

**Universidade Federal de Mato Grosso
Instituto de Saúde Coletiva
Curso de Graduação em Saúde Coletiva**

**Estudo das Teleconsultorias do Telessaúde-MT referente à
Educação em Saúde/Aconselhamento/Dieta segundo a
CIAP, no Ano de 2017**

Paloma Bianca Ustulin Victório

**Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de
Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de
Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato
Grosso, como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Saúde Coletiva.**

Orientadora: Prof.^a Me. Marta de Lima Castro.

**Cuiabá-MT
2019**

**Estudo das Teleconsultorias do Telessaúde-MT referente à
Educação em Saúde/Aconselhamento/Dieta segundo a
CIAP, no Ano de 2017**

Paloma Bianca Ustulin Victório

**Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de
Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de
Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato
Grosso, como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Saúde Coletiva.**

Orientadora: Prof.^a Me. Marta de Lima Castro.

**Cuiabá-MT
2019**

RESUMO

VICTÓRIO, Paloma Bianca Ustulin. **Estudo das Teleconsultorias do Telessaúde-MT referente à Educação em Saúde/Aconselhamento/Dieta segundo a CIAP, no Ano de 2017.** 63f. Trabalho de Conclusão da Graduação em Saúde Coletiva - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT, 2019.

Introdução: O programa Telessaúde Brasil Redes é atualmente uma grande inovação na área da tecnologia em informações em saúde, principalmente relacionado ao apoio que esse programa oferece para a melhoria da assistência à saúde na Atenção Básica. Por isso, esse trabalho apresenta um estudo sobre uma das temáticas solicitadas nas teleconsultorias do Núcleo Telessaúde de Mato Grosso, denominada pela Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) como “educação em saúde/aconselhamento/dieta”. Esta temática foi escolhida por conter uma infinidade de necessidades em saúde advindas dos próprios profissionais da Atenção Básica. **Objetivo:** Analisar as teleconsultorias sobre o tema educação em saúde/aconselhamento/dieta, segundo a CIAP, demandadas ao Telessaúde – MT, no ano de 2017. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, descritivo, retrospectivo, de análise documental, utilizando-se da técnica de análise de conteúdo para tratamento dos dados, que buscou identificar, por meio das perguntas solicitadas, quais as necessidades mais frequentes que foram abordadas no tema da CIAP “educação em saúde/aconselhamento/dieta”, nas teleconsultorias do Telessaúde-MT, em 2017. **Resultados e Discussão:** Para o tema “educação em saúde/aconselhamento/dieta” foram solicitadas 233 teleconsultorias. Sendo que, 13,3% são relacionadas a orientação nutricional, 36% estavam voltadas sobre dúvidas relacionadas a orientação e educação em saúde, e 49,8% foram anexadas as subcategorias do aconselhamento, por serem solicitações mais variadas e que não se encaixavam em outras categorias. As solicitações foram na maior parte realizadas por ACS (32,2%) e, de modo geral, 43,3% dos solicitantes tinham entre 30-39 anos. Do total das categorias, foram elaboradas mais 15 subcategorias de acordo com as temáticas mais solicitadas, sendo que as principais estavam relacionadas a: orientações materno-infantil; orientações voltadas para os hipertensos, diabéticos e obesos; sobre saúde mental e saúde bucal; e sobre doenças de modo geral. Quanto as respostas das teleconsultorias, 96% dos profissionais ficaram satisfeitos e, aproximadamente, 79% disseram que a resposta atendeu totalmente às necessidades solicitadas. **Conclusão:** O tema do CIAP educação em saúde/aconselhamento/dieta é amplo e compreende muitas necessidades em saúde, próprias das UBS, tanto que os principais solicitantes foram os ACS e os enfermeiros, evidenciando a imensa necessidade de haver mais formações e auxílio diagnóstico e educacional para esses profissionais, que são os responsáveis pela porta de entrada do SUS. Através das subcategorias identificadas, fica claro como as teleconsultorias são capazes de melhorar a assistência à saúde.

Palavras-chave: Telessaúde; Teleconsultoria; Tecnologias em Saúde; Atenção Básica em Saúde.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil profissional dos solicitantes das teleconsultorias do Telessaúde-MT sobre "educação em saúde/aconselhamento/dieta", Mato Grosso, 2017 36

Tabela 2 – Categorização das teleconsultorias realizadas em 2017 pelo Telessaúde-MT, segundo o tema da CIAP “educação em saúde/aconselhamento/dieta”, Mato Grosso, 2017 ..40

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Proporção de teleconsultorias solicitadas no ano 2017 por Região de Saúde-MT, segundo a CIAP "educação em saúde/aconselhamento/dieta"..... 38
- Gráfico 2** – Grau de satisfação geral dos solicitantes em relação a resposta da teleconsultoria solicitada no ano de 2017, segundo o tema da CIAP "educação em saúde/aconselhamento/dieta" 47
- Gráfico 3** – Classificação das respostas das teleconsultorias solicitadas no ano de 2017, segundo os solicitantes, referente ao tema CIAP "educação em saúde/aconselhamento/dieta"47

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
CF – Constituição Federal
CGR – Colegiados de Gestão Regional
CIAP – Classificação Internacional da Atenção Primária
CIB – Comissão de Intergestores Bipartite
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIR – Comissão de Intergestores Regional
CIT – Comissão de Intergestores Tripartite
CMC – Classificação de Motivos da Consulta
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DF – Distrito Federal
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
HUJM – Hospital Universitário Júlio Müller
MC – Motivo da Consulta
MS – Ministério da Saúde
MT – Mato Grosso
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
NT – Núcleo de Telessaúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
RUTE – Rede Universitária de Telemedicina
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SMART – Sistema de Monitoramento e Avaliação de Resultados do Telessaúde

SOF – Segunda Opinião Formativa

SUS – Sistema Único de Saúde

TIC – Tecnologia da Informação e Comunicação

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1 BREVE TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	10
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO PROPOSTA DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	14
2.3 TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO E A SAÚDE.....	16
2.4 PROGRAMA NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL REDES	18
2.4.1 Núcleo Telessaúde (NT).....	20
2.4.2 Teleconsultoria	22
2.4.3 Núcleo Telessaúde de Mato Grosso	24
2.5 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (CIAP)	25
3 OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GERAL.....	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4 MÉTODOS.....	29
4.1 TIPO DE ESTUDO	29
4.2 LOCAL DO ESTUDO	30
4.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	31
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1 CATEGORIA DIETA	40
5.2 CATEGORIA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	41
5.3 CATEGORIA ACONSELHAMENTO.....	43
5.3.1 Subcategoria orientação nutricional: materno infantil. Subcategoria educação em saúde: materno-infantil. Subcategoria aconselhamento: orientações sobre a maternidade	45
5.4 AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA AS TELECONSULTORIAS	46
6 CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS	51
ANEXOS	55

1 INTRODUÇÃO

Este estudo contempla o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes que foi instituído pelo Ministério da Saúde através de duas portarias, uma de 2007, que definiu um projeto piloto e a outra, a Portaria GM/MS nº 2.546 publicada em 2011, que de fato estabeleceu esse programa com a oferta dos serviços de Teleconsultoria, Telediagnóstico, Teleducação e Segunda Opinião Formativa, sendo que o objeto deste estudo faz parte das teleconsultorias (BRASIL, 2011c).

O Telessaúde tem como objetivo melhorar a qualidade da atenção à saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), para isso, além de ações de educação permanente também oferta apoio assistencial para o fortalecimento e integração dos serviços de saúde e das Redes de Atenção à Saúde (RAS), melhorando a resolubilidade do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

Inicialmente em 2007, apenas nove estados do Brasil aderiram ao Telessaúde, instituindo os Núcleos de Telessaúde (NT). Atualmente, o programa já está implantado em todos os estados brasileiros. No âmbito nacional, a coordenação desse programa está a cargo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015b).

O Art. 2º, da Portaria GM/MS nº 2.546/2011, define a Teleconsultoria como:

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 [...] (BRASIL, 2011c).

As teleconsultorias podem ser síncronas, quando são realizadas em tempo real, por meio de chat, webconferência, videoconferência ou telefone; e assíncrona, quando são enviadas por mensagens off-line, sendo esta a forma mais solicitada pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2012).

As consultas das teleconsultorias são enviadas pelos profissionais de saúde das UBS pelo site do Telessaúde, para que um teleconsultor capacitado pesquise e responda em até 72 horas. Os teleconsultores são profissionais com competências e habilidades na área de atuação da dúvida solicitada, bem como com grande conhecimento e experiência na Atenção Básica da Saúde (ABS) (BRASIL, 2012).

Por entendermos que a ABS é a principal estratégia de mudança no modelo de atenção à saúde, e que o telessaúde tem se mostrado como uma potente ferramenta de apoio e

fortalecimento da ABS e também diante da escassez de estudo sobre o Telessaúde em Mato Grosso, optou-se pela realização deste estudo.

Além do mais, o NT-MT já foi reconhecido internacionalmente pelo trabalho que está sendo realizado, pois está entre os cinco finalista ao prêmio WSIS Fórum 2019, na categoria C 7 e-health, que será realizado no mês de abril, em Genebra (Suíça):

Dentre todas as categorias, a única indicação brasileira é do Núcleo Telessaúde-MT, o que distingue a relevância das atividades realizadas em Mato Grosso, considerando as dimensões territoriais do estado e o alcance deste serviço para apoiar os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde.

