução de custos com transporte de pacientes, dentre outros custos-benefícios (BRASIL, 2012a; MAEYAMA; CALVO, 2018), porém, a sustentabilidade e manutenção destes núcleos ainda é um grande desafio, considerando que os investimentos estaduais são escassos e que o financiamento federal não é contínuo, dependendo de editais de convênio.

Em Santa Catarina, existe uma parceria com a gestão estadual manutenção do serviço de Telediagnóstico, por meio da Rede Catarinense de Telemedicina (RCTM).

### **3.2.4 O Núcleo Telessaúde de Santa Catarina**

O início da história de Santa Catarina com ações de telemedicina e telessaúde foi em 1997, quando foi criado o Grupo Cyclops na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que trabalha desde então com a produção de tecnologias de software para uso de TIC em saúde (VON WANGEHEIM; CAVALCANTE; WAGNER, 2013).

A partir das demandas do grupo e da parceria firmada com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em 2005 foi criada a Rede Catarinense de Telemedicina (RCTM), conectando inicialmente cinco municípios do extremo oeste catarinense a Florianópolis para a realização de telediagnóstico via web em larga escala e usando tecnologia inteiramente nacional. Desde o início, os serviços ofertados foram pensados para a ampliação do acesso aos serviços de saúde pelas pessoas, com menor custo e tempo de espera, a laudos de exames e diagnósticos (VON WANGEHEIM; CAVALCANTE; WAGNER, 2013).

Pelo fato de já ter experiência em Telemedicina desde 2005 e uma cobertura de rede que chegava a pelo menos 60 municípios, o estado de Santa Catarina foi um dos nove estados escolhidos para constituir um Núcleo de Telessaúde, por meio da Portaria nº 35, de 04 de janeiro de 2007 (VON WANGEHEIM; CAVALCANTE; WAGNER, 2013).

As atividades do Projeto Nacional de Telessaúde aplicado à ABS começaram a ser desenvolvidas efetivamente em 2008, contando com a participação e articulação entre o Hospital Universitário, o Curso de Pós-graduação em Saúde Pública da UFSC, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), a Secretaria de Estado da Saúde e a Escola de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina (VON WANGEHEIM; CAVALCANTE; WAGNER, 2013).

No princípio, foram distribuídos 100 computadores em Unidades Básicas de Saúde do interior do Estado que permitiram a estruturação de uma rede de serviços de educação permanente, a princípio com oferta de webpalestras e teleconsultorias.

Em 2010, Telemedicina e Telessaúde foram integrados, formando o Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde (STT). Um único sistema passou a oferecer laudos a distância de diversas modalidades, acesso dos pacientes aos seus exames, Webpalestras, Teleconsultorias Síncronas e Assíncronas e também Cursos a Distância foram iniciados neste ano.

Em 2013 o Núcleo Telessaúde SC iniciou um árduo processo de negociação com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e com alguns municípios, como Joinville e Jaraguá do Sul, para potencializar especialmente o uso do serviço de Teleconsultoria como ferramenta de articulação entre a ABS e a atenção especializada. O serviço foi inserido de maneira compulsória no fluxo de regulação para especialidades em 2015 e vem dando bons resultados no aumento da resolubilidade na ABS (MAEYAMA; CALVO; 2018).

Também em 2015 foram publicadas pela Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho (SGTES) e pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) as diretrizes para a oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, que dentre outras orientações ampliou os tipos de atividades educacionais para o serviço de tele-educação, considerando também, além de cursos a distância e webpalestras, a oferta de webseminários, fóruns de discussão, reuniões de matriciamento (BRASIL, 2015a).

O Telessaúde SC estabeleceu como missão o fortalecimento da Atenção Básica (ABS) e a promoção do protagonismo de suas equipes no Estado. Toda a sua história está alicerçada na articulação e trabalho interinstitucional envolvendo ensino (UFSC) e serviço (SES/SC), sempre orientados pelos fundamentos da EPS em busca da transformação da realidade e fortalecimento da ABS e do SUS (NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2017a).

Os serviços de Teleconsultoria e Telediagnóstico partem de uma demanda direta e local dos profissionais cadastrados no Núcleo. A partir de uma dúvida registrada ou da solicitação de um exame (lógica ascendente), os teleconsultores têm a possibilidade de problematizar com o profissional requerente as questões específicas de seu processo de trabalho ou de sua prática clínica, apoiando a busca pela melhor evidência científica e apoiando a tomada de decisão para transformação e qualificação do cuidado em saúde, estimulando o trabalho em equipe e a escuta qualificada da população atendida (BRASIL, 2015; GOUVEIA et al., 2017).

As respostas de SOF, apesar de ser um banco de dados de uso direto do profissional, sem interação com um teleconsultor do Núcleo de Telessaúde, são também uma importante ferramenta de EPS. A busca do profissional no banco de SOF parte de uma dúvida gerada no trabalho e por uma necessidade de aprendizado. Manter o banco de SOF atualizado, com respostas bem elaboradas e embasadas na melhor evidência científica, é um importante trabalho do Telessaúde SC (FAQUETI et al., 2017).

O serviço de Tele-educação tem um caráter transversal aos demais serviços do Núcleo, dando base para dúvidas mais comuns recebidas pelas teleconsultorias. Este serviço é responsável pela oferta de atividades educativas na modalidade a distância e tem como foco a contínua reflexão e avaliação dos processos e fluxos no cotidiano das equipes (MONTEIRO et al., 2017).

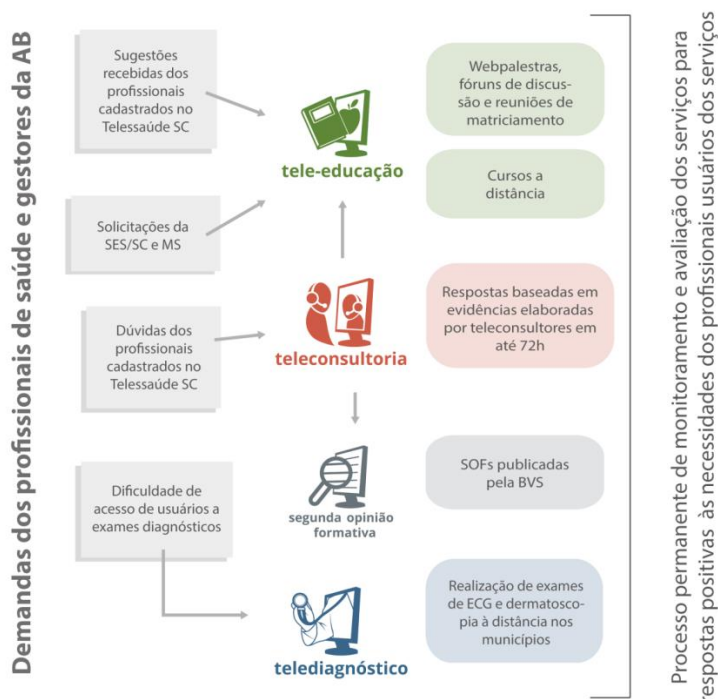
Pinto (2016) pondera que ações educativas também podem ser propostas às equipes como uma demanda que vem “de fora para dentro”, como é nas atividades de tele-educação. É muito importante que essas propostas sejam capazes de sensibilizar os profissionais para a problematização de seu processo de trabalho e que façam parte de uma agenda de mudança para consolidação do SUS.

Ao analisarmos as metodologias de oferta dos serviços de telessaúde, é possível identificar em seus fluxos as etapas da metodologia da problematização (identificação de problemas da realidade de trabalho, teorização e intervenção).

Nesse sentido, a oferta de todos os serviços de telessaúde deve estar alinhada com as necessidades e demandas dos profissionais, produzindo objetos de aprendizagem sobre temas relacionados ao fortalecimento do processo de trabalho e da assistência em saúde, com foco na problematização e na potencialização da capacidade de reflexão dos profissionais.

As demandas dos profissionais de saúde para oferta dos serviços de telessaúde e para composição dos objetos de aprendizagem elaborados são identificadas de três maneiras pelo Telessaúde SC (Figura 4).

Figura 4 - Fluxo de identificação das demandas de qualificação para oferta dos serviços de telessaúde pelo Telessaúde SC.



Fonte: Elaborada pelos autores.

O contato direto com os usuários dos serviços do Telessaúde SC é realizado por meio de enquetes durante a transmissão das webpalestras e também em enquetes na página do Facebook do Telessaúde SC, onde os profissionais podem registrar sugestões de temas para os objetos de aprendizagem. A partir dessa lista de temas sugeridos é identificado o tipo de serviço que pode melhor atender a demanda e a atividade é realizada ao longo do ano (MONTEIRO et al., 2017).

Também são selecionadas temáticas a serem abordadas durante a oferta dos serviços de Telessaúde que são comuns a outras equipes e municípios. A equipe avalia a magnitude do problema e qual a melhor atividade para a situação. No caso de webpalestras, seminários ou fóruns, buscam-se palestrantes que atuam na temática proposta. Para os minicursos, são elaboradas matrizes com os conteúdos e unidades necessárias, identificam-se os conteudistas, com os quais é acordada a metodologia de execução e o cronograma de atividades para

desenvolvimento do minicurso (MONTEIRO et al., 2017). Também podem ser elaboradas respostas de Segunda Opinião Formativa onde os teleconsultores elaboram as respostas adequadas à resolução dos problemas, baseadas em evidências científicas.

Existem também as demandas institucionais. O Telessaúde em Santa Catarina atua em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC). MS e SES/SC demandam apoio para implantação de ações ou de programas estratégicos, como, por exemplo, nos casos de Dengue, Zika, na implantação da estratégia e-SUS AB ou do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Nesse caso, os técnicos da SES/SC ou do MS, ao identificarem necessidade de capacitação das equipes de ABS em uma temática específica, entram em contato com a equipe do Telessaúde SC e em conjunto são pensadas as possibilidades de ações para atender a demanda (NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2017a).

Por meio dessas iniciativas, o Telessaúde SC pretende aproximar a oferta e produção dos serviços do que realmente é necessidade de aprendizagem das equipes de ABS, criando um canal de comunicação permanente entre teleconsultores e profissionais, caracterizando desta forma a educação permanente em saúde (MONTEIRO et al., 2017).

Os serviços de telessaúde têm grande potencial de, a partir do apoio clínico assistencial, auxiliar as equipes na redução de encaminhamentos desnecessários e na qualificação do cuidado prestado à população. Da mesma maneira que, a partir do apoio à educação permanente, pode auxiliar as equipes na transformação e qualificação dos processos de trabalho no sentido de um SUS mais forte e próximo da população (MAEYAMA; CALVO, 2018; GOUVEIA et al., 2017).

O propósito é que os conteúdos trabalhados em todos os serviços de telessaúde no Núcleo SC sejam pensados com base na identificação dos problemas do contexto de trabalho, na ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local, no trabalho interdisciplinar e no protagonismo das equipes na tomada de decisão, dimensões fundamentais de uma ação de educação permanente em saúde.

Os resultados desse investimento podem ser observados no aumento do número de participações em cada serviço ao longo dos anos. O Quadro 7 demonstra essa evolução histórica de cada serviço.

Tabela 1 - Evolução histórica no número de participações em serviços do Telessaúde SC, de 2012 a 2017.

| <b>Serviços de Telessaúde</b> | <b>2012</b> | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> | <b>2017</b> |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>SOF</b>                    | 0           | 7           | 59          | 72          | 71          | 28          |
| <b>Cursos a Distância*</b>    | 206         | 385         | 720         | 1015        | 2062        | 5244        |
| <b>Teleconsultorias</b>       | 333         | 2.881       | 1.574       | 4.479       | 15.122      | 21.554      |
| <b>Webpalestras</b>           | 16.449      | 7.688       | 13.090      | 15.591      | 24.907      | 17.503      |
| <b>Telediagnóstico</b>        | 135.809     | 174.933     | 213.129     | 210.049     | 232.113     | 243.523     |

\* Nos cursos a distância é apresentado o número de concluintes.

Fonte: NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2018.

O serviço com maior taxa de crescimento nos últimos seis anos foi a Teleconsultoria, com mais de 6.000% de crescimento. Os cursos a distância vêm na sequência, com um aumento de mais de 2.000% no número de alunos concluintes. A SOF passou a ser desenvolvida com o formato atual (a partir de teleconsultorias) em 2013, sendo construídas e enviadas para a Bireme em média 47,4 respostas por ano (NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2018).

As webpalestras tiveram uma oscilação no número de participações ao longo dos anos. Isso pode ser explicado pelo número limitado de vagas na sala virtual utilizada para transmissão das webpalestras, que até 2014 era de 100 pontos conectados simultaneamente. A partir de 2015, com o uso de uma sala de 300 pontos conectados simultaneamente, foi possível atender um maior número de participantes. A média de participação desse serviço foi de 17.538 participações por ano, nesses seis anos (NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2018).

Em 2017, o serviço de telediagnóstico emitiu 243.523 laudos de exames a distância e conquistou uma taxa de crescimento de 79,3% neste período (NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2018).

Esses resultados demonstram a grande procura por serviços de telessaúde em SC e que o Núcleo tem potencial para apoiar os profissionais da ABS por meio de seus serviços.

Em 10 anos de atuação, o Núcleo Telessaúde SC vem avançando na implementação e qualificação de seus serviços. O apoio à Educação Permanente por meio dos serviços de telessaúde é um objetivo do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes e cumprir com esse

objetivo é uma preocupação dos profissionais e coordenação do Núcleo SC.

Os serviços de telessaúde são considerados ferramentas importantes no apoio à consolidação de ações de educação permanente em saúde para profissionais da Atenção Básica, no sentido de estimular e fomentar a autonomia destes no uso dos serviços e objetos de aprendizagem da forma que for mais conveniente para atender suas demandas específicas e locais.

Ser apoio à educação permanente dos profissionais da Atenção Básica em Santa Catarina é um desafio complexo para os Núcleos de Telessaúde. Estudos e pesquisas acadêmicas estão sendo desenvolvidas para apoiar a tomada de decisão da coordenação dos Núcleos com o objetivo de aprimorar e qualificar os serviços para essa finalidade.



## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de análise de implantação, do tipo que busca analisar a influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados. Busca-se explicar as variações dos efeitos e identificar as sinergias e antagonismos de diferentes fatores em relação aos efeitos observados, considerando os fatores contextuais que contribuem com a potencialização das intervenções (HARTZ, 1997; CHAMPAGNE et al., 2011).

Este tipo de estudo é recomendado para programas que tenham multiplicidade de estratégias operacionalizadas e executadas em formatos e contextos bastante variados. Sua utilidade se dá quando se pretende explicar os processos de desenvolvimento dinâmico de uma intervenção e em que medida os serviços e ações são adequados para se atingir os resultados esperados (HARTZ, 1997; NEMES, 2001; CHAMPAGNE et al., 2011).

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas: estudo de avaliabilidade e estudo de caso único.

### 4.2 ESTUDO DE AVALIABILIDADE

O Estudo de Avaliabilidade (EA) consiste em uma pré-avaliação, com descrição completa do programa (representado de forma gráfica em modelos teórico e lógico) a luz da teoria, princípios, diretrizes e fluxos organizativos sobre os quais foram criados. A intenção é potencializar as chances de se realizar uma avaliação em que os resultados sejam úteis para o programa e para os profissionais envolvidos (LEVINTON et al., 2010).

Os resultados de uma pré-avaliação podem ser usados para compreender a cultura e contexto do programa; para auxiliar no planejamento de pesquisas avaliativas com indicadores e critérios de avaliação mais assertivos; para reorientar o planejamento de atividades e investimentos e para estabelecer um acordo entre os interessados. (THURSTON, POTVIN, 2003; THURTON; RAMALIU, 2005; WALSER; TREVISAN, 2016).

Para a descrição do programa, adotaram-se as quatro etapas propostas por Trevisan e Walser (2016) para definição da avaliabilidade do objeto, a saber:

a. Definição da finalidade e âmbito da análise:

Na primeira etapa, foram identificados e delineados os objetivos, escopo e limites do estudo. A decisão dos atores envolvidos no programa foi de averiguar a avaliabilidade de um Núcleo de Telessaúde e seus serviços enquanto estratégia de apoio à EPS para as equipes de ABS.

b. Desenvolvimento da teoria inicial do programa:

As atividades e resultados do objeto definido foram então identificados e esclarecidos. A descrição da teoria do programa foi subsidiada por revisão de literatura e de documentos oficiais disponíveis como manuais, protocolos, relatórios, projetos, websites, além de entrevistas com informantes-chave e envolvidos no programa.

A revisão de literatura aprofundou-se em Educação Permanente em Saúde e Telessaúde, para identificar os aspectos da Telessaúde como ferramenta de apoio à Educação Permanente na ABS, à luz da estrutura de serviços preconizada na legislação vigente. As bases eletrônicas utilizadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde - BVS/BIREME (que reúne 14 bases de dados bibliográficos em ciências da saúde como Scielo, Lilacs, Medline/Pubmed, Cochrane, DeCS, LIS e Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da BVS); PubMed da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline); Scopus; Web of Science; Banco de Teses e Dissertações da CAPES. Também foram identificadas outras referências nos documentos selecionados na pesquisa nas bases de dados.

As páginas oficiais consultadas foram: do Departamento de Atenção Básica; da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; do Programa Telessaúde Brasil Redes; da Associação Brasileira de Telemedicina e Telessaúde; da Associação Americana de Telemedicina; documentos sobre EPS do Departamento de Saúde do Reino Unido; Documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Para as entrevistas com informantes-chave, foram selecionados intencionalmente profissionais que atuam ou já atuaram no Programa Telessaúde Brasil Redes que responderam a perguntas e deram suas opiniões sobre as sistematizações dos materiais identificados, tanto de forma individual quanto em grupos a respeito da história, objetivos, estrutura e organização de um Núcleo de Telessaúde.

A partir da análise e da sistematização dos dados encontrados, foram propostos um Modelo Teórico (MT), um Modelo Lógico (ML) e uma Matriz de Análise e Julgamento de um núcleo de telessaúde como estratégia de apoio à EPS de equipes da ABS.

c. Feedback sobre a teoria do programa:

Nesta etapa foram submetidos os modelos teórico e lógico à análise de especialistas da área e envolvidos no programa a fim de responderem se os mesmos contemplam as especificidades do contexto, da implementação, da metodologia e da lógica do programa; e analisando se há congruência entre a teoria e o que é observado na prática do programa, de acordo com o roteiro apresentado no Apêndice A.

Para validar estes produtos, foi utilizada a técnica mista de validação chamada “Conferência de Consenso” (SOUZA, SILVA e HARTZ, 2005). Sete especialistas com experiência em Telessaúde e EPS analisaram os três produtos em duas rodadas individuais à distância. Não houve nenhuma discordância dos especialistas, o que permitiu validar os modelos em duas rodadas a distância. Na primeira rodada os especialistas indicaram concordância plena, concordância parcial ou discordância, apontando sugestões de alteração e correção das propostas. Na segunda rodada os pesquisadores adequaram na íntegra as propostas de acordo com as sugestões e apontamentos dos especialistas e devolveram o documento para validação e consenso final. Foi sugerido apenas alterar o nome da dimensão “Trabalho Multidisciplinar” para “Trabalho Interdisciplinar” e ainda algumas sugestões de reescrita dos textos dos *rationales* e da matriz, no sentido de torná-los mais claros, não havendo mudanças em termos de conteúdo. As etapas foram realizadas a distância por meio do software Survey Monkey®.

d. Uso do estudo.

Por fim, tendo os modelos teórico e lógico validados, o uso do estudo foi definido. Decidiu-se por realizar um processo avaliativo de abordagem qualitativa, a partir de um estudo de caso único com um Núcleo de Telessaúde, aplicando os critérios da matriz de análise, tanto com as equipes usuárias dos serviços de telessaúde como com as equipes participantes neste núcleo de telessaúde, por meio da realização de entrevistas semiestruturadas.

O EA foi desenvolvido entre janeiro de 2016 e maio de 2017 e seus resultados e procedimentos estão descritos e detalhados no item 5.2.

### 4.3 ESTUDO DE CASO ÚNICO

O estudo de caso é considerado uma estratégia apropriada para pesquisas avaliativas do tipo análise de implantação, especialmente as do tipo de análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados (CHAMPAGNE et al., 2011).

Foi considerado como Caso o Núcleo Telessaúde de Santa Catarina e como Níveis de Análise os gestores e profissionais do Núcleo Telessaúde SC (Nível 1) e as equipes de ABS participantes do Telessaúde SC (Nível 2).

A escolha do caso foi intencional, considerando que o Núcleo Telessaúde de Santa Catarina é um dos nove primeiros núcleos de telessaúde implantados no Brasil em 2007, sendo um dos núcleos com todos os serviços propostos pelo programa implantados e ofertados continuamente e com cobertura em todo território estadual com aproximadamente duas mil equipes de ABS distribuídas em 295 municípios, bem como profissionais de saúde de outros estados cadastrados.

O caso foi analisado por meio das seguintes estratégias:

- Estudo exploratório com levantamento de dados secundários relacionados à participação dos municípios nos serviços de Telessaúde ofertados para seleção dos sujeitos do nível 2 de análise (resultado apresentado no item 5.1);
- Levantamento de informações e dados primários com sujeitos dos dois níveis de análise - contexto de oferta e uso dos serviços de Telessaúde no caso escolhido (resultado apresentado nos itens 5.3 e 5.4).

#### 4.3.1 Estudo Exploratório

A partir da análise das planilhas de monitoramento da participação das equipes de ABS cadastradas no Núcleo Telessaúde SC no ano de 2015, os municípios catarinenses foram estratificados de acordo com o número de equipes de APS existentes: estrato 1 (0 a 3 equipes); estrato 2 (4 a 10 equipes); estrato 3 (11 a 20 equipes); estrato 4 (mais de 20 equipes). A classificação dos municípios em cada estrato observou maior número de participações totais nos serviços de telessaúde, maior variedade de categorias profissionais e maior número de teleconsultorias realizadas no período.

Foram selecionados os dois municípios mais bem classificados em cada estrato. Em cada município selecionado foi identificada a equipe com maior uso dos serviços e uma equipe que não usou os serviços (ou usou muito pouco), para efeito de comparação. Como os dois municípios selecionados no Estrato 1 tinham apenas uma equipe de ABS, foram selecionados outros dois municípios com o mesmo porte e características que tivessem equipes não usuárias dos serviços para realizar a comparação. Foram 16 equipes selecionadas no total.

Em abril e maio de 2016 foram aplicados questionários estruturados sobre o uso dos serviços de telessaúde com 65 profissionais das equipes selecionadas (Apêndice B) e sua aplicação foi previamente agendada com todas as equipes. O questionário aborda questões sobre quais serviços ofertados pelo Núcleo Telessaúde SC são usados, qual a frequência do uso, sobre a opinião a respeito da qualidade e funcionalidade dos serviços, sobre as contribuições dos serviços, sobre os aspectos que facilitam e dificultam o uso e também sobre os motivos de não usar nenhum ou determinado serviço.

A coleta foi realizada por duas pesquisadoras, nas datas determinadas, nas unidades de saúde onde os profissionais das equipes selecionadas atuam, variando o tempo de coleta de 15 minutos à 1 hora.

As categorias profissionais convidadas para participar em cada equipe, foram: médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, dentista, técnico ou auxiliar de consultório dentário, e um representante dos agentes comunitários de saúde (ACS).

As evidências coletadas foram digitadas em formulário do Google Drive® e compiladas em planilha do programa Microsoft Office Excel®. Também foram registradas as observações dos pesquisadores sobre o processo de aplicação dos questionários em Diário de Campo. Ao final de cada dia os pesquisadores se reuniam para compartilhar as observações e impressões, que foram registradas em documento Microsoft Office Word®.

A análise das evidências foi pautada pela descrição do cenário e das potencialidades e fragilidades identificadas para o uso dos serviços de telessaúde por profissionais da atenção primária.

#### **4.3.2 Levantamento de dados primários**

##### **a) Sujeitos da Pesquisa**

Para compor a amostra de sujeitos do nível 1 foram convidados a participar os coordenadores de área e um apoiador por serviço de

Telessaúde (teleconsultoria, tele-educação e telediagnóstico) com pelo menos um ano de trabalho no Núcleo Telessaúde SC, completando um total de 8 entrevistas.

Para composição da amostra de equipes de Atenção Básica à Saúde no nível 2 foram considerados os mesmos municípios identificados nos quatro estratos do estudo exploratório (item 3.3.1) e selecionada em cada município a equipe com maior participação, atualizando as informações de participação de 2015 até o primeiro semestre de 2017. Foi ainda incluindo um quinto município e equipe em virtude de sua experiência local na inserção do serviço de teleconsultoria nos fluxos de regulação municipal.

Foi realizado contato com as equipes selecionadas para agendamento das entrevistas com os profissionais das seguintes categorias: médico, enfermeiro, odontólogo, um representante dos profissionais de nível técnico e um representante dos Agentes Comunitários de Saúde. Foram realizadas 27 entrevistas.

#### b) Fontes de Evidência e Coleta de Dados

Foi realizada coleta de dados primários oriundos de:

- Entrevistas semiestruturadas com profissionais do Núcleo Telessaúde SC;
- Entrevistas semiestruturadas com profissionais da ABS usuários dos serviços de Telessaúde .

As entrevistas com os profissionais do Núcleo Telessaúde seguiram um roteiro semiestruturado (Apêndice C) com perguntas relacionadas aos objetivos de um Núcleo de Telessaúde, à compreensão do conceito de EPS e a relação deste conceito com os serviços de telessaúde. Foram entrevistados representantes dos serviços de Teleconsultoria (2), Tele-educação (1), Telediagnóstico (1), Segunda Opinião Formativa (2) e ainda profissionais que atuam na inclusão do serviço de teleconsultoria nos fluxos de Regulação Regional (2).

A dinâmica das entrevistas com os profissionais do Núcleo Telessaúde SC iniciou-se com duas perguntas mais abertas relacionadas ao objetivo dos núcleos de telessaúde e ao que os entrevistados consideravam como conceito de EPS. Depois, foram aprofundadas questões relacionadas aos pontos fortes e fracos dos serviços ofertados na perspectiva de cada dimensão do ML (item 5.2). Foram entrevistas individuais, gravadas em aparelho digital e posteriormente transcritas. Os dados de identidade dos entrevistados foram preservados utilizando-

se códigos. A duração média das entrevistas foi de 30 minutos e foram aplicadas entre março e abril de 2018.

As entrevistas com os profissionais da ABS usuários dos serviços de telessaúde também foram realizadas seguindo um roteiro semiestruturado (Apêndice D) baseado em quatro situações enfrentadas por uma equipe de Saúde da Família fictícia. Este roteiro de entrevista foi criado a partir da Matriz de Análise, considerando as atividades descritas para as quatro dimensões do modelo lógico. Uma entrevista piloto foi conduzida para averiguar as limitações do roteiro, o que permitiu realizar ajustes para garantir a fluidez da entrevista.

A dinâmica das entrevistas com os profissionais da ABS iniciou-se com a leitura das situações fictícias em conjunto com o entrevistado e, a partir delas, foram feitas perguntas gerais sobre como o entrevistado e sua equipe agiriam naquela situação e solicitada a descrição de como, na realidade de trabalho dele, isso se aplicaria. Também foi utilizado um roteiro oculto para aprofundar questões que não fossem identificadas espontaneamente na fala do entrevistado. Esperava-se que os serviços de telessaúde fossem espontaneamente indicados como apoio às equipes nas situações apresentadas. Ao final da entrevista, foram incluídas questões específicas e diretas sobre o uso dos serviços de telessaúde pelo entrevistado e sobre sua percepção a respeito de como estes serviços poderiam auxiliar as equipes nas situações apresentadas.

Foram realizadas 27 entrevistas: 05 médicos; 05 enfermeiros; 04 Cirurgiões-dentistas; 05 Agentes Comunitários de Saúde; 05 Técnicos de Enfermagem; 03 Auxiliares de Saúde Bucal. Em um dos cinco municípios selecionados não havia equipe de Saúde Bucal vinculada e em outro município havia apenas o cirurgião-dentista, sem o profissional auxiliar de saúde bucal disponível na equipe. As entrevistas foram realizadas entre os meses de junho e julho de 2017.

As entrevistas foram individuais, realizadas em ambiente privado, gravadas em aparelho digital e posteriormente transcritas. A duração média das entrevistas foi de 40 minutos. No processo de análise dos dados a identidade dos entrevistados foi preservada utilizando-se códigos.

### c) Análise dos Dados

Foi conduzida uma análise de conteúdo na modalidade análise temática (MINAYO, 2014). Os temas, como unidade de significação, foram previamente definidos a partir das quatro dimensões dos modelos teórico e lógico, apresentados pelo Estudo de Avaliabilidade.

A análise temática foi realizada seguindo-se os seguintes passos (MINAYO, 2014):

I. Pré-análise: etapa onde se realiza a “leitura flutuante” de todo o material coletado nas entrevistas com o objetivo de se deixar impregnar pelo conteúdo. À medida que o conteúdo foi sendo absorvido pela pesquisadora, foi possível iniciar o processo de formulação e reformulação das hipóteses iniciais com auxílio do modelo teórico desenvolvido, identificando as respostas textuais que respondiam aos objetivos da pesquisa.

II. Exploração do material: nesta etapa, o objetivo foi realizar uma operação classificatória para se chegar ao “núcleo de compreensão do texto”. Para tanto, foram criados códigos para cada uma das quatro dimensões do modelo teórico e do modelo lógico, considerando os critérios descritos na MA e nos *rationales* (item 5.2). A partir disso, foi realizada nova leitura do material e foram recortadas unidades de registro (palavras, frases, expressões) que se julgaram pertinentes dentro de cada código e dimensão. Também foram criados códigos para conteúdos considerados relevantes e recorrentes que não estavam previstos na MA e nos *rationales*, criando-se novas categorias de análise.

III. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: aqui foram feitas inferências e interpretações relacionadas com a base teórica da pesquisa. A fim de garantir a validade interna da pesquisa, foram realizadas: a) Análise simples dos dados (identificação de padrões e existência de convergências e divergências entre os dois níveis de análise estabelecidos), b) Confronto dos modelos teórico e lógico com a realidade empírica do caso (análise lógica) e; c) Identificação de fatores de contexto que influenciam os efeitos esperados do programa (limites e potencialidades).

A análise temática do conteúdo foi realizada com o auxílio do software ATLAS.ti, versão 8.

#### 4.4 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão divulgados para a comunidade acadêmica por meio da publicação de artigos científicos e também em apresentações durante eventos científicos. A devolutiva dos resultados para os



profissionais e equipes participantes acontecerá por meio do envio de um relatório específico para cada equipe e município.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo considerou as diretrizes e normas da Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde/CNS (BRASIL, 2012c) que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos.

Inicialmente foram coletados o Termo de Anuência das Instituições participantes, a saber, a Secretarias Municipais de Saúde onde estão inseridas as equipes de Saúde da Família participantes do Núcleo Telessaúde SC, selecionadas na amostragem (Apêndice E).

A participação dos sujeitos aconteceu apenas com a anuência dos mesmos por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F), que além de assegurar o sigilo sobre informações de identificação do participante, assegura ainda:

- Direito a pedir, a qualquer tempo, maiores informações sobre a pesquisa;
- Direito à liberdade de desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa;
- Direito a solicitar exclusão de falas ou declarações nos documentos oficiais da pesquisa.

Esse estudo compõe o Projeto de Pesquisa 401211/2013-4 – ‘Avaliação do impacto dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina’, aprovado e financiado pela Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit nº 08/2013 – Pesquisa em Educação Permanente para o SUS e dimensionamento da força de trabalho em saúde, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme pareceres nº 1.466.605 e nº 1.788.545 (Anexo 1).



## 5 RESULTADOS

De acordo com o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados das teses de doutorado devem ser apresentados na forma de artigo científico.

O primeiro artigo intitulado “Oferta e uso de serviços de telessaúde em Santa Catarina/Brasil” teve como objetivo descrever a oferta e uso desses serviços (resultados do estudo exploratório), identificando possíveis limitações ainda existentes e foi base para a seleção das equipes que compuseram a amostra para o estudo de caso desta tese. Este artigo foi submetido à revista “Cadernos Saúde Coletiva”.

O segundo artigo intitulado “Serviços de Telessaúde como apoio à Educação Permanente na Atenção Básica à Saúde: uma proposta de modelo avaliativo” apresenta os resultados do estudo de avaliabilidade e uma proposta de modelo avaliativo dos serviços de telessaúde enquanto estratégia de EPS. Este artigo foi submetido à revista “Interface – Comunicação, Saúde, Educação”.

O terceiro artigo, intitulado “Avaliação do Telessaúde como Apoio à EPS na ABS: o caso de Santa Catarina, Brasil”, apresenta a análise da implantação do Núcleo Telessaúde SC enquanto estratégia de apoio à EPS de equipes de ABS, por meio do confronto entre o modelo lógico do programa com os processos empíricos de oferta e uso dos serviços de telessaúde. Esse artigo será enviado para submissão à publicação na revista “Trabalho, educação e saúde”.

O quarto artigo intitulado “Educação Permanente em Saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de Saúde da Família (eSF)” buscou analisar as variações dos resultados entre as eSF participantes, de acordo com os critérios do modelo avaliativo proposto, e identificar as divergências e convergências entre elas considerando os fatores contextuais que contribuem ou dificultam a implantação de estratégias de EPS em seu processo de trabalho, bem como os tipos de apoio acessados por elas no desenvolvimento destas estratégias. Este artigo será submetido para apreciação da revista “Trabalho, educação e saúde”.



## 5.1 ARTIGO 1: OFERTA E USO DE SERVIÇOS DE TELESSAÚDE EM SANTA CATARINA/BRASIL

### OFERTA E USO DE SERVIÇOS DE TELESSAÚDE EM SANTA CATARINA/BRASIL

#### **Resumo**

**Introdução:** O Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina atua há mais de 10 anos e apresenta cobertura de 100% dos municípios do Estado, com demandas e usos diversificados. O objetivo é descrever a oferta e uso desses serviços, identificando possíveis limitações ainda existentes. **Métodos:** Estudo transversal exploratório de abordagem quali-quantitativa dos serviços de telessaúde ofertados às equipes de atenção primária pelo Telessaúde SC. Foi aplicado um questionário com 65 profissionais de 16 equipes de atenção primária em 2016. **Resultados:** Houve maior uso das webpalestras (83,0%), do telediagnóstico (70,0% - considerando apenas os médicos que são o público alvo do serviço) e das teleconsultorias (40,4%). O menor uso é de cursos (21,3%) e segunda opinião formativa (10,6%). O telediagnóstico e as webpalestras são parte da rotina das equipes e recebem importante apoio da gestão para o uso. Gestores que entendem o potencial do Telessaúde são agentes ativos na facilitação do uso. **Conclusão:** São necessárias estratégias de estímulo ao uso dos serviços ofertados, que podem promover o trabalho interdisciplinar e a reflexão crítica, potencializando a educação permanente em saúde e a busca autônoma por apoio para qualificação do processo de trabalho.

**Palavras-chave:** Telessaúde; Atenção Básica à Saúde; Uso.

#### **Introdução**

O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes promoveu a implantação de Núcleos Regionais de Telessaúde, cuja finalidade é oferecer apoio aos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta da telessaúde nesse programa é qualificar as ofertas assistenciais e aumentar a sua resolubilidade (Telessaúde Brasil Redes)<sup>1,2,3,4,5</sup>.

O programa foi criado em 2007 e iniciou suas atividades com a implantação de nove núcleos estaduais vinculados a universidades

federais. O objetivo dos núcleos era fornecer apoio clínico-assistencial e apoio à educação permanente de equipes de APS, e os serviços previstos eram Teleconsultoria, Tele-educação, Telediagnóstico e Segunda Opinião Formativa<sup>6</sup>.

O Núcleo Telessaúde de Santa Catarina estava entre os nove primeiros implantados, e desde seu início buscou oferecer todos os serviços propostos pelo programa, apresentando cobertura em todo território estadual, que conta com aproximadamente duas mil equipes de atenção primária distribuídas em 295 municípios.

Este estudo tem o objetivo de descrever a oferta e o uso dos serviços de telessaúde, explorar o potencial de apoio dos serviços, e identificar barreiras e facilitadores de acesso aos serviços.

### **Método**

Estudo descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, dos serviços ofertados às equipes de Atenção Primária entre 2016 e 2017 por um Núcleo do Programa Telessaúde Brasil Redes. O caso selecionado é o Núcleo Telessaúde de Santa Catarina, com 10 anos de implantação, oferta de todos os serviços previstos na legislação e cobertura de 100% do território estadual. Esse estudo compõe uma pesquisa de avaliação de resultados com aprovação e financiamento do CNPq. Foi realizada uma análise documental para caracterização do caso.

A partir da análise das planilhas de monitoramento da participação das equipes de APS cadastradas no Núcleo Telessaúde SC no ano de 2015, os municípios catarinenses foram estratificados de acordo com o número de equipes de APS existentes: estrato 1 (0 a 3 equipes); estrato 2 (4 a 10 equipes); estrato 3 (11 a 20 equipes); estrato 4 (mais de 20 equipes). A classificação dos municípios em cada estrato observou maior número de participações totais nos serviços de telessaúde, maior variedade de categorias profissionais e maior número de teleconsultorias realizadas.

Foram selecionados os dois municípios mais bem classificados em cada estrato, e em cada município foi identificada a equipe com maior uso dos serviços e uma equipe que não usou os serviços (ou usou muito pouco), para efeito de comparação. Como os municípios com melhor participação no Estrato 1 tinham apenas uma equipe de APS, foram selecionados outros dois municípios com o mesmo porte e características que tivessem equipes não usuárias dos serviços para realizar a comparação. Foram 16 equipes selecionadas no total (Tabela 1).

Tabela 1 - Total de municípios, equipes selecionadas e suas participações nos serviços de telessaúde, segundo estrato definido. Santa Catarina, Brasil. 2015

| <b>Estrato</b> | <b>Nº de municípios</b> | <b>Equipes selecionadas por município</b> | <b>Nº participações por equipe</b> |
|----------------|-------------------------|---|------------------------------------|
| 1              | 165                     | Equipe usuária município                  | 949                                |
|                |                         | Equipe não usuária município              | 1                                  |
|                |                         | Equipe usuária município                  | 543                                |
|                |                         | Equipe não usuária município              | -                                  |
| 2              | 97                      | Equipe usuária município                  | 142                                |
|                |                         | Equipe não usuária município              | -                                  |
|                |                         | Equipe usuária município                  | 131                                |
|                |                         | Equipe não usuária município              | 29                                 |
| 3              | 17                      | Equipe usuária município                  | 177                                |
|                |                         | Equipe não usuária município              | -                                  |
|                |                         | Equipe usuária município                  | 260                                |
| 4              | 12                      | Equipe não usuária município              | -                                  |
|                |                         | Equipe usuária de município               | 47                                 |
|                |                         | Equipe não usuária município              | -                                  |
|                |                         | Equipes usuária município                 | 191                                |
|                |                         | Equipes não usuária município             | -                                  |

Elaborado pelos autores

A participação de algum dos serviços ofertados pelo Telessaúde SC no ano de 2015 foi registrada em 291 municípios de Santa Catarina (98,6% de cobertura estadual). A participação nos municípios com menor número de equipes de SF foi maior que a participação em municípios com maior número de equipes (Tabela 1). As participações nos serviços de telediagnóstico e de cursos a distância não foram consideradas no ranking para seleção dos municípios por não terem livre oferta (os cursos têm vagas limitadas por turma e o telediagnóstico é restrito à categoria médica).

Em abril e maio de 2016 foram aplicados questionários estruturados sobre o uso dos serviços de telessaúde com 65 profissionais das equipes selecionadas e sua aplicação foi previamente agendada com todas as equipes. O questionário foi construído pelos pesquisadores para o estudo, abordando questões sobre quais serviços ofertados pelo Núcleo Telessaúde SC são usados, qual a frequência do uso, sobre a opinião a respeito da qualidade e funcionalidade dos serviços, sobre as contribuições dos serviços, sobre os aspectos que facilitam e dificultam o uso e também sobre os motivos de não usar nenhum ou determinado serviço. A coleta foi realizada por duas pesquisadoras, nas datas

determinadas, nas unidades de saúde onde os profissionais das equipes selecionadas atuam, variando o tempo de coleta de 15 minutos à 1 hora.

As categorias profissionais convidadas para participar, por equipe, foram: médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, dentista, técnico ou auxiliar de consultório dentário, e um representante dos agentes comunitários de saúde (ACS).

As evidências coletadas foram digitadas em formulário do Google Drive® e compiladas em planilha do programa Microsoft Office Excel®. Também foram registradas as observações dos pesquisadores sobre o processo de aplicação dos questionários em Diário de Campo. Ao final de cada dia os pesquisadores se reuniam para compartilhar as observações e impressões, que foram registradas em documento Microsoft Office Word®.

A análise das evidências foi pautada pela descrição do cenário e das potencialidades e fragilidades identificadas para o uso dos serviços de telessaúde por profissionais da atenção primária. O estudo compõe uma pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, conforme parecer nº 1.466.605.

## **Resultados**

Em 2016, a cobertura do Telessaúde SC era de 100% dos municípios do Estado, com mais de 270 mil participações nos diferentes serviços ofertados: 232 mil em telediagnóstico; 24 mil em webpalestras durante a transmissão; 15 mil em teleconsultoria; 2,3 mil em cursos a distância.

Responderam ao questionário 65 profissionais de saúde das equipes selecionadas para a amostra (67,7% da amostra prevista), sendo 83,0% mulheres (Tabela 2).



Tabela 2 - Percentual dos profissionais que responderam o questionário segundo categoria profissional, tempo de formação e tempo de trabalho na APS (em anos). Santa Catarina, Brasil, 2016.

| Categoria profissional (n) | Tempo de Formação |       |      | Tempo de Trabalho na APS |       |       |
|----------------------------|-------------------|-------|------|--------------------------|-------|-------|
|                            | < 1               | 1 a 9 | ≥ 10 | < 1                      | 1 a 9 | ≥ 10  |
| ACS (14)                   | 14%               | 43%   | 43%  | 14%                      | 43%   | 43%   |
| Técnico Enfermagem (15)    | -                 | 53%   | 47%  | 7%                       | 73%   | 20%   |
| Enfermeiro (13)            | -                 | 62%   | 38%  | 8%                       | 61%   | 31%   |
| Médico (10)                | 20%               | 40%   | 40%  | 20%                      | 40%   | 40%   |
| Odontólogos (8)            | -                 | 62%   | 8%   | 25%                      | 37,5% | 37,5% |
| ASB (5)                    | -                 | 60%   | 40%  | -                        | 80%   | 20%   |

Elaborado pelos autores.

Todos os entrevistados mencionaram o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Para os 72% (47) que afirmaram já ter utilizado algum dos serviços ofertados pelo Telessaúde SC foram feitas perguntas gerais sobre o Telessaúde SC, questões específicas sobre os serviços utilizados por eles, e questões sobre o não uso dos demais serviços. Os 28% (18) que nunca usaram os serviços de telessaúde responderam apenas as questões da sessão inicial sobre uso das TIC e questões sobre os motivos de não uso.

Dentre os respondentes que afirmaram utilizar algum serviço de telessaúde (n = 47; 72%), o serviço mais utilizado era a tele-educação na modalidade webpalestras (n = 39; 83,0%). O acervo de webpalestras era usado por 51,1% (n = 24) dos respondentes e as teleconsultorias por 40,4% (n = 19). Considerando apenas os médicos que são os profissionais habilitados para o uso do serviço de Telediagnóstico, 70% (n = 7) já usou. Os serviços menos usados foram os cursos (n = 10; 21,3%) e a Segunda Opinião Formativa (n = 5; 10,6%). Na teleconsultoria, os enfermeiros eram os usuários mais frequentes (n = 7; 37%), seguidos pelos médicos (n = 4; 21%) e ACS (n = 3; 16%).

Foram investigados os aspectos que pudessem interferir no uso dos serviços, facilitando ou dificultando o acesso aos mesmos. Os maiores percentuais de dificuldade foram observados no item “tempo para acessar no serviço” (Tabela 3).

Tabela 3 - Percentual de profissionais que referiram aspectos que interferem (F=Facilita; D=Dificulta; I=Indiferente) nos diversos serviços de telessaúde. Santa Catarina, Brasil, 2016.

|                                |   | ASPECTOS QUE INTERFEREM NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE TELESSAÚDE |  |   |                           |                      |
|--------------------------------|---|--|--|---|---------------------------|----------------------|
|                                |   | Caracterís-<br>ticas do site                                 | Disponibi-<br>lidade de<br>computa-<br>dores | Tempo de<br>acesso<br>durante o<br>trabalho | Velocidade<br>da Internet | Posição da<br>gestão |
| SOF (n=5)                      | F | 100%   | 100%   | 80%   | 80%                       | 60%                  |
|                                | D | -  | -  | 20%   | 20%                       | 20%                  |
|                                | I | -  | -  | -   | -                         | 20%                  |
| Tele-<br>educação<br>(n=49)    | F | 92%  | 84%  | 57%   | 67%                       | 84%                  |
|                                | D | 2%   | 12%  | <b>39%</b>                                  | 25%                       | 12%                  |
|                                | I | 6%   | 4%   | 4%  | 8%                        | 4%                   |
| Telediag-<br>nóstico<br>(n=7)* | F | 86%  | 100%   | 43%   | 57%                       | 71%                  |
|                                | D | 14%  | -  | <b>43%</b>                                  | 14%                       | -                    |
|                                | I | -  | -  | 14%   | 29%                       | 29%                  |
| Telecon-<br>sultoria<br>(n=19) | F | 68%  | 79%  | 58%   | 63%                       | 74%                  |
|                                | D | 5%   | -  | <b>32%</b>                                  | 16%                       | 5%                   |
|                                | I | 27%  | 21%  | 10%   | 21%                       | 21%                  |

Elaborado pelos autores.

\*Consideraram-se para os serviços de telediagnóstico apenas os resultados referentes às respostas dos médicos, que são os profissionais com habilitação plena de uso deste serviço.

Além dos resultados apresentados na tabela 1, outros aspectos específicos dos serviços de teleconsultoria e telediagnóstico foram indicados, como o tempo de resposta às demandas dos profissionais que foi apontado como um facilitador do uso em 63% (n=12) para a teleconsultoria e em 71% (n=5 - médicos) para o telediagnóstico. Para o telediagnóstico, o protocolo orientador (57%; n=4 - médicos) e a localização dos aparelhos para eletrocardiograma e para dermatologia (71%; n=5 - médicos) também foram apontados como aspectos facilitadores.

Especificamente sobre o telediagnóstico dois médicos indicaram que seria um fator facilitador ter respostas síncronas do especialista para a APS nos casos de urgência e emergência, e quatro médicos indicaram como outras barreiras a forma como foi feita a capacitação da rede para

usar o serviço, a alta frequência com que os aparelhos estragam, a comunicação ruim entre unidades básicas e hospitais, e o fluxo municipal que interrompe o acesso aos exames.

Sobre a tele-educação, a qualidade das webpalestras foi analisada a partir da opinião sobre os palestrantes, que foram considerados qualificados por 51% (n=20), e das temáticas trabalhadas, sendo que 90% (n=35) considerou que os temas atenderam às demandas e dúvidas frequentes do processo de trabalho. Todos os respondentes (n=39) consideram que a participação das webpalestras contribui para a qualificação, atualização e aperfeiçoamento dos conhecimentos em saúde e 97% (n=38) consideram que auxilia na melhoria da interação/comunicação entre os profissionais da equipe.

Dentre os que participaram dos minicursos ofertados, 90% (n=9) considerou a carga horária suficiente. O objetivo mais indicado ao se fazer um curso foi “aprendizagem” (100%; n=10), seguido por “atualização/capacitação” (90%; n=9). Os materiais didáticos foram considerados sempre qualificados por 90% (n=9) e a metodologia autoinstrucional foi considerada adequada por 80% (n=8).

Para 90% (n=17) dos profissionais que usam o serviço de teleconsultorias, este permite melhorar a assistência ao usuário, promove a reflexão crítica sobre o trabalho, apoia a avaliação do trabalho desenvolvido e esclarece as dúvidas. O conteúdo das teleconsultorias é utilizado para qualificar o cuidado aos usuários (94%; n=15) e, apesar de não serem todos a salvarem e disponibilizarem as respostas à equipe, eles usam as mesmas para discutir os temas com os colegas após a leitura no portal (69%; n=11).

Apenas 10,6% (n=5) referem utilizar a SOF, sendo os enfermeiros os usuários mais frequentes (40%; n=2), seguidos dos médicos (20%; n=1), dos técnicos de enfermagem (20%; n=1) e dos cirurgiões-dentistas (20%; n=1). O uso não é frequente, e a finalidade esteve mais relacionada ao apoio para a prática assistencial de forma variada, sendo menos relacionada a questões de coordenação de equipe e organização de processo de trabalho. As respostas foram indicadas como sempre (60%; n=3) ou quase sempre (40%; n=2) esclarecedoras e úteis.

O telediagnóstico era utilizado por 70 % (n = 7) dos respondentes médicos. O objetivo do uso está fortemente relacionado a aumentar a resolubilidade (100%; n=7), obtenção de laudos de exames (86%; n=6) e para qualificar os encaminhamentos dos pacientes (86%; n=6), mas também para apoiar a tomada de decisões clínicas (71%; n=5).

Quando questionados quanto ao motivo de não utilizarem os demais serviços, os 72% (n=47) que usavam algum dos serviços ofertados pelo Núcleo Telessaúde SC, referiram falta de tempo durante o serviço como causa mais frequente para o não uso de webpalestras (50%; n=4) e cursos (59%; n=31). Não saber como usar o serviço de telediagnóstico, apesar de ter conhecimento sobre ele, foi o principal motivo para o não uso do mesmo indicado por 67% (n=2) dos médicos respondentes. O desconhecimento do serviço foi a causa para o não uso da teleconsultoria (54%; n=15) e SOF (81%; n=34).

Entre os respondentes que afirmaram não utilizar os serviços de telessaúde (28%; n=18), os principais motivos apontados foram: não saber utilizar os serviços (50%; n=9), não saber da existência dos serviços (39%; n=7) e não ter tempo de usar durante o trabalho (28%; n=5).

## **Discussão**

Os resultados permitiram observar que, a exemplo de outros Núcleos, o uso dos serviços de Núcleo Telessaúde SC ainda é inferior à capacidade de oferta e de apoio do Núcleo, apesar da oferta contínua de todos os serviços e de serem considerados qualificados pelos respondentes<sup>7,8,9</sup>. O uso dos serviços foi maior em municípios com menor número de equipes de SF, possivelmente pelo fato dos profissionais estarem mais distantes de grandes centros<sup>8</sup>.

O incentivo de gestores e coordenadores na adesão aos serviços de telessaúde foi um dos aspectos de maior destaque nos resultados. O serviço de webpalestras, mais usado pelos respondentes, foi também referido como o de maior estímulo da gestão. O coordenador da equipe tem papel central na orientação do acesso para uso dos serviços de telessaúde, podendo favorecer o uso dos mesmos à medida que promove a inclusão de toda a equipe no processo formativo. Em Santa Catarina, o incentivo da gestão para incluir serviços de telessaúde em fluxos de trabalho no âmbito da atenção primária tem ampliado o acesso e uso do apoio disponível<sup>10</sup>.

Vontade política, boa administração e estratégias efetivas, além de conhecimentos sobre as TIC, são essenciais para promoção de uma cultura de uso de tecnologias que facilitem a troca de informações em saúde baseadas em evidências em países de baixa e média renda<sup>11,12,13</sup>.

Considerar as reais necessidades de saúde no planejamento de ações e intervenções de telessaúde é apontado como um desafio para gestores e profissionais que atuam em países em desenvolvimento<sup>12</sup>. Ao

mesmo tempo, é também um importante fator facilitador do uso individual de serviços de telessaúde por profissionais de saúde<sup>11</sup>. Neste estudo, os resultados demonstram que a metodologia e as temáticas trabalhadas nos serviços do Núcleo Telessaúde SC estão em consonância com as necessidades e demandas da prática de atuação destes profissionais.

Os serviços de telessaúde apresentam potencial para ajudar as equipes de APS no planejamento de suas ações, a partir do diagnóstico comunitário e problematização do processo de trabalho, apoiando a produção de materiais e organizando soluções voltadas aos problemas identificados<sup>9</sup>. Esse apoio pode ser ainda mais efetivo ao criar objetos de aprendizagem específicos que ajudem as equipes a usarem os serviços oferecidos de forma planejada e direcionada para sua realidade de trabalho<sup>14,15,16</sup>. O emprego das ações de telessaúde impacta sobre as competências adquiridas pelos profissionais para o trabalho na APS, ampliando a capacidade de respostas aos problemas e a resolutividade nesse nível de atenção<sup>4</sup>.

Saber que existe o Telessaúde SC e quais são os serviços ofertados demonstrou não ser suficiente para que os profissionais os usem. O contato pessoal com profissionais do núcleo ou com colegas que orientassem para o uso foi referido como importante para incorporar as ferramentas. Os profissionais precisam compreender a potencialidade dos serviços para incorporar o uso dos mesmos à rotina. Treinamento eficiente, sistema simples de oferta dos serviços, apoio e motivação da gerência para os profissionais usarem, condições de trabalho e estrutura para acesso ao sistema são alguns dos fatores associados à utilização dos serviços de telessaúde<sup>7,8,11,13</sup>.

Apesar de aspectos estruturais e financeiros serem apontados por outros estudos como barreiras no uso de tecnologias em saúde<sup>11,12</sup>, estes tiveram pouco destaque entre os dados levantados neste estudo, sendo ainda a conectividade precária nas unidades o principal problema tecnológico envolvendo o acesso aos serviços de telessaúde<sup>17</sup>.

O serviço de telediagnóstico é apontado por seus benefícios na redução de custos com emissão de laudos à distância em comparação à realização do exame quando o usuário precisa ser levado a um centro de referência, além de não exigir que o usuário se desloque para longe de sua casa e equipe de referência<sup>18</sup>. Scott et al<sup>12</sup> relacionam como elemento de sucesso no Brasil a necessidade de aquisição de poucos equipamentos pelos municípios brasileiros para uso dos serviços de telessaúde. O investimento financeiro maior fica a cargo do Programa

Telessaúde Brasil Redes que distribui o recurso aos núcleos de telessaúde para oferta dos serviços.

A telessaúde pode contribuir para a superação do modelo vertical de organização da atenção como pirâmide, impactando sobre o cuidado em saúde e para o alcance de maior resolubilidade, evitando iatrogenias, a fragmentação da assistência, o isolamento profissional e o desperdício de recursos públicos, qualificando e regulando o acesso a partir deste nível de atenção<sup>4</sup>. Sua expansão é apontada no Brasil como um caminho para integração das redes de atenção à saúde orientada por conhecimentos e evidências científicas que possam ampliar a qualidade na oferta de serviços<sup>17</sup>.

O tipo de apoio mais identificado pelos profissionais nos serviços de telessaúde foi o apoio para organização do processo de trabalho, que pode estar relacionado ao apoio fornecido às equipes para implantação e implementação de programa como Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), e-SUS AB, o trabalho com Práticas Alternativas e Complementares (PICs), construção de planos de fortalecimento da Atenção Primária, entre outros<sup>19</sup>.

O apoio clínico assistencial está em fase de ampliação no Telessaúde SC, especialmente no que se refere à negociação com centrais de regulação municipais e da Secretaria de Estado da Saúde, inserindo o serviço de teleconsultoria como parte do fluxo de acesso ao nível especializado de atenção à saúde<sup>19</sup>. Esse tipo de apoio é indicado como muito relevante no aumento da adoção de novas tecnologias no cuidado à saúde e ainda promove segurança na tomada de decisão clínica por ser baseado na melhor evidência científica<sup>13</sup>.

O apoio oferecido pelos serviços de teleconsultoria e telediagnóstico foi entendido pela maioria dos respondentes como potencial para qualificar o acesso dos usuários aos serviços, tornando esse acesso facilitado – mais próximo e rápido, com qualidade, o que corrobora com estudos anteriormente realizados<sup>3,18</sup>. O apoio à gestão e coordenação das equipes ainda pode ser mais bem explorado e mais incentivado por meio de objetos de aprendizagem específicos para este público, considerando a forte influência que exercem no uso dos serviços pelos profissionais de saúde.

Sobre aos aspectos que influenciam o não uso, a maior dificuldade está relacionada à falta de tempo no trabalho. Promover tempo para que profissionais experimentem os benefícios do uso dos serviços de telessaúde e com isso compreendam que sua finalidade é uma forma de facilitar o trabalho e o acesso dos usuários<sup>13</sup>.

Também o desconhecimento de alguns serviços foi colocado como fator de não uso, reforçando a importância de repensar as estratégias de divulgação e de formação da rede para o uso do Telessaúde, além do incentivo dos gestores e coordenadores<sup>6,7,8</sup>.

### **Conclusão**

Os serviços de telessaúde ofertados estão implantados em Santa Catarina e têm uma boa cobertura. Os serviços com maior participação são o telediagnóstico e as webpalestras. Ambos têm papel importante da gestão na pactuação para o uso e inclusão como parte da rotina das equipes, respectivamente. Gestão e coordenação de equipes que entendem o papel e potencial da telessaúde são agentes ativos na mobilização e facilitação do uso dos serviços pelos profissionais.

O Telessaúde precisa investir mais em estratégias para que os serviços ofertados promovam o trabalho em equipe interdisciplinar e a reflexão crítica sobre o trabalho, potencializando a educação permanente em saúde. Além disso, são necessárias novas discussões para planejamento da oferta de serviços de forma a alcançar a todos os membros das equipes e potencializar a autonomia e participação ativa de cada ator nas redes de atenção à saúde orientadas pela Atenção Primária. Bem como pensar estratégias para treinamento, apoio e motivação constantes para o uso dos serviços.

## Referências

1. 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). Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546\\_27\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011: Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Ministério da Saúde. 2011b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2554\\_28\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2554_28_10_2011.html).
3. Aita Schmitz CA. Telessaúde como Suporte Assistencial para a Atenção Primária à Saúde no Brasil [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
4. Castro Filho ED. Telessaúde em apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Rev Bras Med Fam e Com.* 2007; 3(11): 210-215.
5. Silva AB. Telessaúde no Brasil – conceitos e aplicações. 1.ed. Rio de Janeiro: DOC, 2014.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Nota Técnica nº50/2015-DEGES/SGTES/MS: Diretrizes para a oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas\\_tecnicas/Nota\\_Tecnica\\_Diretrizes\\_Telessaude.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf).
7. Pessoa CG, Sousa L, Ribeiro AL, Oliveira TB, Silva JLP, Alkmim MB and Marcolino MS. 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 eHealth*, 2016; 4:1-9.
8. Alkmim MBM, Marcolino MS, Figueira RM, Sousa L, Nunes MS, Cardoso CS and Ribeiro AL. Factors Associated with the Use of a Teleconsultation System in Brazilian Primary Care. *Telemedicine and e-Health*, 2015; 21(6): 1-11.
9. Figueiredo AM, Guedes TAL. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. In: Valentim RAM et al (eds). A Telessaúde no Brasil e a inovação tecnológica na atenção primária. Natal: EDUFRN, 2015. p. 27-46.
10. Maeyama MA, Giaretta ALS, Pupim B, Machado DC, Lunardelli GK, Nilson LG, Calvo MCM, Oliveira MB and Damas TB. Integração do Telessaúde no fluxo entre Atenção Básica e Atenção Especializada no Município de Joinville-SC. *Revista Catarinense de Saúde da Família*. 2016; 11(1): 107-114.
11. Akhlaq A, McKinstry B, Muhammad KB and Sheikh A. Barriers and facilitators to health information exchange in low- and middle-income country settings: a systematic review. *J Innov Health Inform.* 2015 Mar 27;22(2):284-92.
12. Scott RE and Mars M. Telehealth in the developing world: current status and future prospects. *Smart Homecare Technology and telehealth*. 2015; 3: 25-37.
13. Taylor J, Coates E, Brewster L, Mountain G, Wessels B and Hawley MS. Examining the use of telehealth in community nursing: indentifying the factors



- affecting frontline staff acceptance and telehealth adoption. *Journal of Advanced Nursing*. 2014; 71(2): 326-337.
14. Hadaad Q J. Las Necesidades de Intervención y el Monitoreo de los Procesos Educativos. In: Hadaad QJ, Roscke MAC and Davini MC (eds). Educación Permanente de Personal de Salud. Serie Desarrollo Recursos Humanos n. 100. OPAS: Washington, D. C., 1994. p. 145-186.
15. Merhy EE, Feuerweker LCM and Ceccim RB. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Revista Salud Colectiva*. 2006; 2(2): 147-160.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministry of Health. 64 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf)>.
17. Oliveira DG, Frias PG, Vanderlei LCM, Vidal AS, Novaes MA and Souza WV. Análise da implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(11): 2367-78.
18. Von Wangenheim A et al. User Satisfaction with Asynchronous Telemedicine: A Study of Users of Santa Catarina's System of Telemedicine and Telehealth. *Telemedicine and e-health*. 2012; 18(5): 339-46.
19. Núcleo Telessaúde SC. Universidade Federal de Santa Catarina. Projetos do Núcleo Telessaúde SC. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.



## 5.2 ARTIGO 2: SERVIÇOS DE TELESSAÚDE COMO APOIO À EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UMA PROPOSTA DE MODELO AVALIATIVO

### **Serviços de Telessaúde como apoio à Educação Permanente na Atenção Básica à Saúde: uma proposta de modelo avaliativo**

**Resumo:** Um dos objetivos do Programa Telessaúde Brasil Redes é apoiar ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) das equipes de Atenção Básica à Saúde (ABS) por meio de Tecnologias de Informação e Comunicação em saúde (TIC). O objetivo deste estudo é apresentar uma proposta de modelo avaliativo dos serviços de Telessaúde enquanto estratégia de EPS para profissionais da ABS, composta por modelo teórico, modelo lógico e matriz de análise. Desenvolveu-se um estudo de avaliabilidade com finalidade de propor modelo teórico, modelo lógico e matriz de análise. O estudo cumpriu o objetivo de realizar uma descrição completa do programa e definiu o objeto como avaliável, sugerindo-se como possível linha para pesquisa avaliativa um estudo de caso de abordagem qualitativa, e análise baseada na identificação de convergências e divergências por meio do confronto dos modelos propostos com a realidade empírica do caso.

**Palavras-chave:** Educação Permanente em Saúde. Telessaúde. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

### **1 Introdução**

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma das apostas do Ministério da Saúde para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) com base em seus princípios essenciais, transformando os espaços de trabalho também em espaços de educação e aprendizagem<sup>1,2</sup>.

Por meio da reflexão sobre a realidade local, da produção do conhecimento embasado nesta realidade, do planejamento e da ação para resolução de problemas, espera-se que as equipes exerçam uma democracia participativa e o trabalho interdisciplinar, trocando e compartilhando experiências com vistas à qualificação permanente e constante do cuidado em saúde, respeitando a voz da população em que se insere<sup>1,3,4,5</sup>.

Diversas ações e programas foram colocados em prática pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do

Ministério da Saúde com este objetivo, como a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); Comunidade de Práticas; VER-SUS; PET-Saúde; Pró-Saúde e Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes<sup>6</sup>.

O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes) foi criado em 2007 com nove núcleos piloto de Telessaúde vinculados às Universidades Federais, coordenados em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde para apoiar especialmente os profissionais de saúde que atuam distantes dos principais centros de formação por meio da EPS a distância<sup>6,7,8,9</sup>.

Os principais objetivos deste programa são apoiar a tomada de decisão clínica no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS), evitando e qualificando encaminhamentos para outros níveis de atenção; e apoiar as ações de EPS das equipes de ABS, por meio do uso de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (TIC)<sup>8,9,10</sup>.

Estudos demonstram a importância e os benefícios da Telessaúde para a qualificação profissional, melhoria do acesso de pacientes aos serviços de saúde, redução de custos e resolubilidade na ABS. Também discutem sobre as barreiras e facilidades no uso de serviços de Telessaúde. Como facilidades, são destacadas a vontade política, boa administração e aplicação de estratégias efetivas de implantação de serviços de Telessaúde, tecnologias de simples e de fácil utilização, boa estrutura e equipamentos e boa compreensão dos benefícios da Telessaúde pelos profissionais que a usam. E como barreiras, apresentam a baixa longevidade e manutenção dos programas de Telessaúde, falta de recursos, resistência de profissionais e usuários a novos modelos de serviços de saúde, falta de treinamento para uso da Telessaúde, falta de clareza sobre os objetivos da Telessaúde, falta de políticas governamentais e protocolos de uso e oferta de serviços de Telessaúde e infraestrutura inadequada<sup>11,12,13,14,15,16,17,18</sup>.

Muitas são as pesquisas voltadas para a avaliação de TIC em saúde para diagnóstico, monitoramento remoto de pacientes, teleconsultas e desenvolvimento de novas ferramentas aplicáveis à saúde. Também alguns estudos de implantação e desempenho propõem indicadores de monitoramento e avaliação de Núcleos de Telessaúde<sup>10,13,17,19,20,21,22,23</sup>.

Apesar de algumas pesquisas realizarem avaliação pontual de atividades educativas realizadas por Núcleos de Telessaúde, não foram identificadas propostas de modelos avaliativos de Núcleos de Telessaúde especificamente como estratégia de apoio à EPS de profissionais da ABS, que sejam replicáveis a nível nacional<sup>22,24</sup>.

Em seu estudo, Silva<sup>22</sup> apresenta 16 demandas de estudos avaliativos, dentre elas “avaliar como se estima se um serviço de Telessaúde promove Educação Permanente do profissional”. Os resultados do estudo de Nilson et al<sup>24</sup> que propõe um modelo teórico do funcionamento e organização de Núcleos de Telessaúde, indicam a avaliabilidade do objeto e também a necessidade de se desenvolver uma linha de pesquisa que a avalie os serviços de Telessaúde especificamente como estratégia de EPS. Estas pesquisas justificam e fortalecem a importância da realização de estudos com esse objetivo.

A motivação deste estudo se deu pelo interesse dos pesquisadores e de um Núcleo de Telessaúde em compreender como os serviços ofertados promovem e apoiam a EPS das equipes de ABS e em identificar os fatores que podem potencializar e qualificar a oferta dos serviços para atender a esse objetivo específico de um Núcleo de Telessaúde.

Portanto, o objetivo deste artigo é apresentar uma proposta de modelo avaliativo dos serviços de Telessaúde enquanto uma estratégia de EPS para profissionais da ABS, composta por modelo teórico, modelo lógico e matriz de análise.

## 2 Métodos

Desenvolveu-se um Estudo de Avaliabilidade, com a finalidade de propor um modelo avaliativo de Telessaúde com foco na educação permanente. Esse desenvolvimento consiste em uma pré-avaliação, com descrição completa do programa (representado de forma gráfica em modelos teórico e lógico) a luz da teoria, princípios, diretrizes e fluxos organizativos sobre os quais foram criados. A intenção é potencializar as chances de se realizar uma avaliação em que os resultados sejam úteis para o programa e para os profissionais envolvidos<sup>25</sup>. O estudo foi desenvolvido entre janeiro de 2016 e junho de 2017.

Os resultados de um Estudo de Avaliabilidade podem ser usados para compreender a cultura e contexto do programa; para auxiliar no planejamento de pesquisas avaliativas com indicadores e critérios de avaliação mais assertivos; para reorientar o planejamento de atividades e investimentos e para estabelecer um acordo entre os interessados<sup>26,27,28</sup>.

O estudo adotou as quatro etapas propostas por Trevisan *et al*<sup>29</sup>, a saber: definição da finalidade e âmbito da análise; desenvolvimento da teoria inicial do programa; feedback sobre a teoria do programa, e uso do estudo. Esse processo define a avaliabilidade do objeto.

Na primeira etapa foram realizadas reuniões com a coordenação geral do Núcleo de Telessaúde (n=1), com os coordenadores dos

serviços de Telessaúde (n=5), com colaboradores do Núcleo (n=6) e os pesquisadores para elaboração do projeto de pesquisa. Nestas reuniões iniciais foram identificados e delineados em conjunto os objetivos, escopo e limites do estudo. A decisão dos atores envolvidos no programa foi de averiguar a avaliabilidade de um Núcleo de Telessaúde e seus serviços enquanto estratégia de apoio à EPS para as equipes de ABS, por meio de um estudo de avaliabilidade.

A descrição da teoria do programa (segunda etapa) foi subsidiada por revisão de literatura e de documentos oficiais disponíveis como manuais, protocolos, relatórios, projetos, websites, além de entrevistas com informantes-chave e envolvidos no programa.

A revisão de literatura aprofundou-se em Educação Permanente em Saúde e Telessaúde, para identificar os aspectos da Telessaúde como ferramenta de apoio à Educação Permanente na ABS, à luz da estrutura de serviços preconizada na legislação vigente. As bases eletrônicas utilizadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde - BVS/BIREME (que reúne 14 bases de dados bibliográficos em ciências da saúde como Scielo, Lilacs, Medline/Pubmed, Cochrane, DeCS, LIS e Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da BVS); PubMed da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline); Scopus; Web of Science; Banco de Teses e Dissertações da CAPES. Também foram identificadas outras referências nos documentos selecionados na pesquisa nas bases de dados.

As páginas oficiais consultadas foram: do Departamento de Atenção Básica; da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; do Programa Telessaúde Brasil Redes; da Associação Brasileira de Telemedicina e Telessaúde; da Associação Americana de Telemedicina; documentos sobre EPS do Departamento de Saúde do Reino Unido; Documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Para as entrevistas com informantes-chave, foram selecionados intencionalmente profissionais que atuam ou já atuaram no Programa Telessaúde Brasil Redes. Foram realizadas entrevistas individuais não estruturadas com a coordenação geral atual de um Núcleo de Telessaúde, com um ex-coordenador e dois colaboradores que trabalham no mesmo Núcleo desde sua implantação. Solicitou-se que os entrevistados falassem livremente, em conversa informal, sobre as origens, história da implantação, objetivos e organização do Programa Telessaúde Brasil Redes e do Núcleo de Telessaúde. Os pesquisadores anotaram os principais pontos abordados, confirmando o registro com os entrevistados.

O produto da revisão de literatura e das entrevistas foi apresentado em uma reunião informal e debatido por um grupo de cinco colaboradores do Núcleo de Telessaúde (coordenador atual, ex-coordenador, dois subcoordenadores e um colaborador) que sugeriram modificações e inclusões nas informações, registradas e acatadas pelos pesquisadores durante o debate.

Os dados coletados foram analisados por meio de uma análise temática de conteúdo<sup>30</sup>, iniciando por leitura flutuante de todo o material e posteriormente classificando as unidades de registro do texto em categorias de análise. As evidências sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes e sobre um Núcleo de Telessaúde foram então graficamente sistematizadas em um Modelo Teórico e um Modelo Lógico, e ainda em uma Matriz de Análise de um Núcleo de Telessaúde como estratégia de apoio à EPS de equipes da ABS. O processo de análise dos conteúdos coletados pautou-se pelos princípios da exaustividade, representatividade, homogeneidade e adequação.

A etapa subsequente consistiu em submeter os modelos teórico e lógico à análise de especialistas da área e envolvidos no programa a fim de responderem se os mesmos contemplam as especificidades do contexto, da implementação, da metodologia e da lógica do programa; e analisando se há congruência entre a teoria e o que é observado na prática do programa.

Para validar estes produtos, foi utilizada a técnica mista de validação chamada “Conferência de Consenso”<sup>31</sup>. Sete especialistas com experiência em Telessaúde e EPS analisaram os três produtos em duas rodadas. As etapas foram realizadas a distância por meio do software *Survey Monkey*®. Na primeira rodada os especialistas indicaram concordância plena, concordância parcial ou discordância, apontando sugestões de alteração e correção das propostas. Na segunda rodada os pesquisadores adequaram na íntegra as propostas de acordo com as sugestões e apontamentos dos especialistas e devolveram o documento para validação e consenso final.

Por fim, tendo os modelos teórico e lógico validados, o uso do estudo deve ser planejado. Neste componente é necessário que os pesquisadores definam se o programa é passível de avaliação. Sendo o resultado positivo, deve-se decidir qual será a melhor abordagem do estudo, os métodos e técnicas de coleta de dados, os participantes, dentre outros detalhes de condução da pesquisa, o que consolida como o resultado final do estudo.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da NN [eliminado para efeitos da revisão por pares], conforme parecer nº

1.466.605. Foram respeitados todos os preceitos éticos para a construção de pesquisas envolvendo seres humanos e obtida a anuência livre e consentida de todos os interessados e envolvidos.

### **3 Resultados**

#### **Etapa 1: Definição da finalidade e âmbito da análise**

A definição da finalidade e do âmbito da análise na primeira etapa se deu a partir do interesse dos atores chave - pesquisadores e profissionais com experiência em Telessaúde - em aprofundar os estudos que relacionam os serviços de telessaúde e a EPS, iniciando por um estudo de avaliabilidade para averiguar a melhor linha metodológica de desenvolvimento de um estudo avaliativo, nesta perspectiva.

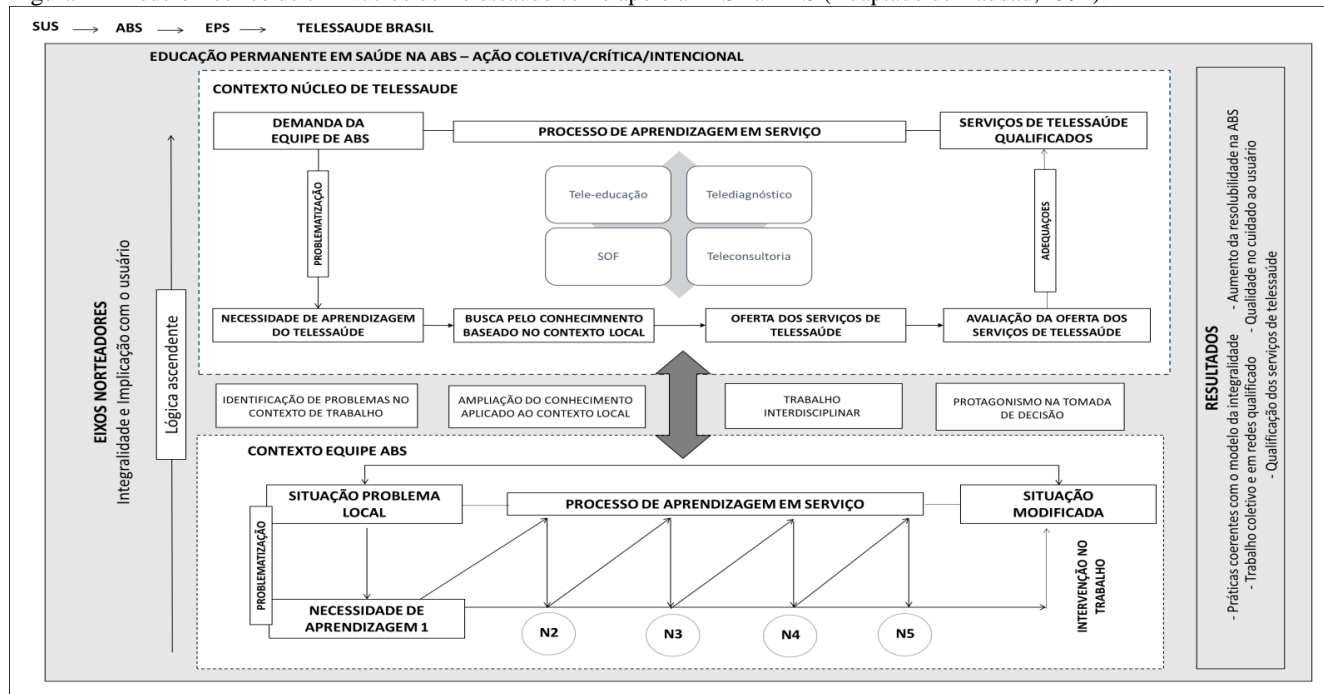
#### **Etapa 2: Desenvolvimento da teoria inicial do programa**

Na segunda etapa, a partir da análise e leitura dos documentos, legislações e artigos selecionados na revisão de literatura, foi elaborado um Modelo Teórico de serviços de telessaúde enquanto estratégia de EPS para profissionais da ABS/APS (Figura 1) e o Modelo Lógico (Figura 2), que ilustra a oferta e o uso dos serviços de Telessaúde a partir de quatro dimensões: 1) Identificação de Problemas no Contexto de Trabalho; 2) Ampliação do Conhecimento Aplicado ao Contexto Local; 3) Trabalho Interdisciplinar e 4) Protagonismo das Equipes na Tomada de Decisão.

O Modelo Teórico (Figura 1) proposto permitiu visualizar a lógica esperada da relação entre as equipes de Telessaúde e as equipes de ABS (representada pela seta azul central de via dupla) para que as atividades planejadas e executadas cumpram com o objetivo (apoiar a EPS) e atinjam os resultados esperados. Desta forma, tanto os núcleos quanto as equipes podem planejar a oferta e o uso dos serviços de Telessaúde de maneira a atender tal objetivo.



Figura 1 - Modelo Teórico de um Núcleo de Telessaúde como apoio à EPS na ABS (Adaptado de Haddad, 1994).



Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: SUS – Sistema único de Saúde; ABS – Atenção Básica à Saúde; EPS – Educação Permanente em Saúde; SOF – Segunda Opinião Formativa; N2 – Necessidade de Aprendizagem 2

Cada dimensão está orientada por um *Rationale* (Quadro 1), que expressa e descreve o arcabouço teórico e o que se espera dos serviços de telessaúde. Este *Rationale* deve ser considerado no momento de análise dos dados coletados.

Quadro 1 - *Rationales* dos Modelos Teórico e Lógico de um Núcleo de Telessaúde como apoio à EPS na ABS/APS

| <b>Dimensão</b>   | <b><i>Rationale</i></b>  |
|---|--|
| <b>Identificação de Problemas no Contexto de Trabalho</b>   | <p>A identificação de problemas na realidade de trabalho é um pressuposto básico da Educação Permanente em Saúde. Tem como protagonistas vários atores, incluindo gestores dos diversos níveis, a própria equipe de saúde e os usuários. A partir dela busca-se: diagnosticar e analisar a realidade de trabalho; identificar, priorizar e analisar problemas das práticas de saúde, sempre com a intenção de qualifica-la<sup>1,2,4,5,32,33,34,35,36,37,38</sup>.</p> <p>As equipes de telessaúde devem ofertar seus serviços criando oportunidades para que as equipes reflitam sobre estes processos de trabalho e as práticas clínicas, estimulando a iniciativa ou aprimoramento dos diagnósticos como parte da rotina de trabalho.</p>   |
| <b>Ampliação do Conhecimento Aplicado ao Contexto Local</b> | <p>A ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local acontece em vários momentos do processo de trabalho, como na interação entre profissionais e de profissionais com a comunidade, ou mesmo individualmente, podendo gerar demanda de aprendizagem. A demanda de aprendizagem é fruto do processo crítico de problematização, a partir do que se atualiza e se produz conhecimentos necessários para a qualificação da prática<sup>1,2,4,5,32,34,36,37,38,39,40</sup>.</p> <p>As equipes de telessaúde devem facilitar e promover o acesso à informação e ao conhecimento em saúde com a elaboração de objetos de aprendizagem contextualizados e relacionados tanto ao processo de trabalho quanto aos aspectos de assistência, baseados na melhor evidência científica.</p> |
| <b>Trabalho Interdisciplinar</b>                            | <p>O trabalho interdisciplinar também tem um peso muito forte nas ações de Educação Permanente. Apesar de a Educação Permanente ter um impacto no individual e na postura da pessoa em fazer do seu processo de trabalho também um processo de aprendizagem, ela só tem sentido quando ganha corpo no coletivo, na discussão conjunta da realidade, no exercício da democracia participativa, na escuta cuidadosa do outro e na produção de consensos entre os profissionais e a população. Este componente deve facilitar<sup>1,4,5,11,32,33,34,35,38,39,40,41,42</sup>.</p>  |

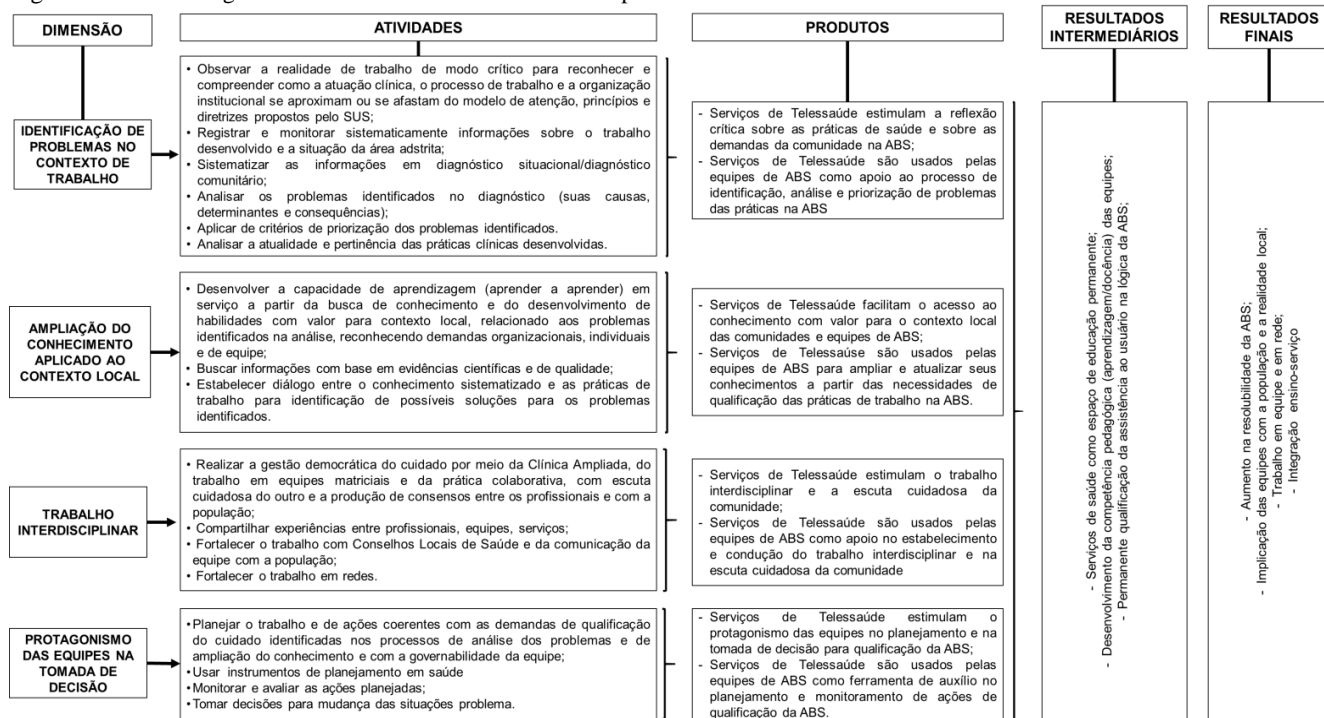
|  |   |
|--|---|
|  | As equipes de telessaúde, a partir do pressuposto da integralidade, deve promover a reflexão sobre a importância do trabalho interdisciplinar na qualificação das práticas de saúde e incentiva a sistematização de espaços democráticos de planejamento do cuidado e de escuta qualificada da população.   |
| <b>Protagonismo das Equipes na Tomada de Decisão</b> | <p>O protagonismo na tomada de decisão é objetivo maior da Educação Permanente em Saúde, no contexto brasileiro. Traduz-se pela responsabilização das equipes na transformação das práticas com qualificação das mesmas e se reflete na consolidação do SUS enquanto modelo integral de atenção à saúde<sup>2,4,5,32,35,36,37,38,39,40</sup>.</p> <p>As equipes de telessaúde devem estimular e incentivar a responsabilização e o protagonismo das equipes de ABS/APS na qualificação de suas práticas de trabalho e disponibilizam objetos de aprendizagem e instrumentos para realização do planejamento, sempre em consonância com as demandas apresentadas e analisadas.</p> |

Fonte: Elaboração dos autores.

No Modelo Lógico (Figura 2), observa-se o detalhamento de cada uma das quatro dimensões, considerando os *Rationales*, do ponto de vista das atividades que se esperam de uma ação de EPS, relacionadas tanto ao contexto das equipes de ABS quanto das equipes de Telessaúde. A partir delas, são descritos os produtos e os resultados intermediários e finais que se esperam de um Núcleo de Telessaúde enquanto estratégia de apoio à EPS das equipes de ABS.

As quatro dimensões do Modelo Lógico orientam a Matriz de Análise (Quadro 2), onde são indicados os critérios de avaliação e o modo como estes critérios serão observados na realidade da equipe de um núcleo de telessaúde e das equipes de ABS/APS usuárias dos serviços de telessaúde. A elaboração desta matriz já corresponde ao início da quarta etapa, quando se discute sobre as possibilidades de uso dos modelos criados em pesquisas avaliativas, o que acontece concomitantemente ao desenvolvimento das segunda e terceira etapas.

Figura 2 - Modelo Lógico de um Núcleo de Telessaúde como apoio à EPS na ABS.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: ABS – Atenção Básica à Saúde; EPS – Educação Permanente em Saúde.