O World Summit on the Information Society (WSIS) foi criado em 2001, na Assembleia Geral das Nações Unidas e anualmente promove o **Fórum da Cúpula Mundial da Sociedade da Informação (WSIS Forum)**. Este fórum representa o maior encontro anual da comunidade de informação e comunicação (TIC), discutindo as tendências, a evolução e os desafios dos tópicos digitais. O concurso de prêmios da WSIS Forum é parte integrante do processo de levantamento de dados da WSIS, para ajudar na implementação e acompanhamento das Linhas de Ação da WSIS (TELESSAÚDE-MT, 2019).

Diante da importância dessa ferramenta para o trabalho dos profissionais da Atenção Básica e para os usuários desse serviço, este trabalho estudará uma das temáticas das teleconsultorias realizadas no Telessaúde-MT em relação à Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP), sistema utilizado por esse serviço para classificar os temas solicitados das teleconsultorias.

A CIAP é uma classificação internacional para classificar os episódios de cuidado que envolvem as consultas na Atenção Primária à Saúde. A CIAP direciona o foco dos profissionais de saúde para identificar questões relacionadas às pessoas e não a doenças. Essa classificação tem como base três elementos: o motivo da consulta, que impulsionou o indivíduo a procurar o atendimento; o diagnóstico do problema apresentado; e as intervenções e procedimentos necessários para o quadro de saúde da pessoa (WONCA, 2009).

Dessa forma, a CIAP é um sistema muito importante, pois revela os motivos da consulta (sofrimento ou enfermidade) que levaram o cidadão a procurar um serviço de saúde, evidencia também as demandas dos usuários, além de potencializar as práticas dos profissionais para ações de planejamento, prevenção, promoção e programação de atividades de educação permanente nas UBS (WONCA, 2009).

Por tudo isso, esse estudo objetiva analisar as teleconsultorias sobre o tema educação em saúde/aconselhamento/dieta, segundo a CIAP, demandadas ao Telessaúde – MT, no ano de 2017.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 BREVE TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Durante a década de 1970 o Brasil passava por transformações significativas, sendo uma delas a luta pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que ocorreu simultaneamente à luta pela redemocratização do país. Essa ação, impulsionada por movimentos populares, organizações da sociedade civil e pelos trabalhadores da saúde, tinha como concepção política e ideológica que a saúde não fosse vista apenas pela questão biológica a ser resolvida pelos médicos, mas também como uma questão social e política, da qual cada cidadão teria direito e que deveria ser de responsabilidade do Estado todo o processo de cuidado (PAIM et al., 2011).

Desta forma, através do movimento da RSB, iniciado na década de 1970 e tendo o ápice da luta na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, deu-se início ao processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo diferenciado dos já existentes até o momento no país, que eram centrados numa assistência médica previdenciária, advindas de aposentarias e pensões, onde apenas os trabalhadores de algumas categorias ocupacionais tinham acesso à saúde, enquanto o restante da população ficava à mercê de serviços filantrópicos, privados ou públicos inadequados (BRASIL, 2009; PAIM et al., 2011).

À vista disso, essa conferência foi a base de orientação para a criação do SUS, instituído legalmente pela Constituição Federal (CF) de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Vale ressaltar que o SUS resultou das lutas políticas, sociais e de redemocratização, além de ampliar a concepção de saúde também estabeleceu, no Art. 196 da CF, o direito à saúde como inerente ao direito de cidadania, que deve atingir toda a população brasileira, para isso o Estado tem o dever de garantir o acesso universal e igualitário, com ações de promoção, recuperação e proteção da saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 2002).

A Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Estabelecendo-se ainda no Art. 1º como uma lei que regula, “em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (BRASIL, 1990a). O Art. 3º traz que:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre

outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990a).

Assim, como um novo modelo de atenção à saúde, voltado para a integralidade da pessoa, das coletividades, do contexto social, econômico e territorial, os princípios basilares do SUS são: a integralidade da atenção à saúde; a universalidade de acesso do sistema público; a descentralização do poder político-administrativo para cada esfera de governo e a participação da comunidade, devendo ser aplicados de acordo com as mudanças sociais, sanitárias e econômicas da sociedade brasileira (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2006).

A lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, trouxe os ajustes e subsídios necessários para que se começasse a implementar esse sistema, dispondo “sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”, além de criar as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990b).

O SUS é formado pelas ações e serviços de saúde sob a gestão pública. Possui uma organização em redes regionalizadas que atua em todo território nacional, cujo foco é proporcionar um atendimento à saúde através da prevenção, promoção, cura e reabilitação segundo as necessidades da população. Reafirmando o compromisso do Estado com o bem-estar social, especialmente em relação à saúde coletiva para consolidá-la como um direito de cidadania (BRASIL, 2011a).

Para garantir sua implantação em todo o território nacional foram instituídas as Normas Operacionais do SUS, cuja função foi de definir as competências e atribuições necessárias de cada esfera do governo, a fim de assumir a implantação do novo sistema de saúde (BRASIL, 2011a).

Foram publicadas em portarias ministeriais diversas Normas Operacionais Básicas (NOB), entre o período de 1991 à 1996, e em 2001 e 2002 foi publicada e revisada, respectivamente, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), sendo todas o resultado de negociações que envolveu o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2011a; ZIONI et al., 2013).

De modo geral, como explica ZIONI et al. (2013), as portarias das NOB foram orientações operativas e administrativas para a implementação desse novo sistema de saúde, indicando assim a forma de financiamento e induzindo o processo de descentralização para estados e municípios. Sendo que o *locus* por excelência da oferta dos serviços de saúde foram os municípios, por estar mais próximo dos cidadãos.

Quanto as NOAS, foram orientações que ampliaram as responsabilidades dos municípios em relação à atenção básica e definiram o processo de regulamentação da assistência, tanto para municípios quanto para os estados, estabelecendo a equidade de acesso do atendimento nos níveis de atenção. Também orientaram o processo de regionalização dos serviços de saúde, sendo para isso, instituído o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como o instrumento ordenador desse processo, dando a responsabilidade de elaboração desse plano para as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal (BRASIL, 2011a; ZIONI et al., 2013).

Diante de todo o processo normativo do SUS, os gestores compreenderam a necessidade de considerar as diferenças locais, culturais, econômicas e de saúde que havia no território nacional, por isso as normas elaboradas deveriam considerar os princípios do SUS, conforme as responsabilidades sanitárias, de cada estado e região do país, integrando as ações de promoção à saúde, da atenção básica, média e alta complexidade, dando a devida importância para a epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental, utilizando de instâncias deliberativas e do controle social para o processo decisório da saúde. (BRASIL, 2011a).

Para isso, foi publicada a Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, denominada Pacto pela Saúde 2006, dividido em três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Por meio do Pacto pela Saúde definiu-se um conjunto de reformas necessárias ao SUS para promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, redefinindo, assim, as responsabilidades de cada setor conforme a realidade local. Para aderir ao Pacto cada ente federado deveria assinar um Termo de Compromisso de Gestão (ZIONI et al., 2013).

Também foi publicado o Decreto nº 7.508, em 28 de junho de 2011, “para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências” (BRASIL, 2011b). Esse decreto trouxe “novos instrumentos de planejamento regional, como o Mapa da Saúde (oferta pública e privada de serviços), os Contratos Organizativos da Ação Pública, as redes de

atenção à saúde e a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES” (IBAÑEZ e ALBUQUERQUE, 2012).

Além disso, o Art. 2º, inciso II, do decreto nº 7.508/2011, reformulou o Colegiado de Gestão Regional (CGR), criado pelo pacto de saúde de 2006, que passou a ser denominado de Comissão de Intergestores Regional – CIR. Sendo assim, o SUS conta com mais uma instância de gestão compartilhada, que junto com a Comissão de Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) realizam a governança e estruturação do SUS e das RAS. Também definiu a região de saúde como sendo:

(...) espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

O conceito de RAS foi incorporado ao SUS na vigência do Pacto pela Saúde 2006 e objetivou aprimorar a organização do atendimento. Sendo assim, segundo MENDES (2011), as RAS são as articulações das organizações dos serviços de saúde de forma poliárquica, cuja missão e objetivos são comuns, através de ações interdependentes para atenção contínua e integral da saúde de determinada população, mediante a coordenação da APS com equidade e de forma humanizada, para que os serviços ocorram no tempo, lugar e custo certo, e com a qualidade adequada.

De acordo com PAIM (2009), apesar de tantos problemas ainda existentes, e do financiamento insuficiente, o SUS têm obtido bons resultados, através das ações e programas desenvolvidos e da produção dos serviços, estando implantado em todos os estados e municípios brasileiros. É ainda um sistema em construção, mas que já é capaz de assegurar acesso à saúde para os cidadãos desse país.

Toda a trajetória de construção do SUS com seus aparatos de normas e ações para sua implementação apontam a grandiosidade e a importância desse sistema, que foi criado para garantir a atenção universal à saúde a todo cidadão desde a atenção primária até os atendimentos mais complexos, tendo em vista que a saúde ultrapassa a condição da doença e abrange toda a construção social que envolve cada indivíduo.

A proposta de mudança no modelo de atenção à saúde teve na atenção básica a principal estratégia, para tanto se faz necessário que ela tenha uma boa cobertura populacional e seja resolutiva. Neste sentido, o Telessaúde consiste em apoio tecnológico que pode vir a melhorar a resolutividade da atenção primária.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO PROPOSTA DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS), termos equivalentes no Brasil, é o primeiro nível de atenção, cujo enfoque é um cuidado individual e coletivo, territorializado, com ações de prevenção e promoção da saúde até as ações do processo de cura e vigilância em saúde, através de uma equipe multiprofissional, sendo o centro de comunicação de todas as RAS que existem no SUS (FAUSTO e MATTA, 2007; BRASIL, 2017).