Quadro 2 - Matriz de análise de Núcleos de Telessaúde enquanto estratégia de apoio à Educação Permanente de equipes da Atenção Básica à Saúde.

| Dimensão   | Critério  | Modo de Verificação   |
|--|---|---|
| Identificação de problemas no contexto de trabalho   | <p>A equipe de Telessaúde:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Propõe nos objetos de aprendizagem dos serviços ofertados a reflexão sobre o processo de trabalho e as práticas clínicas realizadas e o levantamento de informações sobre as condições de saúde da população, no sentido de identificar possibilidade de qualificação do cuidado.</li> <li>2. Orienta o uso de metodologias de realização de diagnóstico comunitário ou situacional e de análise e priorização de problemas, considerando o conceito ampliado de saúde.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Análise da metodologia de oferta dos serviços de telessaúde;</li> <li>b) Análise dos conteúdos dos objetos de aprendizagem produzidos pelos serviços de telessaúde;</li> <li>c) Grupo focal com profissionais do Núcleo Telessaúde</li> </ol>                     |
|  | <p>A equipe de ABS/APS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Realiza diagnóstico situacional dos processos de trabalho, das práticas assistenciais e das condições de saúde da população.</li> <li>4. Sistematiza e utiliza periodicamente as informações, identifica, analisa e prioriza problemas e nós críticos do trabalho a serem enfrentados.</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Análise dos conteúdos das participações dos profissionais das equipes selecionadas nos serviços de telessaúde;</li> <li>b) Entrevista com médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal e Agente Comunitário de Saúde.</li> </ol> |
| Ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local | <p>A equipe de Telessaúde:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Produz os objetos de aprendizagem a partir do conceito ampliado de saúde, considerando as necessidades locais de aprendizagem dos profissionais da ABS e baseados na melhor evidência científica.</li> <li>6. Facilita o acesso aos objetos de aprendizagem produzidos e a outros materiais produzidos por outras instituições.</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Análise da metodologia de oferta dos serviços de telessaúde;</li> <li>b) Análise dos conteúdos dos objetos de aprendizagem produzidos pelos serviços de telessaúde;</li> <li>c) Grupo focal com profissionais do Núcleo Telessaúde</li> </ol>                     |
|  | <p>A equipe de ABS/APS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. A equipe e os profissionais individualmente têm um plano de Educação Permanente em Saúde (agenda de discussão de temas e casos em reuniões de equipe, grupos de estudo interdisciplinar, participação em cursos, leituras de artigos, participação em webpalestras, oficinas, treinamentos, dentre outros).</li> <li>8. Buscam os serviços de telessaúde como fonte e estratégia de aprendizagem em serviço a partir da demanda do contexto local de serviço.</li> </ol>              | <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Análise dos conteúdos das participações dos profissionais das equipes selecionadas nos serviços de telessaúde;</li> <li>b) Entrevista com médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal e Agente Comunitário de Saúde.</li> </ol> |

|   |   |  |
|---|---|--|
| Trabalho interdisciplinar                     | <p>A equipe de Telessaúde:</p> <p>9. Estimula o trabalho em equipe e a prática colaborativa entre os profissionais da ABS e entre outros serviços da rede.</p> <p>10. Estimula a escuta cuidadosa da população e o acolhimento de seus interesses e opiniões</p>  | <p>a) Análise da metodologia de oferta dos serviços de telessaúde;</p> <p>b) Análise dos conteúdos dos objetos de aprendizagem produzidos pelos serviços de telessaúde;</p> <p>c) Grupo focal com profissionais do Núcleo Telessaúde</p>                       |
|   | <p>A equipe de ABS/APS:</p> <p>11. Realizam Clínica Ampliada, trabalho em equipes matriciais e o trabalho em rede.</p> <p>12. Tem espaços colaborativos instituídos para produção de consensos na realização conjunta do trabalho.</p> <p>13. Promovem o diálogo com a população atendida e participam dos Conselhos Locais de Saúde.</p>       | <p>a) Análise dos conteúdos das participações dos profissionais das equipes selecionadas nos serviços de telessaúde;</p> <p>b) Entrevista com médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal e Agente Comunitário de Saúde.</p> |
| Protagonismo das equipes na tomada de decisão | <p>A equipe de Telessaúde:</p> <p>14. Incentiva a tomada de decisão e protagonismo da equipe na qualificação do trabalho e do cuidado desenvolvido.</p> <p>15. Orienta o uso de instrumentos e metodologias de planejamento e monitoramento de ações.</p>   | <p>a) Análise da metodologia de oferta dos serviços de telessaúde;</p> <p>b) Análise dos conteúdos dos objetos de aprendizagem produzidos pelos serviços de telessaúde;</p> <p>c) Grupo focal com profissionais do Núcleo Telessaúde</p>                       |
|   | <p>A equipe de ABS/APS:</p> <p>16. Assume a responsabilidade pela qualificação do trabalho e do cuidado, e toma decisões dentro de sua governabilidade.</p> <p>17. Utiliza instrumentos de planejamento de ações coerentes com as necessidades de qualificação do trabalho identificadas.</p> <p>18. Monitora e avalia as ações realizadas.</p> | <p>a) Análise dos conteúdos das participações dos profissionais das equipes selecionadas nos serviços de telessaúde;</p> <p>b) Entrevista com médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal e Agente Comunitário de Saúde.</p> |

Concluiu-se que os serviços de Telessaúde devem ser entendidos e identificados pelas equipes de ABS como uma ferramenta de apoio para a identificação de problemas de seu processo de trabalho, a ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local, o trabalho interdisciplinar e o protagonismo das equipes de ABS na tomada de decisão para melhoria das práticas de saúde. E esse apoio deve acontecer sempre a partir da demanda apresentada pela própria equipe (lógica ascendente), tendo como eixos norteadores a integralidade e a implicação com o usuário.

### **Etapa 3: Feedback sobre a teoria do programa**

A análise das opiniões dos especialistas durante a primeira rodada da Conferência de Consenso demonstraram que houve coerência entre especialistas, não sendo registrada nenhuma discordância que exigisse um encontro presencial para discussão mais aprofundada. As sugestões concentraram-se no quadro de Rationales e na Matriz de Análise e foram acatadas.

Na dimensão “Identificação de Problemas no contexto de trabalho” sugeriu-se incluir como atores e protagonistas das atividades relacionadas também os gestores de diversos níveis da área da saúde. Além disso, solicitou-se que fossem destacados como aspectos relevantes da reflexão tanto os processos de organização do trabalho quanto as práticas clínicas.

Na dimensão “Ampliação do Conhecimento Aplicado ao Contexto Local” sugeriu-se incluir que a aprendizagem significativa acontece em diversos momentos do processo de trabalho da equipe, como na interação com a comunidade, deixando claro que o produto esperado não é fruto apenas de ações formais de educação. Foi sugerido que o título da dimensão 3 utilizasse o termo “Trabalho Interdisciplinar” no lugar do termo “Trabalho Multidisciplinar”. O termo interdisciplinar pressupõe o trabalho integrado, em equipe, de várias categorias profissionais que compartilham os saberes para o alcance de um objetivo em comum, o que traduz melhor as atividades descritas e esperadas na dimensão 3. Desta forma, a sugestão foi acatada.

Já na dimensão “Protagonismo das equipes na tomada de decisão” a sugestão foi acrescentar que o protagonismo na tomada de decisão é um objetivo da EPS no contexto brasileiro.

Em relação à Matriz de Análise, sugeriu-se deixar claro no texto dos critérios estabelecidos em cada dimensão que as atividades de EPS se relacionam tanto com aspectos da organização do processo de trabalho quanto com os aspectos do cuidado clínico e assistencial. Na

dimensão “Ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local” sugeriu-se ainda que fossem citados exemplos de atividades que poderiam compor um plano de EPS, no critério 7 (Quadro 2).

#### **Etapa 4: Definição do uso do estudo**

Na quarta etapa, com os modelos e a matriz de análise devidamente validados, sugeriu-se utilizá-los em um processo avaliativo de abordagem qualitativa, a partir de um estudo de caso com um Núcleo de Telessaúde, aplicando os critérios da matriz tanto com as equipes usuárias dos serviços de Telessaúde quanto com a equipe do Núcleo de Telessaúde por meio da realização de entrevistas. Além disso, sugeriu-se ainda uma análise das metodologias de oferta de cada serviço de Telessaúde, bem como a análise dos produtos gerados em cada um dos serviços.

A partir dos dados coletados por cada uma destas estratégias, será possível realizar uma análise simples dos dados identificando padrões e existência de convergências e divergências entre equipes de ABS/APS e a equipe de Telessaúde; confrontar os modelos com a realidade empírica do caso para emissão de juízo do grau de implantação dos serviços como apoio a EPS e identificar fatores de contexto que podem influenciar no grau de implantação do programa e o efeito esperado (limites e potencialidades).

## **4 Discussão**

O desenvolvimento deste estudo foi útil para uma melhor compreensão do objeto avaliado na perspectiva do apoio à EPS das equipes de ABS. A EPS tem um arcabouço teórico complexo, que exigiu revisão exaustiva da literatura e um aprofundamento qualitativo para que fosse possível propor categorias de análise e avaliação<sup>26,27,28,29</sup>.

Apoiar as ações de EPS das equipes de ABS é um objetivo bem claro e presente nas legislações e documentos oficiais do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, apesar de a maior discussão e investimento em pesquisas estarem voltados para o objetivo de ofertar apoio clínico-assistencial para o aumento da resolubilidade na ABS. A escassez de estudos e pesquisas que avaliem o apoio dos núcleos para a EPS, demonstra a importância de se aprofundar e se debruçar nessa discussão<sup>6,7,8,9,10,43</sup>.

O Telessaúde Brasil Redes, por meio de seus núcleos e oferta de serviços de Telessaúde (Teleconsultoria, Tele-educação, Telediagnóstico e Segunda Opinião Formativa), é identificado por



vários autores como uma potente ferramenta de EPS, no sentido de apoiar as equipes de ABS na articulação e coordenação dos fluxos nas redes assistenciais, no apoio clínico à distância, no apoio matricial e na resolução de problemas<sup>9,22,35,44,45,46,47,48,49</sup>.

No Modelo Teórico, ao se observar o contexto referente às equipes de ABS, percebe-se que o processo de trabalho se apresenta como um espaço de aprendizagem. As equipes de ABS, ao identificarem uma situação problema, geram uma necessidade de aprendizagem. Os conhecimentos buscados para suprir estas necessidades de aprendizagem vão se integrando ao trabalho e, por meio do planejamento, dão base para a tomada de decisão e para realização de intervenções que transformem a situação problemática<sup>2,4,33</sup>.

Todo este processo no contexto das equipes de ABS caracteriza a educação permanente em serviço, que pode ser apoiada por ações e programas de Educação Permanente em Saúde, como o Programa Telessaúde Brasil<sup>8,10,43,45,47,50,51,52</sup>.

Já no contexto do Núcleo de Telessaúde, observa-se a oferta dos quatro serviços previstos de maneira independente, cada um com metodologia e fluxos próprios, mas que são interligados a partir das demandas dos usuários<sup>8,10,43,53</sup>.

A equipe de Telessaúde, ao receber a demanda da equipe de ABS, inicia seu próprio processo de reflexão e ampliação do conhecimento baseado em evidências para responder às necessidades de aprendizagem identificadas na etapa anterior. A partir da aprendizagem significativa, a equipe de Telessaúde consegue elaborar a melhor estratégia para atender a demanda da equipe de ABS. Acontece então a oferta do serviço que é avaliada na sequência, o que permite que a equipe de Telessaúde identifique necessidades de adequação dos serviços e possa planejar ações para qualificar a oferta. Todo este percurso se caracteriza como processo de aprendizagem em serviço<sup>2,4,33</sup>.

Como a interação entre o contexto do Telessaúde e da equipe de ABS é de mão dupla, também há a possibilidade de os serviços de Telessaúde servirem como ações intencionais de apresentação de demandas importantes às equipes de ABS, a partir de demandas regionais, estaduais e federais, apesar de a lógica preferencial ser ascendente (das equipes de ABS para os serviços de Telessaúde).

Os resultados esperados desta interação são: práticas coerentes com o modelo da integralidade; aumento da resolubilidade na ABS; trabalho coletivo e em redes qualificado; qualidade no cuidado ao usuário e qualificação dos serviços de Telessaúde<sup>1,3,4,32</sup>.

A crítica principal sobre os serviços de Telessaúde enquanto estratégia de EPS, é o perigo de se reduzir o apoio à EPS apenas aos serviços de tele-educação, como cursos e webpalestras, que são em primeira instância ações de educação continuada, que partem de uma proposição do núcleo para as equipes<sup>35,54,55</sup>. A questão é que mesmo as ações de educação continuada devem ser pensadas e ofertadas na perspectiva de um projeto maior que considere as demandas e necessidades das equipes, incentivando permanentemente a identificação de problemas no contexto de trabalho, a ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local, o trabalho interdisciplinar e protagonismo das equipes na tomada de decisão.

Dessa forma, podemos concluir deste processo de revisão e proposição de um modelos avaliativo, que o potencial de EPS do Telessaúde Brasil Redes está justamente na articulação integrada das ações e serviços de Telessaúde<sup>35,54</sup>, que devem ser elaborados, ofertados e usados na perspectiva das quatro dimensões apresentadas nos modelos, tendo como imagem-objetivo práticas mais coerentes com o modelo da integralidade; aumento da resolubilidade na ABS; trabalho coletivo e em redes qualificado; qualidade no cuidado ao usuário e a própria qualificação dos serviços de Telessaúde para estes fins.

Nesse sentido, a modelização do programa foi fundamental para identificar os aspectos que se esperam ser observados em um núcleo de Telessaúde para o apoio à EPS. O processo de modelização permite observar a diferença entre a intervenção ideal e a intervenção de fato implantada e executada; permite registrar o sentido do programa e suas relações; permite identificar aspectos contextuais importantes que podem influenciar os resultados do programa e ainda identificar indicadores, critérios e medidas adequadas e coerentes para sua avaliação<sup>25,28,29,56,57</sup>.

As dimensões propostas no Modelo Lógico (Figura 2) dão a direção dos aspectos a serem observados e avaliados em uma ação ou estratégia de EPS, a partir dos quais se pode estimar como um Núcleo de Telessaúde deve apoiar a EPS dos profissionais de saúde. A descrição de atividades e produtos esperados pode ser adaptada para outras ações e estratégias de EPS, o que também conduz a elaboração de uma matriz de análise adaptada a cada estratégia.

Neste sentido, os resultados do presente estudo indicam que os serviços de Telessaúde são avaliáveis enquanto estratégia de apoio à EPS dos profissionais e equipes de ABS, pois a teoria do programa foi identificada de forma clara e consistente dentro do escopo da Educação Permanente em Saúde e da Educação a Distância na Saúde, bem como

foi possível descrever detalhadamente as atividades necessárias e os resultados esperados.

Considerando-se os modelos propostos e a natureza do objeto de estudo, indica-se como caminho metodológico para avaliação de serviços de Telessaúde enquanto estratégia de apoio à EPS uma pesquisa qualitativa, por meio de um estudo de caso com envolvimento tanto da equipe do Núcleo de Telessaúde como dos usuários dos serviços. Sugere-se uma análise dos dados coletados baseada na identificação de convergências e divergências, bem como no confronto dos modelos com a realidade empírica do caso<sup>58</sup>.

## **5 Conclusão**

Ao longo do desenvolvimento desta pesquisa percebeu-se claramente a grande contribuição do estudo de avaliabilidade como estratégia para apoiar a tomada de decisão quanto ao melhor caminho metodológico para se avaliar um Núcleo de Telessaúde enquanto estratégia de apoio à EPS da ABS.

Outra contribuição diz respeito ao processo formativo dos pesquisadores e atores envolvidos no sentido de compreender com mais clareza como um Núcleo de Telessaúde pode se organizar e planejar suas ações para atingir seu propósito de apoiar a EPS dos profissionais de saúde na ABS.

Além disso, considera-se que os modelos aqui apresentados se mostram como uma estratégia avaliativa que vai além da avaliação pontual de satisfação dos profissionais de saúde com a metodologia das ações de EPS, pois avança para uma avaliação que engloba aspectos do planejamento e uso destas ações para a finalidade da EPS.

A definição da avaliabilidade do objeto aqui analisado não esgota a discussão sobre a atuação dos Núcleos de Telessaúde enquanto estratégia de EPS. É necessário colocar o instrumento proposto à prova, avançando na realização de estudos de caso com os Núcleos de Telessaúde existentes, conforme sugerido na última etapa desta pesquisa. É possível ainda que outros programas e ações de EPS possam utilizar os modelos aqui propostos, substituindo e adaptando a lógica de organização dos Núcleos de Telessaúde para sua realidade de funcionamento, atendendo às suas necessidades.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 64 p, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
2. Davini MC. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. SGTES.DGES. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-63.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
4. Figueiredo MCB de, organizador. Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Rio de Janeiro: Ead/Ensp, 2014.
5. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Educação permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: Mandarino AC de S, Gallo E, Gomberg E, organizadores. Informar e Educar em Saúde: análises e experiências. Salvador: Edufba, Editora Fiocruz, 2014. p.9-26.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Programas e Projetos. 2017. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/index.php/programas-e-projetos-sgtes>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica à Saúde. 2017. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_telessaude.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_telessaude.php)
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). Ministério da Saúde. 2011.
9. Figueiredo AM, Guedes TAL. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. In: Valentim RAM, Araújo BG, Guedes TAL, Figueiredo AM, organizadores. A Telessaúde no Brasil e a inovação tecnológica na atenção primária. Natal: Edufrn, 2015. p. 27-46.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.
11. World Health Organization. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth Series. Geneva: World Health Organization, 2010.
12. Nepal S, Li J, Jang-Jaccard J, Alem L. A Framework for Telehealth Program Evaluation. *Telemed J E Health*. 2014; 20(4): 393-404.
13. Alkmim MBM, Marcolino MS, Figueira RM, Sousa L, Nunes MS, Cardoso CS, *et al*. Factors Associated with the Use of a Teleconsultation System in Brazilian Primary Care. *Telemed J E Health*. 2015; 21(6): 1-11.
14. Scott RE, Mars M. Telehealth in the developing world: current status and future prospects. *Smart Homecare Technology and Telehealth*. 2015. 3.:25-37.

15. Organização Panamericana de la Salud. Marco de Implementación de um Servicio de Telemedicina. Washington, DC: Opas, 2016.
16. Akhlaq A, McKinstry B, Muhammad KB, Sheikh A. Barriers and facilitators to health information exchange in low- and middle-income country settings: a systematic review. *Health Policy and Planning*. 2016. 31(9): 1310-1325.
17. Pessoa CG, Sousa L, Ribeiro A, Oliveira T, Silva JL, Alkmim MB, *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 eHealth*. 2016. 3;e4: 1-9.
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. Novaes MA, Machiavelli JL, Villa Verde FC, Campos Filho AS, Rodrigues TRC. Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil. *Interface (Botucatu) [online]*. 2012. 16(43): 1095-106.
20. Campos PD, Ferrari DV. Telessaúde: avaliação da eficácia da teleconsulta na programação e adaptação de aparelho de amplificação sonora individual. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol*. 2012. 24(4): 301-8.
21. Silva AB, Moraes IHS. O caso da Rede Universitária de Telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira. *Physis*. 2012. 22(3): 1211-35.
22. Silva AB. Telessaúde no Brasil: Conceito e Aplicações. Rio de Janeiro: Doc Editora, 2014.
23. Oliviera DG, Frias PG, Vanderlei LCM, Vidal AS, Novaes MA, Souza WV. Análise da implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos. *Cad. Saúde Pública*. 2015.31(11): 2367-2378.
24. Nilson LG, Dolny LL, Natal S, Lacerda JT de, Calvo MCM. Telehealth Centers: A Proposal of a Theoretical Model for Evaluation. *Telemed J E Health*. 2017. 23(11): 1-8.
25. Leviton LC, Khan LK, Rog D, Dawkins N, Cotton D. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. *Annu Rev Public Health*. 2010. 31: 213-233.
26. Thurston WE, Potvin L. Evaluability Assessment: A Tool for Incorporating Evaluation in Social Change Programmes. *Evaluation*. 2003. 9(4): 453-469.
27. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 2005. 20(2): 1-25.
28. Walser TM, Trevisan MS. Evaluability Assessment Thesis and Dissertation Studies in Graduate Professional Degree Programs: Review and Recommendations. *American Journal of Evaluation*. 2016. 37(1): 118-138.
29. Trevisan MS, Walser TM. Evaluability assessment. Improving evaluation quality and use. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc. 2015.
30. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
31. Souza LEPF de, Silva LMV da, Hartz ZM de A. Conferência de Consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZM de A, Silva LMV da, organizadores. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à

- prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 3ª Reimpressão. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
32. Merhy EE, Feuerweker LCM, Ceccim RB. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Revista Salud Colectiva*, Buenos Aires. 2006. 2(2): 147-160.
33. Berbel NAN. A Metodologia da Problematização e os Ensinamentos de Paulo Freire: uma relação mais que perfeita. In: Berbel NAN, organizador. *Metodologia da Problematização: Fundamentos e Aplicações*. Londrina: Ed. Uel, 1999. p. 1-28.
34. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
35. Pinto H. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para Transformar. In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA, organizadores. *A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 23-65.
36. Hadaad QJ. Las Necesidades de Intervención y el Monitoreo de los Procesos Educativos. In: Hadaad QJ, Roscke MAC, Davini MC, organizadores. *Educacion Permanente de Personal de Salud. Serie Desarrollo Recursos Humanos nº 100*. Opas: Washington, D.C., 1994. p. 145-186.
37. Rovere MR. Gestion Estrategica de la Educacion Permanente em Salud. In: Hadaad QJ, Roscke MAC, Davini MC, organizadores. *Educacion Permanente de Personal de Salud. Serie Desarrollo Recursos Humanos nº 100*. OPAS: Washington, D.C., 1994. p. 63-106.
38. Fiocruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde. Observatório dos Técnicos em Saúde. *Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Relatório Final*. Rio de Janeiro, 2006.
39. United Kingdom. Department of Health. ‘Working Together – Learning Together’ A Framework for Lifelong Learning for the NHS. Department of Health Publications: 2001.
40. United Kingdom. Department of Health. *Liberating the NHS: Developing the Healthcare Workforce From Design to Delivery*. Department of Health Publications: 2012.
41. Ceccim RB, Ferla AA. Educação Permanente em Saúde. In: Pereira IB, Lima JC, coordenadores. *Dicionário da educação profissional em saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde*. 2 ver. ed. ampl. Rio de Janeiro: Epsjv, 2008, p. 162-168.
42. Ferreira GE, Brondani JP, Neves M; Duarte ERM. Da avaliação à cooperação: constituindo espaços de Educação Permanente em Saúde no trabalho avaliativo. In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA, organizadores. *A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Ministério da Saúde. 2011.
44. Santos AF, Souza C, Alves HJ, Santos SF. *Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente*. Belo Horizonte: Editora Ufmg; 2006.

45. Carneiro VF, Brant LC. Telessaúde: dispositivo de educação permanente em saúde no âmbito da gestão de serviços. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2013. 4(2): 494-516.
46. Magalhães Júnior HM, Pinto HA. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Saúde em Debate*. 2014. 1(51): 14-29.
47. Pinto HA, Souza ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*. 2014. 1(51): 43-57.
48. Lucena BEB, Diniz Junior J, Diniz RVZ. Telessaúde como Ferramenta de Apoio à Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre as teleconsultorias em cardiologia. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde, On-Line*. 2015.
49. Merhy EE, Gomes LB. Colaborações ao debate sobre a revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA, organizadores. *A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 67-92.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2012.
51. Oliveira MAN. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. *Rev. bras. Enferm.* 2007. 60(5): 585-589.
52. Santos CM, Tenório FPS, Kich FD. Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe – Saberes e Tecnologias para Implantação de uma Política. Livro do Aprendiz 2. Aracaju: Funesa, 2011.
53. Oliveira D G. Análise do Grau de Implantação da Telessaúde na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco: estudo de casos [Dissertação]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
54. Merhy EE, Gomes LB. Colaborações ao debate sobre a revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA, organizadores. *A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas*. Porto Alegre: Rede Unida 2016. p. 67-92.
55. Zepeda J. Comentários sobre o texto “Contribuições ao Debate sobre a Revisão da Política Nacional de Educação Permanente”, de Emerson Merhy e Luciano Gomes. In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA, organizadores. *A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 93-104.
56. Champagne F, Brousselle A, Hartz ZM de A, Contandriopoulos AP. Modelizar as Intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZM de A, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 61-74.
57. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZM de A. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZM de A, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na*

avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.

58. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP, Denis JL. A Análise da Implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZM de A, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 217-238.



### 5.3 ARTIGO 3: AVALIAÇÃO DO TELESSAÚDE COMO APOIO À EPS NA ABS: O CASO DE SANTA CATARINA, BRASIL

#### **Avaliação do Telessaúde como Apoio à EPS na ABS: o caso de Santa Catarina, Brasil**

##### **Resumo**

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é reconhecida como a educação que acontece no trabalho em saúde e indicada para superar lacunas da formação profissional para atuação no modelo pautado pela integralidade. O objetivo foi avaliar um Núcleo de Telessaúde enquanto estratégia de apoio à EPS na ABS. Desenvolveu-se pesquisa avaliativa de implantação por meio de estudo de caso, tendo como caso o Núcleo Telessaúde de Santa Catarina e como níveis de análise profissionais do Telessaúde SC (Nível 1, n=8) e equipes de Saúde da Família (eSF) participantes do Telessaúde SC (Nível 2, n=27). Realizaram-se entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo temática com foco na oferta e no uso dos serviços de telessaúde em quatro dimensões pré-definidas: 1) Identificação de Problemas no Contexto de Trabalho; 2) Ampliação do Conhecimento Aplicado ao Contexto Local; 3) Trabalho Interdisciplinar e 4) Protagonismo das Equipes na Tomada de Decisão. Considerou-se oferta satisfatória atingir o mínimo 75% da pontuação. Para o uso, adotou-se o como satisfatório o percentual mínimo de 75% dos entrevistados que atribuía ao Telessaúde SC apoio em cada dimensão. O Telessaúde SC está implantado satisfatoriamente em três dimensões e de forma regular em uma. As eSF identificaram o apoio do Núcleo satisfatoriamente apenas na dimensão 2. É necessário avançar na interação personalizada com as eSF e no desenvolvimento das competências reflexiva e dialógica, além de investir na sensibilização de gestores e profissionais sobre os objetivos dos serviços.

**Palavras-chave:** Educação Permanente em Saúde, Telessaúde, Avaliação de Programas e Serviços de Saúde.

## **Introdução**

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é reconhecida como a educação que acontece no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho em saúde. Tem como objetivo refletir e produzir incômodos para transformar as práticas de cuidado na direção das necessidades e dos direitos de acesso da população a serviços de saúde de qualidade (ROVERE, 1994; SILVA; PEDUZZI, 2011; MERHY; FEUERWERKER, 2014).

O cuidado em saúde, na perspectiva da integralidade e dos determinantes sociais, é complexo e demanda dos profissionais o desenvolvimento de competências reflexivas, dialógicas e de trabalho em equipe. Paradoxalmente, os processos de formação em saúde, na maioria das vezes se concentra no desenvolvimento das competências técnicas e dos conhecimentos das especialidades clínicas, o que gera um descompasso entre a formação e as demandas da prática em serviço. A EPS é indicada como uma estratégia para superar essa lacuna, permeando desde os processos de formação técnica e de graduação, até os processos de qualificação em serviço, apoiando os profissionais e equipes nos processos de reflexão-ação-transformação de suas práticas (BRASIL, 2009; FRENK et al., 2010; JORGE et al., 2012; LEMOS, 2016; ANDRADE et al., 2016; GIGANTE; CAMPOS, 2016; THE NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, 2016).

O desenvolvimento e o incentivo à prática da EPS pelas equipes já atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma responsabilidade das instâncias de gestão da saúde, e marca seu compromisso com a qualificação do cuidado prestado e com a ampliação da resolubilidade da atenção (BRASIL, 2009). Exemplos como o do Reino Unido demonstram que, quando há investimento e valorização da educação permanente da força de trabalho em saúde - com foco também nas competências de gestão, liderança e trabalho em equipe -, há melhorias na qualidade da atenção, gerando satisfação dos profissionais e impactando positivamente a saúde da população (UK, 2001; 2012).

No Brasil, algumas iniciativas como a Comunidade de Práticas, o Portal Saúde Baseado em Evidências, a Universidade Aberta do SUS e o Programa Telessaúde Brasil Redes, buscam responder a essa demanda apoiando os profissionais que atuam no SUS nos processos de problematização, aprendizagem significativa e transformação do trabalho em saúde.

Os núcleos do Telessaúde Brasil Redes, implantados em 2007, foram criados com o objetivo de apoiar: a) a tomada de decisão clínica,

evitando e qualificando encaminhamentos para outros níveis de atenção; b) as ações de EPS na ABS, utilizando ferramentas e tecnologias da informação e comunicação (TIC) (BRASIL, 2011; 2012; 2018).

Os benefícios da implantação de serviços e núcleos de telessaúde são evidenciados por estudos descritivos e avaliativos no Brasil e no mundo (WHO, 2010; CAMPOS; FERRARI, 2012; NOVAES et al., 2012; NEPAL et al., 2014; ALKIMIN et al., 2015; SCOTT; MARS, 2015; OLIVEIRA et al., 2015; BRASIL, 2015; OPAS, 2016; PESSOA et al., 2016). Versam sobre avaliação da eficácia de serviços específicos, custo-benefício, aumento da resolubilidade na ABS, implantação normativa, indicadores de monitoramento do desempenho, melhoria no acesso aos serviços de saúde, barreiras e facilidades no uso de serviços de telessaúde, testes de ferramentas e TICs na saúde e avaliações pontuais de atividades educativas a distância. Não foram identificadas propostas de avaliação dos núcleos enquanto uma estratégia de apoio à EPS, apesar de indicada como necessária e importante por alguns autores (SILVA, 2014; NILSON et al, 2017).

Desta forma, o presente estudo tem por objetivo avaliar o Telessaúde enquanto uma estratégia de apoio à EPS na ABS, por meio da análise de um núcleo estadual que integra o Telessaúde Brasil Redes desde sua criação, em 2007, e que oferta todos os serviços previstos.

## **Método**

Trata de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, de abordagem quanti-qualitativa, por meio de estudo de caso, tendo como objeto o Telessaúde e como foco de análise a oferta e o uso dos serviços como estratégia de apoio à EPS na ABS (CHAMPAGNE et al., 2011).

Foi considerado como caso o Núcleo Telessaúde de Santa Catarina e como níveis de análise os gestores e profissionais do Núcleo Telessaúde SC (Nível 1) e as equipes de Saúde da Família (eSF) participantes do Telessaúde SC (Nível 2).

Participaram da pesquisa gestores e profissionais de todos os serviços do Núcleo Telessaúde SC considerando o maior tempo de atuação e apropriação dos processos de elaboração e oferta, assim distribuídos: Teleconsultoria (2), Tele-educação (1), Telediagnóstico (1), Segunda Opinião Formativa (2) e Regulação Regional (2). As entrevistas semiestruturadas foram realizadas em local reservado e com agendamento prévio, com duração média de 30 minutos.

A seleção das eSF se deu em duas etapas. Inicialmente, os municípios catarinenses foram estratificados em quatro grupos, segundo

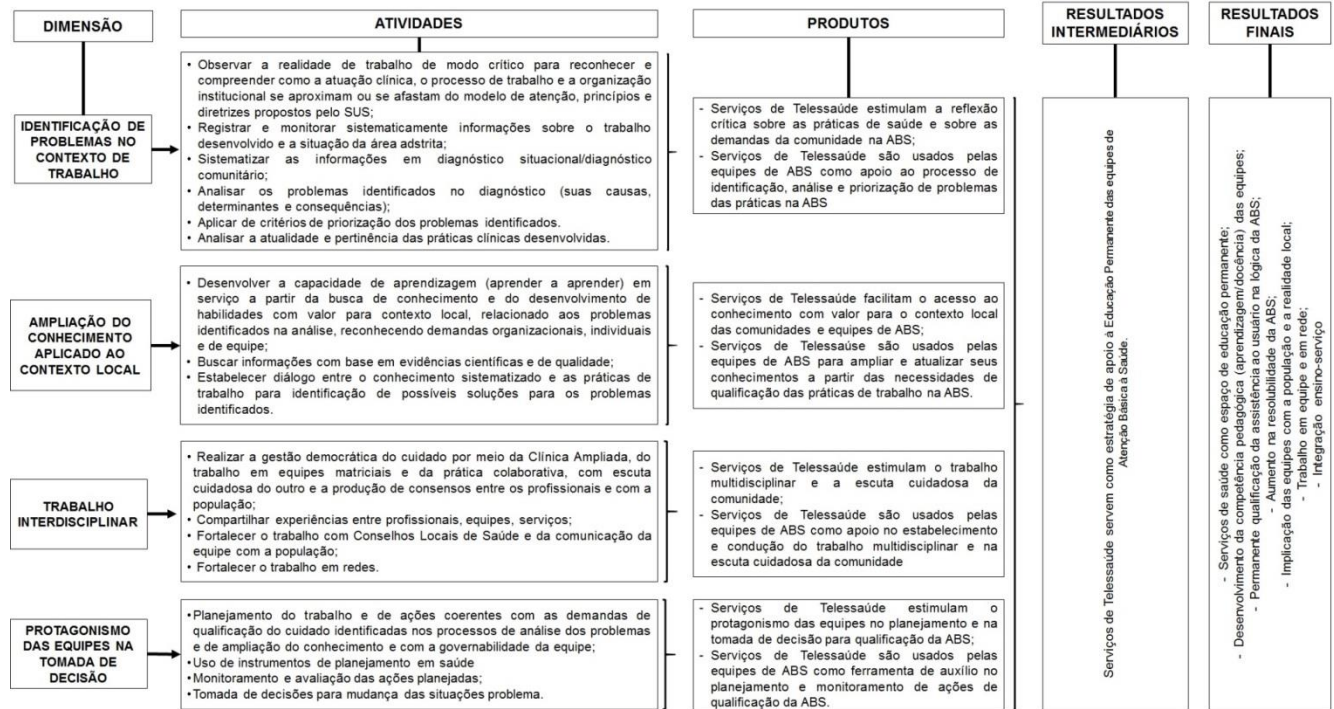
o número de eSF existentes: estrato 1 (0 a 3 equipes); estrato 2 (4 a 10 equipes); estrato 3 (11 a 20 equipes); estrato 4 (mais de 20 equipes). Em cada estrato foi selecionado o município com o maior número de participações gerais nos serviços de telessaúde entre os anos de 2015 e maio de 2017. Em cada um dos quatro municípios selecionados foi identificada a eSF com maior uso dos serviços de telessaúde, considerando os seguintes critérios: maior número de participações totais nos serviços, maior variedade de categorias profissionais no uso dos serviços e maior número de teleconsultorias realizadas. Participaram também do estudo um quinto município e equipe, em virtude da experiência local de inserção do serviço de teleconsultoria nos fluxos de regulação municipal.

Participaram das entrevistas semiestruturadas 27 profissionais das eSF selecionadas: Médico (5), Enfermeiro (5), Cirurgiões-dentistas (4), Agentes Comunitários de Saúde (5), Técnicos de Enfermagem (5), Técnicos/Auxiliares de Saúde Bucal (3). A duração média das entrevistas foi de 40 minutos, agendadas previamente e realizadas em local reservado.

A lógica de organização de um núcleo de telessaúde enquanto estratégia de apoio à EPS, que orienta a coleta e análise no presente estudo, está embasada numa revisão documental e de literatura realizada previamente e sintetizada num diagrama denominado Modelo Lógico (ML). O ML foi debatido com especialistas em EPS, em telessaúde e em avaliação (n=7) por meio da técnica de “Conferência de Consenso” (SOUZA, SILVA e HARTZ, 2005), obtendo-se o consenso em duas rodadas. Definiu-se pela consolidação em quatro dimensões: 1) Identificação de Problemas no Contexto de Trabalho; 2) Ampliação do Conhecimento Aplicado ao Contexto Local; 3) Trabalho Interdisciplinar e 4) Protagonismo das Equipes na Tomada de Decisão. Foram identificadas também as atividades que expressavam cada uma das dimensões e quais seriam os produtos que caracterizariam a oferta e o uso dos serviços de Telessaúde como uma estratégia de apoio à EPS das eSF, apresentados na Figura 1.

A partir do ML, foi elaborada uma Matriz de Análise (MA) de Núcleos de Telessaúde enquanto estratégia de apoio à EPS de eSF, estabelecendo 8 critérios e fontes de evidências que conduziram a coleta de dados (Quadro 1).

Figura 1 - Modelo Lógico de um Núcleo de Telessaúde como apoio à EPS na ABS.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: ABS – Atenção Básica à Saúde; EPS – Educação Permanente em Saúde.

Quadro 1 - Matriz de análise de Núcleos de Telessaúde enquanto estratégia de apoio à Educação Permanente de equipes da Atenção Básica à Saúde.

| <b>DIMENSÃO</b>  | <b>CRITÉRIO</b>  | <b>PONTOS</b>    |
|--|--|------------------|
| <b>Dimensão 1:</b><br>Identificação de Problemas no Contexto de Trabalho   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Propõe nos objetos de aprendizagem dos serviços ofertados a reflexão sobre o processo de trabalho e as práticas clínicas realizadas e o levantamento de informações sobre as condições de saúde da população, no sentido de identificar possibilidade de qualificação do cuidado.</li> <li>2. Orienta o uso de metodologias de realização de diagnóstico comunitário ou situacional e de análise e priorização de problemas, considerando o conceito ampliado de saúde.</li> </ol> | 20 pontos        |
| <b>Dimensão 2:</b><br>Ampliação do Conhecimento Aplicado ao Contexto Local | <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Produz os objetos de aprendizagem a partir do conceito ampliado de saúde, considerando as necessidades locais de aprendizagem dos profissionais da ABS e baseados na melhor evidência científica.</li> <li>4. Facilita o acesso aos objetos de aprendizagem produzidos e a outros materiais produzidos por outras instituições</li> </ol>  | 20 pontos        |
| <b>Dimensão 3:</b><br>Trabalho Interdisciplinar                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Estimula o trabalho em equipe e a prática colaborativa entre os profissionais da ABS e entre outros serviços da rede.</li> <li>6. Estimula a escuta cuidadosa da população e o acolhimento de seus interesses e opiniões</li> </ol>  | 20 pontos        |
| <b>Dimensão 4:</b><br>Protagonismo das Equipes na Tomada de Decisão        | <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Incentiva a tomada de decisão e protagonismo da equipe na qualificação do trabalho e do cuidado desenvolvido.</li> <li>8. Orienta o uso de instrumentos e metodologias de planejamento e monitoramento de ações.</li> </ol>  | 20 pontos        |
|  | <b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>  | <b>80 pontos</b> |

**Fonte:** Elaboração própria.

As entrevistas com os profissionais do Núcleo Telessaúde SC foram realizadas entre março e abril de 2018 e seguiram um roteiro com perguntas relacionadas aos objetivos de um Núcleo de Telessaúde, à compreensão do conceito de EPS e a relação deste conceito com os serviços de telessaúde, considerando as atividades descritas nas quatro dimensões do ML.

As entrevistas com os profissionais das eSF seguiram um roteiro baseado em quatro situações enfrentadas por uma equipe de Saúde da Família fictícia. Cada situação englobava o rol de atividades esperadas nas quatro dimensões do ML. A dinâmica das entrevistas iniciou-se com a leitura das situações fictícias em conjunto com o entrevistado e, a partir delas, realizadas perguntas gerais sobre como o entrevistado e sua equipe agiriam naquela situação e sobre a solicitação de apoio a algum serviço ou profissional para desenvolver as atividades relatadas. Também foi utilizado um roteiro oculto para aprofundar questões não identificadas espontaneamente na fala do entrevistado. Esperava-se que os serviços de telessaúde fossem espontaneamente indicados como apoio às eSF nas situações apresentadas. Ao final da entrevista, foram incluídas questões específicas e diretas sobre o uso dos serviços de telessaúde pelo entrevistado e se ele identificava ou não o apoio dos serviços de telessaúde em cada dimensão. As entrevistas foram realizadas entre os meses de junho e julho de 2017.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Na sequência, foi conduzida uma análise de conteúdo temática (MINAYO, 2014) a partir das dimensões pré-definidas no ML (Figura 1) com o auxílio do software ATLAS.ti, versão 8. Foi realizada uma análise imbricada dos dados coletados, identificando convergências e divergências entre os aspectos de oferta (nível 1) e uso (nível 2). Também foram identificadas potencialidades e fragilidades para o uso e oferta dos serviços em cada uma das dimensões de análise. A análise da implantação orientou-se pela convergência entre a oferta e o uso.

Na análise da oferta, definiu-se em cada dimensão uma pontuação máxima esperada, a partir dos critérios da MA. Cada critério avaliado como satisfatório recebeu 10 pontos, os avaliados como regulares receberam 5 pontos e os avaliados como insatisfatórios receberam 0 pontos. Considerou-se oferta satisfatória o cumprimento de no mínimo 75% da pontuação máxima esperada. Para o uso, adotou-se o percentual de entrevistados que atribuiu apoio ao Telessaúde na execução das atividades indicadas em cada dimensão de análise. Considerou-se uso satisfatório quando o Telessaúde foi referido por no mínimo 75% dos entrevistados.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme parecer nº 1.466.605 e nº 1.788.545. Foram respeitados todos os preceitos éticos para a construção de pesquisas envolvendo seres humanos e obtida a anuência livre e consentida de todos os interessados e envolvidos.

## **Resultados**

### **O Telessaúde SC e seus objetivos – a visão dos que ofertam**

O Núcleo Telessaúde SC foi implantado em 2007 como um dos nove núcleos piloto do Programa Telessaúde Brasil Redes. Desde então, organizou e estruturou sua equipe para a oferta dos serviços de Tele-educação, Teleconsultoria, Segunda Opinião Formativa e Telediagnóstico (BRASIL, 2015).

É acessado por 100% dos municípios catarinenses e os serviços de tele-educação ofertados em nível nacional. Em maio de 2018 possuía 1.894 equipes e 20.933 profissionais cadastrados com uso regular dos serviços. O serviço de Tele-educação desenvolve e oferece todas as atividades previstas, com regularidade (BRASIL, 2015). Em 2017 ofertou 84 webpalestras, 148 fóruns de discussão, 115 reuniões de matriciamento e 75 cursos a distância com abrangência em 89,8% dos municípios catarinenses e também municípios de 25 estados brasileiros, mais o Distrito Federal. No mesmo ano foram realizadas 21.554 teleconsultorias, produzidas e publicadas 28 SOF no portal nacional, com acesso aberto. Foram também emitidos 243.523 laudos de telediagnóstico nas modalidades telecardiologia e teledermatologia (NÚCLEO TELESSAÚDE SC, 2018).

Em 2018, a equipe era composta por 51 profissionais assim distribuídos: coordenadores de serviços (04), apoio administrativo (06), Tele-educação (03), Teleconsultoria (18), Telediagnóstico (05), Equipe de Telecomunicação (04) e equipe de apoio às TIC (11).

A equipe de comunicação trabalha no apoio à produção dos objetivos de aprendizagem, na divulgação dos serviços e também na produção de objetos de aprendizagem (OA) para a população em geral. O Núcleo é coordenado pela Universidade Federal de Santa Catarina em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (SES). Desde 2013 desenvolve negociações com a SES para integração do serviço de teleconsultoria com as centrais de regulação, o que aconteceu efetivamente a partir do ano de 2015.

Os profissionais do Telessaúde SC entrevistados entendem que é objetivo do Núcleo de Telessaúde apoiar as equipes da ABS na



ampliação de sua resolubilidade e na qualificação de suas práticas, usando a EPS como estratégia. Foram identificados aspectos estruturantes do conceito de EPS na fala dos entrevistados tais como: a importância da demanda ser ascendente; de problematizar o trabalho observando os princípios e diretrizes do SUS; da dialogicidade; e da transformação das práticas identificadas como problema.

A teleconsultoria foi destacada como o serviço que melhor atende as características da EPS por responder a uma situação concreta, advinda diretamente da realidade de trabalho das equipes e profissionais da ABS. Destacaram também a importância do caminho inverso, no sentido dos serviços proporem temáticas que, se observadas pela equipe, podem qualificar e transformar o cuidado.

Alguns entrevistados destacaram ainda que o desenvolvimento de estratégias para o fomento de EPS nos serviços depende das características pessoais de cada apoiador do telessaúde, sendo que alguns têm maior proximidade com as práticas de EPS e com os princípios da ABS. Destacaram também a importância e necessidade de espaços de qualificação dos profissionais do Telessaúde SC com esta finalidade.

Quando questionados a respeito do que poderia ser melhorado nos serviços para atender ao objetivo de apoiar a EPS, alguns entrevistados ressaltaram a importância de se pensar no apoio clínico integrado à organização do processo de trabalho, evitando polarizar estes dois aspectos, considerando que para atingir a imagem-objetivo do cuidado integral, o profissional na ABS precisa articular ambas as competências: *“É a partir da clínica que o processo de trabalho pode fazer sentido. Mostrar como a situação clínica depende da organização do processo de trabalho. Se estamos buscando entender o que está acontecendo com aquela pessoa, já extrapolou para o processo de trabalho, o que vai envolver diversos outros profissionais”* (E5\_TeleSC).

Outra questão que os entrevistados destacaram foi a importância de o Núcleo investir em estratégias de qualificação do uso dos serviços, buscando esclarecer as equipes sobre as diversas possibilidades de atendimento de suas necessidades, proporcionando uma compreensão mais ampla dos objetivos do Núcleo e de cada serviço e ainda sensibilizando os gestores municipais e coordenadores de equipe sobre os benefícios do uso dos mesmos: *“Eu ainda entendo que a gente tem dificuldade de se fazer conhecer, de fazer com que as pessoas se identifiquem com os serviços, entendam os serviços que a gente oferece como esse local de busca para suas necessidades”* (E6\_TeleSC).

### **Oferta e uso do Telessaúde**

Na tabela 1 são apresentados os critérios de análise da oferta dos serviços pelo Telessaúde SC, a pontuação máxima esperada e a pontuação observada em cada dimensão. Também é apresentada a porcentagem dos profissionais entrevistados nas eSF selecionadas (n=27) que atribuíram ao Telessaúde SC o apoio na realização das atividades previstas em cada dimensão, indicativo do uso dos serviços como estratégia de EPS.

Observa-se que, para os entrevistados do Núcleo Telessaúde SC, os serviços são ofertados segundo a lógica da EPS, atendendo satisfatoriamente aos critérios analisados em três dimensões e de forma regular em uma. As equipes da ABS identificaram o apoio do Núcleo satisfatoriamente em apenas uma dimensão: Ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local.

Tabela 1 - Avaliação dos critérios de análise da oferta dos serviços pelo Telessaúde SC.

| <b>Dimensões</b>                                     | <b>Critérios</b>  | <b>Pontuação Máxima</b> | <b>Pontuação Observada (%)</b> | <b>Atribuição de apoio pelas eSF(% de entrevistados)</b> |
|--|---|-------------------------|--------------------------------|--|
| Identificação de problemas no contexto de trabalho   | - Orienta a reflexão sobre o processo de trabalho e as práticas clínicas<br>- Orienta sobre diagnóstico local | 20                      | <b>75,0</b>                    | 40,7   |
| Ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local | - Produz OA considerando as demandas locais<br>- Orienta sobre acesso à AO de interesse                       | 20                      | <b>100,0</b>                   | <b>96,2</b>  |
| Trabalho interdisciplinar                            | - Orienta o trabalho em equipe e em rede<br>- Estimula a escuta e acolhimento dos interesses da população     | 20                      | 50,0                           | 40,7   |
| Protagonismo das equipes na tomada de decisão        | - Incentiva tomada de decisão e protagonismo<br>- Orienta para o planejamento e monitoramento de ações.       | 20                      | <b>75,0</b>                    | 55,5   |
| <b>TOTAL</b>   |   | <b>80</b>               | <b>75,0</b>                    | -  |

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: OA (Objetos de Aprendizagem)

### Dimensão 1: Identificação de problemas no contexto de trabalho

Em sua essência, todos os serviços de telessaúde estimulam a reflexão sobre as práticas de trabalho dentro de seu escopo (clínico ou de processo de trabalho). Alguns serviços são mais intencionais na

orientação e proposição da atuação a partir do diagnóstico situacional e comunitário, promovendo um olhar mais cuidadoso para as causas e consequências dos problemas identificados, como os cursos e as teleconsultorias de organização do processo de trabalho.

No entanto, foi destacado que o apoio nesta dimensão depende muito da compreensão que cada colaborador do telessaúde tem sobre a importância de problematizar as práticas de acordo com o modelo integral de atenção à saúde e com os atributos da ABS: *“Alguns teleconsultores que estavam inicialmente no grupo estão sensibilizados e seguem o formato padrão, e o formato padrão facilita isso. À medida que o grupo expandiu é um desafio conseguir sensibilizar os outros teleconsultores (das especialidades) nessa tarefa. Eu também vejo que a gente não capacita continuamente nossos teleconsultores para fazer isso (problematizar)” (EI\_TeleSC).*

O apoio dos serviços de telessaúde nesta dimensão foi observado por 40,7% de todos os profissionais entrevistados nas eSF e está fortemente relacionado ao serviço tele-educação na modalidade webpalestras que, segundo os relatos, auxiliam na análise dos problemas que são próximos das suas demandas de trabalho e também ajudam na ampliação do olhar para outros temas não observados antes pela equipe.

### Dimensão 2: Ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local

Nesta dimensão, todos os serviços de telessaúde se destacam pelo compromisso com a produção de objetos de aprendizagem que sejam coerentes com as demandas identificadas nas práticas de trabalho dos usuários. São feitas enquetes, análise dos bancos de perguntas de teleconsultoria e contato com a equipe de gestão da ABS na SES para identificação das temáticas a serem trabalhadas nos serviços, facilitando o acesso a conteúdos significativos e de fontes seguras.

O acesso aos objetos de aprendizagem é estimulado e facilitado por uma equipe específica de comunicação que se encarrega de estudar as melhores estratégias de divulgação e que orienta o acesso pelos profissionais usuários dos serviços.

Esta foi a dimensão em que os entrevistados nas eSF mais identificaram o apoio dos serviços de telessaúde (96,2%). Os serviços citados foram as webpalestras, os cursos a distância e a teleconsultoria.

Em algumas situações foi possível perceber o uso qualificado dos serviços de telessaúde, no sentido de estar focado na necessidade real, caracterizando a lógica ascendente da EPS: *“Me ajudou porque eu não sabia quase nada da sífilis. O que eu aprendi no curso, esqueci. Eu não*

*vivenciava o tratamento, o que é realmente a sífilis, o que causa e fui lembrar no telessaúde. Tanto que eu assisti duas vezes a webpalestra sobre a sífilis” (E6\_TEC ENF 1\_M1).*

### Dimensão 3: Trabalho interdisciplinar

Nesta dimensão, observou-se que o estímulo ao trabalho em equipe e em redes, bem como o estímulo à escuta e acolhimento dos interesses da população, é mais intencional em serviços como cursos e teleconsultorias de processo de trabalho, do que nas teleconsultorias de especialidades, telediagnóstico e SOFs, que poderiam, além de responder a dúvida clínica específica, indicar, quando possível, as possibilidades de clínica ampliada, por exemplo.

Assim como na dimensão 1, o estímulo ao trabalho interdisciplinar depende muito do entendimento que o teleconsultor tem sobre a dinâmica do trabalho em equipe na ABS.

O apoio do telessaúde para o trabalho em equipe e interdisciplinar foi identificado por 40,7% dos entrevistados das eSF, sendo que um dos principais tipos de apoio nesta dimensão se refere à contribuição dos serviços de telessaúde para se conhecer a realidade de trabalho de outros profissionais, para a troca experiências e contribuição na discussão de temas em equipe.

Outro aspecto identificado pelos profissionais das eSF foi o incentivo dos serviços, especialmente da tele-educação, para o trabalho ampliado e interdisciplinar a partir, por exemplo, da clínica ampliada e da discussão de casos com outras equipes e serviços: *“Eu acho muito bacana a contribuição para a equipe no sentido de motivar e de trazer o profissional pra proposta de trabalhar de forma ampliada, com clínica ampliada. Essa qualidade veio com essa ferramenta (Telessaúde). Pelo menos para nós aqui” (E2\_ENF 1\_M1).*

Em relação à interação e comunicação com a população, os profissionais das eSF relataram o uso dos serviços, especialmente das Webpalestras, para embasar atividades de educação em saúde realizadas pela equipe nos grupos e nas visitas das ACS.

### Dimensão 4: Protagonismo das equipes na tomada de decisão

A análise dos Objetos de Aprendizagem (AO) e também o relato dos entrevistados permitiu verificar que os serviços de telessaúde são pensados e organizados para que os profissionais tenham autonomia na tomada de decisão a partir do apoio prestado, tanto nos aspectos clínicos quanto nos de processo de trabalho. Em relação à orientação para o planejamento e avaliação das ações, há iniciativa de apoiar processos

como a participação nos ciclos do PMAQ e implantação das redes assistenciais.

O apoio do Telessaúde SC nesta dimensão foi o segundo mais referenciado pelos profissionais das eSF (55,5%), relacionando-o principalmente à capacidade dos serviços de telessaúde em despertar os profissionais para necessidades de melhorias pontuais no cuidado prestado, de acordo com a temática trabalhada.

O serviço que mais dá continuidade e apoio nessa dimensão são as teleconsultorias de organização do processo de trabalho, onde os consultores apoiam as equipes na elaboração de matrizes de intervenção e avaliação dos resultados de acordo com o AMAQ. Já as webpalestras e cursos incentivam o uso de novas estratégias para orientar a população sobre temas emergentes como a dengue e sífilis ou para organizar um grupo de tabagistas, por exemplo.

O uso das teleconsultorias e telediagnóstico dá segurança para tomada de decisão clínica e orienta a necessidade de encaminhamento: *“O telessaúde serve pra ajudar a preparar esse profissional, pra embasar ele, pra dar segurança no trabalho, e isso se reflete diretamente na população, que vai ter um profissional mais capaz de solucionar os problemas e prevenir, principalmente”* (E18\_ODONTO3\_M3).

Observou-se também a importância de instrumentalizar os profissionais das eSF com técnicas e estratégias de planejamento e gestão que sejam mais aplicáveis à densa rotina de trabalho. Além disso, faz-se necessário que os serviços destaquem esses conhecimentos como competência de todos os membros da equipe para atuação na ABS, não apenas de coordenadores e gestores. Nesse aspecto, os serviços de telessaúde podem ser mais intencionais.

### **Discussão**

A oferta dos serviços de telessaúde, segundo lógica da EPS, foi considerada pelos profissionais do Telessaúde SC como satisfatória, atendendo aos critérios analisados em três dimensões: Identificação de problemas no contexto de trabalho; Ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local; e Protagonismo das equipes na tomada de decisão. E de forma regular na dimensão Trabalho interdisciplinar. Já as equipes da ABS identificaram o apoio do Núcleo satisfatoriamente em apenas uma dimensão: Ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local.

O resultado mais expressivo está relacionado à ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local (dimensão 2), tanto na oferta

quanto no uso, onde o apoio do telessaúde foi identificado por 96,2% dos entrevistados nas eSF.

A ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local é um aspecto fundamental no desenvolvimento da EPS em serviço. Isso não acontece apenas em momentos de estudo formal, mas também na interação entre profissionais e de profissionais com a comunidade, ou mesmo individualmente, podendo gerar novas demanda de aprendizagem (ROVERE, 1994; FREIRE, 2005; MERHY; FEUERWEKER; CECCIM, 2006; DAVINI, 2009; BRASIL, 2009; UNITED KINDGOM, 2001, 2012; MERHY; FEUERWEKER, 2014).

Nesta dimensão, a metodologia e os fluxos de trabalho de cada serviço ofertado pelo Telessaúde SC demonstraram preocupação em produzir e facilitar o acesso a objetos de aprendizagem, considerando as necessidades locais. A oferta de atividades educacionais em dissonância com as necessidades locais é uma das críticas feitas às ações de EPS, o que precisa ser uma preocupação constante dos Núcleos de Telessaúde (PINTO, 2016; GOMES; MERHY, 2016).

Dentro do escopo da Educação Continuada em Saúde (ECS) os serviços de telessaúde atendem à demanda de manter os profissionais de saúde atualizados e acessando a melhor evidência científica. Porém, para fazer sentido na EPS, essa busca por novos conhecimentos deve ser centrada no processo crítico de problematização (dimensão 1) e ser aplicável e útil para a transformação das práticas de trabalho, o que demanda constante interação entre equipes e Núcleo (DAVINI, 2009; FIGUEIREDO et al., 2014; MERHY; FEUERWEKER, 2014; PINTO, 2016).

O segundo apoio mais referenciado pelas equipes foi na dimensão Protagonismo das equipes na tomada de decisão. A imagem objetivo das ações de EPS são equipes responsabilizadas e autônomas na transformação de suas práticas e na qualificação das redes de cuidado, com a intenção de consolidar o SUS enquanto modelo integral de atenção à saúde (MERHY, FEUERWEKER, CECCIM, 2006; DAVINI, 2009; UNITED KINDGOM, 2001, 2012; FIGUEIREDO et al., 2014; PINTO, 2016; GOMES; MERHY, 2016).

Para apoiar a EPS nesta perspectiva, mais do que disponibilizar objetos de aprendizagem que sensibilizem para a importância do protagonismo, os Núcleos de telessaúde devem instrumentalizar as equipes para colocar esse protagonismo em prática, pensando em conjunto em ferramentas de planejamento e avaliação aplicáveis à realidade de trabalho, passíveis de personalização e apropriação. É esse

processo de personalização dos serviços que também diferencia o apoio a EPS do apoio a ECS (PINTO, 2016; GOMES, MERHY, 2016).

A análise dos resultados demonstrou que o Telessaúde SC precisa especialmente qualificar sua atuação nas dimensões: Identificação de problemas no contexto de trabalho (D1) e Trabalho Interdisciplinar (D3), cujo apoio foi menos identificado pelas eSF, apesar da oferta ter sido considerada satisfatória pelos profissionais do Telessaúde SC na D1.

A dimensão 1 é o ponto de partida da metodologia da problematização, sendo que as demais etapas se orientam a partir deste ponto (BERBEL, 1999; FIGUEIREDO et al., 2014). Espera-se que as equipes sejam capazes de problematizar, diagnosticar e analisar a realidade de trabalho, e a partir disso estabelecer a agenda de intervenções e de EPS (BERBEL, 1999; FIGUEIREDO et al., 2014; FREIRE, 2005; DAVINI, 2009; MERHY, FEUERWEKER; 2014; PINTO, 2016).

Nesta dimensão é fundamental que os serviços e profissionais do Núcleo de Telessaúde também exercitem a capacidade de problematizar a demanda recebida das eSF, extrapolando a resposta direta e padronizada à demanda para a proposição de reflexões e questionamentos personalizados que envolvam a imagem-objetivo de consolidação do SUS, que é o cuidado integral à saúde da população (FIGUEIREDO et al, 2014; GOMES; MERHY, 2016; PINTO, 2016).

Neste aspecto, o serviço que melhor responde as demandas de maneira personalizada é a teleconsultoria de organização do processo de trabalho. As teleconsultorias clínicas e o telediagnóstico, ao responderem a uma dúvida advinda do contexto local, já promovem a EPS. Porém, ainda é possível, em algumas situações, extrapolar a resposta à dúvida clínica e indicar outros aspectos e competências importantes que o profissional pode desenvolver para a prática do cuidado integral à saúde.

Por fim, o apoio na dimensão Trabalho interdisciplinar foi o menos identificado pelas eSF. Apesar da EPS ter um impacto no processo individual de cada profissional de saúde, ela só ganha sentindo no coletivo e na rede, na capacidade de estabelecer o diálogo, no exercício da cogestão e do poder compartilhado que se dão pela abertura de canais de comunicação com a população e no trabalho interdisciplinar (UNITED KINDGOM, 2001, 2012; CECCIM; FERLA, 2006; MERHY; FEUERWEKER; CECCIM, 2006; WHO, 2010; MERHY; FEUERWEKER, 2014; FIGUEIREDO et al., 2014; CAMPOS, 2015; FERREIRA, BRONDANI, NEVES, DUARTE, 2016).



Alguns profissionais identificaram as webpalestras e os fóruns de discussão como ferramenta de promoção da interação entre os membros da equipe, característica que não foi identificada dentro dos outros serviços que são de uso individual. Os serviços de telessaúde precisam ser capazes de estimular e instrumentalizar os profissionais, mesmo em âmbito individual, a usarem os conhecimentos acessados para fortalecer os coletivos no trabalho interdisciplinar e em conjunto com a população.

É importante ressaltar que as dimensões do modelo lógico de avaliação acontecem de forma concomitante no cotidiano das equipes, uma influenciando a outra, sendo difícil definir quando uma inicia e a outra acaba. A capacidade de reflexão sobre o cuidado prestado, sobre o trabalho em equipe, sobre a comunidade e sobre os conteúdos e evidências científicas motivam a criatividade na ação e o protagonismo, pois refletimos melhor como atores da experiência do que como espectadores. Nesse sentido, é importante que o Núcleo de Telessaúde se dedique a identificar fatores que viabilizam a reflexão coletiva da experiência de trabalho, incorporando-os aos serviços ofertados (UNITED KINGDOM, 2001; BEGON; MAIRESSE, 2013; CHAUBET, 2013; MERHY; FEUERWEKER, 2014).

Ao analisar o contexto de atuação do Núcleo Telessaúde SC, percebe-se que seu maior potencial enquanto apoiador da EPS está justamente na capacidade de proporcionar espaços para essa reflexão e de estabelecer diálogo com os profissionais por meio de diferentes serviços, que têm focos e metodologias variadas e que se complementam no atendimento das demandas diretas dos profissionais.

Os serviços podem apoiar as equipes nas diferentes etapas do arco da problematização. Uma webpalestra, por exemplo, pode auxiliar uma equipe a identificar um problema, as teleconsultorias podem apoiar a análise deste problema, os cursos podem auxiliar na teorização temática, e os fóruns de discussão podem apoiar no planejamento e tomada de decisão para mudança. Os serviços vão se revezando nessas funções. Por isso, o uso combinado e qualificado dos serviços amplia o potencial de apoio à EPS (BERBEL, 1999).

Porém, mais do que uma oferta de conteúdos atuais, baseados na melhor evidência científica e em métodos pedagógicos inovadores que possam levar a uma conduta clínica eficiente, é necessário que esses conteúdos sejam capazes de desenvolver habilidade e competência dialógica, humanizada, democrática, problematizadora e analítica do trabalho vivo das equipes, o que a possibilita ser mais eficaz, na direção da atenção integral à saúde (MERHY; FEUERWEKER; CECCIM,

2006; LUDKE; CUTOLO, 2010; FIGUEIREDO et al., 2014; LEMOS, 2016; GÉRVAS, 2018).

Neste sentido, desenham-se algumas linhas importantes de atuação que o Núcleo Telessaúde SC pode assumir para aproximar mais a oferta dos serviços da perspectiva de apoio a EPS:

### 1. Fomento a EPS da própria equipe de Telessaúde

Apesar dos profissionais do Telessaúde SC demonstrarem compreensão sobre o conceito de EPS, identificarem o apoio à EPS como objetivo do programa e das metodologias e fluxos de trabalho dos serviços ofertados destacarem a importância de se fomentar a EPS e os atributos da ABS nos conteúdos produzidos, a dificuldade de colocar isso na prática dos serviços ficou evidente. Essa competência depende do estilo de pensamento de cada colaborador, de sua experiência e vivência enquanto aluno e enquanto profissional do SUS. Por isso, espaços de troca de experiências entre os colaboradores e entre as equipes de cada serviço são muito importantes para que possam aprender a atuar como facilitadores da EPS (LUDKE; CUTOLO, 2010).

Para ser apoio à EPS de outrem, é fundamental viver a EPS em si, compreendendo que ela se faz no diálogo e na capacidade de singularizar este diálogo, promovendo o trabalho em equipe (CHIRELLI et al., 2014). Há de se superar a oferta em separado dos serviços e se pensar mais em como articular essa oferta para melhor atender a demanda dos usuários.

### 2. Pensar a oferta dos serviços na lógica das competências profissionais em saúde

Considerando que as ações de EPS devem extrapolar a oferta de conhecimentos, a discussão sobre currículo baseado em competências - que articula um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes esperadas dos profissionais de saúde atuantes no SUS - é pertinente e deve adentrar a pauta dos Núcleos de Telessaúde (SAUPE et al., 2006; CHIRELLI et al., 2014).

A demanda recebida pelos serviços de telessaúde pode ser processada pelos colaboradores do Núcleo no sentido de, para além de fortalecer e qualificar as competências clínicas e técnicas dos profissionais, fortalecer também as competências gerenciais e de educação em serviço (SAUPE et al., 2006; CHIRELLI et al., 2014; LIMA; RIBEIRO, 2016).

A dicotomia “clínico” x “processo de trabalho”, destacada nas falas dos profissionais do Telessaúde SC, pode ser didática e necessária

em certos aspectos, mas a competência de trabalhar questões clínicas, de processo de trabalho e de gestão da EPS de maneira integral, é o grande desafio dos colaboradores do telessaúde SC. Pensar o serviço na lógica das competências a serem desenvolvidas para o cuidado integral pode elucidar o apoio a EPS.

### 3. Qualificação do uso dos serviços

A potencialidade dos Núcleos de Telessaúde para a EPS também se encontra na outra ponta da relação: no uso qualificado dos serviços. A “rotinização” da participação nos serviços de telessaúde sem qualificar esse uso com vistas às demandas educacionais reais, pode resultar mais como apoio à ECS do que à EPS. O uso precisa ser consciente, intencional, ter um objetivo dentro do processo de problematização do trabalho para se caracterizar como EPS.

Apoiar a EPS das equipes neste sentido é auxiliá-las na gestão das demandas educacionais e orientar a melhor forma de supri-las, é esclarecer que isso pode acontecer dentro do próprio telessaúde em seus diversos serviços, ou fora dele. Desta forma, o diálogo telessaúde-equipe fica cada vez mais personalizado (OLIVEIRA, 2013; FIGUEIREDO et al., 2014; PINTO, 2016; GOMES; MERHY, 2016).

Em um cenário de formação profissional que foca na competência técnica, faz-se cada vez mais necessário desenvolver a postura de “aprender a aprender” no contexto do trabalho, de se autoavaliar permanentemente, de desenvolver a “competência para a EPS”, e isso vale para ambos os contextos desta relação (LIMA; RIBEIRO, 2016; McMAHON, 2016).

### 4. Sensibilização de gestores municipais e coordenadores de equipe

Outro aspecto em que o Telessaúde SC pode apostar para potencializar o apoio a EPS é auxiliando os coordenadores de equipe na prática da gestão democrática e compartilhada do trabalho na ABS, bem como na prática da gestão da EPS, elucidando o que é EPS e o que é necessário para desenvolvê-la no cotidiano de trabalho e como os serviços de telessaúde podem apoiá-la. Coordenadores de equipe bem informados e integrados à proposta do Núcleo de Telessaúde podem qualificar o uso coletivo e individual dos serviços (FIGUEIREDO et al., 2014).

Além disso, a sensibilização dos gestores municipais (secretários de saúde, coordenadores e gerentes da ABS e da EPS) e a divulgação dos benefícios da gestão da EPS e do uso dos serviços de telessaúde

para a melhoria da qualidade do cuidado na ABS local, se mostraram questões fundamentais. Gestores sensibilizados orientam e dão condições para o uso dos serviços (VENDRUSCULO et al., 2013; SILVA et al., 2017).

### **Considerações finais**

Este estudo concluiu que o Núcleo Telessaúde SC está implantando como estratégia de apoio à EPS, especialmente no que diz respeito às dimensões Ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local e Protagonismo das equipes na tomada de decisão. Pode qualificar sua atuação em todas as dimensões, sendo a maior demanda nas dimensões Identificação de problemas no contexto de trabalho e Trabalho Interdisciplinar para atingir seu maior potencial.

Para apoiar a EPS em serviço, o Telessaúde SC precisa ainda avançar na interação personalizada com as equipes de ABS e no desenvolvimento de estratégias que destaquem, além da competência técnica, também as competências reflexiva e dialógica que fortaleçam os espaços coletivos de promoção da saúde. Além disso, faz-se necessário o investimento em estratégias de qualificação do uso dos serviços, divulgando e sensibilizando gestores e profissionais sobre os objetivos e finalidades dos serviços de telessaúde.

A análise da implantação depende da interação entre os contextos das eSF e da equipe do Núcleo de Telessaúde. O mesmo Núcleo de Telessaúde pode estar melhor implantando na interação com o contexto de uma determinada equipe e pior implantado na interação com o contexto de outra equipe. Por isso, para qualificar os resultados deste artigo que teve o contexto do Telessaúde SC como foco, faz-se necessário analisar com profundidade também os contextos das cinco eSF, o que se fará em outro artigo.

Espera-se que este estudo e seus resultados possam ser absorvidos, adaptados e testados no contexto de outros Núcleos de Telessaúde, e que se possa incorporar à gestão destes a permanente avaliação e qualificação dos serviços de telessaúde enquanto dispositivo de apoio à EPS.

### **Referências**

ALKMIM, Maria B. M. et al. Factors Associated with the Use of a Teleconsultation System in Brazilian Primary Care. *Telemed J E Health*, v. 21, n. 6, p. 1-11, 2015.

- ANDRADE, Rebeca S. de et al. Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p. 505-521, 2016.
- BEGON, Emmanuelle; MAIRESSE, Philippe. Réflexivité et capabilité: la part de création dans l'activité. *Education Permanente*, n° 196, p. 39-52, 2013-3.
- BERBEL, Neusi A. N. A Metodologia da Problematização e os Ensinamentos de Paulo Freire: uma relação mais que perfeita. In: BERBEL, Neusi A. N. (Org). *Metodologia da Problematização: Fundamentos e Aplicações*. Londrina: Ed. UEL, 1999. p. 1-28.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. v. 9. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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, Poder Executivo, Brasília, DF, Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Nota Técnica nº50/2015-DEGES/SGTES/MS: Diretrizes para a oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica à Saúde*. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_telessaude.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_telessaude.php). Acesso em: 02 jul. 2018.
- CAMPOS, Patrícia D.; FERRARI, Deborah V. Telessaúde: avaliação da eficácia da teleconsulta na programação e adaptação de aparelho de amplificação sonora individual. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol*, v. 24, n. 4, p. 301-308, 2012.
- CAMPOS, Gastão W. de S. *Um método para análise e cogestão de coletivos. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2015.
- CECCIM, Ricardo B.; FERLA, Alcindo A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Julio C. (Coords). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2 ver. ed. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 162-168.

- CHAMPAGNE, François et al. A análise da implantação. In: BROUSSELLE, A et al (orgs). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 217-238.
- CHIRELLI, Mara Q. et al. Educação Permanente nos municípios: a formação por competência dialógica. Relato de Experiência. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.38, n.2, p.477-489. 2014.
- CHAUBET, Philippe. Des conditions favorables à une réflexion collective de l'expérience. *Education Permanente*, n° 196, p. 53-64, 2013-3.
- DAVINI, Maria C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-63.
- FERREIRA, Gimerson E. et al. Da avaliação à cooperação: constituindo espaços de Educação Permanente em Saúde no trabalho avaliativo. In: GOMES, Luciano B.; BARBOSA, Mirceli G.; FERLA, Alcindo A. (orgs). *A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 143-173.
- FIGUEIREDO, Maria C. B. de et al (Org). *Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2014.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- FRENK, Julio et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.
- GÉRVAS, Juan. Formación básica y continuada em Atención Primaria. Entrevista. *El Mirador*. Madrid, abril 2018. Disponível em: <https://www.actasanitaria.com/formacion-basica-y-continuada-en-atencion-primaria/>. Acesso em: 02 jul. 2018.
- GIGANTE, Renata L.; CAMPOS, Gastão W.de S. Política de Formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 747-763, 2016.
- GOMES, Luciano B.; MERHY, Emerson E. Colaborações ao Debate sobre a Revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: GOMES, Luciano B.; BARBOSA, Mirceli G.; FERLA, Alcindo A. (orgs). *A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 67-92.
- JORGE, Maria S. B. et al. Processo formativo em saúde e suas valises teórico-metodológicas. In: JORGE, Maria S. B.; LIMA, Leilson L. de; PINTO, Antonio G. A. (Orgs). *Caminhos da formação em saúde: políticas, desafios e contradições – ensino, pesquisa, cuidado e gestão*. Fortaleza: EdUECE, 2012. p. 23-46.

- LEMONS, Cristiane L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.
- LIMA, Luciana P. de S.; RIBEIRO, Mara R. R. A competência para Educação Permanente em Saúde: percepções de coordenadores de graduações da saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26 [ 2 ]: 483-501, 2016.
- LUDKE, Luise; CUTOLO, Luiz R. A. Formação de Docentes para o SUS: um desafio sanitário e pedagógico. *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, v.1, n.1, p.88-98, 2010.
- McMAHON, Graham T. What do I need to learn today? – The evolution of CME. *N ENGL J MED*, v. 374, v. 15, p. 1403-06, 2016.
- MERHY, Emerson E.; FEUERWEKER, Laura C. M.; CECCIM, Ricardo B. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Revista Salud Colectiva*, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.
- MERHY, Emerson E.; FEUERWEKER, Laura C. M. Educação permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, Ana C. DE S.; GALLO, Eedmundo; GOMBERG, Estélio (org). *Informar e Educar em Saúde: análises e experiências*. Salvador: EDUFBA, Editora Fiocruz, 2014. p. 9-26.
- MINAYO, Maria C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- NEPAL, Surya et al. A Framework for Telehealth Program Evaluation. *Telemed J E Health*. v. 20, n. 4, p. 393-404, 2014.
- NILSON, Luana G. Telehealth Centers: A Proposal of a Theoretical Model for Evaluation. *Telemed J E Health*. 2017. 23(11): 1-8.
- NOVAES, Magdala A. et al. Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil. *Interface (Botucatu) [online]*. v. 16, n. 43, p. 1095-106, 2012.
- NÚCLEO TELESSAÚDE SC. Universidade Federal de Santa Catarina. *Relatórios de Monitoramento das participações de todos os serviços de Telessaúde de 2012 a junho de 2018*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2018.
- OLIVEIRA, João A.S. *Telessaúde e os médicos da atenção básica: uma análise à luz da Micropolítica do trabalho e da produção do cuidado em saúde*. 88f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2013.
- OLIVIERA, Dulcineide G. et al. Análise da implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos. *Cad. Saúde Pública*. v. 31, n. 11, p. 2367-2378, 2015.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Marco de Implementación de um Servicio de Telemedicina*. Washington, DC: Opas, 2016.

PESSOA, Cristiane 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 eHealth*, v. 3, e4, p. 1-9, 2016.

PINTO, Heider Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para Transformar. In: GOMES, Luciano B.; BARBOSA; Mirceli G.; FERLA, Alcindo A. (orgs). *A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 23-65.

ROVERE, Mario R. Gestion Estrategica de la Educacion Permanente em Salud. In: HADDAD, Jorge Q; ROSCHKE, Maria A. C.; DAVINI, Maria C. *Educacion Permanente de Personal de Salud*. Washington, D.C.: OPAS, 1994. p. 63-106.

SAUPE, Rosita et al. Conceito de Competência: validação por profissionais de saúde. *Saúde Rev.*, Piracicaba, v. 8, n. 18, p. 31-37, 2006.

SCOTT, Richard E.; MARS, Maurice. Telehealth in the developing world: current status and future prospects. *Smart Homecare Technology and Telehealth*. v. 3, p. 25-37, 2015.

SILVA, Angelica B. *Telessaúde no Brasil: Conceito e Aplicações*. Rio de Janeiro: Doc Editora, 2014.

SILVA, Jaqueline A. M. da; PEDUZZI, Marina. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saude soc. [online]*, v. 20, n. 4, p. 1018-1032, 2011.

SILVA, Luiz A. A. et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e58779, 2017.

SOUZA, Luís E. P. F. de; SILVA, Lígia M. V. da; HARTZ, Zulmira M. de A. Conferência de Consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Zulmira M. de A.; SILVA, Lígia M. V. da (Orgs). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. 3ª Reimpressão. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2005. p. 65-102.

THE NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. *A Framework for Educating Health Professionals to Address the Social Determinants of Health*. Washington, DC: The National Academies Press, 2016. Disponível em:

<https://www.nap.edu/catalog/21923/a-framework-for-educating-health-professionals-to-address-the-social-determinants-of-health>. Acesso em: 02 jul. 2018.



UNITED KINGDOM. Department of Health. *'Working Together – Learning Together' A Framework for Lifelong Learning for the NHS*. Department of Health Publications: 2001.

UNITED KINGDOM. Department of Health. *Liberating the NHS: Developing the Healthcare Workforce From Design to Delivery*. Department of Health Publications: 2012.

VENDRUSCULO, Carine et al. Educação permanente em saúde: percepção dos gestores do SUS na Macrorregião Oeste, em Santa Catarina. R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde, Rio de Janeiro, v.7, n.4, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth*. Global Observatory for eHealth Series. Geneva: World Health Organization, 2010.



## 5.4 ARTIGO 4: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS) NO PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (eSF)

### **Educação Permanente em Saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de Saúde da Família (eSF)**

**Resumo:** A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia para transformar o cuidado em saúde na direção da integralidade, por meio da reflexão-ação em serviço. O objetivo deste estudo foi analisar a implantação da EPS no trabalho de equipes de Saúde da Família (eSF), os tipos de apoio acessados e os fatores que favorecem ou dificultam essa prática. Realizou-se avaliação de implantação de abordagem quanti-qualitativa. Foram selecionadas cinco eSF do estado de Santa Catarina participantes do Telessaúde SC e realizadas entrevistas semiestruturadas com 27 profissionais. Foi realizada análise temática seguindo quatro dimensões prévias. Considerou-se implantação satisfatória atingir no mínimo 70% da pontuação máxima esperada, implantação regular atingir entre 50% e 69% e implantação insatisfatória atingir menos de 50%. As eSF 1 (93,7%) e 3 (90,6%) foram avaliadas como implantadas satisfatoriamente, as eSF 4 e 5 implantadas de maneira regular (62,5% e 56,2%) e a eSF 2 implantada insatisfatoriamente (40,6%). Destacam-se como aspectos favoráveis o entrosamento entre a equipe e a cogestão e, como desfavoráveis, a dificuldade de tempo individual de estudo e a falta de apoio da gestão municipal. É necessário investir no desenvolvimento de competências gerenciais, dialógicas, democráticas, reflexivas e a atitude proativa de inovação das soluções em saúde.

**Palavras-chave:** Educação Permanente em Saúde, Atenção Básica à Saúde, Avaliação em Saúde.

### **Introdução**

O desafio de estruturar um sistema de saúde com organização e oferta do cuidado orientado pelos princípios da universalidade do acesso, integralidade e equidade da atenção torna a ordenação da formação dos recursos humanos um importante investimento e atribuição da gestão. No Brasil, várias foram as estratégias de formação adotadas para reorientar a formação de profissionais da saúde para o

Sistema Único de Saúde (SUS) em nível de graduação, residências e especialização.

Apesar dos avanços, o perfil do profissional recém-formado mantém o foco no tratamento da doença e na especialidade do cuidado, o que é desejável, porém com o olhar pouco desenvolvido para os determinantes sociais da saúde, para o trabalho em equipe e com a comunidade (Frenk et al., 2010; Jorge et al., 2012; Lemos, 2016; Andrade et al, 2016; Gigante e Campos, 2016).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se apresenta como estratégia educacional, gerencial e política que pode transformar as práticas de saúde na direção que se deseja, com adoção de um permanente processo de reflexão-ação dos profissionais sobre suas práticas e organização da atenção (Ceccim e Ferla, 2008; Silva et al., 2016).

O investimento em estratégias de EPS visa preencher lacunas da formação e qualificar o profissional em serviço, com oferta educacional baseada nas demandas dos processos de trabalho, na problematização e na aprendizagem significativa (BRASIL, 2009). Experiências brasileiras como a UNA-SUS e o Telessaúde Brasil Redes buscam apoiar os profissionais em serviço nesse processo e diminuir a discrepância entre o que é ensinado e o que é esperado da atuação deles nos serviços ofertados pelo SUS. Para que tenha êxito é fundamental que gestores e profissionais compreendam o que é EPS, sua importância na qualificação do trabalho e como colocá-la em prática (Lemos, 2016).

Estudos que se propõem a avaliar o tema foram encontrados e de maneira geral analisam experiências de EPS em cursos ofertados com foco em sua estrutura, processos e resultados; na apropriação dos conteúdos técnicos e na satisfação dos alunos em relação às atividades propostas. Também foram identificadas avaliações de implantação de planos de ação regionais de EPS e de atuação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES). Mas ainda são poucos estudos que se propõem a avaliar de que maneira os princípios e fundamentos da EPS se dão nos processos de trabalho das equipes de saúde e como facilitar esse processo (Silva et al., 2016; Figueiredo et al., 2017).

O presente estudo se propôs a analisar a implantação de estratégias de EPS no processo de trabalho de equipes de Saúde da Família (eSF), os tipos de apoio acessados no desenvolvimento destas estratégias e identificar os fatores que favorecem ou dificultam essa prática no contexto da Atenção Básica.

## **Método**

Pesquisa avaliativa, do tipo análise de implantação, de abordagem quanti-qualitativa, tendo como objeto analisar a implantação de estratégias de EPS no processo de trabalho de eSF do estado de Santa Catarina (Champagne et al., 2011).

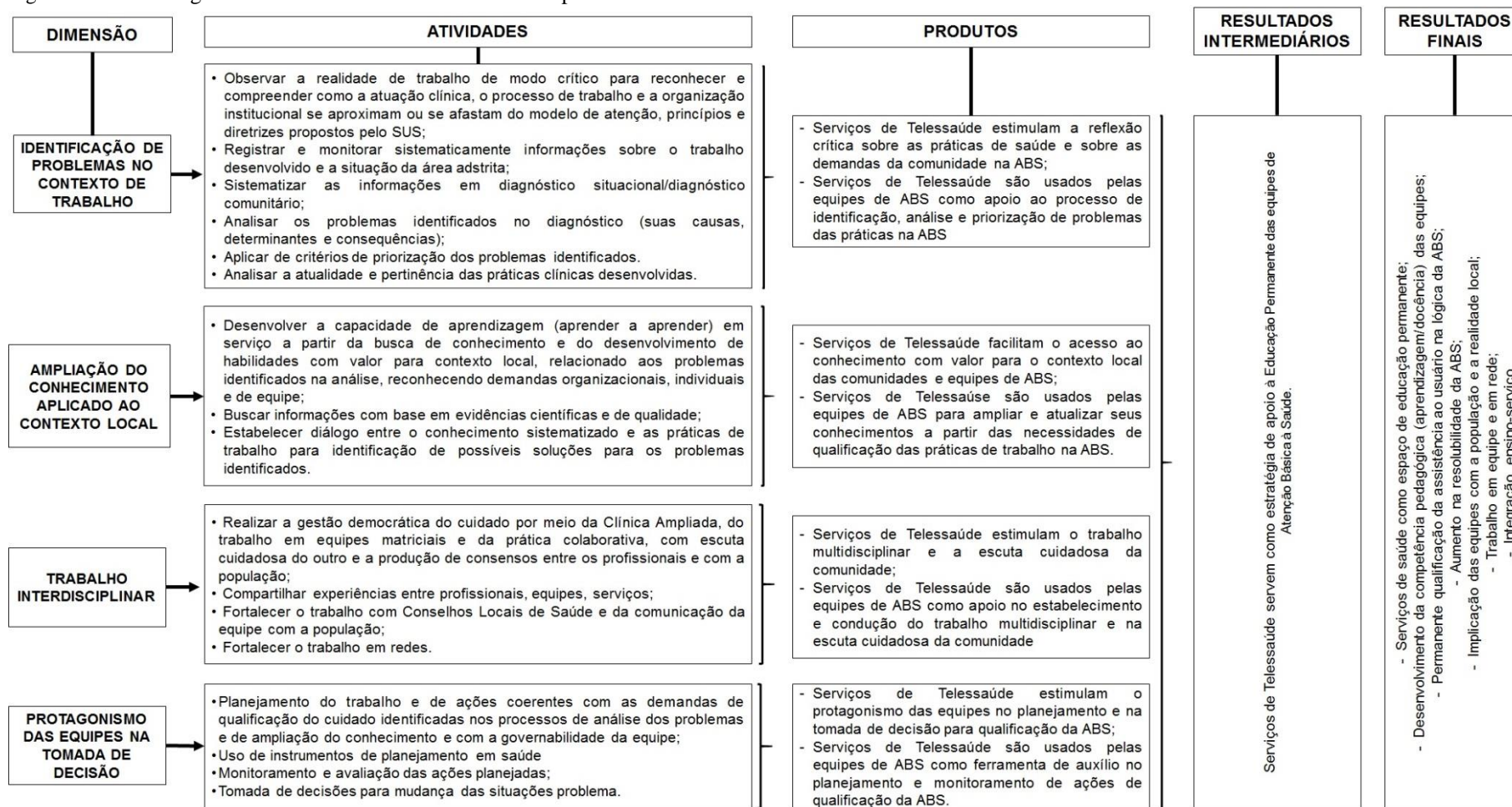
A seleção das eSF orientou-se pelo uso dos serviços do Núcleo Telessaúde SC, um dos pioneiros na adoção de estratégias de EPS no país e que tem abrangência em 100% dos municípios catarinenses. Para isso, foram selecionados inicialmente os municípios com maior participação total nos serviços do Núcleo Telessaúde SC entre 2015 e maio de 2017, estratificados de acordo com o número de eSF existentes: estrato 1 (0 a 3 equipes); estrato 2 (4 a 10 equipes); estrato 3 (11 a 20 equipes); estrato 4 (mais de 20 equipes). Foi ainda incluído intencionalmente um quinto município e equipe, pelo uso que o mesmo faz do serviço de teleconsultoria em seus fluxos de regulação na rede municipal.

Em cada um dos cinco municípios selecionados, foi selecionada uma eSF considerando os seguintes critérios: 1) maior número de participações totais nos serviços de telessaúde; 2) maior variedade de categorias profissionais no uso dos serviços e 3) maior número de teleconsultorias realizadas.

Foram realizadas 27 entrevistas semiestruturadas entre os meses de junho e julho de 2017, com duração média de 40 minutos, com os seguintes profissionais de cada uma cinco eSF selecionadas: Médico (5), Enfermeiro (5), Cirurgiões-dentistas (4), Agentes Comunitários de Saúde (5), Técnicos de Enfermagem (5), Técnicos/Auxiliares de Saúde Bucal (3).