Com isso, inicialmente na década de 1990, como forma de mudança do modelo assistencial para aderir a APS, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF), dentro do cenário do novo sistema de saúde, com o objetivo de práticas centradas na família, através da promoção e prevenção de doenças, de acordo com os princípios do SUS. Por seu caráter abrangente e suas potencialidades esse programa passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), capaz de incorporar parcelas da população que historicamente estavam excluídas (CORBO et al., 2007).

Dessa forma, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 2017 pela Portaria nº 2.436/2017, incentiva que a ESF seja uma “estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica” (BRASIL, 2017, p. 69), com uma articulação dos saberes técnicos e populares e dos recursos institucionais e comunitários para os enfrentamentos da saúde, atenta a cada pessoa na sua integralidade, ou seja, olhando não apenas a doença, mas o contexto social, cultural, econômico, que afetam a condição de saúde de cada indivíduo (SORATTO et al., 2015).

A ESF tem como características orientadoras: possuir uma população adscrita, com a qual a equipe multidisciplinar poderá fortalecer um vínculo e um cuidado longitudinal dessas famílias, numa relação de responsabilidade e confiança entre os trabalhadores e os usuários atendidos; fará a coordenação do cuidado entre os pontos da RAS, com atenção para as referências e contrarreferências, além de organizar o acesso aos pontos da RAS e programas prioritários, conforme um planejamento nas necessidades da população; também, estimulará a participação da comunidade de forma a ampliar sua autonomia na construção do cuidado da saúde; e será uma unidade de saúde resolutiva, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde de suas demandas, juntamente com as RAS (BRASIL, 2017).

As RAS deveriam ser capazes de atender as demandas dos níveis primário, secundário e terciário, realizando a integralidade da atenção por meio de ações de promoção,

prevenção, cura, cuidado, reabilitação e práticas paliativas, tudo isso sob a coordenação das UBS, mediante serviços seguros e eficientes, atenta a todo o ciclo de atenção e cuidado da saúde, com responsabilidades sanitárias e econômicas, com foco na valorização da população atendida (MENDES, 2011).

A PNAB/2017, enfatiza as UBS como a porta de entrada preferencial do SUS, bem como do papel de articulação com as RAS, buscando garantir o acesso as tecnologias diagnósticas e terapêuticas para o cuidado em saúde.

Outro ponto abordado por essa política, para melhorar a resolutividade da atenção primária, é que as equipes que atuam na UBS tenham maior autonomia em seus processos de trabalho, com isso participem das ações de microrregulações, “tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros” (BRASIL, 2017, p. 70).

MENDES (2012) e SORATTO et al. (2015) reafirmam a importância da APS, especialmente por meio da ESF, em poder ter a capacidade de atender a maior demanda dos cuidados de saúde, pois é nessas unidades que há um atendimento clínico mais amplo, com tecnologias, materiais e não materiais, pois seu processo e formas de produzir saúde influem nas mudanças de comportamentos e estilos de vida, como, por exemplo, o programa de cessação do fumo, orientação sobre os hábitos alimentares e de atividades físicas, entre outros.

Nesse contexto, SORATTO et al. (2015) concluíram em sua pesquisa que a ESF é uma unidade de “inovação tecnológica não material em saúde, do tipo incremental.” (SORATTO et al., 2015, p. 589), ou seja, é um modelo inovador em que o serviço é o produto gerado por um método (processo) organizacional de cuidado à saúde, e o produto imaterial de trabalho é concebido ainda durante a assistência em saúde, e sendo incremental, pois ainda “não rompeu totalmente com as práticas do modelo tradicional de saúde, mas as aperfeiçoou, melhorando as ações assistenciais e os determinantes de morbimortalidade” (SORATTO et al., 2015, p. 590).

Desta maneira, incorporando a visão da ESF como uma unidade tecnológica não material, se agrega aos serviços por ela ofertados todas as tecnologias disponíveis, tanto por meio de novos equipamentos quanto pelos sistemas de informações, que foram criados para otimizar a consolidação e informações da saúde.

Por esse motivo, segundo OLIVI (2014), as inovações tecnológicas têm adentrado todos os campos, inclusive a área da educação em saúde, que atualmente têm aumentado o uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) para que a resolubilidade assistencial seja mais abrangente e satisfaça mais concretamente e agilmente as necessidades de cuidado em saúde. Dentro dessas novas tecnologias está o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, um instrumento inovador para a área da comunicação e saúde, que pode auxiliar na rotina de trabalho dos profissionais e ser uma das fontes de educação permanente em saúde.

O Telessaúde é um programa instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 35, de 4 de janeiro de 2007, que foi revogada pela Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, que redefiniu e ampliou esse programa. É coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e pela Secretaria da Atenção à Saúde (SAS) (BRASIL, 2011c).

É um programa que visa o fortalecimento e a melhoria do atendimento da atenção básica, utilizando a Educação Permanente em Saúde (EPS) e o apoio assistencial através das TIC, para aumentar as ações ofertadas pelas equipes e as suas capacidades clínicas na resolução das necessidades em saúde que ocorrem nas UBS, orientando, assim, os encaminhamentos dentro das RAS (BRASIL, 2011c).

Por isso, a PNAB/2017, realça a importância das UBS utilizarem a ferramenta do Telessaúde durante o processo de referenciamento, juntamente com as decisões clínicas e os processos de regulação de acesso. “A utilização de protocolos de encaminhamento serve como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores” (BRASIL, 2017, p. 70).

É de responsabilidade da gestão municipal organizar as referências ambulatoriais e especializadas de forma que as solicitações sejam advindas da Atenção Básica. Assim, a organização do acesso e a resolutividade das UBS evitarão, tanto para o sistema quanto para o cidadão, consultas, procedimentos e deslocamentos desnecessários, fazendo com que haja uso racional dos recursos, maior eficiência e equidade à gestão da lista de espera (BRASIL, 2017).

2.3 TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO E A SAÚDE

O uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) tem aumentado muito nas últimas décadas, principalmente na área da saúde, pois a comunicação, a

disseminação e a troca de informações se tornaram indispensáveis para as sociedades atuais, já que através dessas tecnologias é possível ter maior aquisição e expansão do conhecimento, facilitando nas tomadas de decisões dos profissionais de saúde e dos gestores (CAMARGO e ITO, 2012; PINTO e ROCHA, 2016).

Na área da saúde as TIC são uma forma de atuação e crescimento, por meio da utilização dos seus variados recursos e produtos, como o auxílio nos processos de trabalho contribuindo na qualidade dos serviços de saúde, nas tomadas de decisões médicas e estratégicas para o cuidado direto ao paciente, na realização de pesquisas na área da educação com o desenvolvimento científico e tecnológico, ou na melhoria das políticas de desenvolvimento econômico do país (LOPES e HEIMANN, 2016; OLIVI, 2014).

Assim, segundo CAMARGO e ITO (2012), as TIC são responsáveis por possibilitar as interações referidas acima, principalmente pela organização em redes. Toda e qualquer forma de organização em rede (mídia social), constitui modalidade das tecnologias da informação e comunicação, sendo que sua importância social e econômica são consequências do efeito que causam nas pessoas e organizações.

A TIC é definida como um conjunto de recursos tecnológicos e computacionais que fazem a geração, guarda e utilização de informações, que tem como componentes software e seus recursos, hardware com seus dispositivos e periféricos, sistemas de telecomunicações, gestão de dados e informações (REZENDE e ABREU, 2000).

De acordo com CAMARGO e ITO (2012), sob essa definição, as principais áreas de atuação da informática em saúde são: sistemas de informação; redes sociais voltadas à medicina; informatização do prontuário do paciente - PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente); Telemedicina e Telessaúde; sistemas de apoio às decisões na área da saúde; sistemas de processamento de sinais biológicos e imagens médicas, entre outros.

Dentro das TIC encontradas, há os serviços de Telemedicina, Telessaúde ou Telemática, que objetivam a manutenção dos cuidados da saúde por meio das tecnologias da informação e comunicação, que proporciona tanto a obtenção de maior conhecimento para prestação de serviços como diagnósticos, prevenção e tratamento de doenças, quanto o desenvolvimento e contínua educação dos trabalhadores desses serviços, além de auxiliar na aplicabilidade do processo de gestão da saúde (CAMARGO e ITO, 2012).

Por meio desses instrumentos, as TIC na saúde podem ser oferecidas pelos serviços em determinadas especialidades, por exemplo, telerradiologia, telepatologia, teledermatologia, teleoftalmologia, telecirurgia, teleconsultoria, telediagnóstico, teleducação, entre outros. Através de todos esses serviços disponibilizados à distância por meio de

plataformas, webaulas, webconferências, online ou off-line, aumentam a facilidade de acesso entre os usuários e os especialistas, reduzindo o percurso entre médico e paciente, o tempo de espera para os encaminhamentos, maior efetividade nos processos, menores gastos e deslocamentos desnecessários, além de diagnósticos mais precisos e cuidados personalizados (CAMARGO e ITO, 2012; LOPES e HEIMANN, 2016).

Atualmente, no Brasil, o uso das TIC tem sido incentivado e crescido consideravelmente, tendo como exemplo a criação, pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, de uma Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), com o objetivo de conectar os hospitais universitários, incluindo todas as especialidades em uma única rede de informação de saúde. Também está sendo muito disseminado o Telessaúde, expressão que se refere a todas as atividades de saúde executadas à distância, que surgiu no país no fim da década de 1980 nas universidades públicas e centros de pesquisa, com o intuito de ampliar o acesso ao cuidado em saúde com qualidade (LOPES e HEIMANN, 2016).