Por meio de um estudo de pré-avaliação e de uma revisão exaustiva da literatura, foi possível desenhar o Modelo Lógico (Figura 1) que define quatro dimensões consideradas fundamentais para a prática e oferta de ações de EPS: 1) Identificação de Problemas no Contexto de Trabalho; 2) Ampliação do Conhecimento Aplicado ao Contexto Local; 3) Trabalho Interdisciplinar e 4) Protagonismo das Equipes na Tomada de Decisão. Em cada dimensão foram descritas as atividades e produtos esperados tanto de quem oferta a ação de EPS, quanto de quem faz uso desta ação, neste caso, as eSF. No presente estudo adotaram-se os aspectos do uso, detalhados em 16 critérios (Quadro 1). Tanto o modelo lógico e quanto a MA foram analisados e validados por especialistas da área de EPS, de Telessaúde e da avaliação (n=7) por meio da técnica “Conferência de Consenso” (Souza, Silva e Hartz, 2005). O consenso foi obtido em duas rodadas de análise.

Figura 1 -Modelo Lógico de um Núcleo de Telessaúde como apoio à EPS na ABS.



Fonte: Elaborado pelos autores. Legenda: ABS – Atenção Básica à Saúde; EPS – Educação Permanente em Saúde.

Quadro 1 - Matriz de análise da implantação da Educação Permanente no processo de trabalho de equipes da Atenção Básica à Saúde.

| <b>DIMENSÃO</b>  | <b>CRITÉRIO</b>  | <b>PONTOS</b>     |
|--|--|-------------------|
| <b>Dimensão 1:</b><br>Identificação de Problemas no Contexto de Trabalho   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observar a realidade de trabalho de modo crítico para reconhecer e compreender como a atuação clínica, o processo de trabalho e a organização institucional se aproximam ou se afastam do modelo de atenção, princípios e diretrizes propostos pelo SUS</li> <li>2. Sistematizar as informações em diagnóstico situacional/diagnóstico comunitário;</li> <li>3. Analisar os problemas identificados no diagnóstico (suas causas, determinantes e consequências);</li> <li>4. Aplicar de critérios de priorização dos problemas identificados.</li> </ol> | 40 pontos         |
| <b>Dimensão 2:</b><br>Ampliação do Conhecimento Aplicado ao Contexto Local | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Desenvolve a capacidade e estratégias para aprendizagem (aprender a aprender) em serviço;</li> <li>6. Busca conhecimento com valor para contexto local, relacionado aos problemas identificados na análise;</li> <li>7. Estabelece uma agenda de EPS baseada nas demandas organizacionais, individuais e de equipe;</li> <li>8. Buscar informações com base em evidências científicas e de qualidade;</li> </ol>   | 40 pontos         |
| <b>Dimensão 3:</b><br>Trabalho Interdisciplinar                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Realizar a gestão democrática do cuidado por meio da Clínica Ampliada, do trabalho em equipes matriciais e da prática colaborativa, com escuta cuidadosa do outro e a produção de consensos entre os profissionais;</li> <li>10. Compartilhar experiências entre profissionais, equipes, serviços;</li> <li>11. Fortalecer o trabalho com Conselhos Locais de Saúde e da comunicação da equipe com a população;</li> <li>12. Fortalecer o trabalho em redes e intersetorial.</li> </ol>  | 40 pontos         |
| <b>Dimensão 4:</b><br>Protagonismo das Equipes na Tomada de Decisão        | <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Planejar o trabalho e ações coerentes com as demandas de qualificação do cuidado identificadas nos processos de análise dos problemas e de ampliação do conhecimento e com a governabilidade da equipe;</li> <li>14. Usar metodologias e instrumentos de planejamento em saúde;</li> <li>15. Monitorar e avaliar das ações planejadas;</li> <li>16. Tomar decisões para mudança das situações problema.</li> </ol>  | 40 pontos         |
|  | <b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>  | <b>160 pontos</b> |

Fonte: Elaboração própria.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, seguindo um roteiro de perguntas baseado em quatro situações fictícias relacionadas ao processo de trabalho das eSF, considerando os critérios da Matriz de Análise (Quadro 1). As situações fictícias foram lidas e, a partir delas, questionou-se o entrevistado sobre como sua equipe agiria naquela situação e se costumam pedir apoio no desenvolvimento das atividades relatadas. Também foi utilizado um roteiro oculto para abordar aspectos do processo de trabalho não citados espontaneamente pelo entrevistado.

Foi utilizada a análise de conteúdo temática (Minayo, 2014) para o tratamento dos resultados coletados com o auxílio do software ATLAS.ti, versão 8, considerando as quatro dimensões como categorias prévias de análise e os 16 critérios estabelecidos na MA. Na primeira etapa de análise foi realizada a chamada “leitura flutuante” do material coletado identificando as respostas textuais que respondiam aos objetivos da pesquisa. Na segunda etapa, foram criados códigos para cada uma das quatro dimensões Modelo Lógico, foi realizada nova leitura do material e recortadas unidades de registro (palavras, frases, expressões) que se julgaram pertinentes dentro de cada código e dimensão. Por fim, foram feitas inferências e interpretações relacionadas com a base teórica da pesquisa.

A fim de garantir a validade interna da pesquisa, foi conduzida uma análise dos contextos das eSF selecionadas, identificando os aspectos semelhantes e divergentes entre elas que favorecem e dificultam a implantação de uma rotina de EPS no cotidiano de trabalho.

Os critérios avaliados como satisfatórios receberam 10 pontos, os avaliados como regulares receberam 5 pontos e os avaliados como insatisfatórios receberam 0 pontos. Foi então calculada a média geral dos pontos atingidos e a porcentagem de cumprimento dos critérios por cada eSF. Considerou-se como implantação satisfatória as equipes que atingiram no mínimo 70% da pontuação máxima esperada, como implantação regular as equipes que atingiram entre 50% e 70% e como implantação insatisfatória as equipes que atingiram menos de 50% da pontuação máxima esperada.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer nº 1.466.605 e nº 1.788.545, sendo respeitados os preceitos éticos de pesquisas que envolvam seres humanos e considerando a participação apenas pela anuência livre e consentida de todos os sujeitos envolvidos.



## Resultados

As equipes participantes do estudo estão localizadas em municípios de diferentes portes populacionais, sendo que quatro deles têm cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) acima de 85% e apenas o município de maior porte populacional tem cobertura de 52,69% da ESF.

O município de maior porte populacional conta com apenas uma equipe de NASF e o município de menor porte populacional, apesar de ter quantidade adequada de equipes NASF, esta não segue a lógica do apoio matricial e de EPS. Existe variação no tempo de atuação, no entrosamento e na experiência de trabalho na AB.

Quadro 2 - Caracterização das eSF selecionadas.

|  | eSF 1                     | eSF2                     | eSF3                        | eSF4                                | eSF5   |
|--|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--|
| <b>População do município</b>            | 569.645 habitantes*       | 27.080 habitantes*       | 125.810 habitantes*         | 53.998 habitantes*                  | 4.635 habitantes*  |
| <b>Equipes de saúde</b>                  | eSF e eSB completas       | eSF e eSB completas      | eSF e eSB completas         | Não tem eSB e grupo de ACS reduzido | eSF completa e eSB sem aux/técnico em SB                             |
| <b>Tempo médio de trabalho em equipe</b> | Média 7 anos              | Média 1,2 anos           | Média de 2,5 anos           | Média de 5 anos                     | Média de 11,6 anos   |
| <b>Reuniões de equipe</b>                | Reunião semanal de equipe | Reunião mensal de equipe | Reunião quinzenal de equipe | Reunião semanal de equipe           | Reuniões gerais esporádicas e conversa diária entre enfermeira e ACS |

**Fonte:** Elaboração própria. \*SANTA CATARINA (2018)

**Legendas:** eSF (equipe Saúde da Família); eSB (equipe Saúde Bucal); ACS(Agente Comunitário de Saúde).

Os resultados das entrevistas realizadas com os profissionais das eSF foram sistematizados no quadro 3 onde foi indicado se a eSF atendeu ao critério satisfatoriamente, parcialmente ou insatisfatoriamente. Os casos 1 e 3 atenderam satisfatoriamente aos critérios estabelecidos em todas as dimensões com alcance de 93,7% e 90,6% da pontuação geral, respectivamente. Os casos 4 e 5 atenderam aos critérios de maneira regular (62,5% e 56,2%). E o caso 2 atendeu de forma insatisfatória aos critérios (40,6%).

Quadro 3 - Avaliação dos critérios por dimensão.

| <b>DIMENSÃO 1: Identificação de Problemas no Contexto de Trabalho</b>   |                       |                      |                       |                       |                      |
|---|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| <b>Critério</b>   | <b>eSF 1<br/>(6)</b>  | <b>eSF 2<br/>(6)</b> | <b>eSF 3<br/>(6)</b>  | <b>eSF 4<br/>(4)</b>  | <b>eSF 5<br/>(5)</b> |
| 1. Problematisa as práticas de saúde desenvolvidas                      | ■                     | □                    | ■                     | □                     | □                    |
| 2. Sistematiza diagnóstico situacional/comunitário                      | ■                     | □                    | □                     | □                     | □                    |
| 3. Analisa os problemas identificados no diagnóstico                    | ■                     | □                    | ■                     | □                     | □                    |
| 4. Aplica de critérios de priorização                                   | ■                     | □                    | ■                     | □                     | □                    |
| <b>DIMENSÃO 2: Ampliação do Conhecimento Aplicado ao Contexto Local</b> |                       |                      |                       |                       |                      |
| <b>Critério</b>   | <b>eSF 1<br/>(6)</b>  | <b>eSF 2<br/>(6)</b> | <b>eSF 3<br/>(6)</b>  | <b>eSF 4<br/>(4)</b>  | <b>eSF 5<br/>(5)</b> |
| 5. Pensa estratégias para aprendizagem em serviço                       | ■                     | □                    | ■                     | ■                     | □                    |
| 6. Busca conhecimento com valor para contexto local                     | ■                     | □                    | ■                     | ■                     | ■                    |
| 7. Organiza agenda de EPS   | □                     | ▨                    | □                     | □                     | □                    |
| 8. Busca informação de qualidade  | ■                     | ■                    | ■                     | ■                     | ■                    |
| <b>DIMENSÃO 3: Trabalho Interdisciplinar</b>                            |                       |                      |                       |                       |                      |
| <b>Critério</b>   | <b>eSF 1<br/>(6)</b>  | <b>eSF 2<br/>(6)</b> | <b>eSF 3<br/>(6)</b>  | <b>eSF 4<br/>(4)</b>  | <b>eSF 5<br/>(5)</b> |
| 9. Realiza a gestão democrática do cuidado                              | ■                     | ▨                    | ■                     | □                     | □                    |
| 10. Compartilha experiências entre equipes e serviços                   | ■                     | □                    | □                     | ▨                     | ▨                    |
| 11. Fortalece comunicação da equipe com a população                     | ■                     | □                    | ■                     | ■                     | □                    |
| 12. Fortalece o trabalho em redes e intersetorial                       | ■                     | □                    | ■                     | □                     | □                    |
| <b>DIMENSÃO 4: Protagonismo das Equipes na Tomada de Decisão</b>        |                       |                      |                       |                       |                      |
| <b>Critério</b>   | <b>eSF 1<br/>(6)</b>  | <b>eSF 2<br/>(6)</b> | <b>eSF 3<br/>(6)</b>  | <b>eSF 4<br/>(4)</b>  | <b>eSF 5<br/>(5)</b> |
| 13. Planeja pelo diagnóstico comunitário/situacional                    | ■                     | □                    | ■                     | □                     | □                    |
| 14. Usa instrumentos de planejamento em saúde                           | ■                     | ▨                    | ■                     | ■                     | □                    |
| 15. Monitora e avalia as ações planejadas                               | □                     | ▨                    | ■                     | □                     | □                    |
| 16. Pró-atividade na tomada de decisão para mudança                     | ■                     | □                    | ■                     | □                     | ■                    |
| <b>PONTUAÇÃO GERAL (160)</b>  | <b>150<br/>(93,7)</b> | <b>65<br/>(40,6)</b> | <b>145<br/>(90,6)</b> | <b>100<br/>(62,5)</b> | <b>90<br/>(56,2)</b> |

Fonte: Elaboração própria.

Legenda:

 Satisfatório    
  Regular    
  Insatisfatório

### D1: Identificação de Problemas no Contexto de Trabalho

Nesta dimensão, observa-se que duas equipes atenderam de forma satisfatória e três equipes atenderam de forma regular aos critérios estabelecidos, tendo uma distribuição homogênea dos resultados. A incorporação e adesão das equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) contribuíram e motivaram o cumprimento das atividades que representam os critérios nesta dimensão.

As eSF 1 e 3 atendem aos critérios realizando diagnóstico situacional a partir do preenchimento e resultados da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na ABS (AMAQ), da identificação de acertos e erros para redirecionar estratégias e a partir do forte elo de comunicação com a população e o Conselho Local de saúde. Apesar de não haver registro formal, busca-se fazer uma análise da situação da comunidade para além dos processos de adoecimento, atuando com prevenção e promoção da saúde na comunidade. Há preocupação em reconhecer as causas dos problemas identificados e atuar sobre eles, priorizando os problemas mais urgentes e conhecendo o perfil da comunidade: *“É bem complexo, eu acho que a participação das Agentes de Saúde também é bem importante. É importante realmente identificar as causas do que está acontecendo para conseguir trabalhar na fonte. Porque não adianta a gente ficar correndo atrás remediando, a gente tem que tentar resolver. Claro, de acordo com a governabilidade que a gente tem” (E18\_ODONTO3\_M3).*

As eSF 2 e 5 têm um espaço limitado de debate e problematização do processo de trabalho. Na eSF 2 realiza-se uma reunião mensal e na eSF 5 realizam-se reuniões apenas entre enfermagem, ACS e dentista, não contando com a presença dos técnicos e do médico que são alocados exclusivamente para atendimento à população. Foi relatada a dificuldade de tempo para discussão devido à grande demanda de atendimento a população.

Os profissionais da eSF 5 relataram que tinham o costume de problematizar a realidade de trabalho de forma coletiva e interdisciplinar. Porém, com as mudanças de gestão, este espaço foi se perdendo e com ele as práticas de identificar, analisar e priorizar os problemas, prevalecendo a prática de “apagar incêndio”, o que gera desmotivação em toda equipe: *“A gente trabalha mais apagando incêndio. O que trazem para resolver a gente discute quem vai, o que que pode ser feito e chama a pessoa para trabalhar junto” (E23\_ODONTO5\_M5).*

A eSF 4 atende parcialmente os critérios desta dimensão. Existe espaço para reflexão sobre o trabalho nas reuniões de equipe, porém as informações não são sistematizadas em um diagnóstico situacional e não acontece um processo concreto de análise e priorização dos problemas. As discussões são feitas de maneira mais informal à medida que os problemas surgem.

Nas eSF 2, 4 e 5, apesar de alguns profissionais terem clareza sobre o processo de problematização, os demais membros, especialmente os de nível médio, parecem falar de forma intuitiva sobre estas questões, não conseguindo relatar passos importantes do processo de problematização e avaliação do trabalho. A identificação dos problemas acontece, mas o processo de análise e priorização ainda é incipiente.

Como apoio para o processo de problematização e diagnóstico comunitário, as equipes citaram em geral o Núcleo Telessaúde SC, os Conselhos Locais de Saúde, as equipes de NASF, os setores de planejamento, da ABS e da epidemiologia das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), e também serviços da assistência social, como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS).

### D2: Ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local

Nesta dimensão, todas as eSF tiveram uma boa pontuação, com apenas um critério avaliado como insatisfatório em uma eSF. A maior dificuldade das equipes se deu no critério relacionado à gestão e organização das demandas de EPS, especialmente das demandas individuais que têm pouco espaço na rotina de trabalho. Em geral, as demandas de aprendizagem coletivas são trabalhadas nos espaços de reunião de equipe para resolução de problemas pontuais identificados no processo de problematização. Porém, não é estabelecida uma agenda de EPS com objetivos mais abrangentes, de médio e longo prazo, pensados com foco na imagem-objetivo de consolidação do SUS. Apesar da baixa oferta de atividades educacionais pelas SMS, os profissionais das equipes buscam estratégias e soluções para aprendizagem em serviço, especialmente ações de Educação Continuada em Saúde (ECS) na modalidade à distância, demonstrando preocupação em acessar informações de qualidade.

As eSF 1 e 3 promovem e dão grande importância aos momentos de estudo e discussão em equipe, valorizando a participação de todos para discussão coletiva de casos, buscando informações de acordo com as necessidades do trabalho. Há um incentivo pela busca individual,

porém, neste sentido ainda há dificuldades de dedicar tempo da carga horária de trabalho para essas demandas. A eSF 4 também aproveita os momentos de reunião de equipe para promover discussão e busca de conhecimentos, tendo como prioridade da pauta as questões administrativas.

Nas eSF 2 e 5, apesar de desenvolverem estratégias de aprendizagem em serviço, estas estão mais focadas para a aprendizagem individual, com poucos espaços coletivos de aprendizagem e discussão em equipe. Na eSF 2 há iniciativa da médica em organizar palestras para orientar as ACS nas reuniões mensais sobre determinados assuntos, de acordo com a demanda e interesse local. Na eSF 5, a enfermagem e as ACS tem este espaço reservado onde se organiza uma agenda temática de estudos, mas sem a participação de todos os membros da equipe.

As estratégias de aprendizagem em serviço mais citadas pelos entrevistados foram majoritariamente na modalidade à distância, por meio de busca em bases de dados científicas na internet, acesso ao Telessaúde SC (especialmente webpalestras, cursos e teleconsultorias) e a UNA-SUS para acesso a informação em saúde. Foram citadas ainda as reuniões com os profissionais do NASF e a organização de uma biblioteca dentro da própria unidade: *“E também vai um pouco da vontade de cada profissional procurar se atualizar sempre. Existem ferramentas, Internet hoje em dia, Google, a gente sempre está pesquisando. Eu pelo menos sempre procuro dar uma olhada se tenho dúvidas. Mas as ferramentas que a gente tem hoje seriam essas: Telessaúde, Internet e alguns livros que a gente tem acesso”* (E9\_TECENF2\_M2).

### D3: Trabalho Interdisciplinar

Esta dimensão teve a distribuição menos homogênea dos resultados entre as eSF, com três eSF apresentado resultado insatisfatório em um dos critérios. O critério relacionado à prática de compartilhar experiências com outras equipes e serviços foi o menos satisfatório nesta dimensão, sendo que em duas equipes a atividade é atualmente inexistente e em outras duas equipes e feita de maneira regular. Destaca-se ainda o resultado insatisfatório da eSF 2 em relação à prática da gestão democrática do cuidado.

As equipes que melhor atenderam aos critérios avaliados nesta dimensão foram as eSF 1 e 3, que buscam realizar uma gestão mais democrática do cuidado, compartilhar experiências, fortalecer a comunicação com a população e promover o trabalho em rede.

A eSF 1 trabalha com base em uma prática colaborativa, apoiada pela clínica ampliada e realização de projetos terapêuticos singulares. Há uma forte comunicação e interação com a população para além das questões de adoecimento, aguçando o olhar para os determinantes sociais da saúde, realizando diversos projetos de promoção da saúde e da autonomia da comunidade. Há preocupação em compartilhar as experiências exitosas com outros serviços de saúde e interesse em trabalhar de forma intersetorial para resolução dos problemas: “É riquíssimo isso porque eu tenho o meu olhar, o médico tem o dele, a dentista tem o dela, o ACS é rico na construção de um problema. Tem coisas que o ACS pega e que é crucial pra você intervir ou não, ou intervir de uma forma diferenciada, com resultado melhor. Então, não vejo como você trabalhar em cima de problemas se não estiver olhando esses problemas em conjunto” (E2\_ENF 1\_M1). A eSF busca o apoio de especialistas e outros profissionais por meio de matriciamento e também o uso do Telessaúde SC no sentido de estimular os profissionais para o trabalho ampliado. São feitas diversas parcerias para realização de projetos intersetoriais, junto com a comunidade.

Na eSF 3 existe uma preocupação em envolver e responsabilizar todos os profissionais pelas atividades da UBS, inclusive fazendo um rodízio de condução das reuniões quinzenais de equipe (um profissional assume a condução a cada reunião). Existe uma grande preocupação em ouvir a população e sua opinião, criando diversos canais de comunicação e readequando o processo de trabalho a partir dessa escuta, apesar de não haver um Conselho Local de Saúde atuante. A clínica ampliada e o apoio matricial são constantes no trabalho desta equipe: “Eu tenho uma mentalidade muito enraizada na minha cabeça de que é importante o trabalho multidisciplinar pra resolver os problemas do paciente. (...) Tanto a questão dos sistemas de telecomunicação, teleconferência, como a questão do apoio do NASF com as outras áreas de conhecimento da saúde que fazem a abordagem mais global do paciente” (E17\_MED3\_M3). A eSF 3 conta com a equipe NASF e com outros serviços como Conselho Tutelar e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para reuniões de matriciamento e discussão de casos, a fim de ampliar o cuidado do usuário e fazer um atendimento integral.

A eSF 2 atua com foco no trabalho em consultório. As reuniões de equipe são mensais e nem sempre com a participação de todos os profissionais. A análise e o planejamento de ações ficam a cargo da enfermagem que distribui as atividades e solicita os profissionais quando julga necessário. Há uma colaboração entre os médicos da

unidade para discussão de casos. A eSB atua à parte da eSF, sempre no consultório. Há colaboração de outros profissionais (NASF, CAPS) no trabalho com grupos e visitas domiciliares. A comunicação com a população depende muito do acesso dos usuários à UBS e dos relatos das ACS.

Na eSF 4 os relatos demonstram que a gestão e coordenação do trabalho ficam a cargo da enfermagem, que não atua nas situações clínicas. Houve relato de dificuldades de comunicação e medo de exposição de opiniões, o que dificulta o processo de avaliação e reflexão crítica do trabalho. O trabalho em redes e intersetorial se resumem ao trabalho com o NASF e apoio do CREAS (relatado apenas pela ACS). O contato e comunicação com a população é bastante considerado pela equipe, alguns profissionais são atuantes no Conselho Local de Saúde.

Na eSF 5, os relatos demonstram que a gestão compartilhada e os espaços coletivos de discussão aconteciam, porém, atualmente essa não é uma realidade, o que gera desmotivação. Apesar disso, parece haver um canal aberto de comunicação entre os profissionais para tirar dúvidas e discutir questões e casos urgentes. O trabalho intersetorial acontece pontualmente com alguns serviços como CRAS e escola. A comunicação com a população é bastante frágil, apesar da atuação junto ao Conselho Local de Saúde.

#### D4: Protagonismo das equipes na tomada de decisão

Nesta dimensão as equipes, em geral, realizam um planejamento de atividades e usam a AMAQ como instrumento, porém, o processo de execução e monitoramento das ações planejadas é o critério menos satisfatório. A eSF 2 teve resultado insatisfatório em dois critérios desta dimensão, no uso de instrumentos de planejamento e no monitoramento de resultados, sendo que as ações são pensadas a partir de um problema já estabelecido e de maior urgência.

Na eSF 1 são feitos planos formais para os projetos maiores e para intervenções de problemas mais complexos. O Conselho Comunitário é envolvido no planejamento das ações desenvolvidas pela equipe e está em constante comunicação com eles. A avaliação dos resultados é feita de uma maneira mais informal, sem registro de cumprimento de metas, mas dando novos direcionamentos e encaminhamentos para qualificação das ações. O processo de publicação das experiências auxilia neste processo de registro das informações e resultados das ações desenvolvidas. A equipe é extremamente proativa e atenta às necessidades de intervenção, sempre disposta a melhorar o cuidado oferecido: *“Então a gente sem discute em equipe. A gente*

*também leva para o conselho e pedimos ajuda, porque sozinho a gente não consegue fazer. (...) Resolvemos fazer um dia D para os adolescentes e identificamos que esporte eles gostariam de fazer. Então começou nosso projeto “Jovem Vencedor” que trouxe taikondo e judô. Depois começamos a fazer o orçamento participativo, onde a gente conseguiu a construção de uma quadra de desportos aqui no bairro, uma pracinha” (E1\_ACS 1\_M1).*

Já na eSF 2 o planejamento é centrado na enfermagem que organiza cronograma de atividades e repassa para os demais profissionais. Apesar de a médica ter noção dos passos do planejamento estratégico, não há aplicação dos mesmos no trabalho em equipe. Vários relatos fizeram alusão à prática de “apagar incêndio”. A Tomada de decisão para mudança fica restrita ao âmbito individual de alguns membros da equipe, que buscam soluções individuais para qualificação de suas práticas.

A eSF 3 realiza planejamento coerente com a demanda de trabalho, usando o AMAQ com esta finalidade, monitorando o desenvolvimento das ações planejadas e tomando a iniciativa de mudar situações-problemas observadas, colocando em prática as intervenções planejadas. Todos participam de uma reunião anual de avaliação e planejamento com elaboração de matrizes de intervenção.

Na eSF 4 o planejamento do trabalho é mais focado em demandas programáticas, já estabelecidas na rotina de trabalho da equipe, do que no processo de problematização do trabalho. Assim o planejamento fica restrito a ações pontuais e não a um projeto maior de qualificação do cuidado. Foi relatado o uso de um instrumento de planejamento indicado pela SMS, porém não foi relatado sobre a maneira como esse produto é usado e monitorado pela equipe: *“Depende da demanda. Por exemplo, agora a gente tem que fazer ‘saúde na escola’. Então a gente vai se reunir e ver quais são as prioridades que a gente tem. Agora tem a vacinação do HPV e da ‘meningo’. Então a gente vai se reunir e ver que dia a gente vai na escola” (E19\_ENF4\_M4); “Geralmente o enfermeiro da unidade que elabora as ações” (E21\_TECENF4\_M4).*

Na eSF 5, apesar de acharem importante o planejamento conjunto de ações, não existe uma prática de planejamento com o objetivo de mudança em longo prazo. São planejadas ações pontuais para problemas pontuais. É feito um calendário de atividades a cada fim de ano e o monitoramento dos resultados também é uma prática pontual. A equipe tem ideias interessantes e inovadoras para mudança das situações-problema, porém, esbarram em dificuldades de execução.



Em geral, as eSF buscam apoio das equipes de NASF, do Núcleo Telessaúde SC (que apoia na implantação e execução do PMAQ) e do setor de planejamento das SMS (que manda os materiais e orientações para organização do processo) para a realização das atividades desta dimensão.

O quadro 4 apresenta os resultados da análise dos pesquisadores sobre os contextos das eSF, destacando-se os aspectos semelhantes e divergentes entre eSF selecionadas, identificados como favoráveis ou desfavoráveis à prática da EPS.

Quadro 4 - Aspectos semelhantes e divergentes entre os contextos das equipes avaliadas em Santa Catarina, 2017.

| <b>ASPECTOS SEMELHANTES</b>   |   |
|---|---|
| <b>FAVORÁVEIS</b>   | <b>DESFAVORÁVEIS</b>  |
| <p>Desenvolvimento de estratégias para educação continuada em serviço.</p> <p>Garantia mínima de um espaço coletivo de discussão entre a equipe.</p> <p>Reconhecimento da importância de buscar apoio para a qualificação do trabalho.</p>  | <p>Dificuldades com o apoio da gestão municipal para garantia de espaços de avaliação, planejamento e estudo.</p> <p>Dificuldades dos profissionais em separar um tempo individual para estudo e pesquisa no próprio horário de serviço (o que acaba sendo feito em casa, fora do horário de trabalho).</p>   |
| <b>ASPECTOS DIVERGENTES</b>   |   |
| <b>FAVORÁVEIS</b>   | <b>DESFAVORÁVEIS</b>  |
| <p>Profissionais que gostam do trabalho e pretendem seguir carreira na ABS (casos 1, 3, 4 e 5).</p> <p>Equipe entrosada com envolvimento de todos os profissionais e gestão democrática (casos 1 e 3).</p> <p>Liderança de equipe comprometida com a gestão democrática e com o coletivo (casos 1 e 3).</p> <p>Forte comunicação com a população (equipes 1, 3, 4)</p> <p>Equipes defensoras do espaço de planejamento e estudo junto à gestão (equipes 1 e 3).</p> <p>Uso de ferramentas diversas de análise do processo de trabalho, de explicação dos problemas, de planejamento e de avaliação das ações (equipes 1 e 3).</p> <p>Estabelecimento de parcerias e trabalho intersetorial para atendimento das demandas e desenvolvimento de projetos de promoção e prevenção da saúde (equipes 1, 3 e 4).</p> | <p>Desconhecimento de técnicas e estratégias de problematização, análise de problemas, planejamento e avaliação do trabalho (equipes 2, 4 e 5).</p> <p>Dificuldades com mudança de profissionais para outras unidades de saúde (equipes 2 e 4).</p> <p>Incompreensão da população a respeito do tempo e importância das reuniões de equipe e de estudo (equipe 2 e 5).</p> <p>Liderança de equipe desmotivada na condução do grupo (equipe 5).</p> <p>Alta demanda de atendimento na UBS pelo número elevado de habitantes (Equipes 1 e 2).</p> <p>Equipe reduzida e sobrecarga de trabalho (equipes 4 e 5).</p> <p>Falta de estrutura e/ou apoio financeiro para desenvolver os projetos na unidade (equipes 2 e 5).</p> <p>Técnicos ficam à parte das discussões e estudos em equipe (equipes 2 e 5).</p> |

Um aspecto geral observado é que as atividades de qualificação em equipe são mais viáveis durante as horas de trabalho do que as atividades individuais, pois existe o momento de reunião de equipe destinado para esta finalidade. Já as atividades individuais, como participação em cursos à distância e pesquisa em base de dados, são realizadas em momentos fora das horas de trabalho, por não haver tempo destinado à isso na agenda individual.

Os entrevistados foram também questionados a respeito dos tipos de apoio que buscam e recebem em cada dimensão. Os serviços mais citados foram: Telessaúde, NASF, CREAS, CRAS, setor de planejamento do município, coordenação municipal da ABS, setor de vigilância em saúde. Em três eSF diferentes, entrevistados indicaram os serviços do Telessaúde SC como a principal estratégia de EPS: *“Eu uso bastante, a equipe usa bastante. Hoje a prática que está mais sendo usada é a telemedicina, porque é uma forma mais objetiva, mais simples e rápida de a gente pesquisar. Em segundo lugar eu diria que vem a pesquisa na internet”* (E24\_MED5\_M5).

### **Discussão**

A EPS é caracterizada como um processo educativo que tem seu foco nas necessidades e problemas identificados pelos coletivos no espaço da micropolítica do trabalho em saúde, promovendo aprendizagem significativa e transformação das práticas com vistas à integralidade da atenção. Assim, a prática da EPS está diretamente vinculada à forma como as equipes organizam seu processo de trabalho e às bases epistemológicas que o fundamentam (Ludke e Cutolo, 2010; Collar, Almeida Neto e Ferla, 2015; Lemos, 2016).

Analisando os resultados coletados é possível perceber como os diferentes contextos e maneiras de organizar o processo de trabalho das eSF selecionadas influenciam na apropriação dos critérios estabelecidos em cada dimensão de avaliação da EPS. As principais características que diferenciam as eSF 1 e 3, que obtiveram os melhores resultados, das demais foram: a gestão democrática do cuidado e da organização do trabalho, melhor entrosamento entre os membros da equipe, maior satisfação e experiência de trabalho na ABS, canais abertos de comunicação e participação da população, olhar ampliado para os determinantes sociais, realização de projetos intersetoriais de promoção da saúde e ainda uma rotina estabelecida de planejamento e avaliação do trabalho.

Observou-se que o bom desempenho dessas duas equipes na dimensão “Trabalho Interdisciplinar” é o fator que alinhava os

resultados nas demais dimensões. Uma equipe que trabalha com base na cogestão e que valoriza os espaços permanentes de diálogo é mais eficiente na condução de um processo problematizador que abranja uma maior diversidade de olhares, na busca por conhecimentos que fazem sentido ao contexto local, na identificação de demandas educacionais pertinentes e no planejamento de intervenções embasadas, que possam de fato qualificar as práticas e avançar no cuidado integral à saúde (Frenk et al., 2010; Nespoli e Ribeiro, 2011; Collar, Almeida Neto e Ferla, 2015; Pinto, 2016).

O cuidado integral é fruto do trabalho do coletivo, em que as especificidades e olhares individuais se complementam para atingir o objetivo sanitário. Equipes e programas que busquem trabalhar na lógica da EPS devem coletivizar todo o processo, desde a problematização até a definição de objetivos, planejamento de ações e sua execução. Todos se responsabilizam pelos resultados e fomentam a prática colaborativa. Isso pressupõe a participação de todos os profissionais, inclusive os de nível médio, especialmente os técnicos de enfermagem e de saúde bucal que geralmente ficam a parte do debate no coletivo para dar vasão aos atendimentos e atividades de recepção nos momentos de reunião, como observado nas eSF 2 e 5 (OMS, 2010; Cardoso, 2012; Figueiredo et al., 2014; Collar, Almeida Neto e Ferla, 2015; Gigante e Campos, 2016).

Os coordenadores das equipes 1 e 3 demonstraram maior motivação para a prática da gestão democrática e também maior compreensão sobre a complexidade do trabalho na ABS, sobre o conceito ampliado de saúde e sobre a importância do trabalho interdisciplinar. Essa postura estimula o envolvimento dos membros da equipe que se sentem valorizados em suas opiniões e conhecimentos, e que, por sua vez, se disponibilizam para a atuação além dos muros da unidade de saúde, para o trabalho intersetorial e para o diálogo com a população. Essas equipes valorizam a atuação dos Conselhos Locais de Saúde, envolvem a população na tomada de decisão e estão comprometidas com os processos de educação em saúde. Também estão mais abertas para solicitar apoio de outros serviços e programas, e o fazem de maneira intencional, para atender aspectos específicos do trabalho que foram analisados e priorizados previamente pelo coletivo (Frenk et al, 2010).

A questão estrutural das unidades de saúde, a alta demanda de atendimento em consultório, a falta de profissionais e um número de habitantes por equipe superior ao preconizado pela PNAB, foram fatores contextuais citados por algumas eSF como desfavoráveis para a prática da EPS. A precarização do trabalho, e especialmente o número elevado

de habitantes adscritos, é uma realidade difícil de ser contornada. Porém, observamos que algumas equipes, a exemplo da equipe 1, apesar de viverem essa realidade, conseguem estruturar o trabalho e organizar a alta demanda justamente por defenderem o espaço de debate e problematização no coletivo, a fim de pensarem permanentemente em estratégias criativas que ajudem a contornar os desafios, estabelecendo parcerias e, principalmente, dialogando com a comunidade e conseguindo seu apoio. Esse é o resultado esperado nos critérios avaliados na dimensão “Protagonismo das equipes na tomada de decisão” (Lemos, 2016; Gigante e Campos, 2016).

A falta de apoio dos gestores foi citada como um aspecto desfavorável semelhante em todas as equipes. Apesar de ser uma responsabilidade municipal fomentar e promover espaços de EPS em seus serviços, apesar de alguns municípios contarem com setores específicos de gestão da educação e apesar da EPS ser destacada como estratégia fundamental para consolidação do SUS (Brasil, 2009; Peres, Silva e Barba, 2016; Silva et al, 2017), ainda assim, as equipes de saúde precisam lutar diariamente pela manutenção desse espaço, pelo menos nos momentos de reunião de equipe. Os gestores tendem a valorizar mais a quantidade de atendimentos em consultório do que o trabalho coletivo e interdisciplinar, independente dos excelentes resultados das equipes que conseguem avançar com projetos intersetoriais de promoção da saúde, diminuindo impacto ambiental e reduzindo violência no bairro, a exemplo da equipe 1. Isso está atrelado ao entendimento de que promover saúde é curar doenças por meio de consultas médicas e de que EPS se resume a oferta de cursos pontuais, revelando a importância da qualificação dos gestores e de sua participação nos coletivos que olham os processos saúde-doença pelas lentes da integralidade (Silva et al., 2017).

O sistema público de saúde da Inglaterra, um dos países que apresenta melhores resultados em saúde pública no mundo, é um dos exemplos de gestão que estabelece o desenvolvimento e qualificação de sua força de trabalho como um dos principais pilares da prestação de serviços de saúde. Os gestores do *Health Education England* (Educação na Saúde da Inglaterra) dão suporte e trabalham para assegurar aos profissionais que atuam nos diversos serviços de saúde um espaço de qualificação e desenvolvimento das competências esperadas, que são bem definidas e claras nos documentos orientadores. Isso acontece por meio de comitês locais, denominados *Local Education and Training Boards*, responsáveis por identificar prioridades de qualificação. Há uma forte preocupação em qualificar conteúdos e conhecimentos clínicos

articulados com as habilidades e atitudes necessárias para implementação do modelo de atenção integral à saúde. A qualificação das lideranças dos serviços para o planejamento, trabalho interdisciplinar e diálogo com a comunidade é um dos fortes investimentos realizados (United Kingdom, 2001; 2012).

O estudo da Comissão Global Independente sobre Educação Profissional em Saúde para o Século XXI, formada por 20 pesquisadores de todo o mundo (Frenk et al, 2010), em comemoração ao centenário do relatório Flexner, também indicou a educação profissional em saúde como componente crucial no desafio da implantação de sistemas de saúde pautados pela integralidade do cuidado, destacando a importância da formação e qualificação de profissionais, lideranças e gestores pelo desenvolvimento de competências que transcendam o conhecimento clínico. O estudo indicou como aspectos fundamentais na reforma dos sistemas para a realidade do século XXI: adoção de abordagens baseada em competências, educação interprofissional, relações não hierárquicas e colaborativas. No nível de reforma institucional destacam a importância do suporte de gestores locais e nacionais aos líderes de equipes de saúde e legitimação da educação em serviço e do trabalho interdisciplinar como atribuição.

Em relação à busca de conhecimento aplicado ao contexto local, todas as equipes aqui entrevistadas demonstraram preocupação em desenvolver estratégias de aprendizagem em serviço, especialmente iniciativas de Educação Continuada em Saúde (ECS) à distância. A teorização e atualização dos profissionais sobre aspectos técnicos relacionados às suas categorias profissionais são de grande importância e fazem parte do processo de EPS. Porém, para se fazer valer como EPS, é necessário ir além dos conteúdos técnicos e das áreas programáticas, mesmo dos que emergem da realidade de trabalho, e intencionalmente buscar também conteúdos de caráter epistemológico, ético, político e cultural da saúde, que dão pano de fundo para as questões de cunho técnico (Frenk et al., 2010; Lemos, 2016; Gigante e Campos, 2016; Santos et al., 2016).

Apesar dos 14 anos de implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no Brasil, ainda é urgente que gestores e equipes de saúde se apropriem do conceito de EPS e saibam diferenciá-lo da ECS. É fundamental que compreendam que as estratégias educacionais tradicionais de atualização podem ser uma parte do processo de EPS, e não o seu fim. Os programas e projetos de EPS devem apoiar as equipes para além dos conteúdos técnicos necessários, ajudando a desenvolver neles também as competências dialógicas,

éticas, de comunicação, de escuta, de planejamento e de avaliação. Essas competências são muito relevantes para a transformação das práticas em direção aos princípios do SUS e pouco desenvolvidas nos processos de formação profissional em saúde (Cardoso, 2012; Vendrusculo et al., 2013; Barth et al., 2014; Figueiredo et al., 2014; Peres, Silva e Barba, 2016).

As equipes citaram como apoio ao desenvolvimento da EPS em serviço especialmente o Núcleo Telessaúde SC e as equipes de NASF. As eSF 1 e 3, por terem uma maior compreensão do que envolve o processo de EPS, usam esse apoio de uma maneira mais intencional, personalizando os conteúdos ofertados por meio de diferentes serviços (teleconsultoria, webpalestras, cursos, matriciamento do NASF, dentre outro) para sua realidade de atuação (Figueiredo et al., 2014; Pinto, 2016; Merhy e Gomes, 2016). Já as eSF 2, 4 e 5 precisam que serviços como o NASF e o núcleo de Telessaúde assumam a responsabilidade de apoiá-las e orientá-las no desenvolvimento das competências clínicas, mas também das competências básicas para a EPS, baseadas nas quatro dimensões do modelo avaliativo proposto, especialmente as relacionadas à dialogicidade, à gestão do cuidado e ao planejamento. O investimento em espaços de troca de experiências e colaboração entre equipes tem um grande potencial para ampliar os recursos de gestão da EPS no contexto local da ABS (Nespoli e Ribeiro, 2011; Figueiredo et al., 2014; Santos et al., 2016; Pinto, 2016).

Na prática, as eSF 1 e 3 investem em ferramentas diferenciadas de análise do processo de trabalho, como reuniões de matriciamento, teleconsultorias de organização do processo de trabalho, organização de projetos terapêuticos singulares, análise dos indicadores, diagnóstico comunitário, elaboração de matrizes de intervenção e projetos. Além disso, estão em constante contato com a discussão sobre o conceito de integralidade e na produção de consensos entre os membros da equipe, e entre a equipe e os gestores municipais. Todas estas estratégias são amplamente apresentadas como integrantes da “caixa de ferramentas” para o desenvolvimento da EPS e da aprendizagem significativa (Davini, 2009; Figueiredo, 2014).

### **Considerações Finais**

Concluiu-se que as eSF 1 e 3 têm implantada em seu processo de trabalho a prática da EPS, respondendo satisfatoriamente aos critérios de avaliação das quatro dimensões.

Os resultados demonstraram que as equipes que organizam seu processo de trabalho e o cuidado assistencial com base na gestão

democrática e no compartilhamento dos saberes entre os diferentes profissionais, população, serviços e setores (dimensão 3), conseguem avançar e desenvolver os critérios nas demais dimensões avaliativas de maneira mais fluida.

As lideranças de equipe qualificadas para a gestão democrática e que têm como imagem objetivo o cuidado integral à saúde, como observado nas eSF 1 e 3, influenciam diretamente a organização do trabalho na perspectiva do que a EPS preconiza, incentivando a equipe no desenvolvimento de soluções inovadoras e na aprendizagem significativa.

O apoio e o incentivo dos gestores municipais também exerce influência na implantação da EPS como estratégia de gestão do processo de trabalho e da educação profissional em saúde pelas equipes de ABS. A gestão municipal e os programas de apoio à EPS planejados pelo MS e pelas Comissões Regionais de Integração Ensino-Serviço precisam ser mais intencionais na promoção da reflexão sobre a EPS como uma atribuição de todo profissional que atua na saúde pública, tanto quanto o trabalho assistencial. Mais do que conhecimentos técnicos atualizados e baseados na melhor evidência científica, a consolidação do modelo integral de atenção à saúde acontece no desenvolvimento das competências para a EPS que envolvem habilidades gerenciais, dialógicas, democráticas, reflexivas e atitude proativa de inovação das soluções em saúde.

Espera-se que este modelo avaliativo possa ser replicado em outros contextos para ampliação da discussão dos resultados apresentados neste estudo. Esperamos ainda que os critérios da matriz de análise apoiem equipes, gestores municipais e programas de EPS na avaliação de sua apropriação nos processos de trabalho em saúde e também na avaliação das ações educativas planejadas, dando direcionamento para promoção de contextos políticos e organizativos favoráveis à EPS.

## Referências

- ANDRADE, Rebeca S. de et al. Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p. 505-521, 2016.
- BARTH, Priscila O. et al. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 604-11, 2014.



BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. v. 9. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde).

CARDOSO, Ivana M. “Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica à saúde: analisando contribuições. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.21, supl.1, p.18-28, 2012.

CECCIM, Ricardo B.; FERLA, Alcindo A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Julio C. (Coords). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2 ver. ed. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 162-168.

CHAMPAGNE, François et al. A análise da implantação. In: BROUSSELLE, A et al (orgs) *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 217-238.

COLLAR, Janaína M.; ALMEIRA NETO, João B. de; FERLA, Alcindo A. Educação Permanente e o cuidado em saúde: ensaio sobre o trabalho como produção inventiva. *Saúde em Redes*, v. 1, n. 4, p. 53-64, 2015.

DAVINI, Maria C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-63.

FIGUEIREDO, Maria C. B. de et al (Org). *Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2014.

FIGUEIREDO, Eluana B. L. de et al. Dez anos da educação permanente como política de formação em saúde no Brasil: um estudo das teses e dissertações. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 147-162, 2017.

FRENK, Julio et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

GIGANTE, Renata L.; CAMPOS, Gastão W.de S. Política de Formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 747-763, 2016.

JORGE, Maria S. B. et al. Processo formativo em saúde e suas valises teórico-metodológicas. In: JORGE, Maria S. B.; LIMA; Leilson L. de; PINTO, Antonio G. A. (Orgs). *Caminhos da formação em saúde: políticas, desafios e contradições – ensino, pesquisa, cuidado e gestão*. Fortaleza: EdUECE, 2012. p. 23-46.

LEMONS, Cristiane L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.

LUDKE, Luise; CUTOLO, Luiz R. A. Formação de Docentes para o SUS: um desafio sanitário e pedagógico. *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, v.1, n.1, p.88-98, 2010.

MERHY, Emerson E.; GOMES, Luciano B. Colaborações ao Debate sobre a Revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: GOMES, Luciano B.; BARBOSA; Mirceli G.; FERLA, Alcindo A. (Orgs). *A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 67-92.

MINAYO, Maria C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NESPOLI, Grasieli.; RIBEIRO, Victoria M. B. Discursos que formam saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 985-996, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*. Genebra: OMS, 2010.

PERES, Cristiane; SILVA, Roseli F. da; BARBA, Patrícia C. de S. D. Desafios e potencialidades do processo de Educação Permanente em Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-801, 2016.

PINTO, Heider. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para Transformar. In: GOMES, Luciano B.; BARBOSA; Mirceli G.; FERLA, Alcindo A. (Orgs). *A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 23-65.

SILVA, Luiz A. A. da et al. Avaliação da Educação Permanente no Processo de Trabalho em Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, n.3, Rio de Janeiro, 2016, p. 765-781.

SILVA, Luiz A. A. et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e58779, 2017.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. Gerência de Coordenação da Atenção Básica. *Capacidade instalada para Atenção Básica: equipes de Saúde da Família (SF) e de Saúde Bucal (SB), Agente Comunitário de Saúde (ACS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Especialidades*. Competência Janeiro/2018. Disponível em: [http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2489&Itemid=468](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2489&Itemid=468)

SOUZA, Luís E. P. F. de; SILVA, Lígia M. V. da; HARTZ, Zulmira M. de A. Conferência de Consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Zulmira M. de A.; SILVA, Lígia M. V. da (Orgs). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e*

sistemas de saúde. 3ª Reimpressão. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2005. p. 65-102.

UNITED KINGDOM. Department of Health. *'Working Together – Learning Together' A Framework for Lifelong Learning for the NHS*. Department of Health Publications: 2001.

UNITED KINGDOM. Department of Health. *Liberating the NHS: Developing the Healthcare Workforce From Design to Delivery*. Department of Health Publications: 2012.

VENDRUSCULO, Carine et al. Educação permanente em saúde: percepção dos gestores do SUS na Macrorregião Oeste, em Santa Catarina. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v.7, n.4, 2013.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs a avaliar um núcleo de Telessaúde como estratégia de apoio à EPS de equipes da ABS, respondendo a uma lacuna nos estudos de avaliação do Programa Telessaúde Brasil Redes em relação a este objetivo específico do programa.

Por meio do estudo exploratório (item 5.1) foi possível descrever a oferta e o uso dos serviços do Núcleo Telessaúde SC e identificar as barreiras e os facilitadores do acesso a esses serviços. Os serviços mais usados e que recebem importante apoio da gestão para o seu uso são as webpalestras e o telediagnóstico. Além disso, foi possível concluir já neste estudo que os gestores que entendem o potencial do Telessaúde como um todo são agentes ativos na facilitação do seu uso.

O estudo de avaliabilidade (EA) (item 5.2) realizou uma descrição completa do programa, por meio da revisão de literatura e das entrevistas com informantes-chave, o que permitiu identificar as dimensões e princípios orientadores que devem guiar as ações/estratégias de EPS. Com isso foi possível propor um modelo avaliativo dos núcleos de Telessaúde enquanto estratégia de apoio à EPS baseado em quatro dimensões: 1) Identificação de Problemas no Contexto de Trabalho; 2) Ampliação do Conhecimento Aplicado ao Contexto Local; 3) Trabalho Interdisciplinar e 4) Protagonismo das Equipes na Tomada de Decisão.

O uso da metodologia de conferência de consenso para validar os modelos avaliativos, que contou com a análise de especialistas em EPS e Telessaúde, foi de grande valia para uma compreensão mais ampla do objeto de estudo, dando maior segurança para o processo de coleta e análise de dados.

O EA definiu o objeto como avaliável e indicou como melhor linha metodológica para pesquisa avaliativa um estudo de caso de abordagem qualitativa, e análise baseada na identificação de convergências e divergências por meio do confronto dos modelos propostos com a realidade empírica do caso.

Optou-se pelo uso de entrevistas semiestruturadas individuais a fim de facilitar a expressão das opiniões de cada entrevistado com maior espontaneidade, profundidade e de maneira mais flexível, permitindo um roteiro oculto de perguntas. A análise de contexto e da convergência das respostas, bem como o seguimento dos passos da análise temática de conteúdo, permitiram testar a confiabilidade das informações atribuindo validade interna do estudo.

O modelo avaliativo proposto se mostrou aplicável e factível, identificando as potencialidades e desvantagens dos contextos de oferta e uso dos serviços de telessaúde enquanto estratégia de EPS (item 5.3). Os resultados demonstraram que a implantação do Telessaúde SC enquanto estratégia de apoio a EPS não depende apenas do contexto de oferta, sendo muito influenciado também pelo contexto de uso dos serviços. Nesse sentido, a interação que as equipes de ABS estabelecem com o núcleo e a personalização dessa interação para cada contexto potencializa a capacidade de apoio à EPS.

Em relação às dimensões avaliativas, o Telessaúde SC teve um resultado mais expressivo na dimensão 2 (conhecimento aplicado ao contexto local) e precisa avançar ainda na organização dos serviços com base nos critérios das dimensões 1 (Identificação de problemas no contexto de trabalho) e 3 (Trabalho Interdisciplinar), além de pensar no desenvolvimento de estratégias que destaquem, além da competência técnica, também as competências reflexiva e dialógica que fortaleçam os espaços coletivos de promoção da saúde.

A análise dos resultados das eSF entrevistadas em cada dimensão dos modelos avaliativos permitiu ainda identificar as características contextuais das eSF que contribuem ou dificultam a implantação de estratégias de EPS em seu processo de trabalho (item 5.4).

Dentre os aspectos contextuais que influenciam a prática da EPS pelas equipes de ABS, destaca-se a influência que o trabalho interdisciplinar e a gestão democrática (dimensão 3) tem no desenvolvimento dos critérios das demais dimensões avaliativas. A garantia mínima de um espaço coletivo de discussão entre a equipe, o reconhecimento da importância de buscar apoio para a qualificação do trabalho e o desenvolvimento de estratégias para educação continuada em serviço foram aspectos favoráveis e convergentes entre as equipes. Já os aspectos desfavoráveis convergentes entre as equipes foram as dificuldades com o apoio da gestão municipal para garantia de espaços de avaliação, planejamento e estudo e um tempo individual para estudo disponível na carga horária de trabalho.

A literatura indica que o reconhecimento e valorização da EPS como estratégia de gestão do processo de trabalho e de educação profissional em serviço pelos gestores têm dado retorno e resultados importantes em termos de qualidade do serviço de saúde prestado. Nos contextos avaliados neste estudo, esse é um aspecto relevante que ainda é um grande desafio, considerando o cenário e interesses políticos.

Este estudo contribuiu, em primeiro lugar, com o processo formativo dos atores envolvidos, dando maior clareza para o

planejamento e organização dos serviços de telessaúde com vistas ao seu objetivo de apoiar as ações de EPS das equipes atuantes na ABS.

O modelo e instrumentos propostos foram aplicados em um estudo de caso, o núcleo TElessaúde SC, porém, espera-se que esse estudo ajude a ampliar a discussão com a aplicação e adaptação destes instrumentos no contexto de outros núcleos de telessaúde.

Outra contribuição importante foi a proposição de uma estratégia avaliativa que foca em aspectos fundamentais do planejamento de ações educativas que tenham como finalidade promover a EPS, avançando nas avaliações pontuais que têm como fim a satisfação com a metodologia e conteúdos. Além disso, a proposição de análise qualitativa da interação entre os contextos de oferta e uso das ações de EPS, também é uma contribuição importante que propõe o foco da avaliação nas dimensões que propulsionam a imagem objetivo da EPS de fortalecer o SUS e transformar as práticas do cuidado no sentido da atenção integral à saúde. Como um objeto complexo, a EPS precisa ser vista e avaliada especialmente dentro desta interação, o que permite observar em que pontos os objetivos da oferta e do uso se encontram, e quais seus resultados.

Para além dos núcleos de telessaúde, os modelos teórico e lógico propostos podem também ser adaptados ao contexto de outros programas e ações de EPS, em outras instâncias. A lógica de organização dos núcleos de telessaúde pode ser substituída nos modelos pela lógica do programa que se pretende avaliar.

Por fim, destaca-se que o Núcleo Telessaúde SC tem potencial para apoiar e ajudar as equipes de ABS na prática da EPS enquanto estratégia educacional e gerencial. É necessário que sua equipe de teleconsultores e apoiadores esteja ciente deste objetivo e busque de maneira mais intencional refletir sobre as possibilidades de apoio nesta perspectiva, especialmente refletindo sobre a importância da oferta integrada de todos os serviços. A implantação do núcleo enquanto estratégia de EPS depende ainda dos contextos locais, de suas intenções no uso dos serviços de telessaúde e do desempenho de cada eSF nos critérios estabelecidos para cada dimensão da MAJ. Neste sentido, conclui-se que o Telessaúde SC enquanto estratégia de apoio à EPS está implantado de maneira mais satisfatória no contexto de uso da eSF dos casos 1 e 3.





## REFERÊNCIAS

- ARRUDA, M. P. et al. Educação permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, v. 32, n. 4, p. 518-524, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a15>. Acesso em: 26 jun. 2018.
- BAGAYOKO, C. O. et al. Continuing Distance Education: A Capacity-Building Tool for the De-isolation of Care Professionals and Researchers. **Journal of General Internal Medicine**, v. 28, n. 3, p. 666-670, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC23780652/>. Acesso em: 26 jun. 2018.
- BÁRCIA, M. F. **Educação Permanente no Brasil**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1982.
- BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problemática e os Ensinamentos de Paulo Freire: uma relação mais que perfeita. In: BERBEL, N. A. N. (Org). **Metodologia da Problemática: Fundamentos e Aplicações**. Londrina: Ed. UEL, 1999. p. 1-28.
- BORDENAVE, J. E. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino-Aprendizagem**. 14 ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1994.
- BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: SANTANA, J. P; CASTRO, J. L.(orgs). **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos CADRHU**. Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Editora da UFRN, 1999. p. 261-268
- BRANDÃO, C. R. **O que é Educação Popular?** [S.l.: s.n.] 1983. Disponível em: <http://ifibe.edu.br/arq/201509112220031556922168.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**: Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003**: Afirmar a aprovação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde,” como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente. Disponível em:  
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2004/Reso335.doc>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vp.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf)>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**: Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. 2004b. Disponível em:  
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 5.622, de 19 de dezembro de 2005**: Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de

1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 76 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida\\_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf)>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**: Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006b. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html) . Acesso em: 06 nov. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_participativa\\_cogestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf). Acesso em 02 set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 64 p, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf)>. Acesso em: Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.546, de 27 de novembro de 2011**: Redefine e amplia o Programa Telessaúde

Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546\\_27\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html). Acesso em: 26 jun. 2018.

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, 2012a. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_tel\\_essaude.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_tel_essaude.pdf). Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 26 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**: Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Folheto. 1 ed., 1 reimpressão, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 278, de fevereiro de 2014**: Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278\\_27\\_02\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html)>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica nº50/2015-DEGES/SGTES/MS**: Diretrizes para a oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas\\_tecnicas/Nota\\_Tecnica\\_Diretrizes\\_Telessaude.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf). Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Custeio dos Núcleos de Telessaúde: Manual Instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_tecnico\\_telessaude\\_preliminar.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_tecnico_telessaude_preliminar.pdf). Acesso em 02 set 2018.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**: Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Anexo XXII. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso em: 26 jun. 2018.

CARNEIRO, V. F.; BRANT, L. C. Telessaúde: dispositivo de educação permanente em saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 2, p. 2365-2387, 2013. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22960>. Acesso em: 26 jun. 2018.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. (Coords). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. 2 ver. ed. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 162-168. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf> . Acesso em: 26 jun. 2018.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-66, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; DENIS, J.L. **A análise da implantação**. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. (orgs) Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 217-238.

COSTA, M. A. **Educação a distância em saúde**: um exercício teórico e epistemológico na aproximação destas áreas. Niterói, 2009. Disponível em: <<http://www.abed.org.br/congresso2009/CD/trabalhos/1452009203611.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

COSTA, M. A. et al. EAD e saúde: aproximação entre as áreas a partir da experiência de um curso na Fundação Oswaldo Cruz. **EAD em Foco**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 48-118, 2012.

DAVINI, M. C. **Bases Metodológicas para la Educacion Permanete del Personal de Salud**. Publicación nº 19. OPAS: 1989.

DAVINI, M. C. **Praticas Laborales em los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje**. In: HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. Educacion Permanente de Personal de Salud. Washington, D.C.: OPAS, 1994. p. 109-126.

DAVINI, M. C. **Educación permanente em salud**. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud nº 38. OPAS: Washington, D. C., 1995. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173954/Educacion%20permanente%20en%20salud.pdf;jsessionid=ECC82B0F260A233D3EB4033D40E6AA17?sequence=1>. Acesso em: 26 jun. 2018.

DAVINI, M. C. **Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. SGTES. DEGES. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-63. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf). Acesso em: 26 jun. 2018.

EL KHORI, S. G. Telemedicina: Análise da sua evolução no Brasil. 2004. 238 f. **Dissertação (Mestrado)** - Curso de Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. 247 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-24102007-143128/publico/sumaiagekhouri.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

ENGLE, X. et al. Combining continuing education with expert consultation via telemedicine in Cambodia. **Tropical Doctor**, v. 44, n. 2, p. 62-68, 2013.

FAQUETI, A.; RESES, M. L. N.; GOUVEIA, G. D. A.; TANNUS, B.; BACILLIERI, G.; ELIAS, M. V.; NATAL, S. CALVO, M. C. M. Experiência do Telessaúde SC na produção e uso da Segunda Opinião Formativa. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, Secretaria de Estado da Saúde, Gerência de

Coordenação da Atenção Básica, ano 7, n. 14 (out/2017), p. 57-59. Florianópolis: Beconn Produção de Conteúdo, 2017.

FERRAZ, F. **Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço:** perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. 421 p. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/95003>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

FERRAZ, F. et al. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1683-1693, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600020)>. Acesso em: 26 jun. 2017.

FERRAZ, L. L. A Educação a Distância na educação permanente dos profissionais da saúde: revisão. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Edição especial, p. 2118-2127, 2013. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22981>. Acesso em: 26 jun. 2018.

FIGUEIREDO, M. C. B. de et al (orgs). **Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2014.

FIOCRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde. Observatório dos Técnicos em Saúde. **Análise da Política de Educação Permanente em Saúde:** um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Relatório Final. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <[http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/EPSJV-](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/EPSJV-)



[FIOCRUZ/Análise\\_política\\_edu\\_permanente.pdf](#)>. Acesso em: 26 jun. 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FURTER, P. **Educação Permanente e Desenvolvimento Cultural**. 2ª Edição. Tradução de Teresa de Araújo Penna. Petrópolis: Vozes, 1975.

GADOTTI, M. **A educação contra a educação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

GERVÁS, J.; FERNÁNDEZ, M.P. **Uma Atenção Primária forte no Brasil. Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da Estratégia de Saúde da Família**. 2011. Disponível em [http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal\\_portugues.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf). Acesso em: 17 set. 2018.

GOMES, R. **A análise de dados em pesquisa qualitativa**. In: MINAYO, M. C. S. (org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2002. P. 67-80.

GOUVEIA, G. D. A.; POSSAMAI, M. M.; SOARES, G. B.; ORTIGA, A. M. B.; TANNUS, B. G.; ELIAS, M.; HALLAL, A. L. C. Teleconsultorias do Núcleo Telessaúde Santa Catarina. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, Secretaria de Estado da Saúde, Gerência de Coordenação da Atenção Básica, ano 7, n. 14 (out/2017), p. 53-56. Florianópolis: Beconn Produção de Conteúdo, 2017.

GRILLO, M. J. C. **Educação permanente em saúde [manuscrito]: espaços, sujeitos e tecnologias na reflexão sobre o processo de trabalho**. Tese de doutoramento. 2012. 222f.: il. Disponível em:

<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-8UYMTW>. Acesso em: 26 jun. 2018.

HADDAD, Q. J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C (orgs). **EPS: Educacion Permanente de Personal de Salud**. Washington, D. C: Organizacion Panamericana de La Salud, 1994.

HARTZ, Z. M. A. org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

KALLEN, D. Aprendizagem ao Longo da Vida em retrospectiva. **Revista Europeia de Formação Profissional**, n. 8/9, p. 16-22, 1996. Disponível em:  
<[http://www.cedefop.europa.eu/files/etv/Upload/Information\\_resources/Bookshop/130/8-9\\_pt\\_kallen.pdf](http://www.cedefop.europa.eu/files/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/130/8-9_pt_kallen.pdf)>. Acesso em: 26 jun. 2018.

LAMPERT, E. A. UNIVERSIDADE E O CURRÍCULO: possibilidades de redimensionar o fazer-pedagógico. **Revista Linhas**, v. 10, n. 02, p. 144-155, 2009. Disponível em:  
<<http://revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1423/1472>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

LAMPERT, E. Educação permanente: limites e possibilidades no contexto da América Latina e Caribe. **Revista Linhas**, v. 6, n. 1, p. 177-194, 2005. Disponível em:  
<<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1252>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0913.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

LEVITON, L. C et al. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs and Practices. **Annu. Rev. Public Health**. Vol. 31, p. 213-233, 2010. Disponível em: [https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.publhea.lth.012809.103625?url\\_ver=Z39.88-2003&rft\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed](https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.publhea.lth.012809.103625?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed). Acesso em: 26 jun. 2018.

LIBÂNEO, J. C. Tendências pedagógicas na prática escolar. In: LIBÂNEO, J. C. **Democratização da Escola Pública**: a pedagogia crítico-social dos conteúdos. São Paulo: Loyola, 1992. p. 3-37. Disponível em: <<http://www.fatoconcursos.com.br/adm/extras/TendenciasPedagogicasnaPraticaEscolarLibaneo.pdf17102016062705.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

LOPES, S. R. S. L.; PIOVESAN, E. T. de A.; MELO, L. de O.; PEREIRA, M. Fl. Potencialidades da educação permanente para transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Sociais**, v. 8, n. 2, p. 147-155, 2007.

LUCENA, B. E. B.; DINIZ JÚNIOR, J.; DINIZ, R. V. Z. Telessaúde como ferramenta de apoio à Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre as teleconsultorias em cardiologia. **Revista Brasileira de Inovação em Saúde**, v. 5, n. 1, p. 13-25, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/6998>. Acesso em: 26 jun. 2018.

LÜDKE, L. **Formação de Docentes para o SUS**: um desafio sanitário e pedagógico. Dissertação (mestrado). Universidade do Vale do Itajaí. Curso de Pós-Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho, 2009. p. 95. Orientação: Luiz Roberto Agea Cutolo. Disponível em: <<http://siaib01.univali.br/pdf/Luise%20Ludke.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

LÜDKE, L.; CUTOLO, L. R. A. Formação de Docentes para o SUS: um desafio sanitário e pedagógico. **Saúde & Transformação Social**, v. 1, n. 1, p. 88-98, 2010. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/410>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

MACHADO, M. H. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, v. 3, n. 1, p. 12-26, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_rh.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf)>. Acesso em: 26 jun. 2018.

MAEYAMA, M. A.; 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**, n. 42, v. 2, p. 62 – 72, 2018.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Saúde em Debate**, v. 1, n. 51, p. 14-29, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf), acesso 17 set. 2018.

MERHY, E. E.; FEUERWEKER, L. C. M. **Educação permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado**. In: MANDARINO, A. C. S.; GALLO, E.; GOMBERG,

E. (org). **Informar e Educar em Saúde: análises e experiências**. Salvador: EDUFBA, Fiocruz, p. 9-26, 2014.

MERHY, E. E.; FEUERWEKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. **Revista Salud Colectiva**, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v2n2/v2n2a04.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

MERHY, E. E.; GOMES, L. B. **Colaborações ao Debate sobre a Revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. In: GOMES, L. B.; BARBOSA; M. G.; FERLA, A. A. (orgs). A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 67-92. Disponível em: <http://www.redegovcolaborativo.org.br/publicacoes/livros/EPSeasRedesColaborativas.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. DA S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000100170](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100170). Acesso em: 26 jun. 2018.

MINAYO, M. C. de S. (org). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, E. R.; DOLNY, L. L.; LACERDA, J. T. de. Tele-educação como à Educação Permanente em Saúde. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, Secretaria de Estado da Saúde, Gerência de Coordenação da Atenção Básica, ano 7, n. 14

(out/2017), p. 49-52. Florianópolis: Beconn Produção de Conteúdo, 2017.

MOTTA, J. I. J.; RIBEIRO, E. C. de O. Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde. **Divulg. saúde debate**, n. 12, p. 39-44,1996.

NEMES, M. I. B. **Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001. (Série Fundamentos de Avaliação, 1). Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/img/media/colecao%20fundamentos%20avaliacao%20N1.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

NILSON, L.G.; DOLNY, L.L.; NATAL, S.; LACERDA, J. T. de; CALVO, M. C. M. Telehealth Centers: A Proposal of a Theoretical Model for Evaluation. **Telemed J E Health**. 23(11), 1-8, 2017.

NÚCLEO TELESSAÚDE SC. Universidade Federal de Santa Catarina. **Projeto do Núcleo Telessaúde Santa Catarina**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2017a.

NÚCLEO TELESSAÚDE SC. Universidade Federal de Santa Catarina. **Relatório final do Projeto 401211/2013-4 - Avaliação do impacto dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina**. Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit Nº 08/2013 – Pesquisa em educação permanente para o SUS e dimensionamento da força de trabalho em saúde. Relatório. Digitalizado. Florianópolis, 2017b.

NÚCLEO TELESSAÚDE SC. Universidade Federal de Santa Catarina. **Relatórios de Monitoramento das participações de todos os serviços de Telessaúde de 2012 a 2017**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2018.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação a Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios.

**Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 585-589, 2007. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000500019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500019). Acesso em: 26 jun. 2018.

PAIVA, V. **Educação permanente**: ideologia educativa ou necessidade econômico-social. Rio de Janeiro: Síntese, 1977.

Disponível em:

<http://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/File/2406/2669>. Acesso em: 26 jun. 2018.

PEDROSO, R. T.; VIEIRA, M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface** (Botucatu), v. 13, supl. 1, p. 695-700, 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500020)>. Acesso em: 26 jun. 2018.

PINTO, H. A. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Org.). **A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas**: Conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede Unida, p. 23-65, 2016.

<http://www.redegovcolaborativo.org.br/publicacoes/livros/EPSeasRedesColaborativas.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

PINTO, H. A.; SOUZA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 1, n. 51, p. 43-57, 2014. Disponível em:

<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

RANGEL-S, M. L.; GUIMARÃES, J. M.; PAIM, M. C. **Educação a Distância em Saúde Coletiva**. In: RANGEL-S, M. L.; RICCIO, N. C. R.; GUIMARÃES, J. M. M. Educação a distância em saúde coletiva: interfaces na formação profissional. Salvador: Edufba, 2016. p. 21-32.

ROVERE, M.R. **Gestion Estrategica de la Educacion Permanente em Salud**. In: HADDAD, J. Q; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. Educacion Permanente de Personal de Salud. Washington, D.C.: OPAS, 1994. p. 63-106.

RUBIÓ, F. S. Aprendizaje colaborativo en red: el caso del Laboratorio de Telemedicina. **Gaceta Sanitaria**, v. 25, n. 3, p. 254-256, 2011. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112011000300013](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000300013). Acesso em: 26 jun. 2018.

SANDRI, J. V. DE A.; BECKER, G.; GAVA, K.; REBELLO, R. Caracterização das Ações de Educação Permanente em Saúde no Estado de Santa Catarina. **RBTS**, v. 1, n. 2, p. 15-25, 2014. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/7238> >. Acesso em: 26 jun. 2018.

SANDRI, J. V. DE A.; OLIBONE, S. DE F. H.; PATERNO, E. M.; BITTELBRUNN, C. A Política de Educação permanente na área da saúde em Santa Catarina: o histórico de uma Caminhada. **RBTS**, v. 2, n. 2, p. 97-113, 2015. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/9222> >. Acesso em: 26 jun. 2018.

SANTOS, A. F. et al. **Telessaúde**: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

SANTOS, C. M.; TENÓRIO, F. P. S.; KICH, F. D. **Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe**: Saberes e



Tecnologias para Implantação de uma Política. Livro do Aprendiz 2. Aracajú: FUNESA, 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/lil-744994>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

SAVIANI, D. **Pedagogia Histórico-Crítica**. 9ª edição. Campinas: Autores Associados, 2005.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, v. 12, n. 34, p. 152-165, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbedu/v12n34/a12v1234.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

SILVA, A. B. **Telessaúde no Brasil: Conceito e Aplicações**. Rio de Janeiro: Doc Editora, 2014.

SILVA, J. A. M. da; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saude soc. [online]**, v. 20, n. 4, p. 1018-1032, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400018)>. Acesso em: 26 jun. 2018.

SILVA, A. A. da; SCHMIDT, S. M. S.; NOAL, H. C.; SIGNOR, E.; GOMES, I. E. M. Avaliação da Educação Permanente no Processo de Trabalho em Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 14, n.3, Rio de Janeiro, 2016, p. 765-781.

SILVA, L. A. A.; SODER, R. M.; PETRY, L.; OLIVEIRA, I. C. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e58779, 2017

SMAHA, I.N.; CARLOTO, C.M. Educação permanente: da pedagogia para a saúde. In: ALVES, G.; MONTEIRO, A.Q.; BATISTA, R.L.; (org). **VII Seminário do Trabalho: trabalho,**

educação e sociabilidade; 24-28 maio 2010, Marília, SP. São Paulo: UNESP; 2010. Disponível em: <  
[http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalho-ret-2010/india\\_nara\\_smaha\\_cassia\\_maria\\_carloto\\_educacao\\_permanente\\_da\\_pedagogia\\_para\\_a\\_saude.pdf](http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalho-ret-2010/india_nara_smaha_cassia_maria_carloto_educacao_permanente_da_pedagogia_para_a_saude.pdf)>. Acesso em: 26 jun. 2018.

SOUZA, L. E. P. F. de; SILVA, L. M. V. da; HARTZ, Z. M. de A. **Conferência de Consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil.** In: HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. V. da (orgs). Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 65-102.

TEIXEIRA, C. F. **Enfoques Teórico-Metodológicos do Planejamento em Saúde.** In: TEIXEIRA, C. F. (org.). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA. 2010.

THURSTON, W. E; POTVIN, L. Evaluability Assessment: A Tool for Incorporating Evaluation in Social Change Programmes. **Evaluation.** V. 9 n. 4, p. 453-469, 2003. Disponível em: [http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be/Documents\\_electroniques/EVA/EVA-PROG/ELE%20EVA-PROG%207370.pdf](http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be/Documents_electroniques/EVA/EVA-PROG/ELE%20EVA-PROG%207370.pdf). Acesso em: 26 jun. 2018.

THURSTON, W. E; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. **The Canadian Journal of Program Evaluation.** v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005. Disponível em: <https://evaluationcanada.ca/secure/20-2-001.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

VALENTE, José Armando. **O papel da interação e as diferentes concepções de educação a Distância.** SENAC: Curso

de Especialização em Educação a Distância, 2012. (Texto didático Curso de Especialização em Educação a Distância – SENAC/RS).

VALENTIM, R. A. de M.; ARAÚJO, B. G. de; GUEDES, T. A. L.; FIGUEIREDO, A. M. de (orgs). **A Telessaúde no Brasil e a inovação tecnológica na atenção primária**. Natal: EDUFRN, 2015.

VARGAS, F. M. A. et al. A educação a distância na qualificação de profissionais para o Sistema Único De Saúde: metaestudo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 3, p. 849-870, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1678-1007-tes-14-03-0849.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

VENDRUSCOLO, C. et al. Educação permanente em saúde: percepção dos gestores do SUS na Macrorregião Oeste, em Santa Catarina. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, [S.l.], v. 7, n. 4, 2013. ISSN 1981-6278. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/574/1215>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

VENDRUSCOLO, Carine et al. A Inserção da Universidade no Quadrilátero da Educação Permanente em Saúde: relato de experiência. **Texto contexto - enferm.**, v. 25, n. 1, e2530013, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2530013.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

VIEIRA, A. G. R. Educação permanente: (re) vendo conceitos. **ECS**, v. 3, n. 2, p. 179-193, 2013. Disponível em: <http://sinop.unemat.br/projetos/revista/index.php/educacao/artic/e/view/1239>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

VON WANGEHEIM, A.; CAVALCANTE, C.; WAGNER, H. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC): Telemedicina e Telessaúde. In: MESSINA, L.A.; RIBEIRO FILHO, J.L. **Impactos da rede universitária de**

**telemedicina:** ações de educação contínua, pesquisa colaborativa e assistência remota: Fase I (2006-2009). 1.ed. Rio de Janeiro: E-papers, 2013. p. 158-171. Disponível em: [https://rute.rnp.br/c/document\\_library/get\\_file?uuid=dc83a2a5-4c4f-4f8b-96e9-7d10b3ac19cb&groupId=160704](https://rute.rnp.br/c/document_library/get_file?uuid=dc83a2a5-4c4f-4f8b-96e9-7d10b3ac19cb&groupId=160704). Acesso em: 26 jun. 2018.

WALSER, T. M.; TREVISAN, M. S. Evaluability Assessment Thesis and Dissertation Studies in Graduate Professional Degree Programs: Review and Recommendations. **American Journal of Evaluation**. v.37, n.1, p. 118-138, 2016.

WEN, C. L. Telemedicina e Telessaúde: Um panorama no Brasil. **Informática Pública**, ano 10, n. 2, p. 07-15, 2008. Disponível em: [http://www.ip.pbh.gov.br/ANO10\\_N2\\_PDF/telemedicina\\_tesau\\_de.pdf](http://www.ip.pbh.gov.br/ANO10_N2_PDF/telemedicina_tesau_de.pdf). Acesso em: 26 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: Report on the second global survey on eHealth 2009. Geneva: World Health Organization, 2010. 93 p. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44497/1/9789241564144\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44497/1/9789241564144_eng.pdf). Acesso em: 26 jun. 2018.

## **APÊNDICE A – Roteiro de Análise dos Especialistas**

### **Apresentação**

Este documento tem a finalidade de organizar o processo de validação da matriz avaliativa da tese de doutorado em Saúde Coletiva, intitulada “Avaliação dos serviços de Telessaúde como apoio à Educação Permanente das equipes de Atenção Básica: o caso do Núcleo Telessaúde SC”. Para tal, apresenta brevemente o referencial teórico que orienta a proposta.

Este estudo integra o Projeto de Pesquisa 401211/2013-4 – ‘Avaliação do impacto dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina’, financiado pela Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit nº 08/2013 – Pesquisa em educação permanente para o SUS e dimensionamento da força de trabalho em saúde.

A Educação Permanente é uma das apostas do Ministério da Saúde para a implementação de um SUS com base em seus princípios essenciais, transformando os espaços de trabalho também em espaços de educação e aprendizagem.

Por meio da reflexão sobre a realidade local, da produção do conhecimento embasado nesta realidade, do planejamento e da ação para resolução de problemas, espera-se que as equipes exerçam uma democracia participativa, trocando e compartilhando experiências, com vistas à qualificação permanente e constante do cuidado em saúde, respeitando a população em que se insere.

Diversas ações e programas foram colocados em prática com esta finalidade, como:

- Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS);
- Comunidade de Práticas;  
VER-SUS;
- PET-Saúde;  
Pró-Saúde;

Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.

O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, criado

em 2007, hoje conta com quatorze núcleo de Telessaúde vinculados à Universidades Federais, dentre os quais o Núcleo Telessaúde de Santa Catarina, onde estou inserida.

Os principais objetivos deste programa são apoiar a tomada de decisão clínica no âmbito da atenção básica evitando e qualificando encaminhamentos pra outros níveis de atenção e apoiar as ações de Educação Permanente das equipes de atenção básica.

A partir deste projeto percebeu-se a necessidade de conduzir duas diferentes linhas de investigação: apoio clínico assistencial e apoio à Educação Permanente, considerando os dois objetivos principais do programa e suas diferentes composições e arcabouços teóricos.

Muitas são as pesquisas voltadas para a avaliação de tecnologias de informação e comunicação para diagnóstico, monitoramento remoto de pacientes, teleconsultas, desenvolvimentos de novas ferramentas aplicáveis à saúde. Também alguns estudos de avaliação de implantação e desempenho de programas de Telessaúde foram identificados. Porém, não foram identificadas pesquisa que avaliem serviços de Telessaúde especificamente como uma ação de Educação Permanente em saúde.

Silva (2014), em seu estudo, apresenta 16 demandas de estudos avaliativos, dentre elas “avaliar como um serviço de Telessaúde promove Educação Permanente do profissional”, o que justifica e fortalece a escolha do tema da presente pesquisa. Considerando que os Núcleos de Telessaúde estão consolidados e que ofertam todos os serviços de Telessaúde preconizados (teleconsultoria, tele-educação, telediagnóstico e segunda opinião formativa); considerando a necessidade e o incentivo financeiro para realizar estudos avaliativos do Programa Telessaúde Brasil Redes; e considerando ainda meu interesse pessoal em trabalhar com a Educação Permanente em Saúde, surge a proposta desta pesquisa para responder a seguinte pergunta de pesquisa: O Núcleo Telessaúde SC está implantado como estratégia de apoio à Educação Permanente das equipes de Atenção Básica?

Sua participação é importante nesta etapa da pesquisa que é a discussão ampla da proposta de um modelo avaliativo e sua validação. Assim, apresentamos a seguir o modelo teórico, o modelo lógico e a matriz de análise para que você opine sobre a concordância plena, concordância parcial ou discordância em cada tópico. Nos casos de concordância parcial e/ou discordância, solicitamos que indique as alterações que considera necessárias para o aprimoramento da proposta.

## **1. Modelo Teórico de um Núcleo de Telessaúde enquanto apoio à Educação Permanente em Saúde**

A partir das revisões teóricas realizadas sobre Educação Permanente em Saúde e sobre Telessaúde como ferramenta de apoio à Educação Permanente, à luz da estrutura de serviços de Telessaúde preconizada, elaborou-se uma proposta de modelo teórico apresentado na Figura 1.

A proposta de modelo teórico (Figura 1) busca apresentar como que se dá a relação entre o contexto de trabalho das equipes de Atenção Básica e o contexto de trabalho de um Núcleo de Telessaúde e as condições deste processo para que aconteça o apoio à Educação Permanente entre os dois contextos (HADDAD, 1994; ROVERE, 1994; CECCIM; FERLA, 2006; MERHY; FEUERWEKER; CECCIM, 2006; BRASIL, 2009; BRASIL, 2012b).

No contexto das equipes de ABS, o processo de trabalho se apresenta como um espaço de aprendizagem. As equipes de ABS, ao identificarem uma situação problema, geram uma necessidade de aprendizagem. Os conhecimentos buscados para suprir a necessidade de aprendizagem vão se integrando ao trabalho e, por meio do planejamento, dão base para a tomada de decisão para realização de intervenções que transformem a situação problemática (BERBEL, 1999; FIGUEIREDO, 2014; DAVINI, 2009).

Todo este processo no contexto das equipes de ABS caracteriza a Educação Permanente em serviço, que pode ser

apoiada por ações e programas de Educação Permanente em Saúde, como o Programa Telessaúde Brasil (PINTO et al, 2014; CARNEIRO; BRANT, 2013; OLIVEIRA, 2007; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Os serviços ofertados por um Núcleo de Telessaúde devem ser previstos a fim de apoiar a identificação de problemas no processo de trabalho, a ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local, o trabalho multidisciplinar e o protagonismo das equipes de ABS na tomada de decisão para melhoria das práticas de saúde. Tudo isso a partir da demanda apresentada pela própria equipe (lógica ascendente), sempre tendo como eixos norteadores a integralidade e a implicação com o usuário (CECCIM; FERLA, 2006; BERBEL, 1999; DAVINI, 2009; MERHY; FEUERWEKER; CECCIM, 2006; FIGUEIREDO, 2014; SANTOS; TENÓRI; KICH, 2011; FREIRE, 2005).

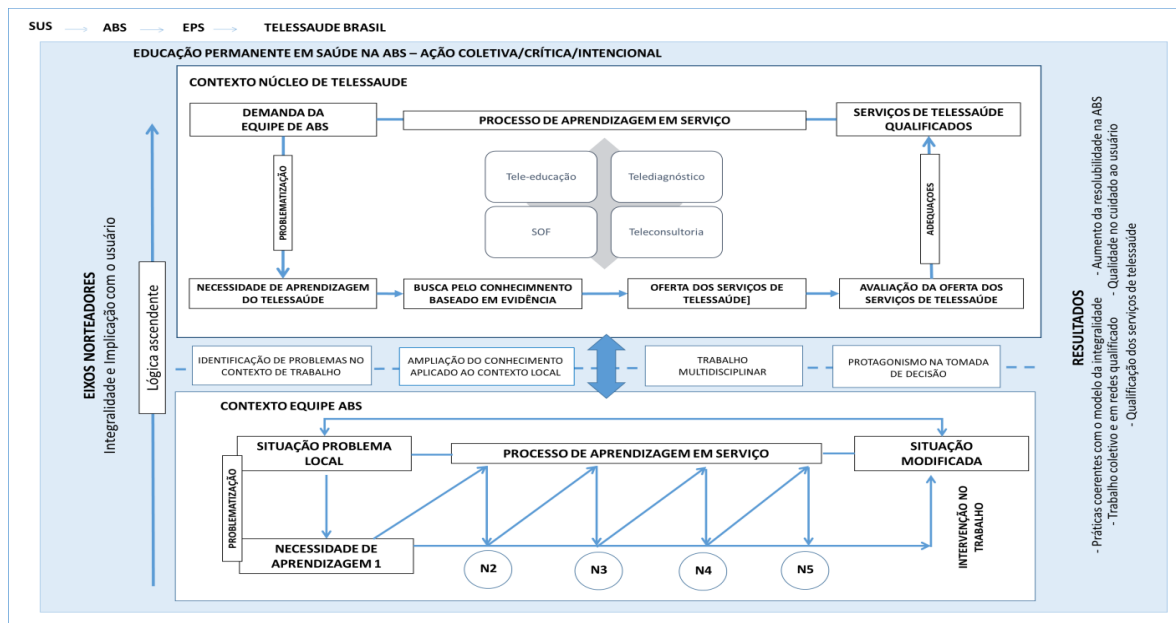
A seta central de via dupla em azul indica interação entre o contexto do Telessaúde e da equipe de ABS, sendo que os serviços de Telessaúde também podem propor ações intencionais a partir de demandas regionais, estaduais e federais.

O Núcleo de Telessaúde oferta quatro serviços de maneira independente, cada um com metodologia e fluxos próprios, mas que são interligados a partir das demandas dos usuários. (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; OLIVEIRA, 2010).

A equipe de telessaúde, ao receber a demanda da equipe de ABS inicia seu próprio processo de reflexão e ampliação do conhecimento baseado em evidências para responder às necessidades de aprendizagem identificadas na etapa anterior. A partir da aprendizagem significativa, a equipe de telessaúde consegue elaborar a melhor estratégia para atender a demanda da equipe de ABS. Acontece então a oferta do serviço que na sequência é avaliada, o que permite que a equipe de telessaúde identifique necessidades de adequação dos serviços e possa planejar ações para qualificar a oferta. Todo este percurso se caracteriza como processo de aprendizagem em serviço (BERBEL, 1999; FIGUEIREDO, 2014; DAVINI, 2009).



Os resultados esperados desta interação são: práticas coerentes com o modelo da integralidade; aumento da resolubilidade na ABS; trabalho coletivo e em redes qualificado; qualidade no cuidado ao usuário e qualificação dos serviços de Telessaúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009; MERHY; FEUERWEKER; CECCIM, 2006; FIGUEIREDO, 2014).



**Figura 1:** Modelo Teórico de um Núcleo de Telessaúde como apoio à EPS na ABS (Adaptado de Haddad, 1994).

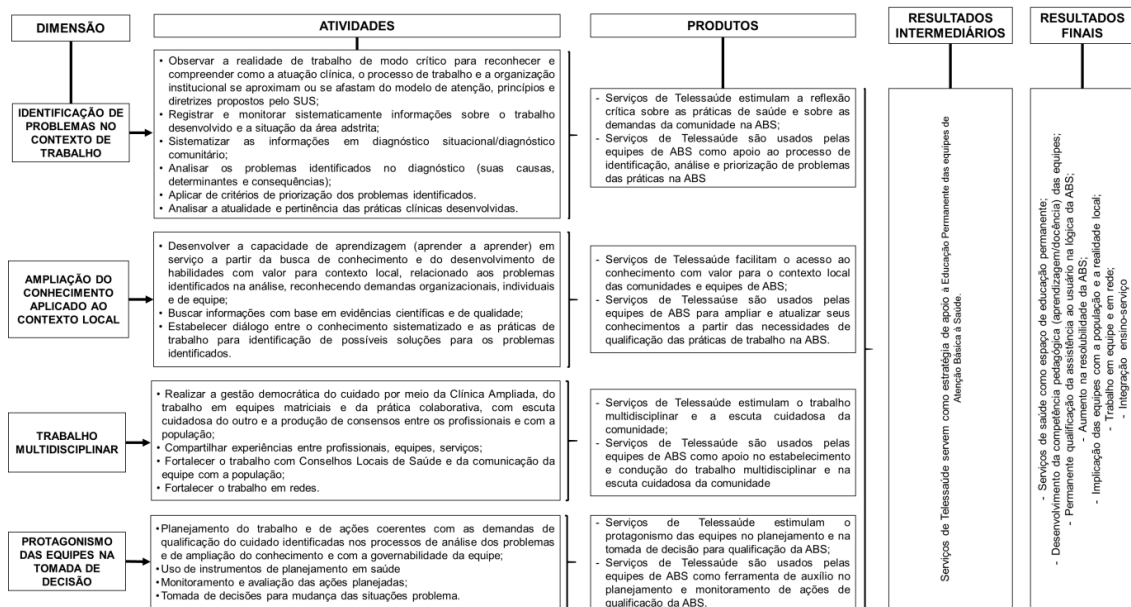
**Fonte:** Elaborado pelos autores. **Legenda:** SUS – Sistema único de Saúde; ABS – Atenção Básica à Saúde; EPS – Educação Permanente em Saúde; SOF – Segunda Opinião Formativa; N2 – Necessidade de Aprendizagem 2.

| MODELO TEÓRICO   |
|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Concordo plenamente</b> <input type="checkbox"/> <b>Concordo parcialmente</b> <input type="checkbox"/> <b>Não concordo</b> |
| <b>Observações:</b>  |
|  |

## **2. Modelo Lógico de um Núcleo de Telessaúde enquanto apoio à Educação Permanente em Saúde**

Considerando os elementos deste Modelo Teórico, criou-se o Modelo Lógico de um Núcleo de Telessaúde como apoio à EPS na ABS para demonstrar a operacionalização da oferta e do uso dos serviços de Telessaúde para alcançar esse objetivo.