Segundo OLIVI (2014), a adoção de tecnologias no SUS pode contribuir para diminuir o tempo de hospitalização, reduzir os índices de mortalidade e ofertar maior acesso a capacitação para os profissionais da saúde. Além disso, pode melhorar a qualidade assistencial do sistema público e diminuir a defasagem que existe na assistência entre os setores público e privado.

Desta forma, se torna muito importante um conhecimento maior sobre esses recursos, sendo destacado neste estudo o Telessaúde por meio das teleconsultorias que serão compreendidos com mais clareza no decorrer deste trabalho.

2.4 PROGRAMA NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL REDES

O Telessaúde é um instrumento tecnológico de apoio a assistência à saúde, com reflexos importantes no processo de educação permanente. Possui potencial de atingir uma gama de trabalhadores simultaneamente, sem a necessidade de deslocamento do seu local de trabalho. Segundo OLIVI (2014, p. 58), os profissionais são envolvidos em uma aprendizagem significativa que: “favorece a formação, supervisão e tutoria, a partir de acompanhamento de dificuldades trazidas por profissionais da assistência; muda o processo de trabalho; e melhora a qualidade da assistência ao usuário do SUS”.

Os termos “Telessaúde e Telemedicina” muitas vezes são utilizados como sinônimos, sendo quase a mesma definição. Mas quando se fala em Telessaúde, se refere a uma abrangência maior do uso das TIC, não apenas com foco no paciente como ocorre na Telemedicina, mas utilizando-se de modernas TIC para cuidados de saúde à distância, seja

para apoio diagnóstico, terapêutico, de prevenção, promoção e assistência, de educação permanente, dúvidas sobre a prestação dos serviços na área da saúde, dentre outros (BRASIL, 2012; PADILHA et al., 2013; WEN, 2008).

Mais que um recurso tecnológico de atividades à distância, o Telessaúde está associado a planos estratégicos, de logística e distribuição de serviços, que se utiliza das tecnologias da informação e comunicação capazes de modificar o processo de trabalho, tanto no telediagnóstico e teleconsultorias, quanto nas ações de planejamento, monitoramento, avaliação e intervenção nos serviços de APS (BRASIL, 2012; WEN, 2008). Por isso:

O Telessaúde é uma ferramenta de articulação entre a Atenção Básica e Atenção Especializada, pois estimula uma nova forma de comunicação entre esses pontos de atenção. A ampliação do diálogo entre esses pontos de atenção é essencial, entre outras razões, para ampliar o cuidado clínico e a resolutividade da Atenção Básica, evitar a exposição dos usuários a consultas e/ou procedimentos desnecessários (prevenção quaternária), além de aperfeiçoar o uso dos recursos em saúde, evitando deslocamentos desnecessários e qualificando o acesso à atenção especializada (BRASIL, 2015a, p. 3).

Logo, o Telessaúde poderá se tornar um elo fortalecedor das RAS, através de seus mecanismos de comunicação, informação e serviços, desde que sejam efetivos e dirigidos a resolver os problemas de integração do SUS (BRASIL, 2012).

Como a APS possui uma heterogeneidade de atenção à saúde prestada pelas equipes da ESF, uma das formas de melhorar a qualificação desses serviços está em colocar em prática a EPS, por isso, desde 2007, o programa Telessaúde começou nos estados do Amazonas, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo o desenvolvimento e avaliação de diversas estratégias de qualificação da ESF, sendo implantado nos anos posteriores em outros estados (BRASIL, 2012).

A Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, publicada pelo Ministério da Saúde, é a legislação mais recente que trouxe uma redefinição e ampliação para o Programa Telessaúde Brasil Redes, cujo objetivo é “apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde ordenadas pela Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011c, § único). Também nessa mesma portaria, há a relação dos serviços que o Telessaúde deve oferecer: teleconsultoria; telediagnóstico; segunda opinião formativa e teleeducação.

A teleconsultoria consiste em consulta entre trabalhadores, profissionais e gestores da área da saúde com o objetivo de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho. Divide-se em síncrona (ocorre em

tempo real) e assíncrona (por mensagens off-line), que deverá ser respondida no prazo de até 72 horas após solicitação. A segunda opinião formativa é fruto das perguntas provenientes da teleconsultoria, que passaram por um crivo de relevância e pertinência no que diz respeito às diretrizes do SUS (BRASIL, 2011c).

O telediagnóstico é um serviço autônomo que realiza apoio diagnóstico à distância, e a teleducação compreende aulas, conferências e cursos, ambos realizados pela tecnologia da informação e comunicação do telessaúde (BRASIL, 2011c).

O Telessaúde é composto por gestores da saúde, instituições formadoras de profissionais de saúde e serviços de saúde do SUS, tendo como ambiente de trabalho um Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico (responsáveis por atender as demandas solicitadas pelos profissionais, realizar planejamento, monitoramento, avaliação e execução das ações) e um Ponto de Telessaúde (de onde os profissionais do SUS podem demandar as teleconsultorias e telediagnósticos) (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2012).

Os profissionais do Telessaúde precisam ter as competências e habilidades para, além de atender a demandas específicas que chegam até eles, também ampliar a capacidade e autonomia dos trabalhadores solicitantes frente a casos semelhantes, espera-se que com isso, haja uma redução de encaminhamentos desnecessários para outros níveis de atenção (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2012).

2.4.1 Núcleo Telessaúde (NT)

A Nota Técnica nº 50/2015 – DEGES/SGTES/MS (BRASIL, 2015a) define que um NT, após se estruturar numa “Plataforma de Telessaúde aprovada pelo Ministério da Saúde e integrada ao Sistema de Monitoramento e Avaliação de Resultados do Programa Telessaúde Brasil Redes (SMART)”, deverá possuir uma equipe mínima com as seguintes funções:

- Telerregulador: profissional de nível superior com requisitos e habilidades generalistas e amplo conhecimento e experiência sobre a ABS. É responsável por coordenar as teleconsultorias solicitadas, distribuindo-as aos teleconsultores, conforme a área de atuação. Além de realizar auditoria interna das teleconsultorias, de forma a garantir a qualidade de todo o processo e das respostas.
- Teleconsultor: profissional de nível superior de atuação generalista na área da saúde e com experiência na ABS. É necessário que tenha pelo menos como teleconsultores: médico, enfermeiro e odontólogo. O teleconsultor deve responder as teleconsultorias síncronas e

assíncronas, dando apoio assistencial e/ou educacional de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Além de tudo, o teleconsultor é responsável por selecionar as teleconsultorias que podem se tornar Segunda Opinião Formativa (SOF); seguir orientações do telerregulador; auxiliar outros teleconsultores quando necessário; produzir e/ou participar da produção de protocolos e materiais de aprendizagem sobre a ABS; participar das reuniões e oficinas conforme normas internas; e participar da produção e revisão das normas operacionais e protocolos de trabalho relacionados a sua função.

- Coordenador de Campo: profissional de nível superior com experiência na ABS. É o articulador entre o NT e os gestores municipais para organizar e realizar as visitas técnicas e capacitações nos municípios; realizar atividades de monitoramento e avaliação dos serviços telessaúde (registro, análise, relatório); e é o coordenador e auxiliador dos monitores de campo.
- Monitor de Campo: profissional de nível superior com experiência em ABS. É responsável por acompanhar todos os serviços de saúde com pontos Telessaúde sob sua responsabilidade; auxiliar os solicitantes nas dificuldades sobre as ações do Telessaúde; coletar e registrar dados de monitoramento; auxiliar no cronograma do teleducção; realizar capacitações e oficinas sobre a utilização do Telessaúde; participar das reuniões na ABS para ofertar o Telessaúde como apoiador sobre as questões clínicas e do processo de trabalho; e acompanhar o coordenador de campo nas visitas técnicas para fazer os registros necessários.

Dentre os fatores físicos, estruturais, tecnológicos e de toda a rede de atenção que envolve o Telessaúde, destaca-se a importância da equipe de trabalho que um NT deve ter, pois, esta equipe é um fator fundamental e determinante da qualidade das ações que serão ofertadas.

Segundo o Manual de Telessaúde para APS (BRASIL, 2012), a orientação é que a equipe seja composta por pessoas que tenham amplo conhecimento e experiência de trabalho no SUS, pois para executar o apoio assistencial, os teleconsultores e reguladores, precisam já ter tido a experiência com a APS, preferencialmente na ESF, e além de ter um domínio satisfatório para a língua inglesa, já que as teleconsultorias são baseadas nas pesquisas científicas.

Como a principal exigência para integrar uma equipe do NT é o conhecimento e experiência da APS, a seleção ocorre por indicação de algum profissional que tenha essas competências e habilidades. Desta forma, para fazer parte da equipe, que é o principal fator desta estratégia, o Manual Telessaúde para APS sugere que seja realizado um processo

seletivo com as seguintes etapas: “avaliação do currículo, avaliação em grupo, avaliação de conhecimentos em saúde, aplicação de testes psicológicos, avaliação individual, avaliação em serviço e entrevista final” (BRASIL, 2012, p. 26).

É importante todos esses passos devido a necessidade assistencial para as equipes de APS e, também, as habilidades que os profissionais da equipe do Telessaúde precisarão ter, já que acessarão constantemente as fontes de informação em saúde (DATASUS, Biblioteca Virtual em Saúde, os Periódicos CAPES, etc.) para fornecer teleconsultorias, telediagnósticos e teleducação com qualidade e baseada em dados científicos (BRASIL, 2012).

Dentre as competências do NT encontram-se: a oferta de teleconsultoria, telediagnóstico e segunda opinião formativa; fazer parte da equipe de teleconsultores e corpo clínico de especialistas de referência; apoiar a formação de teleconsultores; alimentar o sistema nacional de informações de Telessaúde Brasil Redes; garantir a adequação aos padrões de interoperabilidade; apoiar o desenvolvimento de protocolos que levem em consideração a necessidade de encaminhamento ou de solicitação a central de regulação médica das urgências; monitorar e avaliar, e desenvolver ações de teleducação (BRASIL 2011c).

2.4.2 Teleconsultoria

As teleconsultorias têm o objetivo de auxiliar, com caráter educacional e adaptado às realidades locais, a maior resolutividade assistencial dos atendimentos que ocorrem na APS, principalmente nas ESF, sendo que devem ser baseadas em fontes científicas e nos princípios do SUS e da APS.

Dado a importância dessa ferramenta para o sistema de saúde, o estudo realizado por SCHMITZ e HARZHEIM (2017) levantou informações sobre a utilização das teleconsultorias realizadas no Programa Telessaúde Brasil Redes, no período de outubro de 2013 à setembro de 2015, com base nos núcleos que estão cadastrados na Plataforma Nacional de Telessaúde – SMART.

Segundo esse estudo, o telessaúde atendia na época 1.917 municípios em 14 estados, distribuídos nas 5 regiões do país. Sendo realizado no período da pesquisa 29.575 teleconsultorias (98% assíncronas), por meio de 18 NT, para 43.421 usuários em 9.801 unidades de saúde cadastradas (SCHMITZ e HARZHEIM 2017).

Assim, conforme SCHMITZ e HARZHEIM (2017), as teleconsultorias assíncronas tem maior demanda e, geralmente, os temas estão ligados a problemas comuns de saúde, relações entre os indivíduos, famílias e comunidades, e sobre os processos de trabalho das equipes de saúde.

Quanto as teleconsultorias síncronas, as solicitações envolvem casos clínicos de pacientes, ou situações mais complexas de saúde que necessitam de interdisciplinaridade e atendimento em tempo real, através de um prévio agendamento, sendo realizado por uma webconferência (BRASIL, 2012).

As teleconsultorias são capazes de resolver a curto prazo as demandas solicitadas através das respostas diretas, e a médio-longo prazo, ajudam a resolver problemas relacionados ao sistema de saúde, por meio das informações formativas e complementares que aumentam a resolubilidade dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2012).

A solicitação de uma teleconsultoria é sempre iniciativa de um profissional solicitante, conforme as suas necessidades cotidianas. Para que seja realizada uma boa solicitação e com isso se obtenha uma boa resposta, há uma orientação prévia sobre como montar a solicitação, ler a resposta e avaliá-la. Desta forma, assuntos que sejam escritos de forma muito ampla (pouco foco) receberão resposta superficiais, já as solicitações com foco bem definidos receberão respostas bem detalhadas (BRASIL, 2012).

As respostas são descritas de forma dialógica, à fim de gerar um vínculo de confiança e reciprocidade entre o profissional e o teleconsultor. O início da resposta tem uma abordagem direta à solicitação, posteriormente segue recomendações e/ou complementações sobre a dúvida. Ao fim, é estimulado ao profissional solicitante a busca por mais informações, sendo disponibilizado referências bibliográficas, e formas de consulta em sítios eletrônicos confiáveis (BRASIL, 2012).

Por isso, a teleconsultoria solicitada por um profissional de saúde ocorre por intermediação de um profissional regulador, obedecendo aos prazos definidos pela legislação vigente. O solicitante não tem a preocupação em escolher o teleconsultor que dará a resposta, pois esta incumbência é do regulador do NT, profissional com competências e conhecimentos para destinar cada caso ao teleconsultor mais capacitado para a dúvida demandada (BRASIL, 2012).

Ao término da teleconsultoria o profissional solicitante avalia o serviço e a adequação da resposta. Também é levantado se o atendimento feito pelo teleconsultor evitou encaminhamento do paciente. A partir dessa avaliação o NT faz retroalimentação e, se necessário, reorientação das ações. O teleconsultor também avalia o processo, apontando formas de aprimorar o protocolo de resposta e/ou fluxo de trabalho (BRASIL, 2012).

Dado que a teleconsultoria se apresenta como uma importante ferramenta assistencial e de educação permanente, as respostas das solicitações assíncronas mais pertinentes e replicáveis nos contextos regionais e nacionais, após aprovadas por um processo

de seleção, podem se transformar em SOF, com publicação na Biblioteca Virtual em Saúde (BRASIL, 2012).

2.4.3 Núcleo Telessaúde de Mato Grosso

O Programa Telessaúde Brasil Redes começou a ser implantado no estado de Mato Grosso (MT) em 2011, após a assinatura de um acordo entre a SGTES/MS e Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT) para financiá-lo. No entanto, por dificuldades operacionais da SES-MT houve atraso na execução do projeto, sendo que apenas em 2013 iniciou, de fato, a consolidação de um NT-MT, juntamente com o apoio da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e do NT da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (VILLA et al., 2016).

Segundo VILLA et al. (2016), entre 2013 e 2015, o Telessaúde se efetivou em MT, através de um trabalho contínuo da equipe do NT, sobre a divulgação dos serviços oferecidos por essa ferramenta para os gestores e profissionais em todos os municípios do estado, registrando também muitos profissionais da APS na Plataforma de Teleconsultoria do Ministério da Saúde.

Ainda em 2015, foi assinado um novo Termo de Cooperação Técnica entre a SES, a UFMT e o EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), que era a coordenadora do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), aonde o NT-MT instalou sua sede e passou a realizar as atividades de teleconsultoria, telediagnóstico, teleducação e SOF (VILLA et al., 2016).

O NT-MT foi instalado no HUJM junto ao espaço da RUTE, de forma a otimizar o espaço e os equipamentos já existentes, passando a ser chamada de Unidade e-Saúde, vinculada à Gerência de Ensino e Pesquisa do hospital (VILLA et al., 2016).

A equipe é formada por profissionais do HUJM e da SES-MT, além do auxílio de estagiários de TIC. Porém, como não há um orçamento específico para contratar os teleconsultores, o NT-MT negociou junto ao HUJM e a SES-MT, para que os teleconsultores selecionados dedicassem parte de sua carga horária de trabalho para responder as teleconsultorias e participar das atividades de teleducação (VILLA et al., 2016).

Dessa forma, o NT-MT atende por meio dos seus serviços os 141 municípios de MT, contribuindo assim para melhoria e qualidade dos serviços da ABS. Como a teleconsultoria é uma solicitação provinda das dúvidas dos profissionais de saúde, é possível compreender as principais necessidades de educação em saúde tanto dos trabalhadores como

da população. Para essa compreensão o Telessaúde-MT utiliza a Classificação Internacional de Atenção Primária à Saúde (CIAP), classificando os temas das solicitações advindas das teleconsultorias.

2.5 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (CIAP)

O sistema de saúde mundial utiliza a Classificação Internacional de Doenças (CID) para classificar os diagnósticos das morbidades, porém com esse sistema não é possível identificar claramente os sintomas e as condições que envolvem o processo de aparecimento das doenças (WONCA, 2009).

Por isso, na Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, realizada em 1978 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foi reconhecido que para construir um sistema adequado de cuidados primários, é necessário a implementação de sistemas que sejam capazes de compreender e avaliar as prioridades em saúde, para que os profissionais tenham acesso às informações certas (WONCA, 2009; LANDSBERG et al., 2012).

Em razão disso, um grupo de trabalho da OMS foi formado, ainda em 1978, para desenvolver a Classificação Internacional de Motivos da Consulta em Atenção Primária, chamada simplesmente de Classificação de Motivos da Consulta (CMC), à qual foi a base para a posterior elaboração da CIAP ou ICPC, do termo em inglês International Classification of Primary Care, que é o sistema utilizado atualmente (WONCA, 2009).

A CIAP, teve sua primeira edição publicada em 1987 e a segunda, CIAP-2, em 1988, ambas pela WONCA (The World Organization of Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família. Essa ferramenta permite classificar o processo de atenção do cuidado à saúde, identificando desde o primeiro até o último motivo da consulta que levou o indivíduo a uma unidade de saúde (WONCA, 2009; LANDSBERG et al., 2012; SAMPAIO et al., 2012).

Segundo a WONCA (2009) e LANDSBERG et al. (2012), o Motivo da Consulta (MC) se refere à razão pela qual uma pessoa vai em busca do sistema de cuidados de saúde, podendo se tratar de sintomas, doenças, pedidos de exames ou tratamentos, ou conhecer os resultados diagnósticos, etc. Geralmente têm problemas subjacentes que, ao fim da consulta, o profissional terá identificado e que muitas vezes podem não corresponder as razões iniciais da consulta. Todos os motivos devem estar claros entre o profissional e a pessoa atendida, e ser

classificado conforme tiver sido por ela expresso, pois o MC encontra-se orientado para o paciente e não para a doença ou para o profissional de saúde.

Desse modo, através da CIAP o profissional consegue classificar três elementos importantes de uma consulta: os motivos que levaram à marcação da consulta (MC); o diagnóstico ou problema percebido pelo profissional de saúde; e a intervenção ou procedimento necessário (WONCA, 2009; LANDSBERG et al., 2012).

Esse conjunto de ações evidencia o conceito de episódio de cuidados, que se refere a todo tipo de atenção prestada ao indivíduo em relação à saúde. “Quando esses episódios são introduzidos no processo informatizado com base na CIAP, é possível avaliar a necessidade de cuidados de saúde, a abrangência, o grau de integração, de acessibilidade e responsabilidade” (WONCA, 2009, p. 32).