São quatro dimensões: Identificação de problemas no processo de trabalho; Ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local; Trabalho multidisciplinar e Protagonismo na tomada de decisão. Para cada dimensão são descritos atividades, produtos, resultados intermediários e resultados finais esperados (Figura 2).



**Figura 2:** Modelo Lógico de um Núcleo de Telessaúde como apoio à EPS na ABS.

**Fonte:** Elaborado pelos autores.

**Legenda:** ABS – Atenção Básica à Saúde; EPS – Educação Permanente em Saúde.

**MODELO LÓGICO**

**Concordo plenamente**  **Concordo parcialmente**  **Não concordo**

**Observações:**

A seguir apresentamos os rationales de cada dimensão proposta no Modelo Lógico:

**Quadro 1:** *Rationale* da dimensão “Apoio para Identificação de Problemas no contexto de trabalho”.

| Dimensão   | Descrição  |
|--|--|
| <p><b>IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS NO CONTEXTO DE TRABALHO</b></p>                                     | <p>A identificação de problemas na realidade de trabalho é um pressuposto básico da Educação Permanente em Saúde. Tem como protagonistas vários atores, incluindo gestores dos diversos níveis, a própria equipe de saúde e os usuários. A partir dela busca-se: diagnosticar e analisar a realidade de trabalho; identificar, priorizar e analisar problemas das práticas de saúde, sempre com a intenção de qualifica-la (BERBEL, 1999; FIGUEIREDO, 2014; DAVINI, 2009; FREIRE, 2005; FIGUEIREDO, 2014; MERHY, FEUERWEKER, CECCIM, 2006, 2014; PINTO, 2016).</p> <p>As equipes de telessaúde devem ofertar seus serviços criando oportunidades para que as equipes reflitam sobre estes processos de trabalho e as práticas clínicas, estimulando a iniciativa ou aprimoramento dos diagnósticos como parte da rotina de trabalho.</p> |
| <p>( ) Concordo plenamente ( ) Concordo parcialmente ( ) Não concordo</p> <p><b>Observações:</b></p> |  |

**Quadro 2:** *Rationale* da dimensão “Ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local”.

| <b>Dimensão</b>   | <b>Descrição</b>  |
|---|---|
| <b>AMPLIAÇÃO DO<br/>CONHECIMENTO<br/>APLICADO AO<br/>CONTEXTO<br/>LOCAL</b>   | <p>A ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local acontece em vários momentos do processo de trabalho, como na interação entre profissionais e de profissionais com a comunidade, podendo gerar demanda de aprendizagem. A demanda de aprendizagem é fruto do processo crítico de problematização, a partir do que se atualiza e se produz conhecimentos necessários para a qualificação da prática (HADDAD, 1994; ROVERE, 1994; FREIRE, 2005; FIGUEIREDO, 2014; DAVINI, 2009; BRASIL, 2009; FIGUEIREDO, 2014; UNITED KINDGOM, 2001, 2012; MERHY, FEUERWEKER, CECCIM, 2006, 2014)</p> <p>As equipes de telessaúde devem facilitar e promover o acesso à informação e ao conhecimento em saúde com a elaboração de objetos de aprendizagem relacionados tanto ao processo de trabalho quanto aos aspectos de assistência, baseados na melhor evidência científica.</p> |
| <p>( ) <b>Concordo plenamente</b> ( ) <b>Concordo parcialmente</b> ( ) <b>Não concordo</b><br/> <b>Observações:</b></p> |   |

**Quadro 3:** *Rationale* da dimensão “Trabalho multidisciplinar”.

| <b>Dimensão</b>  | <b>Descrição</b>   |
|--|--|
| <b>TRABALHO<br/>MULTIDISCIPLINAR</b>   | <p>O trabalho multidisciplinar também tem um peso muito forte nas ações de Educação Permanente. Apesar de a Educação Permanente ter um impacto no individual e na postura da pessoa em fazer do seu processo de trabalho também um processo de aprendizagem, ela só tem sentido quando ganha corpo no coletivo, na discussão conjunta da realidade, no exercício da democracia participativa, na escuta cuidadosa do outro e na produção de consensos entre os profissionais e a população. Este componente deve facilitar (CECCIM; FERLA, 2006; MERHY; FEUERWEKER; CECCIM, 2006, 2014; BRASIL, 2009; FREIRE, 2005; FIGUEIREDO, 2014; UNITED KINGDOM, 2001, 2012; OMS, 2010; PINTO, 2016; FERREIRA, BRONDANI, NEVES, DUARTE, 2016)</p> <p>As equipes de telessaúde deve promover a reflexão sobre a importância do trabalho multidisciplinar na qualificação das práticas de saúde e incentiva a sistematização de espaços democráticos de planejamento do cuidado e de escuta qualificada da população.</p> |
| <input type="checkbox"/> <b>Concordo plenamente</b> <input type="checkbox"/> <b>Concordo parcialmente</b> <input type="checkbox"/> <b>Não concordo</b> |  |
| <b>Observações:</b>  |  |



**Quadro 4:** *Rationale* da dimensão “Protagonismo das equipes na tomada de decisão”.

| Dimensão  | Descrição  |
|---|--|
| <p><b>PROTAGONISMO DAS EQUIPES NA TOMADA DE DECISÃO</b></p>   | <p>O protagonismo na tomada de decisão é objetivo maior da Educação Permanente em Saúde, no contexto brasileiro. Traduz-se pela responsabilização das equipes na transformação das práticas com qualificação das mesmas e se reflete na consolidação do SUS enquanto modelo integral de atenção à saúde, (HADDAD, 1994; ROVERE, 1994; DAVINI, 2009; FIGUEIREDO, 2014; FIOCRUZ, 2006; UNITED KINDGOM, 2001, 2012; PINTO, 2016; MERHY, FEUERWEKER, CECCIM, 2006, 2014); As equipes de telessaúde devem estimular e incentivar a responsabilização e o protagonismo das equipes de ABS na qualificação de suas práticas de trabalho e disponibilizam objetos de aprendizagem e instrumentos para realização do planejamento, sempre em consonância com as demandas apresentadas e analisadas.</p> |
| <p>( ) <b>Concordo plenamente</b> ( ) <b>Concordo parcialmente</b> ( ) <b>Não concordo</b></p> <p><b>Observações:</b></p> |  |

### **3. Matriz de análise**

As dimensões do modelo são a base da matriz de análise proposta abaixo onde são indicados os critérios de avaliação e o modo como estes critérios serão observados na realidade das equipes de um núcleo de telessaúde e das equipes de Atenção Básica usuárias dos serviços de telessaúde.

| <b>Dimensão</b>   | <b>Critério</b>   |
|---|---|
| <p>Identificação de problemas no contexto de trabalho</p>                                       | <p>A equipe de Telessaúde:</p> <p>9.Propõe nos objetos de aprendizagem dos serviços ofertados a reflexão sobre o processo de trabalho e as práticas clínicas realizadas e o levantamento de informações sobre as condições de saúde da população, no sentido de identificar possibilidade de qualificação do cuidado.</p> <p>10.Orienta o uso de metodologias de realização de diagnóstico comunitário ou situacional e de análise e priorização de problemas.</p> <p>A equipe de ABS:</p> <p>11.Realiza diagnóstico situacional dos processos de trabalho, das práticas assistenciais e das condições de saúde da população.</p> <p>12.Sistematiza e utiliza periodicamente as informações, identifica, analisa e prioriza problemas e nós críticos do trabalho a serem enfrentados.</p> |
| <p><b>MATRIZ DE ANÁLISE – DIMENSÃO “IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS NO CONTEXTO DE TRABALHO”</b></p> |   |
| <p>( ) Concordo plenamente ( ) Concordo parcialmente ( ) Não concordo</p>                       |   |
| <p><b>Observações:</b></p>  |   |

| <b>Dimensão</b>  | <b>Critério</b>   |
|--|---|
| Ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local   | <p>A equipe de Telessaúde:</p> <p>13. Produz os objetos de aprendizagem considerando as necessidades locais de aprendizagem dos profissionais da ABS e baseados na melhor evidência científica.</p> <p>14. Facilita o acesso aos objetos de aprendizagem produzidos e a outros materiais produzidos por outras instituições</p> <p>A equipe de ABS:</p> <p>15. A equipe e os profissionais individualmente têm um plano de Educação Permanente em Saúde.</p> <p>16. Buscam os serviços de telessaúde como fonte e estratégia de aprendizagem em serviço a partir da demanda do contexto local de serviço.</p> |
| <b>MATRIZ DE ANÁLISE – DIMENSÃO “AMPLIAÇÃO DO CONHECIMENTO APLICAO AO CONTEXTO LOCAL”</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Concordo plenamente</b> <input type="checkbox"/> <b>Concordo parcialmente</b> <input type="checkbox"/> <b>Não concordo</b> |   |
| <b>Observações:</b>  |   |

| <b>Dimensão</b>   | <b>Critério</b>   |
|---|---|
| Trabalho multidisciplinar   | <p>A equipe de Telessaúde:</p> <p>14. Estimula o trabalho em equipe e a prática colaborativa entre os profissionais da ABS e entre outros serviços da rede.</p> <p>15. Estimula a escuta cuidadosa da população e o acolhimento de seus interesses e opiniões</p> <p>A equipe de ABS:</p> <p>16. Realizam Clínica Ampliada, trabalho em equipes matriciais e o trabalho em rede.</p> <p>17. Tem espaços colaborativos instituídos para produção de consensos na realização conjunta do trabalho.</p> <p>18. Promovem o diálogo com a população atendida e participam dos Conselhos Locais de Saúde.</p> |
| <b>MATRIZ DE ANÁLISE – DIMENSÃO “TRABALHO MULTIDISCIPLINAR”</b>   |   |
| <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Concordo plenamente   <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente   <input type="checkbox"/> Não concordo</p> <p><b>Observações:</b></p> |   |

| <b>Dimensão</b>   | <b>Critério</b>  |
|---|--|
| <p>Protagonismo das equipes na tomada de decisão</p>  | <p>A equipe de Telessaúde:<br/>           19.Incentiva a tomada de decisão e protagonismo da equipe na qualificação do trabalho e do cuidado desenvolvido.<br/>           20.Orienta o uso de instrumentos e metodologias de planejamento e monitoramento de ações.</p> <p>A equipe de ABS:<br/>           21.Assume a responsabilidade pela qualificação do trabalho e do cuidado, e toma decisões dentro de sua governabilidade.<br/>           22.Utiliza instrumentos de planejamento de ações coerentes com as necessidades de qualificação do trabalho identificadas.<br/>           23.Monitora e avalia as ações realizadas.</p> |
| <b>MATRIZ DE ANÁLISE – DIMENSÃO “PROTAGONISMO DAS EQUIPES NA TOMADA DE DECISÃO”</b>   |  |
| <p style="text-align: center;">( ) <b>Concordo plenamente</b> ( ) <b>Concordo parcialmente</b> ( ) <b>Não concordo</b></p> <p><b>Observações:</b></p> |  |

Modo de verificação dos critérios:

o Os critérios 1; 2; 5; 6; 9; 10; 14 e 15 serão verificados por meio de: a) Análise da metodologia de oferta dos serviços de telessaúde; b) Análise dos conteúdos dos objetos de aprendizagem produzido pelos serviços de telessaúde; c) Grupo focal com profissionais do Núcleo Telessaúde.

o Os critérios 3; 4; 7; 8; 11; 12; 13; 16; 17; e 18 serão verificados por meio de: a) Análise dos conteúdos das participações dos profissionais das equipes selecionadas nos serviços de telessaúde; b) Entrevista com médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal e Agente Comunitário de Saúde.

### Referências:

- AMERICAN TELEMEDICINE ASSOCIATION. What is Telemedicine? Disponível em: <http://www.americantelemed.org/about-telemedicine/what-is-telemedicine#.V4ZRtXw-ag>. Acesso em: 13 de jul.2016.
- BÁRCIA, M. F. Educação Permanente no Brasil. Petrópolis: Ed. Vozes, 1982.
- BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problemática e os Ensinamentos de Paulo Freire: uma relação mais que perfeita. In: BERBEL, N. A. N. (Org). Metodologia da Problemática: Fundamentos e Aplicações. Londrina: Ed. UEL, 1999.
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface, Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.2, n.2, p. 139-154, 1998.
- BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos CADRHU (J. P. Santana & J. L. Castro, org.), p. 261-268, Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Editora da UFRN, 1999.
- BORDENAVE, J. E. D.; PEREIRA, A. M. Estratégias de Ensino-Aprendizagem. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1994.
- BRANDÃO, C. R. O que é Educação Popular?[S. l. : s. n.] 1983. Disponível em: <http://ifibe.edu.br/arq/201509112220031556922168.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Ministério da Educação. Decreto Federal nº. 5.622, de 20 de dezembro de 2005: Regulamenta o art. 80 da Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5622.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5622.htm). Acesso em: 13 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Educação. Lei Federal nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996: Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm). Acesso em: 13 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 13 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:



[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vp.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf). Acesso em: 13 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004: Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 64 p, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf). Acesso em: 13 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. 76 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

CAMPELLO, A. M. de M. B; FILHO, D. L. L. Educação Profissional. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. (Coords). Dicionário da educação profissional em saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. P. 175-182. Disponível em:

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 13 jun. 2016.

CARNEIRO, V. F.; BRANT, L.C. Telessaúde: dispositivo de Educação Permanente em Saúde. Gestão e Saúde, Brasília, v. 4, n. 2, p. 494-516, abr. 2013. Disponível em:

<<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/515>>.

Acesso em: 04 Jun. 2016.

CASTRO, C. P. de; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 29-50, Apr. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462014000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 jun. 2016.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Revista Interface Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Verbetes: Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. (Coords). Dicionário da educação profissional em saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 13 jun. 2016.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELLE, A. HARTZ, Z.; DENIS, J.L. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. (orgs) Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 41-60.

COELHO, S. L. B. Pedagogia de Problemas. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. (Coords). Dicionário da educação profissional em saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pedpro.html>. Acesso em: 13 jun. 2016.

COSTA, M. A. Educação a distância em saúde: um exercício teórico e epistemológico na aproximação destas áreas. Niterói, 2009. Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2009/CD/trabalhos/1452009203611.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2016.

COSTA, M. A. et al. EAD e saúde: aproximação entre as áreas a partir da experiência de um curso na Fundação Oswaldo Cruz. Fundação Cecierj, Rio de Janeiro, n. 02, nov. 2012. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/6472/EAD%20E%20SA%C3%9ADE%20APROXIMA%C3%87%C3%83O%20ENTRE%20A%20S%20C3%81REAS%20A%20PARTIR%20DA%20EXPERI%C3%8ANCIA.pdf?sequence=2>. Aceso em 04 de junho de 2016.

DALLAGO, C. S. T. Relações de trabalho e modo de produção capitalista. In: SEMINARIO DE SAUDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 7, Franca: Unesp, 2010. Disponível em: [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000112010000100001&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000112010000100001&lng=en&nrm=abn). Acesso em: 22 Jun.. 2016.

DAVINI, M. C. Bases Metodológicas para la Educacion Permanete del Personal de Salud. Publicación n° 19. OPAS: 1989.

DAVINI, M. C. Educación permanente em salud. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud n° 38. OPAS: Washington, D. C., 1995.

DAVINI, M. C.. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da

- Saúde. SGTES.DGES. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-63.
- FERREIRA, G. E.; BRONDANI, J. P.; NEVES, M.; DUARTE, E. R. M. Da avaliação à cooperação: constituindo espaços de Educação Permanente em Saúde no trabalho avaliativo. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (orgs). A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.
- FIGUEIREDO, M. C. B. de (org). Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2014.
- FIOCRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde. Observatório dos Técnicos em Saúde. Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Relatório Final. Rio de Janeiro, 2006.
- FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- FURTER, P.. Educação Permanente e Desenvolvimento Cultural. 2ª Edição. Tradução de Teresa de Araújo Penna. Petrópolis: Vozes, 1975.
- GADOTTI, M. A educação contra a educação. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.
- GADOTTI, M. Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito. 13ª edição. São Paulo: Cortez, 2003.
- Grillo, M. J. C. Educação permanente em saúde [manuscrito]: espaços, sujeitos e tecnologias na reflexão sobre o processo de trabalho. Tese de doutoramento. 2012. 222f.: il.
- HADAAD Q, J.; ROSCKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. (org). Educacion Permanente de Personal de Salud. Serie Desarrollo Recursos Humanos nº 100. OPAS: Washington, D. C., 1994.
- HADAAD Q, J. Las Necesidades de Intervención y el Monitoreo de los Procesos Educativos. In: HADAAD Q, J.; ROSCKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. (org). Educacion Permanente de Personal de Salud.Serie Desarrollo Recursos Humanos nº 100. OPAS: Washington, D. C., 1994. p. 145-186.
- História das Conferências de Saúde. In: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>. Acesso em:13 jun. 2016.
- KALLEN, D. Aprendizagem ao Longo da Vida em retrospectiva. Revista Europeia. Formação Profissional Nº. 8/9. [S. l. : s. n.] Disponível em:
- LACERDA, J. T.; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. Planejamento na Atenção Básica. Florianópolis: UFSC. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. 2012.
- LAMPERT, E. Educação permanente: limites e possibilidades no contexto da América Latina e Caribe. Revista Linhas, Florianópolis, v. 6, n. 1, 2005. Disponível em:

<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1252>. Acesso em: 13 jun. 2016.

LIBÂNEO, J. C. Tendências pedagógicas na prática escolar. In: LIBÂNEO, J. C. Democratização da Escola Pública – a pedagogia crítico-social dos conteúdos. São Paulo: Loyola, 1992. Cap 1. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAehikAH/libaneo>. Acesso em: 22/01/2016.

LOPES, S. R. S. L.; PIOVESAN, E. T. de A.; MELO, L. de O.; PEREIRA, M. Fl. Potencialidades da educação permanente para transformação das práticas de saúde. Com. Ciências Sociais, 8(2), p.147-155, abr-jun 2007.

LUDKE, L. Formação de Docentes para o SUS: um desafio sanitário e pedagógico. Dissertação (mestrado). Universidade do Vale do Itajaí. Curso de Pós-Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho, 2009. Orientação: Luiz Roberto Agea Cutolo.

LUDKE, L.; CUTOLO, L. R. A. Formação de Docentes para o SUS: um desafio sanitário e pedagógico. Saúde & Transformação Social, Florianópolis, v.1, n.1, p.88-98, 2010.

MACHADO, M. H. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde, Vol.3, n. 1, p. 12-26, mar. 2006.

MELO, M.C.B.; SILVA, E.M.S. Aspectos conceituais em Telessaúde. In: SANTOS, A. F. al. (Org.). Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p.17-31.

MORAN, J. M.. O que é educação a distância. Disponível em: <http://www2.eca.usp.br/moran/wp-content/uploads/2013/12/dist.pdf>. Acesso em: 06 de junho 2016.

MERHY, E. E.; FEUERWEKER, L. C. M. Educação permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: Mandarin, A. C. de S.; Gallo, E.; Gomberg, E. (org). Informar e Educar em Saúde: análises e experiências. Salvador: EDUFBA, Editora Fiocruz, 2014. p.9-26.

MERHY, E. E.; FEUERWEKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. Revista Salud Colectiva, Buenos Aires, 2(2): 147-160, Mayo - Agosto, 2006.

MORAES, A. S. de F. Educação Permanente: a Saída para o Trabalhador na Era da Qualidade Total. R.bras.Est.pedag., Brasília, v.77, n.185, p.33-51. Jan/abr. 1996.

MOTTA, J. I. J.; RIBEIRO, E. C. de O. Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde. [S. l. : s. n.] Disponível em: [http://inesco.org.br/eventos/forum/docs/Ed%20Perm%20Eliana\\_In%C3%A1cio.pdf](http://inesco.org.br/eventos/forum/docs/Ed%20Perm%20Eliana_In%C3%A1cio.pdf). Acesso em: 06 de junho 2016.

- MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. *Olho Mágico*, Vol. 8, n.3, set./dez.2001 Disponível em: <http://www.uel.br/ccs/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>. Acesso em: 06 de junho 2016.
- OLIVEIRA D. G. Análise do Grau de Implantação da Telessaúde na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco: estudo de casos. Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) — Recife: D. G. Oliveira, 2010. 124 p.: il.
- OLIVEIRA, M. A. N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. *Rev. bras. enferm*, Brasília, v. 60, n. 5, p. 585-589, Out. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000500019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500019&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 de junho 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Genebra: OMS, 2010.
- PAIM, J. S.; NUNES, T. C. M. Contribuições para um Programa de Educação Continuada em Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Julho/Setembro, 1992.
- PAIVA, V. Educação permanente: ideologia educativa ou necessidade econômico-social. Rio de Janeiro: Síntese, 1977a. Disponível em: <http://faje.edu.br/periodicos2/index.php/Sintese/article/viewFile/2406/2669>. Acesso em: 04 de junho 2016. Acesso em: 04 de junho 2016.
- \_\_\_\_\_. Educação permanente e capitalismo tardio. Rio de Janeiro: Síntese, 1977b. Disponível em: <http://faje.edu.br/periodicos2/index.php/Sintese/article/view/2591/2793>. Acesso em: 04 de junho 2016.
- PIERANTONI, C. R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis [online]*, vol.18, n.4, pp. 685-704. 2008.
- PINTO, H. A.; FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; FLORÊNCIO, A. R.; MATOS, I. B.; BARBOSA, M. G.; STÉDILE, N. L. R.; ZORTEA, A. P. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 51, p. 145-160, Out. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em: 04 de junho de 2016.
- PINTO, H. A. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (orgs). *A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

- ROVERE, M.R. Gestion Estrategica de la Educacion Permanente em Salud. In: HADDAD, J. Q; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. Educacion Permanente de Personal de Salud. Washington, D.C.: OPAS, 1994. p. 63-106.
- SANTOS, C. M.; TENÓRIO, F. P. S.; KICH, F. D. Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe – Saberes e Tecnologias para Implantação de uma Política. Livro do Aprendiz 2. Aracajú: FUNESA, 2011.
- SAVIANI, D.. Pedagogia Histórico-Crítica. 9ª edição. Campinas: Autores Associados, 2005.
- SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. Revista Brasileira de Educação. v. 12. nº 34 jan/abr. 2007.
- SILVA, J. A. M. da; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. Saude soc. [online], vol.20, n.4, pp. 1018-1032, 2011.
- SILVA, A. B. Telessaúde no Brasil: conceitos e aplicações. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2014.
- SMAHA, I.N.; CARLOTO, C.M. Educação permanente: da pedagogia para a saúde. In: ALVES, G.; MONTEIRO, A.Q.; BATISTA, R.L.; (org). VII Seminário do Trabalho: trabalho, educação e sociabilidade; 24-28 maio 2010, Marília, SP. São Paulo: UNESP; 2010. Disponível em: [http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalhoret2010/india\\_nara\\_cassia\\_maria\\_carloto\\_educacao\\_permanente\\_da\\_pedagogia\\_para\\_a\\_saude.pdf](http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalhoret2010/india_nara_cassia_maria_carloto_educacao_permanente_da_pedagogia_para_a_saude.pdf). Acesso em: 04 de junho de 2016.
- SOUZA, L. E. P. F. de; SILVA, L. M. V. da; HARTZ, Z. M. de A. Conferência de Consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. V. da (orgs). Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 3ª Reimpressão. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- TEIXEIRA, C. F. Enfoques Teórico-Metodológicos do Planejamento em Saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (org.). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA. 2010.
- TREVISAN, M.S. Evaluability Assessment From 1986 to 2006. American Journal of Evaluation. v.28; p. 290-303. 2007.
- UNITED KINGDOM. Department of Health. ‘Working Together – Learning Together’ A Framework for Lifelong Learning for the NHS. Department of Health Publications: 2001.
- UNITED KINGDOM. Department of Health. Liberating the NHS: Developing the Healthcare Workforce From Design to Delivery. Department of Health Publications: 2012.
- VALENTE, José Armando. O papel da interação e as diferentes concepções de educação a Distância. SENAC: Curso de Especialização em Educação a Distância, 2011-2012.

WALSER, Tamara M.; TREVISAN, Michael S. Evaluability Assessment Thesis and Dissertation Studies in Graduate Professional Degree Programs: Review and Recommendations. American Journal of Evaluation. 2016; 37(1):118-138.

Wen, C. L. Telemedicina e Telessaúde – Um panorama no Brasil. Informática Pública ano 10 (2): 07-15, 2008.

World Health Organization. Global Observatory for ehealth. Series. v. 2. Geneva: WHO; 2010. Disponível em: <[http://www.who.int/goe/publications/ehealth\\_series\\_vol2/en/](http://www.who.int/goe/publications/ehealth_series_vol2/en/)>. Acesso em 04 jun. 2016.





## APÊNDICE B – Questionário do Estudo Exploratório

### QUESTIONÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO DO USO DOS SERVIÇOS DE TELESSAÚDE COMO APOIO A DECISÃO CLÍNICA E A EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SANTA CATARINA

#### 1. Identificação

Nome

Idade

Sexo

Município

Categoria profissional

Formação complementar (se é especialista em Saúde Pública, Saúde da Família, Atenção Básica ou outro)

Tempo de formação

Cargo (se o profissional for coordenador da UBS ou de equipe)

Tempo de trabalho na APS

Tempo de trabalho no município

Tempo de trabalho na equipe

## 2. Aquecimento

Quando decidiu trabalhar em saúde pública? ( ) sempre quis ( ) no ensino regular - fundamental/médio ( ) quando iniciou a vida profissional ( ) durante o curso técnico em saúde ( ) antes da faculdade ( ) durante a graduação ( ) depois de já estar trabalhando na área da saúde ( ) a partir da convivência com profissionais da saúde ( ) outro: \_\_\_\_\_

Quais tecnologias de informação e comunicação em saúde você usa? ( ) internet-páginas/blogs ( ) telefone ( ) computador ( ) skype ( ) televisão ( ) rádio ( ) whatsapp ( ) redes sociais -facebook/instagram ( ) outro: \_\_\_\_\_

Quais recursos da internet utiliza? ( ) sites de busca livre ( ) bases de evidências ( ) sites do Ministério da Saúde (MS) ( ) portal de telessaúde ( ) biblioteca virtual em saúde ( ) Comunidade de Práticas ( ) outro: \_\_\_\_\_

Com que frequência você utiliza a internet para conseguir auxílio para a sua prática profissional? ( ) diariamente ( ) semanalmente ( ) mensalmente ( ) Esporadicamente ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Quais formas de apoio você usa? ( ) dos colegas de trabalho ( ) cursos/capacitações ( ) Da comunidade ( ) dos serviços de telessaúde ( ) de profissionais de outros serviços ( ) da gestão municipal/estadual ( ) das Gerências de Saúde ( ) outro: \_\_\_\_\_

A equipe realiza ações de educação em serviço? ( ) sim ( ) não. Se sim, há planejamento em conjunto pela equipe das atividades que serão desenvolvidas ou acessadas? ( ) sim ( ) não.

Que tipo de atividades de educação em serviço são realizadas na equipe? ( ) nenhuma ação é realizada ( ) palestras ( ) cursos presenciais ( ) cursos a distância ( ) estudos de caso ( ) reuniões temáticas ( ) assistir e debater vídeos ( ) leitura de artigos/textos ( ) Rodas de conversa ( ) outros: \_\_\_\_\_

A gestão municipal apoia/incentiva as ações de educação em serviço? ( ) sim ( ) não

Caso você identifique um problema na sua prática profissional, você: ( ) espera que se resolva naturalmente ( ) discute com a equipe ( ) conversa com colegas de profissão ( ) procura o conselho profissional ( ) discute com a gestão ( ) estuda em livros ( ) procura apoio em serviços via internet: (qual?) \_\_\_\_\_ ( ) Usa os serviços de telessaúde ( ) outro: \_\_\_\_\_

Você conhece os serviços de telessaúde? ( ) sim ( ) não. Já utilizou? ( ) sim ( ) não.

## SE CONHECE E USA OS SERVIÇOS DE TELESSAÚDE:

### 3. Geral sobre Telessaúde e acesso aos serviços

Quais serviços/recursos de telessaúde você já utilizou? ( ) teleconsultorias ( ) telediagnóstico ( ) tele-educação minicursos ( ) tele-educação webconferências ( ) acervo de webs ( ) segunda opinião formativa ( ) Informativo 'Telessaúde Informa' ( ) outro: \_\_\_\_\_

Como você conheceu os serviços de telessaúde? ( ) indicação de colega ( ) indicação da gestão ( ) interesse pessoal ( ) viu divulgação pela internet ( ) viu divulgação impressa ( ) Recebeu visita do telessaúde ( ) outro: \_\_\_\_\_

As características do telessaúde que te fazem usar os serviços são: ( ) confiança na equipe ( ) os serviços são atualizados ( ) tem base em evidências científicas ( ) tem respaldo da Universidade ( ) tem respaldo da Secretaria de Estado ( ) É fácil acessar ( ) as respostas são rápidas ( ) Oferece segurança para a tomada de decisão ( ) As informações são veiculadas em ambiente seguro ( ) Os serviços atendem às necessidades de apoio ( ) outro: \_\_\_\_\_

Você usa os serviços de telessaúde para: ( ) resolver dúvida clínica ( ) resolver problemas de processo de trabalho ( ) resolver problemas de gestão e coordenação ( ) obter laudos de exames ( ) atualizar conhecimentos ( ) qualificar/melhorar o trabalho ( ) ter segurança na tomada de decisão ( ) apoiar o planejamento de trabalho ( ) apoiar no monitoramento e avaliação dos serviços ( ) aumentar a resolubilidade no cuidado ( ) outro: \_\_\_\_\_

Que tipo de apoio você identifica a partir do uso da telessaúde? ( ) clínico ( ) processo de trabalho ( ) gestão e coordenação ( )

outro: \_\_\_\_\_

Que tipo de equipamento você utiliza para acessar? ( ) telefone fixo ( ) computador de mesa ( ) notebook ( ) tablet ( ) celular ( ) outro: \_\_\_\_\_

Existe computador com internet disponível na UBS para uso de todos os profissionais? ( ) sim ( ) não? Se sim, quantos? \_\_\_\_\_ Em que salas estão? ( ) administrativo ( ) de alguns profissionais ( ) de todos os profissionais ( ) na sala de reuniões ( ) outro: \_\_\_\_\_

Se há computador disponível para uso geral, há skype instalado? ( ) sim ( ) não Há microfone? ( ) sim ( ) não Há web cam? ( ) sim ( ) não Há caixas de som? ( ) sim ( ) não

Há telefone disponível para uso dos profissionais? - Sim ou Não? Se sim, onde ele fica localizado?

Há equipamento portátil com acesso à internet disponível para uso pelos profissionais na UBS? ( ) sim ( ) não.

Você utiliza equipamento próprio para acessar os serviços? ( ) sim ( ) não

Recebeu visita técnica do telessaúde? ( ) sim ( ) não

Sentiu necessidade de treinamento para utilizar? ( ) sim ( ) não. Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Em que momento você acessa os serviços? ( ) Durante o trabalho ( ) Fora do horário de trabalho

Quando acessa fora do horário de trabalho, de onde acessa? ( ) de casa ( ) de lan house ( ) do próprio local de trabalho ( ) outro:

#### 4. Sobre a Tele-educação

##### 4.1. Webconferências

Ao longo deste ano participou das webconferências on-line? ( ) sim ( ) não

#### SE PARTICIPA:

Com que frequência? ( ) toda semana ( ) a cada quinze dias ( ) 1 vez por mês ( ) esporadicamente ( ) outro \_\_\_\_\_

Utiliza o acervo de webconferências disponível no portal? ( ) sim ( ) não

Se sim, com que frequência acessa o acervo? ( ) toda semana ( ) a cada quinze dias ( ) 1 vez por mês ( ) esporadicamente ( ) outro \_\_\_\_\_

Se utiliza o acervo, com que objetivo o faz? ( ) atualização ( ) aprendizagem ( ) apoio para a tomar decisão ( ) capacitação ( ) aumentar resolubilidade ( ) qualificar o encaminhamento ( ) discutir os temas em equipe ( ) buscar respostas para problemas do trabalho ( ) outro: \_\_\_\_\_

Quais aspectos facilitam o acesso às webconferências? ( ) velocidade da internet ( ) computador disponível ( ) agenda de trabalho que possibilita acessar ( ) características do site ( ) apoio da gestão ( ) temas de interesse ( ) outro: \_\_\_\_\_

Quais aspectos dificultam a participação nas webconferências? ( ) velocidade da internet ( ) não ter computador disponível no serviço ( ) falta de tempo ( ) características do site ( ) falta de apoio da gestão ( ) desinteresse nas temáticas ( ) outro: \_\_\_\_\_

A participação nas webconferências auxilia para melhorar a assistência aos usuários? ( ) sim ( ) não.

A participação nas webconferências auxilia para agilizar as respostas às necessidades dos usuários? ( ) sim ( ) não.

A participação nas webconferências auxilia para melhorar a interação/comunicação entre os profissionais da equipe? ( ) sim ( ) não.

A participação nas webconferências auxilia para melhorar a interação/comunicação com a comunidade? ( ) sim ( ) não.

A participação nas webconferências auxilia para dar mais segurança para tomar decisões? ( ) sim ( ) não.

A participação nas webconferências auxilia para aumentar a resolubilidade do cuidado? ( ) sim ( ) não.

A participação nas webconferências auxilia para evitar encaminhamentos? ( ) sim ( ) não.

A participação nas webconferências auxilia para promover reflexão críticas sobre o trabalho? ( ) sim ( ) não.

A participação nas webconferências auxilia na avaliação do trabalho desenvolvido? ( ) sim ( ) não.

A participação nas webconferências auxilia para qualificar o planejamento das ações? ( ) sim ( ) não.

A participação nas webconferências auxilia tirar dúvidas?( ) sim ( ) não.

A participação nas webconferências oferece atualização/qualificação/aperfeiçoamento? ( ) sim ( ) não.

A participação nas webconferências auxilia para o compartilhamento de experiência com outros profissionais e equipes? ( ) sim ( ) não.

A participação nas webconferências auxilia qualificando para tomar decisões clínicas? ( ) sim ( ) não.

A participação nas webconferências auxilia na organização do processo de trabalho? ( ) sim ( ) não.

A participação nas webconferências apoia a coordenação e gestão da equipe? ( ) sim ( ) não.

De que outra forma a participação nas webconferências auxilia? \_\_\_\_\_

Você poderia citar um exemplo de como este serviço modificou sua prática?  
\_\_\_\_\_

Você considera que os webconferencistas são qualificados? ( ) sempre ( ) quase sempre ( ) as vezes ( ) nunca

Os temas trabalhados nas webconferências atendem suas necessidades e dúvidas da prática? ( ) sempre ( ) quase sempre ( ) as vezes ( ) nunca

Que outros temas você gostaria que fossem contemplados nesse ano? \_\_\_\_\_

**SE NÃO usou o serviço ou se usou e deixou de usar:** Qual o motivo? ( ) Desconheço o serviço ( ) Faltam equipamentos ( ) falta acesso a internet ( ) falta tempo durante o trabalho ( ) por problemas de acesso ao portal (páginas do telessaúde SC) ( ) os temas não respondem às necessidades ( ) os palestrantes são pouco qualificados ( ) a abordagem dos temas é pouco prática ( ) não tenho interesse ( ) a metodologia da web não é atrativa ( ) não tive acesso à agenda de webs ( ) o horário não é adequado ( ) os dias da semana não são adequados ( ) não sabia que o serviço existe ( ) outro: \_\_\_\_\_

#### 4.2. Cursos a Distância

Participou de algum curso a distância ofertado pelo telessaúde SC entre 2013 e 2015? ( ) sim ( ) não.

##### SE SIM:

Participou de quantos cursos? \_\_\_\_\_

Quais? ( ) SUS e sua legislação ( ) Atenção Primária à Saúde: princípios e diretrizes ( ) Agentes Comunitários de Saúde ( ) Trabalho com Grupos na APS ( ) Reconhecimento do Território ( ) Serviços de Telessaúde ( ) Introdução ao Acolhimento ( ) Classificação de Risco ( ) NASF ( ) Consulta de Enfermagem

Durante sua participação no(s) curso(s), com que frequência acessou o ambiente virtual - Moodle Telessaúde? ( ) todos os dias ( ) 1 a 2 vezes por semana ( ) quinzenalmente ( ) 1 única vez ( ) a frequência de acesso foi diferente a cada curso ( ) outro \_\_\_\_\_.

Avalia que a carga horária prevista foi satisfatória para realizar as atividades? ( ) sim ( ) não . Se a carga horária não foi satisfatória: ( ) foi inferior ao necessário ( ) foi maior que o necessário ( ) outro \_\_\_\_\_

Com que objetivo utiliza os cursos? ( ) atualização ( ) aprendizagem ( ) apoio para a tomada de decisão ( ) capacitação ( ) aumentar resolubilidade ( ) qualificar o encaminhamento ( ) para discutir os temas em equipe ( ) Buscar respostas para problemas do trabalho ( ) outro: \_\_\_\_\_

Quais aspectos facilitam o acesso aos cursos? ( ) velocidade da internet ( ) computador disponível ( ) agenda de trabalho com horário que possibilita acessar ( ) características do site ( ) apoio da gestão ( ) temáticas de interesse pessoal ( ) outro: \_\_\_\_\_

Quais aspectos dificultam a participação nos cursos? ( ) velocidade da internet ( ) não ter computador disponível no serviço ( ) falta de tempo ( ) características do site ( ) falta de apoio da gestão ( ) desinteresse nas temáticas ( ) outro: \_\_\_\_\_

Considera os materiais didáticos de qualidade? ( ) sempre ( ) quase sempre ( ) as vezes ( ) nunca

Considera a metodologia (autoinstrucional) adequada? ( ) sim ( ) não. Se não, por quê? ( ) falta interação com os colegas ( ) falta tutoria para apoiar a aprendizagem dos conteúdos ( ) depende da organização pessoal ( ) falta estímulo para desenvolver o curso ( ) outro: \_\_\_\_\_

Sentiu dificuldade no uso de alguma das ferramentas do Moodle? ( ) sim ( ) não. Se sentiu dificuldade, em qual(is)? ( ) Fórum tira-dúvidas ( ) conteúdo online ( ) conteúdo em PDF ( ) atividades de avaliação ( ) formulário de avaliação do minicurso ( ) recebimento e envio de mensagens ( ) outro

A participação nos minicursos/cursos melhorou a sua prática na assistência aos usuários? ( ) sim ( ) não.

A participação nos minicursos/cursos torna mais ágil as respostas às necessidades dos usuários? ( ) sim ( ) não.



A participação nos minicursos/cursos melhorou a interação/comunicação entre os profissionais da equipe? ( ) sim ( ) não.

A participação nos minicursos/cursos melhorou a interação/comunicação com a comunidade? ( ) sim ( ) não.

A participação nos minicursos/cursos deu mais segurança para tomar decisões? ( ) sim ( ) não.

A participação nos minicursos/cursos aumentou a resolubilidade do cuidado? ( ) sim ( ) não.

A participação nos minicursos/cursos auxilia para evitar encaminhamentos? ( ) sim ( ) não.

A participação nos minicursos/cursos promove reflexão crítica sobre o trabalho? ( ) sim ( ) não.

A participação nos minicursos/cursos ajuda para avaliação do trabalho desenvolvido? ( ) sim ( ) não.

A participação nos minicursos/cursos qualifica para o planejamento das ações? ( ) sim ( ) não.

A participação nos minicursos/cursos tira dúvidas? ( ) sim ( ) não.

A participação nos minicursos/cursos oferece atualização/qualificação/aperfeiçoamento? ( ) sim ( ) não.

A participação nos minicursos/cursos promove o compartilhamento de experiência com outros profissionais e equipes? ( ) sim ( ) não.

A participação nos minicursos/cursos qualifica para tomar decisões clínicas? ( ) sim ( ) não.

A participação nos minicursos/cursos auxilia na organização do processo de trabalho? ( ) sim ( ) não.

A participação nos minicursos/cursos auxilia/apoia a coordenação e gestão da equipe? ( ) sim ( ) não.

Você utiliza o material do curso após seu encerramento? ( ) sim ( ) não. Se utiliza, como? ( ) salvo o material para uso pessoal ( ) disponibilizo o material para a equipe ( ) discuto com a equipe os conteúdos ( ) uso o material para planejar e melhorar a prática ( ) outro\_\_\_\_\_

Teve dúvidas em relação ao conteúdo durante ou após o encerramento do curso? e sim, utilizou o serviço de teleconsultoria para resolver a dúvida? ( ) sim ( ) não

Você poderia citar um exemplo de como algum dos cursos que realizou modificou sua prática?

\_\_\_\_\_

**SE NÃO PARTICIPOU DE CURSO/MINICURSO:** Por qual(is) motivo(s)? ( ) Faltam equipamentos ( ) falta acesso a internet ( ) falta tempo durante o trabalho ( ) por problemas de acesso ao portal (páginas de telessaúde) ( ) os temas não respondem às necessidades ( ) conteúdo pouco qualificado ( ) abordagem pouco prática do tema ( ) sem interesse ( ) não ficou sabendo da inscrição ( ) a metodologia não é atrativa ( ) não sabia que o serviço existe ( ) outros

## 5. Sobre a Teleconsultoria

Já participou das teleconsultorias? ( ) sim ( ) não

### SE SIM:

Com que frequência usa o serviço? ( ) Diariamente ( ) uma a duas vezes por semana ( ) semanalmente ( ) mensalmente ( ) bimestralmente ( ) esporadicamente ( ) outro\_\_\_\_\_

Qual modalidade mais utiliza? ( ) síncrona ( ) assíncrona

Com que objetivo utiliza as teleconsultorias? ( ) atualização ( ) aprendizagem ( ) apoio para a tomada de decisão clínica ( ) capacitação ( ) aumentar resolubilidade ( ) qualificar o encaminhamento ( ) para discussão em equipe ( ) buscar respostas para problemas do trabalho ( ) para acesso à melhor evidência científica ( ) evitar deslocamentos dos usuários ( ) agilizar respostas às necessidades dos usuários ( ) outro: \_\_\_\_\_

Quais aspectos facilitam o acesso? ( ) velocidade da internet ( ) computador disponível ( ) agenda de trabalho com horário que possibilita acessar ( ) características do site ( ) apoio da gestão ( ) tempo de resposta ( ) outro: \_\_\_\_\_

Quais aspectos dificultam a solicitação e participação nas teleconsultorias? ( ) velocidade da internet ( ) não ter computador disponível no serviço ( ) falta de tempo ( ) características do site ( ) falta de apoio da gestão ( ) tempo de resposta ( ) outro: \_\_\_\_\_

A participação na teleconsultoria auxilia na melhoria da assistência aos usuários? ( ) sim ( ) não.