A CIAP é estruturada com base em sistemas anatômicos, partindo do princípio de que a localização (ou a pessoa) tem primazia sobre a etiologia, sendo que os problemas incluídos devem ter a prevalência de pelo menos 1 para cada 1000 pacientes/ano. A classificação é apresentada por um código alfa que identifica a composição de 17 capítulos e dois dígitos numéricos, que identifica a subdivisão de todos os capítulos em 7 componentes (WONCA, 2009; LANDSBERG et al., 2012).

De acordo com SAMPAIO et al. (2012), o código alfa representa o sistema corporal aonde está a queixa, porém quando não há queixa propriamente corporal, se atribui o Capítulo Geral ou Inespecífico ou de Problemas Sociais. Já o código numérico de dois dígitos, representa sinal e sintoma (no caso da numeração entre 0 e 29), procedimento (entre 30 e 59) ou diagnóstico (entre 60 e 99).

Conforme a CIAP (WONCA, 2009), os capítulos tratam dos seguintes temas e componentes, respectivamente: A – Geral e não-específico; B – Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos (baço, medula óssea); D – Aparelho digestivo; F – Olhos; H – Ouvidos; K – Aparelho circulatório; L – Sistema musculoesquelético; N – Sistema nervoso; P – Psicológico; R – Aparelho respiratório; S – Pele; T – Endócrino, metabólico e nutricional; U – Aparelho urinário; W – Gravidez e planejamento familiar; X – Aparelho genital feminino (incluindo mama); Y – Aparelho genital masculino; Z – Problemas sociais.

Há também os componentes iguais para todos os capítulos que são: 1 – Componente de queixas e sintomas; 2 – Componente de procedimentos diagnósticos e preventivos; 3 – Componente de medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos; 4 – Componente de resultados de exames; 5 – Componente administrativo; 6 – Componente de acompanhamento e outros motivos de consulta; 7 – Componente de diagnósticos e doenças,

incluindo: doenças infecciosas, neoplasias, lesões, anomalias congênitas, outras doenças específicas.

Observa-se por meio dessa classificação que a CIAP pode ser utilizada concomitantemente com a CID-10. No entanto, a CIAP é voltada para os aspectos da medicina da família e comunidade, pois possui conteúdos típicos da APS, podendo-se obter dados coerentes sobre uma população inteira e não apenas sobre indivíduos (WONCA, 2009; LANDSBERG et al., 2012).

Pela sua importância, já foi traduzida para diversos idiomas, dentre eles o português. Sendo que, no Brasil, a licença de sua utilização foi adquirida em 2006, com algumas alterações conforme as características brasileiras (WONCA, 2009).

Dentre os componentes da CIAP está o Componente 2: de procedimentos diagnósticos e preventivos, que contém rubricas enumeradas de 30 a 49, que tem uma diversidade vasta de cuidados de saúde, como imunizações, rastreios, avaliação de riscos, educação para a saúde e aconselhamento, além de geralmente indicar as solicitações dos pacientes sobre algum procedimento específico, por exemplo: “Estou aqui para fazer um exame de sangue” (rubrica -34 Análise de sangue). Nesse caso, o profissional de saúde precisará instigar o paciente a falar sobre a razão que o leva a fazer esse pedido para que assim possa escolher o capítulo com o código alfa correto (WONCA, 2009).

É nesse componente 2 que está o objeto de estudo deste trabalho, sobre as teleconsultorias realizadas pelo Telessaúde-MT que constam na rubrica -45 Educação em saúde/aconselhamento/dieta da CIAP. Como é um componente de variados cuidados de saúde, não tem uma classificação específica dos códigos alfa dos capítulos, porém, à partir desse estudo será possível, conforme o objetivo, analisar as teleconsultorias solicitadas, para identificar os problemas de saúde em que os profissionais da ABS tiveram mais dúvidas.

Assim, por meio do presente trabalho, será possível compreender a importância do Telessaúde para as UBS, reconhecendo a capacidade desse programa em viabilizar a qualidade da atenção em saúde e aumentar a resolutividade para a consolidação das RAS.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as teleconsultorias sobre o tema educação em saúde/aconselhamento/dieta, segundo a CIAP, demandadas ao Telessaúde – MT, no ano de 2017.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar o perfil do solicitante segundo os dados de sexo, idade, profissão e região de saúde;
- Classificar por categorias e subcategorias temáticas as principais dúvidas dos solicitantes;
- Levantar o grau de satisfação do solicitante em relação a teleconsultoria.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, descritivo, retrospectivo, de análise documental, que buscou identificar por meio das perguntas das teleconsultorias do Telessaúde-MT, incluídas na CIAP com a denominação “educação em saúde/aconselhamento/dieta”, quais as temáticas mais frequentes que foram abordadas nesse tema no ano de 2017.

O método qualitativo é utilizado para o estudo da história, das relações, da compreensão das crenças, das percepções e das opiniões, pelo qual as investigações de grupos ou de segmentos focalizados são facilitadas para que haja análise de discursos e de documentos. Esse método propicia a elaboração de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias de investigação. Por isso, é utilizado para construção de novas hipóteses, indicadores qualitativos, variáveis ou tipologias (MINAYO, 2010).

Para isso, MINAYO (2010, p. 62) também fala da objetivação na pesquisa qualitativa, “isto é, o processo de investigação que reconhece a complexidade do objeto das ciências sociais, teoriza, revê criticamente o conhecimento acumulado sobre o tema em pauta, estabelece conceitos e categorias, usa técnicas adequadas e realiza análises ao mesmo tempo específicas e contextualizadas”. Desta forma, o pesquisador deve se colocar numa posição em que não seja totalmente neutro, mas também não exceda na incursão de juízos de valor na pesquisa. Por essa razão, os métodos e técnicas utilizados para a pesquisa devem contribuir para que se tenha uma visão crítica de seu trabalho e ajudem a fazer elaborações mais objetivadas.

SÁ-SILVA et al. (2009) enfatizam a importância de um estudo por meio de documentos, pois possibilita ampliar a compreensão histórica, sociocultural e temporal de certos objetos de pesquisa, como grupos, indivíduos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, práticas, entre outros. Logo a pesquisa documental é utilizada, através de métodos e técnicas, para apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos.

Quando um pesquisador utiliza documentos objetivando extrair dele informações, ele o faz investigando, examinando, usando técnicas apropriadas para seu manuseio e análise; segue etapas e procedimentos; organiza informações a serem categorizadas e posteriormente analisadas; por fim, elabora sínteses, ou seja, na realidade, as ações dos investigadores – cujos objetos são documentos

– estão impregnadas de aspectos metodológicos, técnicos e analíticos (SÁ-SILVA et al., 2009, p. 4).

Segundo APPOLINÁRIO (2009) apud SÁ-SILVA et al. (2009, p. 8), os documentos são “qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade, que possa servir para consulta, estudo ou prova. Incluem-se nesse universo os impressos, os manuscritos, os registros audiovisuais e sonoros, as imagens, entre outros”.

É primordial que durante todas as etapas da análise documental o pesquisador avalie o contexto histórico, social, cultural, econômico e político que propiciou a produção de um determinado documento. Esse entendimento ajudará na compreensão dos esquemas conceituais dos autores, seus argumentos, refutações, reações e, ainda, identificar pessoas, grupos sociais, locais, fatos ao qual se faz alusão, entre outros, assim, o pesquisador evitará interpretações pessoais e/ou equivocadas (SÁ-SILVA et al., 2009).

Portanto, por meio desse estudo será possível ampliar os conhecimentos sobre as teleconsultorias e compreender a importância sobre um dos seus temas, entendendo assim, quais são as necessidades de saúde que surgem no cotiando das práticas das UBS.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no estado de Mato Grosso, localizado na região centro-oeste, a terceira maior do país, formado por 141 municípios, dezesseis regiões de saúde, com uma população estimada de 3.441.998 habitantes (IBGE, 2019; MT, 2019). No entanto, os dados foram disponibilizados pelo Núcleo Telessaúde de MT.

O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes possui uma unidade sede de atuação, Núcleo Técnico Científico de Telessaúde, no estado de Mato Grosso localizado no bairro Alvorada da capital Cuiabá, especificamente no Hospital Universitário Júlio Müller, sob a Gerência de Ensino e Pesquisa – Unidade e-Saúde do hospital, com uma Cooperação Técnica, Científica e Didática entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MT) e a Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Além da sede, possui ainda o NT – Unidade de Campo localizado na cidade de Sorriso – MT (TELESSAÚDE-MT, 2018).

Esta unidade é responsável pelo planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações desse programa, principalmente sobre os serviços de teleconsultoria, teleeducação, telediagnóstico e Segunda Opinião Formativa (TELESSAÚDE-MT, 2018).

Segundo as informações contidas no próprio site do Telessaúde-MT, que pode ser acessado pelo Link: <<http://www.telessaude.mt.gov.br/Secao/QuemSomos#nucleo-de-telessaude>>, o NT-MT possui como:

Missão: "Garantir apoio às práticas de saúde, oferecendo Teleconsultoria, Tele Educação, Telediagnóstico e Segunda Opinião Formativa por meio das tecnologias de informação e comunicação para qualificar o cuidado e aumentar a resolutividade da atenção à saúde”.

Visão: "Ser uma rede de excelência em Telessaúde”.

Valores: Acolhimento: Acolher as necessidades de Educação Permanente em Saúde; Ética: Respeitar a vida como bem maior do ser humano; Responsividade: Dar respostas rápidas, adequadas e oportunas; Inovação: Desenvolver práticas inovadoras e pesquisa em Telessaúde; Cooperação: Contribuir para ampliação do conhecimento; Credibilidade: Pautar-se nas melhores evidências científicas atuais. (TELESSAÚDE-MT, 2018).

O NT-MT recebe recursos financeiros por meio de um convênio assinado entre o Ministério da Saúde e a SES-MT, que é operacionalizado por um contrato celebrado entre a SES, a Fundação Uniselva, com execução pelo HUJM (SES/MT, 2018).

A equipe de trabalho desse núcleo é formada por profissionais do HUJM, da SES-MT e por profissionais contratados pela Uniselva que desenvolvem os serviços oferecidos pelo Telessaúde (SES/MT, 2018).

4.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados foi efetuada por meio de uma solicitação para a equipe do NT-MT, solicitando todas as teleconsultorias relacionadas a classificação do tema educação em saúde/aconselhamento/dieta, que foram realizadas no ano de 2017. Para isso solicitamos todas as perguntas e respostas realizadas nesse período; os dados dos solicitantes sobre idade, sexo, profissão e município/região; e os dados sobre o grau de satisfação dos solicitantes em relação as respostas recebidas.

Para acessar os dados do Telessaúde-MT há um Protocolo de Solicitação de Dados (Anexos 1, 2 e 3) que foi enviado com antecedência, cujos documentos exigidos foram:

- Ofício contendo a manifestação de interesse e a finalidade em usar os dados do Telessaúde-MT;
- Currículo Lattes atualizado do pesquisador responsável;
- Pré-projeto ou projeto da pesquisa;
- Cópia dos documentos pessoais (RG e CPF) do pesquisador responsável;

- Comprovante que o solicitante é aluno vinculado à instituição declarada no Termo de Responsabilidade (PLANILHA);
- Termo de Responsabilidade preenchido e assinado.

Além disso, os pesquisadores devem se comprometer a:

- Apresentar os resultados à equipe no Núcleo Telessaúde-MT;
- Envio de cópia impressa e em meio digital do trabalho final;
- Informar e encaminhar cópia de possíveis publicações.

Já para analisar os resultados, foi escolhida a técnica de análise de conteúdo, pois de acordo com SILVA e FOSSÁ (2015), é uma forma de analisar as comunicações que são captadas pelo pesquisador durante as entrevistas ou conforme sua própria observação, sendo que o material analisado é classificado em categorias ou temas, facilitando a compreensão dos discursos.

Segundo BARDIN (2011), a análise de conteúdo possui três fases: pré-análise (fase de organização), exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). Na primeira, realiza-se a “leitura flutuante”, que consiste em um primeiro contato com os materiais a serem analisados, após, parte-se para a análise dos dados que devem seguir critérios como pertinência (adequação do material com o objetivo do estudo); exaustividade (exploração total dos dados, sem omissão de nada); representatividade (a amostra deve ser representativa); homogeneidade (diz respeito ao conteúdo e forma de coleta); bem como exclusividade (um elemento só pode pertencer a uma categoria de análise).

Para elaboração das temáticas, o pesquisador encontrará nos documentos diversos elementos que podem identificar as categorias, como por exemplo, palavras que aparecem frequentemente no texto, um tópico ou uma expressão muito solicitada. O método de codificação pode ser por diagramas, anotações no próprio texto ou esquemas elaborados, isso vai depender da natureza do problema, do arcabouço teórico e das questões específicas da pesquisa (SÁ-SILVA et al., 2009).

Não existem normas fixas nem procedimentos padronizados para a criação de categorias, mas acredita-se que um quadro teórico consistente pode auxiliar uma seleção inicial mais segura e relevante. [...] Em primeiro lugar [...] faça o exame do material procurando encontrar os aspectos relevantes. Verifique se certos temas, observações e comentários aparecem e reaparecem em contextos variados, vindos de diferentes fontes e diferentes situações. Esses aspectos que aparecem com certa regularidade são a base para o primeiro agrupamento da informação em categorias. Os dados que não puderem ser agregados devem ser classificados em um grupo à parte para serem posteriormente examinados (LUDKE e ANDRÉ, 1986, p. 43 apud SÁ-SILVA et al., 2009, p. 12).

SÁ-SILVA et al. (2009) ainda reforçam que durante a construção das categorias deve-se atentar sempre para a homogeneidade dos conceitos que devem estar sempre coerentemente integrados e as categorias devem ser mutuamente exclusivas, de modo que as diferenças entre elas sejam claras. Após a categorização inicial, o pesquisador volta a examinar o material para identificar possíveis relações existentes entre os itens, combinando, separando ou reorganizando quando for necessário, até que a ampliação e o aprofundamento das temáticas estejam repetindo-se ou tenham esgotado, será um sinal para a conclusão do estudo.

Assim, o processo de análise de dados correspondeu a todas as etapas acima citadas, sendo realizada da seguinte maneira:

- 1º) leitura flutuante de todas as teleconsultorias (perguntas e respostas);
- 2º) leitura classificando as perguntas solicitadas de acordo com as temáticas mais parecidas;
- 3º) elaboração das regras de classificação: definimos que as categorias principais seriam segundo os temas da CIAP. Assim, foram criadas as categorias sobre Dieta, Educação em Saúde e Aconselhamento. Para as subcategorias, determinamos que a classificação seria de acordo com o objeto da dúvida solicitado sobre alguma necessidade em saúde;
- 4º) leitura elaborando as principais categorias;
- 5º) leitura elaborando as subcategorias de cada categoria principal;
- 6º) quando coincidiu a classificação de alguma orientação nutricional para hipertensos, diabéticos e obesos, em relação a uma situação que envolvia o tema materno-infantil, optamos por classificar para a subcategoria materno-infantil;
- 7º) revisão e reorganização das subcategorias para corrigir possíveis erros de classificação;
- 8º) elaboração dos gráficos e tabelas contendo as seguintes variáveis que foram analisadas: o perfil dos profissionais (profissão, sexo, idade); regiões de saúde que mais fizeram solicitações; categorização das teleconsultorias (categorias, subcategorias e suas respectivas quantidades); grau de satisfação dos solicitantes sobre o serviço da teleconsultoria e grau de satisfação sobre as respostas recebidas;
- 9º) apresentação dos resultados por meio de tabelas e gráficos, sendo realizada ao mesmo tempo a descrição temática dos conteúdos e discussão dos mesmos com auxílio da literatura.

A partir da leitura e releituras das teleconsultorias, pode-se criar 15 subcategorias para melhor compreensão de quais foram as solicitações mais frequentes advindas dos profissionais de saúde. E foi criada mais uma categoria denominada de outras, em que foi

incluída uma solicitação em branco e outra solicitação feita por um profissional apenas para um teste, por isso foi excluída da análise descritiva.

As subcategorias foram criadas conforme os aspectos principais solicitados, ou seja, como se fazer um cuidado em saúde adequado para os pacientes segundo suas necessidades (hipertensão, diabetes, materno-infantil, saúde bucal, entre outras).

Para organização e análise dos dados foram utilizados os programas da Microsoft: Excel 2013 e Word 2013.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo respeitou os aspectos éticos, garantindo o sigilo de todos os atores envolvidos (teleconsultores, equipe da atenção básica e/ou usuários). Toda informação que pudesse vir a determinar identificação de qualquer indivíduo foi ocultada.

Os dados do presente estudo são secundários, porém não são de domínio público, diante disso foram coletados mediante o cumprimento das regras da instituição portadora de tais informações, que no caso é o Telessaúde-MT, e da aprovação deste estudo pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos do Hospital Júlio Muller, conforme parecer nº 3.181.207 (Anexo 4), a fim de garantir à adequação do mesmo a Resolução CNS nº 466/2012. O uso dos dados foi utilizado exclusivamente para atender os objetivos deste trabalho.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O NT-MT é uma das mais importantes ferramentas na área de tecnologia em saúde em relação ao apoio assistencial, educacional e de auxílio em diagnóstico, dando mais resolutividade tanto para os profissionais quanto para os usuários da atenção básica. Por isso, o telessaúde tem sido cada vez mais utilizado no campo da assistência, dado que no ano de 2017, apenas na CIAP “educação em saúde/aconselhamento/dieta”, constam solicitações de teleconsultorias assíncronas de 233 trabalhadores que fazem parte de diversas categorias profissionais, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil profissional dos solicitantes das teleconsultorias do Telessaúde-MT sobre "educação em saúde/aconselhamento/dieta", Mato Grosso, 2017.

Profissão	Variáveis								
	N (%)	Sexo (N/%)			Idade (N)				
		F	M	Não preenchido	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 >
Agente Comunitário(a) de Saúde	75 (32,2)	71 (35,3)	4 (14,3)	-	14	32	21	8	-
Agente de Endemias	5 (2,1)	1 (0,5)	4 (14,3)	-	2	-	3	-	-
Assistente Administrativo	6 (2,6)	5 (2,5)	1 (3,6)	-	1	1	4	-	-
Assistente Social	6 (2,6)	6 (3)	-	-	-	3	2	-	1
Auxiliar em Saúde Bucal	6 (2,6)	6 (3)	-	-	2	4	-	-	-
Cirurgião(a) Dentista	27 (11,6)	18 (8,9)	8 (28,5)	1	8	11	5	1	2
Enfermeiro(a)	47 (20,2)	41 (20,4)	5 (17,8)	1	19	23	1	3	1
Fisioterapeuta	3 (1,3)	3 (1,5)	-	-	1	2	-	-	-
Fonoaudiólogo(a)	1 (0,4)	1 (0,5)	-	-	-	1	-	-	-
Gestor(a)	1 (0,4)	-	1 (3,6)	-	1	-	-	-	-
Médico(a) Clínico(a)	4 (1,7)	1 (0,5)	2 (7,1)	1	1	2	1	-	-
Nutricionista	23 (9,9)	23 (11,4)	-	-	7	11	5	-	-
Profissional da Educação Física	1 (0,4)	-	1 (3,6)	-	-	-	1	-	-
Psicólogo(a)	6 (2,6)	5 (2,5)	-	1	-	4	2	-	-
Técnico(a) em Enfermagem	14 (6)	13 (6,5)	1 (3,6)	-	-	3	8	3	-
Técnico(a) em Saúde Bucal	5 (2,1)	5 (2,5)	-	-	-	3	2	-	-
Outra	3 (1,3)	2 (1)	1 (3,6)	-	1	1	1	-	-
Total (N/%)	233 (100%)	201 (86,3%)	28 (12%)	4 (1,7%)	57 (24,5%)	101 (43,3%)	56 (24%)	15 (6,5%)	4 (1,7%)

Fonte: Núcleo de Telessaúde-MT, 2017.