A participação na teleconsultoria auxilia para agilizar as respostas às necessidades dos usuários? ( ) sim ( ) não.

A participação na teleconsultoria auxilia para melhorar a interação/comunicação entre os profissionais da equipe? ( ) sim ( ) não.

A participação na teleconsultoria auxilia para melhorar a interação/comunicação com a comunidade? ( ) sim ( ) não.

A participação na teleconsultoria auxilia a ter mais segurança para tomar decisões? ( ) sim ( ) não.

A participação na teleconsultoria auxilia no aumento da resolubilidade do cuidado? ( ) sim ( ) não.

Você poderia citar um exemplo de como este serviço aumenta a resolubilidade? \_\_\_\_\_

A participação na teleconsultoria auxilia a evitar encaminhamentos? ( ) sim ( ) não.

A participação na teleconsultoria promove reflexão crítica sobre o trabalho? ( ) sim ( ) não.

A participação na teleconsultoria ajuda para avaliação do trabalho desenvolvido? ( ) sim ( ) não.

A participação na teleconsultoria qualifica para o planejamento das ações? ( ) sim ( ) não.

A participação na teleconsultoria tira dúvidas?( ) sim ( ) não.

A participação na teleconsultoria oferece atualização/qualificação/aperfeiçoamento? ( ) sim ( ) não.

A participação na teleconsultoria auxilia para compartilhar experiências com outros profissionais e equipes? ( ) sim ( ) não.

A participação na teleconsultoria qualifica para tomar decisões clínicas? ( ) sim ( ) não.

A participação na teleconsultoria auxilia na organização do processo de trabalho? ( ) sim ( ) não.

A participação na teleconsultoria apoia a coordenação e gestão da equipe? ( ) sim ( ) não.

Você poderia citar um exemplo de como este serviço modificou sua prática?

As respostas recebidas são qualificadas? ( ) sempre ( ) quase sempre ( ) as vezes ( ) nunca

Quando solicita uma teleconsultoria, sua dúvida é sanada? ( ) sempre ( ) quase sempre ( ) as vezes ( ) nunca

Da teleconsultoria você utiliza: ( ) a resposta do teleconsultor, ( ) as referências indicadas, ( ) os arquivos anexados.

Como? ( ) lê a resposta no portal ( ) usa para resolver um caso específico ( ) salva o material para uso pessoal ( ) disponibiliza o material para a equipe ( ) discute a resposta com a equipe ( ) usa resposta para planejar e melhorar o cuidado aos usuários em geral ( ) outro:\_\_\_\_\_

**SE NÃO (ou se já usou e deixou de usar):** Por qual motivo? ( ) Faltam equipamentos ( ) falta acesso a internet ( ) falta tempo durante o trabalho ( ) por problemas de acesso ao portal (páginas de telessaúde) ( ) as respostas não respondem as dúvidas ( ) respostas pouco qualificadas ( ) não tem interesse ( ) a metodologia não é atrativa ( ) não sabe como usar ( ) o tempo de resposta é muito longo ( ) não sabia que o serviço existe ( ) outro:\_\_\_\_\_

## 6. Telediagnóstico

Já utilizou o serviço de telediagnóstico? ( ) sim ( ) não

### SE SIM:

Com que frequência participa? ( ) Diariamente ( ) uma a duas vezes por semana ( ) semanalmente ( ) mensalmente ( ) esporadicamente ( ) outro \_\_\_\_\_

Qual modalidade utiliza? ( ) telecardiologia ( ) teledermatologia ( ) ambas

Com que objetivo utiliza o telediagnóstico? ( ) atualização ( ) aprendizagem ( ) apoio para a tomada de decisão clínica ( ) capacitação ( ) aumentar resolubilidade ( ) qualificar o encaminhamento ( ) para discussão de casos com equipe ( ) buscar respostas para problemas do trabalho ( ) para acesso à melhor evidência científica ( ) obter laudos de exames ( ) evitar deslocamentos dos usuários ( ) agilizar respostas às necessidade dos usuários ( ) outro: \_\_\_\_\_

Quais aspectos facilitam o acesso? ( ) velocidade da internet ( ) computador disponível ( ) agenda de trabalho com horário que possibilita acessar o serviço ( ) protocolo/fluxo institucional que indique o uso do serviço ( ) características do site ( ) apoio da gestão ( ) localização do aparelho para realização do eletrocardiograma ( ) localização do aparelho para realização da dermatoscopia ( ) tempo de retorno dos laudos ( ) outro: \_\_\_\_\_

Quais aspectos dificultam a participação? ( ) velocidade da internet ( ) não ter computador disponível no serviço ( ) falta de tempo ( ) falta de protocolo/fluxo institucional que indique o uso do serviço ( ) características do site ( ) falta de apoio da gestão ( ) localização do aparelho para realização do eletrocardiograma ( ) localização do aparelho para realização da dermatoscopia ( ) tempo de retorno dos laudos ( ) outro:

Onde fica localizado o aparelho de eletrocardiograma de sua referencia? ( ) não temos ( ) na própria unidade ( ) em unidade central no município ( ) em outro município ( ) outro: \_\_\_\_\_

Onde fica localizado o aparelho de dermatoscopia de sua referencia? ( ) não temos ( ) na própria unidade ( ) em unidade central no município ( ) em outro município ( ) outro: \_\_\_\_\_

A participação no telediagnóstico melhora a assistência aos usuários? ( ) sim ( ) não.

A participação no telediagnóstico agiliza as respostas às necessidades dos usuários? ( ) sim ( ) não.

A participação no telediagnóstico melhora a interação/comunicação entre os profissionais da equipe? ( ) sim ( ) não.

A participação no telediagnóstico melhora a interação/comunicação com a comunidade? ( ) sim ( ) não.

A participação no telediagnóstico auxilia a ter mais segurança para tomar decisões? ( ) sim ( ) não.

A participação no telediagnóstico aumenta a resolubilidade do cuidado? ( ) sim ( ) não.

A participação no telediagnóstico auxilia a evitar encaminhamentos? ( ) sim ( ) não.

A participação no telediagnóstico auxilia na promoção da reflexão crítica sobre o trabalho? ( ) sim ( ) não.

A participação no telediagnóstico ajuda para avaliação do trabalho desenvolvido? ( ) sim ( ) não.

A participação no telediagnóstico qualifica para o planejamento das ações? ( ) sim ( ) não.

A participação no telediagnóstico tira dúvidas?( ) sim ( ) não.

A participação no telediagnóstico oferece atualização/qualificação/aperfeiçoamento? ( ) sim ( ) não.

A participação no telediagnóstico auxilia para compartilhar experiências com outros profissionais e equipes? ( ) sim ( ) não.

A participação no telediagnóstico qualifica para tomar decisões clínicas? ( ) sim ( ) não.

A participação no telediagnóstico auxilia na organização do processo de trabalho? ( ) sim ( ) não.

A participação no telediagnóstico apoia a coordenação e gestão da equipe? ( ) sim ( ) não.

Você poderia citar um exemplo de como este serviço modificou sua prática?

---

O serviço de telecardiologia é a única forma de acesso ao especialista (cardiologista) no seu município? ( ) sim ( ) não

O serviço de teledermatologia é a única forma de acesso ao especialista (dermatologista) no seu município? ( ) sim ( ) não

Os laudos de eletrocardiograma são esclarecedores e úteis para tomada de decisão clínica? ( ) sempre ( ) quase sempre ( ) as vezes ( ) nunca

Os laudos de dermatoscopia são esclarecedores e úteis para tomada de decisão clínica? ( ) sempre ( ) quase sempre ( ) as vezes ( ) nunca

Quando solicita um laudo de eletrocardiograma você recebe orientações de encaminhamento ou não encaminhamento? ( ) sempre ( ) quase sempre ( ) as vezes ( ) nunca ( ) não uso essa modalidade de telediagnóstico

Quando solicita um laudo de exame de dermatoscopia você recebe orientações de encaminhamento ou não encaminhamento? ( ) sempre ( ) quase sempre ( ) as vezes ( ) nunca ( ) não uso essa modalidade de telediagnóstico

**SE NÃO (ou se já usou e deixou de usar):** Por qual motivo? ( ) Faltam equipamentos ( ) falta acesso a internet ( ) falta tempo durante o trabalho ( ) por problemas de acesso (páginas do telessaúde) ( ) os laudos não respondem a dúvida diagnóstica ( ) os laudos pouco qualificados ( ) não tenho interesse ( ) a metodologia do serviço não é atrativa ( ) a gestão não aderiu ao serviço ( ) não sabe como usar ( ) o tempo de retorno dos laudos é muito longo ( ) a fila de espera pelos laudos é muito longa ( ) não sabia que o serviço existe ( ) outro: \_\_\_\_\_

## 7. Segunda Opinião Formativa

Já acessou as respostas de Segunda Opinião Formativa para a Atenção Primária à Saúde, na página da Biblioteca Virtual em Saúde? ( ) sim ( ) não.

### SE SIM:

Com que frequência acessa? ( ) acessou 1 vez há algum tempo ( ) diariamente ( ) toda semana ( ) a cada quinze dias ( ) 1 vez por mês ( ) esporadicamente ( ) outro \_\_\_\_\_

Com que objetivo acessa? ( ) atualização ( ) aprendizagem ( ) apoio para a tomada de decisão clínica ( ) capacitação ( ) aumentar resolubilidade do cuidado ( ) qualificar o encaminhamento ( ) para discussão em equipe ( ) buscar respostas para problemas do trabalho ( ) para acesso à melhor evidência científica ( ) outro: \_\_\_\_\_

Quais aspectos facilitam o acesso? ( ) velocidade da internet ( ) computador disponível ( ) agenda de trabalho com horário que possibilita acessar ( ) características do site ( ) apoio da gestão ( ) sistema de busca das perguntas/respostas ( ) outro: \_\_\_\_\_

Quais aspectos dificultam o acesso? ( ) velocidade da internet ( ) não ter computador disponível no serviço ( ) falta de tempo ( ) características do site ( ) falta de apoio da gestão ( ) sistema de busca das perguntas/respostas ( ) outro: \_\_\_\_\_

A Segunda Opinião Formativa melhora a assistência aos usuários? ( ) sim ( ) não.

A Segunda Opinião Formativa agiliza as respostas às necessidades dos usuários? ( ) sim ( ) não.

A Segunda Opinião Formativa melhora a interação/comunicação entre os profissionais da equipe? ( ) sim ( ) não.



A Segunda Opinião Formativa melhora a interação/comunicação com a comunidade? ( ) sim ( ) não.

A Segunda Opinião Formativa dá mais segurança para tomar decisões? ( ) sim ( ) não.

A Segunda Opinião Formativa aumenta a resolubilidade do cuidado? ( ) sim ( ) não.

A Segunda Opinião Formativa evitar encaminhamentos? ( ) sim ( ) não.

A Segunda Opinião Formativa promove reflexão crítica sobre o trabalho? ( ) sim ( ) não.

A Segunda Opinião Formativa ajuda para avaliação do trabalho desenvolvido? ( ) sim ( ) não.

A Segunda Opinião Formativa qualifica para o planejamento das ações? ( ) sim ( ) não.

A Segunda Opinião Formativa tira dúvidas?( ) sim ( ) não.

A Segunda Opinião Formativa oferece atualização/qualificação/aperfeiçoamento? ( ) sim ( ) não.

A Segunda Opinião Formativa auxilia para compartilhar experiências com outros profissionais e equipes? ( ) sim ( ) não.

A Segunda Opinião Formativa qualifica para tomar decisões clínicas? ( ) sim ( ) não.

A Segunda Opinião Formativa auxilia na organização do processo de trabalho? ( ) sim ( ) não.

A Segunda Opinião Formativa apoia a coordenação e gestão da equipe? ( ) sim ( ) não.

Você poderia citar um exemplo de como este serviço modificou sua prática?

---

As respostas de Segunda Opinião Formativa são esclarecedores e úteis? ( ) sempre ( ) quase sempre ( ) as vezes ( ) nunca

**SE NÃO (ou se já usou e deixou de usar):** Por qual motivo? ( ) Faltam equipamentos ( ) falta acesso a internet ( ) falta tempo durante o trabalho ( ) por problemas de acesso a página ( ) as respostas não atendem as dúvidas ( ) respostas pouco qualificadas ( ) respostas não são aplicáveis na prática ( ) não tem interesse ( ) a metodologia não é atrativa ( ) não sabe usar ( ) tentou usar e não conseguiu encontrar o que precisava ( ) não sabia que o serviço existe ( ) outro:\_\_\_\_\_

## 8. Telessaúde Informa

Você já leu o informativo do Telessaúde SC? ( ) sim ( ) não

### SE SIM:

Como você usa o informativo? ( ) para leitura online ( ) lê e salva para uso pessoal ( ) lê e compartilha com a equipe ( ) lê e usa para discussão dos temas com a equipe ( ) lê e usa para educação em saúde com a comunidade ( ) outro: \_\_\_\_\_

O conteúdo Telessaúde Informa é qualificado? ( ) sempre ( ) quase sempre ( ) as vezes ( ) nunca

**SE NÃO (ou se já usou e deixou de usar):** Por qual motivo? ( ) Faltam equipamentos ( ) falta acesso a internet ( ) falta tempo durante o trabalho ( ) por problemas de acesso (ao portal, para download) ( ) não contribui para a prática no serviço ( ) conteúdo pouco qualificado ( ) os temas trabalhados não respondem às necessidades e interesses ( ) não tem interesse ( ) a metodologia não é atrativa ( ) não sabe onde e como acessar ( ) não sabia que o recurso existe ( ) outro: \_\_\_\_\_

## 8. Encerramento

Você recebe as divulgações e notícias do telessaúde? ( ) sim ( ) não. Se sim, ( ) por e-mail ( ) pelo facebook ( ) acessa pelo espaço de notícias do portal ( ) acessa pela agenda do portal ( ) outro: \_\_\_\_\_

O uso dos serviços de telessaúde promovem aprimoramento profissional? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual serviço/recurso? ( ) teleconsultorias ( ) telediagnóstico ( ) teleeducação minicursos ( ) teleeducação webconferências ( ) segunda opinião formativa ( ) informativo Telessaúde Informa

Usar os serviços de telessaúde auxilia na resolução de outros casos semelhantes? ( ) sempre ( ) quase sempre ( ) as vezes ( ) nunca. Se auxilia, qual serviço? ( ) teleconsultorias ( ) telediagnóstico ( ) tele-educação minicursos ( ) tele-educação webconferências ( )segunda opinião formativa ( ) informativo Telessaúde Informa

Quando você usa os serviços de telessaúde, consegue resolver os problemas? ( ) sempre ( ) quase sempre ( ) as vezes ( ) nunca. Se resolve, que tipo de problema? ( ) de processo de trabalho ( ) clínico ( ) de gestão ( ) de coordenação de equipe ( ) outro: \_\_\_\_\_

Qual serviço/recurso de telessaúde mais colabora para a resolução de problemas? ( ) nenhum ( ) teleconsultorias ( ) telediagnóstico ( ) tele-educação minicursos ( ) tele-educação webconferências ( )segunda opinião formativa ( ) informativo Telessaúde Informa

Qual serviço/recurso de telessaúde você considera que tem maior potencial para apoiar a educação permanente da equipe? ( ) nenhum ( ) teleconsultorias ( ) telediagnóstico ( ) tele-educação minicursos ( ) tele-educação webconferências ( )segunda opinião formativa ( ) informativo Telessaúde Informa

Qual serviço/recurso de telessaúde você considera que tem maior potencial para apoiar a decisão clínica? ( ) nenhum ( ) teleconsultorias ( ) telediagnóstico ( ) tele-educação minicursos ( ) tele-educação webconferências ( )segunda opinião formativa ( ) informativo Telessaúde Informa Justifique: \_\_\_\_\_

A forma como os recursos e serviços de telessaúde estão disponíveis facilita ou dificulta o uso? ( ) Facilita ( ) Dificulta ( ) Indiferente

Sugestão sobre a oferta dos serviços (abordada na questão anterior): \_\_\_\_\_

O que é preciso para ampliar o uso da telessaúde? ( ) internet melhor ( ) mais computadores nas unidades ( ) maior incentivo aos profissionais pela gestão e/ou coordenação da AB ( ) interesse dos profissionais ( ) horário reservado na agenda ( ) treinamento sobre os serviços/recursos ( ) divulgação ( ) outro \_\_\_\_\_

São necessárias novas tecnologias de informação e comunicação para apoiar os profissionais de saúde? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual(is)/que tipos? \_\_\_\_\_ Por quê? \_\_\_\_\_

Gostaria de fazer algum comentário complementar? ( ) Sim ( ) Não. Se sim: \_\_\_\_\_

**SE CONHECE E NÃO USA OU SE NÃO CONHECE OS SERVIÇOS DE TELESSAÚDE:**

Se conhece mas não usa, por qual motivo?

- faltam equipamentos
- falta acesso a internet
- falta tempo durante o trabalho
- por problemas de acesso ao portal Telessaúde SC
- não contribui para a prática no serviço
- conteúdo pouco qualificado
- os temas trabalhados não respondem às necessidades e interesses
- não tem interesse
- a metodologia dos serviços não é atrativa
- a gestão não incentiva o uso
- não sabe onde e como acessar
- outro: \_\_\_\_\_

Se não conhece: (Breve apresentação do projeto pelas pesquisadoras)

Teria interesse em usar estes serviços? ( ) sim ( ) não (Coleta de e-mail para contato posterior)

**APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semiestruturada com profissionais do nível 1 de análise**

- i. Quais são os objetivos dos serviços de telessaúde?
- ii. O que é EPS? Quais as suas características?
- iii. Você acha que os serviços de telessaúde podem apoiar a EPS das equipes na ABS?
  1. Você acha que os serviços são ofertados com essa intenção?
  2. Quais são os pontos positivos e os pontos a serem melhorados na oferta dos serviços, nesta perspectiva?
- iv. (Perguntar sobre cada dimensão do ML): Os serviços apoiam as equipes de ABS no(a):
  1. Identificação de problemas no contexto do trabalho?
  2. Ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local?
  3. Trabalho interdisciplinar e em redes?
  4. Protagonismo das equipes na tomada de decisão?
- v. Qual dos serviços você acha que melhor atende ao objetivo de apoiar a EPS na ABS? Por quê?



## APÊNDICE D - Roteiro de entrevista semiestruturada com profissionais do Nível 2 de análise

|                           |                                 |
|---------------------------|---------------------------------|
| Nome:                     | Categoria profissional:         |
| Formação complementar:    | Tempo de formação:              |
| Tempo de trabalho na APS: | Tempo de trabalho nessa equipe: |
| Município:                | Data:                           |

Apresentar as situações ao entrevistado e iniciar a entrevista com a pergunta disparadora indicada ao final da situação. Dependendo da resposta do entrevistado, estimular o diálogo com as perguntas indicadas no roteiro oculto.

| SITUAÇÃO   | ROTEIRO OCULTO   | ESPERA-SE:  |
|--|--|---|
| <p><b>Situação: Parte 1</b></p> <p>Em uma manhã de trabalho na UBS Felicidade, todos os profissionais da equipe (médico, ACS, dentista, técnico de enfermagem, enfermeiro e auxiliar de saúde bucal) estavam reunidos.</p> <p>A coordenadora da equipe solicitou que eles avaliassem o trabalho desenvolvido no semestre anterior e que identificassem os principais problemas que devem ser melhorados.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Todos os profissionais costumam participar das reuniões de equipe?               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quais são os mecanismos de comunicação entre os profissionais da equipe?</li> <li>○ Que tipo de informações costumam trocar?</li> </ul> </li> <li>○ É costume discutir casos e problemas em conjunto?</li> <li>○ Como são elencados os problemas? É feito algum tipo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Que o profissional/equipe realizem a avaliação do serviço prestado, tanto individualmente como em equipe</li> <li>○ Que usem o PMAQ ou outra metodologia de avaliação dos serviços</li> <li>○ Que informações epidemiológicas, do território, as demandas de saúde da população sejam utilizadas para levantar problemas.</li> <li>○ Que os problemas identificados</li> </ul> |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p><b><u>Perguntas disparadoras:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O que você acha que a equipe deve fazer para identificar os problemas no trabalho desenvolvido?</li> <li>○ Como que a sua equipe costuma fazer?</li> </ul>  | <p>de diagnóstico do trabalho? Os indicadores e dados epidemiológicos são estudados?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vocês usam algum instrumento de avaliação do trabalho?</li> <li>○ A quem poderia se solicitar apoio?</li> </ul> | <p>sejam analisados (causas e consequências)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Que sejam identificados serviços de apoio como equipe NASF, telessaúde, equipe de planejamento da SMS, etc...</li> </ul> <p><b><u>Refere-se à:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dimensão “Identificação de problemas no contexto de trabalho” – Itens 3 e 4</li> <li>○ Dimensão “Trabalho multidisciplinar” – Itens 11 e 12</li> </ul> |
| <b>SITUAÇÃO</b>   | <b>ROTEIRO OCULTO</b>   | <b>ESPERA-SE:</b>  |
| <p><b><u>Situação: Parte 2</u></b></p> <p>Depois de muita discussão, a equipe da UBS Felicidade identificou algumas situações-problema:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A falta de adesão da população ao grupo de Hipertensos e Diabéticos;</li> <li>2. O aumento nos casos de sífilis na comunidade;</li> <li>3. Dúvidas sobre a notificação e</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sua equipe costuma analisar os problemas identificados?</li> <li>○ Como fazem isso?</li> <li>○ A quem poderia se solicitar apoio para analisar os problemas?</li> </ul>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Que os problemas identificados sejam analisados (causas e consequências)</li> <li>○ Que sejam identificados serviços de apoio como equipe NASF, telessaúde, equipe de planejamento da SMS, etc...</li> </ul> <p><b><u>Refere-se à:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dimensão “Identificação de</li> </ul>   |



|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>encaminhamento de casos de violência doméstica.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Necessidade de criar um grupo de tabagistas;</li> <li>5. Aumento no uso de álcool e outras drogas na comunidade;</li> <li>6. Precária situação sanitária da comunidade (lixo a céu aberto, falta de água encanada...)</li> </ol> <p>Mesmo identificando alguns problemas, a equipe não sabia muito bem o que priorizar, por onde começar, que ações realizar.</p> <p><b><u>Perguntas disparadoras:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Em sua opinião, como esta equipe deve elencar as prioridades?</li> <li>○ Como que a sua equipe costuma fazer?</li> </ul> |  | <p>problemas no contexto de trabalho” – Itens 3 e 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dimensão “Trabalho multidisciplinar” – Itens 11 e 12</li> </ul> |
|---|--|--|

| SITUAÇÃO  | ROTEIRO OCULTO  | ESPERA-SE:  |
|---|---|---|
| <p><b>Situação: Parte 3</b><br/>           Para priorizar os problemas com mais segurança, a equipe se dividiu e cada profissional ficou responsável por pesquisar e estudar um dos problemas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A técnica de enfermagem ficou responsável por estudar mais sobre grupos de hipertensos e diabéticos e como aumentar a adesão;</li> <li>2. A médica ficou responsável por pesquisar sobre a sífilis e como abordar e tratar a doença na ABS</li> <li>3. O ACS ficou responsável por verificar o que deve ser observado em uma visita domiciliar no caso de suspeição de violência doméstica e conversar com a Assistente Social do NASF para saber como agir nesses casos e que outros serviços e instituições devem ser envolvidos.</li> <li>4. A cirurgiã dentista ficou responsável por pesquisar sobre como montar um grupo de tratamento de tabagistas na UBS</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vocês costumam criar uma agenda de educação permanente individual e/ou conjunta para estudarem sobre os problemas do trabalho?</li> <li>○ É separado um tempo de trabalho para estudo e pesquisa?</li> <li>○ Como você pensa que os profissionais conseguirão as informações sobre cada problema identificado?</li> <li>○ Costuma-se ouvir a população sobre os problemas de saúde e no planejamento de ações da UBS?</li> <li>○ Costuma-se procurar outros serviços de saúde ou mesmo de outras áreas para discutir casos e solicitar apoio? Quais geralmente?</li> </ul> | <p>Espera-se que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ A equipe/profissional elaborem uma agenda de educação permanente</li> <li>○ Busquem ampliar o conhecimento sobre os assuntos por meio de cursos, grupos de estudo, instituições de ensino, troca de experiências, busca de evidências, em especial os serviços de telessaúde</li> <li>○ Que as ações educativas planejadas e realizadas (incluindo o uso do telessaúde) tenham significado e aplicabilidade no trabalho;</li> <li>○ Que os profissionais desenvolvam capacidade de aprender no ambiente de trabalho</li> <li>○ Os profissionais da equipe interajam no planejamento e</li> </ul> |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>5. O enfermeiro ficou responsável pela pesquisa de possíveis ações sobre álcool e drogas na ABS e entrar em contato com o CAPS ad e o grupo de alcoólicos e narcóticos anônimos do bairro.</p> <p>6. Outra ACS ficou responsável por pesquisar sobre como a ABS poderia agir em relação à situação de saneamento da comunidade e por conversar com o Conselho Local de Saúde sobre o que foi encaminhado sobre isso.</p> <p><b><u>Perguntas disparadoras:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O que você pensa de ter um tempo de estudo durante o trabalho?</li> </ul> |  | <p>realização do cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O processo de trabalho seja organizado a partir dos princípios da cogestão e do poder compartilhado</li> <li>○ A equipe/profissional realizem trabalho em rede e intersetorial</li> <li>○ Que tenham um canal de comunicação com a população por meio da participação nas reuniões dos conselhos locais e de outros espaços de articulação.</li> </ul> <p><b><u>Refere-se à:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dimensão “Ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local” – Itens 7 e 8</li> <li>○ Dimensão “Trabalho multidisciplinar” – Item 11, 12 e 13</li> </ul> |
|---|--|---|

| SITUAÇÃO   | ROTEIRO OCULTO  | ESPERA-SE:  |
|--|---|---|
| <p><b>Situação: Parte 4</b></p> <p>Depois de duas semanas a equipe se reuniu novamente para compartilhar as informações que cada um conseguiu, e juntos identificaram as causas (raízes) e consequências (galhos) de cada problema identificado, usando a metodologia da “árvore de problemas”.</p> <p>Eles também definiram a magnitude, a transcendência, a vulnerabilidade, a urgência e o custo de cada problema, e chegaram à conclusão que estes dois estavam afetando de forma mais expressiva a saúde da comunidade:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. O aumento nos casos de sífilis na comunidade, inclusive sífilis gestacional.</li> <li>2. Situação sanitária da comunidade (lixo a céu aberto, falta de água encanada...)</li> </ol> <p>Com estes dois problemas priorizados, a equipe deve planejar o que fazer para solucionar estes dois problemas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ É costume a equipe planejar em conjunto ações de qualificação do trabalho?</li> <li>○ Como são planejadas essas ações? É usado algum instrumento?</li> <li>○ Costuma-se avaliar as ações planejadas?</li> <li>○ Toda a equipe se envolve na resolução dos problemas?</li> <li>○ Busca-se apoio de algum outro serviço ou setor para o planejamento e avaliação das ações propostas?</li> </ul> | <p>Espera-se que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Que a elaboração das propostas de modificação da realidade seja feita pelo coletivo e com envolvimento da população</li> <li>○ Que a execução das propostas de intervenção seja monitorada e avaliada.</li> </ul> <p><b><u>Refere-se à:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dimensão “Protagonismo das equipes na tomada de decisão” – Itens 16, 17 e 18.</li> <li>○ Dimensão “Ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local” – Itens 8</li> <li>○ Dimensão “Identificação de problemas no contexto de trabalho” – Item 4</li> <li>○ Dimensão “Trabalho</li> </ul> |

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| <p><b><u>Perguntas disparadoras:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Em sua opinião, o que esta equipe deve fazer para solucionar estes problemas?</li> </ul>   |                              | <p>multidisciplinar” – Item 12</p>   |
| <p><b><u>Sobre o Telessaúde:</u></b></p>   | <p><b>ROTEIRO OCULTO</b></p> | <p><b>ESPERA-SE:</b></p>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ De que forma você acha que os serviços de Telessaúde poderiam apoiar a equipe das situações acima descritas?</li> <li>○ Em sua opinião, para que servem os serviços de telessaúde? Qual a sua finalidade?</li> <li>○ Em que situações você costuma usar os serviços de Telessaúde?</li> <li>○ Os temas abordados pelo Telessaúde atendem às demandas das dúvidas que surgem no seu cotidiano de trabalho?</li> <li>○ Qual dos serviços você considera que mais se aproxima da sua necessidade de educação permanente? Por quê?</li> <li>○ Em sua opinião, quais são as principais contribuições dos serviços do Telessaúde SC para o seu processo de trabalho?</li> </ul> |                              | <p>Espera-se que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Que os serviços de telessaúde sejam identificados como apoio à educação permanente em saúde</li> <li>○ Que o uso seja intencional para apoio à educação permanente</li> <li>○ Que o uso estimule a reflexão sobre o trabalho, a busca por conhecimento aplicado ao contexto local, o trabalho em equipe e o protagonismo das equipes na qualificação da realidade de trabalho.</li> </ul> |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b><u>Apresentar os temas das últimas participações do profissional no Telessaúde (webs, teleconsultoria, cursos, telediagnóstico) e questionar:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Em geral, as mencionadas participações no Telessaúde mudaram de alguma forma sua compreensão sobre seu processo de trabalho?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ajudou a identificar e analisar problemas do seu cotidiano de trabalho?</li> <li>○ Ajudou na busca de informações e atualização do conhecimento para o trabalho?</li> <li>○ Estimulou o trabalho interdisciplinar e interação com a comunidade?</li> <li>○ Ajudou no planejamento de ações para qualificação do seu trabalho?</li> </ul> | <p><b><u>Refere-se à:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dimensão “Ampliação do conhecimento aplicado ao contexto local” – Itens 8</li> </ul> |
|--|---|---|

**APÊNDICE E - Termo de Ciência e Concordância das  
Instituições Envolvidas**

Local e data:

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "Avaliação do impacto dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que na execução do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

---

Luana Gabriele Nilson  
Pesquisadora

---

Luise Lüdke Dolny  
Pesquisadora

---

Maria Cristina Marino Calvo  
Coordenadora da Pesquisa

---

Secretário Municipal de Saúde





## **APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevistas (TCLE)**

Eu, \_\_\_\_\_ estou sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Avaliação dos resultados dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina”. As pesquisadoras me explicaram e eu compreendi que esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar o resultado dos serviços oferecidos pelo Núcleo Técnico-Científico Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina.

O protocolo desta pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e aprovado. Estou ciente de que a pesquisa realizada é pré-requisito para as pesquisadoras obterem o título de Doutoradas em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

As pesquisadoras me explicaram que minha conduta e minhas respostas não serão objeto de avaliação. Minha contribuição nesta pesquisa auxiliará as pesquisadoras na avaliação de uso de tecnologias de apoio à tomada de decisão clínica na Atenção Primária à Saúde e para avaliar se os serviços de telessaúde contemplam as características e pressupostos da Educação Permanente em Saúde.

Fui informado que a minha contribuição na pesquisa ocorrerá mediante a realização de entrevista que será gravada em aparelho digital e posteriormente transcrita com a garantia de sigilo das informações prestadas, do informante e da Instituição a qual pertencço. Durante a gravação a minha identificação não será nominal e sim por uma codificação estabelecida pelos pesquisadores cuja relação com minha identidade permanecerá restrita as etapas de análise da pesquisa e sob sigilo. Também foi informado que minha privacidade será respeitada, e que todos os dados contidos em minha entrevista serão mantidos em sigilo.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar minha identificação. O risco de que minha identidade venha a

público e minha participação cause constrangimento perante pessoas e instituições é praticamente nulo em razão dos cuidados na proteção da confidencialidade das informações.

Foi-me esclarecido que não sou obrigado a participar da pesquisa uma vez que não será arcado com nenhum custo pela minha participação neste estudo. Estou ciente que posso desistir de participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Se desejar sair da pesquisa, não terei qualquer prejuízo em minha relação com o pesquisador ou com a Instituição.

O benefício relacionado à minha participação é: fornecer subsídios para a avaliação do Telessaúde enquanto política pública de saúde que se compromete com a ampliação qualificada do acesso e resolubilidade em saúde, bem como a identificação da coerência entre a implantação e os resultados com os objetivos do programa.

Foi-me assegurado a indenização financeira, caso venha a sofrer danos comprovados decorrentes da participação nesta pesquisa, nos termos da legislação brasileira.

As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto são Luana Gabriele Nilson, Luise Lüdke Dolny, Maria Cristina Marino Calvo e Josimari Telino de Lacerda, da Universidade Federal de Santa Catarina e com elas poderei manter contato pelo endereço ou telefones antes, durante e após a realização da pesquisa em caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimento. É assegurado que os itens constantes no presente TCLE atendem as exigências contidas IV.3 da Resolução 466 de dezembro de 2012, que regulamenta pesquisas em seres humanos.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo que foi mencionado e compreendido a natureza da pesquisa, assim como seus objetivo, riscos e benefícios, manifesto meu livre consentimento em participar como voluntário, deste estudo, assinando esse TCLEs em duas vias ao seu término e rubricando todas as páginas que o constituem, pois uma cópia pertencerá comigo e a outra com o pesquisador.

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e contato das pesquisadoras responsáveis pela pesquisa:

---

Luana Gabriele Nilson  
 Telefone: (48) 96485667  
 E-mail:  
 luanagnilson@gmail.com

---

Maria Cristina Marino Calvo  
 Telefone: (48) 88168380  
 E-mail:  
 cristina.clv@gmail.com

---

Luise Lüdke Dolny  
 Telefone: (48) 9645 4143  
 E-mail: luiseludke@gmail.com

---

Josimari Telino de Lacerda  
 Telefone: (48) 91624321  
 E-mail: jtelino@gmail.com

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Campus Reitor João David Ferreira Lima. Rua Delfino Conti, S/N, Bloco H, Bairro: Trindade, Florianópolis-SC, CEP: 88040-370.

**Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina**

Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400 Contato: (48) 3721-6094 cep.propesq@contato.ufsc



## ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina

**Pesquisador:** Maria Cristina Marino Calvo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 53685716.6.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.466.605

#### Apresentação do Projeto:

Projeto da Profa. Dra. Maria Cristina Marino Calvo, do Departamento de Saúde Coletiva da UFSC, que pretende avaliar os resultados dos serviços do núcleo Técnico-científico Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina. A metodologia prevê a realização de entrevistas com coordenadores e técnicos do Núcleo Telessaúde SC e aplicação de questionário com cada um dos profissionais que compõem a equipe básica de saúde da família (médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, técnico ou auxiliar de consultório odontológico, agente comunitário de saúde) das equipes indicadas em cada município, num total de 80 participantes.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Primário:** Avaliar o resultado dos serviços oferecidos pelo Núcleo Técnico-Científico Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina.

**Objetivo Secundário:** • Realizar revisão bibliográfica para identificar modelo teórico e indicadores de qualidade para o serviço de telessaúde; • Avaliar o uso de tecnologias de apoio à tomada de decisão clínica na Atenção Primária à Saúde; • Avaliar se os serviços de telessaúde contemplam as

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.466.605

características e pressupostos da Educação Permanente em Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: No formulário da Plataforma Brasil faz referência a risco mínimo, sem especificá-los; No TCLE faz referência sobre possível perda de sigilo e constrangimentos.

Benefícios: foram previstos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisadora envia declaração afirmando que "Não há conflito de interesse, apesar do vínculo acadêmico e político presente na relação entre avaliadora e avaliada, respectivamente, serão cumpridas todas as prerrogativas necessárias para que a pesquisa atenda às exigências em respeito à Legislação vigente".

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os dois TCLEs foram adequados.

**Recomendações:**

-

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Lista de pendências do parecer anterior:

- adequar o TCLE; PENDÊNCIA ATENDIDA.

- explicar a possibilidade de conflito de interesse gerada na pesquisa; PENDÊNCIA ATENDIDA.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável assume o risco pela existência de eventuais conflitos de interesse em decorrência do descrito nos dois pareceres.

Desta forma, este comitê é de parecer favorável a sua aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                 | Arquivo  | Postagem               | Autor                | Situação |
|--------------------------------|--|------------------------|----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P<br>ROJETO_651882.pdf | 17/03/2016<br>19:02:23 |                      | Aceito   |
| Outros                         | Carta_Resposta.pdf                               | 17/03/2016<br>18:58:01 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito   |
| Outros                         | Declaracao_conflito_interesse.pdf                | 17/03/2016<br>18:57:20 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura   | ProjetoComiteEtica_2016.docx                     | 17/03/2016<br>18:56:28 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito   |

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.466.605

|   |                                       |                        |                      |        |
|---|---------------------------------------|------------------------|----------------------|--------|
| Investigador  | ProjetoComiteEtica_2016.docx          | 17/03/2016<br>18:56:28 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_profissionais.docx               | 17/03/2016<br>18:56:16 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_especialistas.docx               | 17/03/2016<br>18:55:36 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| Folha de Rosto  | folhaDeRosto.pdf                      | 29/02/2016<br>15:02:54 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Autorizacao_Itaiopolis.pdf            | 29/02/2016<br>15:02:14 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| Outros  | termosDeConcessao.pdf                 | 22/02/2016<br>14:24:32 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | DeclaracaoConcordanciaInstituicao.pdf | 22/02/2016<br>14:16:07 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | aut_uso_dados.pdf                     | 22/02/2016<br>14:15:11 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Autorizacao_VargemBonita.pdf          | 22/02/2016<br>14:03:43 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Autorizacao_SaoMigueldaBoaVista.pdf   | 22/02/2016<br>14:03:29 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Autorizacao_Periliba.pdf              | 22/02/2016<br>14:03:20 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Autorizacao_Itapema.pdf               | 22/02/2016<br>14:03:10 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Autorizacao_Florianopolis.pdf         | 22/02/2016<br>14:02:59 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de  | Autorizacao_CordilheiraAlta.pdf       | 22/02/2016             | LUISE LUDKE          | Aceito |

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.466.605

|  |                                 |                        |                      |        |
|--|---------------------------------|------------------------|----------------------|--------|
| Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência                     | Autorizacao_CordilheiraAlta.pdf | 14:02:48               | DOLNY                | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | Autorizacao_Brusque.pdf         | 22/02/2016<br>14:02:31 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | Autorizacao_BarraVelha.pdf      | 22/02/2016<br>14:02:18 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | Autorizaca_Icara.pdf            | 22/02/2016<br>14:02:07 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 28 de Março de 2016

---

**Assinado por:**  
**Washington Portela de Souza**  
(Coordenador)

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação dos serviços oferecidos pelo Núcleo Telessaúde SC na melhoria da qualidade na Atenção Básica de Santa Catarina

**Pesquisador:** Maria Cristina Marino Calvo

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 53685716.6.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.788.545

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma emenda solicitando inclusão do Município de Joinville na lista de locais onde a coleta de dados ocorrerá. A pesquisadora justifica a emenda pelo seguinte fato: "Após o desenvolvimento da etapa de coleta de dados com a aplicação do questionário junto aos municípios integrantes da amostra, verificou-se a necessidade de ampliar a pesquisa em relação à investigação do objeto. A investigação detalhada em uma segunda etapa de coleta visa aprofundar o objeto e alcançar os objetivos já listados, buscando aproveitar de forma mais qualificada o recurso financeiro disponível e o tempo de pesquisa." e "Considerando a experiência do município de Joinville no uso dos serviços de telessaúde como apoio assistencial e à educação permanente, com fluxos que incluem serviços de telessaúde para regulação do acesso a especialidades do nível secundário de atenção, este município será incluído por conveniência na amostra de sujeitos para coleta de dados..."

**Objetivo da Pesquisa:**

-

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

-

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6034 **E-mail:** cep.propesaj@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.788.545

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

-

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foi apresentada autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, assinada pela Secretária Municipal Francieli Cristini Schultz.

**Recomendações:**

-

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pela aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento  | Arquivo                              | Postagem               | Autor                | Situação |
|---|--------------------------------------|------------------------|----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_768261 ET.pdf | 14/10/2016<br>16:18:41 |                      | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Autorizacao_Joinville.pdf            | 14/10/2016<br>10:50:57 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito   |
| Outros  | Pedido_Emenda.docx                   | 14/10/2016<br>10:45:45 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito   |
| Outros  | Carta_Resposta.pdf                   | 17/03/2016<br>18:58:01 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito   |
| Outros  | Declaracao_confito_interesse.pdf     | 17/03/2016<br>18:57:20 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | ProjetoComiteEtica_2016.docx         | 17/03/2016<br>18:56:23 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_profissionais.docx              | 17/03/2016<br>18:56:16 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_especialistas.docx              | 17/03/2016<br>18:55:36 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito   |
| Folha de Rosto  | folhaDeRosto.pdf                     | 29/02/2016<br>15:02:54 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito   |
| TCLE / Termos de  | Autorizacao_Itaiopolis.pdf           | 29/02/2016             | LUISE LUDKE          | Aceito   |

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC

Continuação do Parecer: 1.788.545

|  |                                       |                        |                      |        |
|--|---------------------------------------|------------------------|----------------------|--------|
| Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência                     | Autorizacao_Itaiopolis.pdf            | 15.02.14               | DOLNY                | Aceito |
| Outros   | termosDeConoessao.pdf                 | 22/02/2016<br>14:24:32 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | DeclaracaoConcordanciaInstituicao.pdf | 22/02/2016<br>14:16:07 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | aut_uso_dados.pdf                     | 22/02/2016<br>14:15:11 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | Autorizacao_VargemBonita.pdf          | 22/02/2016<br>14:03:43 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | Autorizacao_SaoMigueldaBoaVista.pdf   | 22/02/2016<br>14:03:29 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | Autorizacao_Pertiba.pdf               | 22/02/2016<br>14:03:20 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | Autorizacao_Itapema.pdf               | 22/02/2016<br>14:03:10 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | Autorizacao_Florianopolis.pdf         | 22/02/2016<br>14:02:59 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | Autorizacao_CordilheiraAlta.pdf       | 22/02/2016<br>14:02:48 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | Autorizacao_Brusque.pdf               | 22/02/2016<br>14:02:31 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | Autorizacao_BarraVelha.pdf            | 22/02/2016<br>14:02:18 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /                                 | Autorizacao_Icara.pdf                 | 22/02/2016<br>14:02:07 | LUISE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.proposa@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.788.545

|                           |                      |                        |                      |        |
|---------------------------|----------------------|------------------------|----------------------|--------|
| Justificativa de Ausência | Autorizaca_lcara.pdf | 22/02/2016<br>14:02:07 | LUÍSE LUDKE<br>DOLNY | Aceito |
|---------------------------|----------------------|------------------------|----------------------|--------|

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 24 de Outubro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Luiz Eduardo Toledo**  
(Coordenador)

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 232, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6034 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br