Destaca-se que de todas as 233 teleconsultorias, 32,2% foram solicitadas pelos agentes comunitários de saúde, 20,2% pelos enfermeiros, 11,6% por cirurgiões dentistas e 9,9% pelos nutricionistas. Os profissionais que mais solicitam, com exceção dos nutricionistas, são aqueles que atuam diretamente na APS, sendo relevante salientar que a maioria desses profissionais são mulheres (86,3%). Dados semelhantes foi demonstrado no estudo sobre o perfil socioprofissional de equipes ESF realizado por LIMA et al. (2016), em que 91,4% dos agentes comunitários de saúde, 96% dos auxiliares de enfermagem e 84,4% dos enfermeiros eram do sexo feminino, ou seja, é próprio do campo da saúde a predominância de mulheres, independente da categoria profissional.

A categoria que mais utilizou as teleconsultorias foram os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), destacando-se assim, seu papel central na APS, bem como a diversidade de atribuições que recaem sobre esses agentes, compreendendo desde a parte organizativa de territorialização até as ações de promoção, prevenção, orientação e educação em saúde. Com isso, os ACS possuem uma grande demanda de serviço, uma vez que as situações emergem da realidade e podem envolver qualquer tipo de necessidade em saúde. (BRASIL, 2017).

Sendo assim, consideramos que para o ACS, o telessaúde é uma ferramenta importante em sua rotina de trabalho, ainda mais que, para essa categoria profissional não há exigência de uma formação específica. Em regra, sua admissão é feita por processos seletivos/concursos que exigem nível fundamental, ou seja, o ACS, na maioria das vezes, começa a trabalhar sem conhecimentos básicos sobre a saúde e sobre o SUS. Além disso, não há um processo de educação continuada específico para esta categoria profissional.

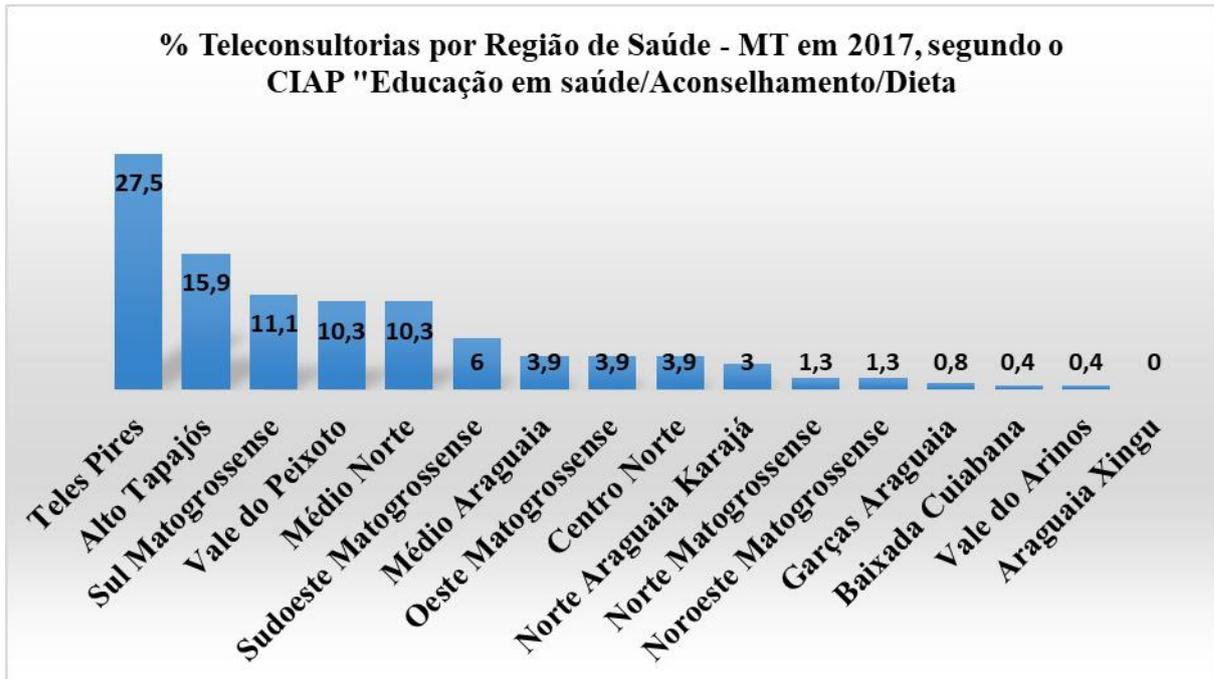
Acreditamos que o ACS se torna para os usuários, principalmente nos locais mais carentes e com falta de médico, uma referência como profissional de saúde mais qualificado. Por tantas demandas e tamanha importância que o ACS tem recebido, é cada vez mais necessário que essa categoria tenha meios para adquirir mais conhecimento e qualificação.

No que diz respeito aos outros profissionais (enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, entre outros), foi percebido, durante a análise dos materiais, que o uso das teleconsultorias é uma forma fácil, rápida e ágil de obter respostas para as dúvidas que surgem no decorrer do serviço, como, por exemplo, qual a forma adequada de orientar a alimentação de hipertensos e diabéticos, ou quais orientações para cuidados com recém-nascidos e amamentação, ou sobre como lidar com algum paciente que possui deficiência mental, entre outros.

A faixa etária dos profissionais que mais fez solicitações está entre 30-39 anos, sendo 43,3%. Ou seja, subentende-se que são pessoas que não estão no fim da carreira, porém já possuem uma certa experiência no serviço, e mesmo assim, as dúvidas são frequentes, enfatizando assim, como vem sendo descrito nessa pesquisa, a importância das teleconsultorias como ferramenta de apoio e educação para os profissionais da saúde.

A seguir é possível verificar no Gráfico 1 de quais regionais faziam parte os municípios que fizeram as solicitações.

Gráfico 1 – Proporção de teleconsultorias solicitadas no ano 2017 por Região de Saúde-MT, segundo a CIAP "educação em saúde/aconselhamento/dieta".



Fonte: Núcleo de Telessaúde-MT, 2017.

É importante lembrar que este gráfico contém as porcentagens apenas das teleconsultorias relacionadas a CIAP estudada nesse trabalho, logo, quando se verifica que uma regional grande como a da Baixada Cuiabana possui apenas 0,4% de teleconsultoria solicitada, não quer dizer que essa região não utilizou o programa, mas que não houve classificação para a CIAP estudada. Valendo o mesmo ponto de vista para as outras que estão com pouca solicitação.

Em contraponto, as regiões do Teles Pires (27,5%), Alto Tapajós (15,9%), Sul Matogrossense (11,1%), Vale do Peixoto (10,3%) e Médio Norte (10,3%) são as que possuem mais solicitações. Mesmo com enfoque no tema estudado, os números de solicitações são consideráveis. Ou seja, por mais que o gráfico demonstra solicitações apenas de um tema CIAP, é possível questionar a falta de solicitações de outras regiões como Araguaia Xingu que não teve solicitação, Vale do Arinos e Baixada Cuiabana (0,4%), Garças Araguaia (0,8%) e Noroeste Matogrossense e Norte Matogrossense que fizeram igualmente 1,3% das solicitações. Sendo frisado que o tema “educação em saúde/aconselhamento/dieta” compreende uma amplitude de temáticas da área da saúde.

Vislumbrado o perfil dos solicitantes, compreenderemos melhor o processo de categorização das teleconsultorias e, ao mesmo tempo, discutiremos alguns aspectos relevantes visualizados durante a análise do trabalho.

A escolha da categoria denominada na CIAP como “educação em saúde/aconselhamento/dieta” ocorreu por entender que uma análise das dúvidas apresentadas nesta categoria fornece subsídios para se pensar ações que busquem melhorar a rotina de trabalho das equipes da atenção básica, principalmente em relação a educação em saúde e processos de trabalho. Acredita-se que tais resultados possam orientar a produção de materiais de educação permanente direcionados para as dúvidas mais frequentes.

A Educação em Saúde é um campo da saúde coletiva que busca transformar as práticas profissionais e de organização do trabalho, levando em consideração as necessidades de saúde individuais e coletivas, a reorganização do serviço e o fortalecimento do controle social, tendo como produto de sua efetivação a emancipação e autonomia dos sujeitos, bem como a melhora da qualidade de vida (BRASIL, 2013a; FALKENBERG et al., 2014).

Os termos “dieta e aconselhamento” também refletem no processo de educação em saúde, por retratar as dúvidas que surgem na prática da assistência em saúde e, como tal, também devem ser utilizados para a construção de propostas voltadas a educação permanente.

Dada essa importância será possível verificar a seguir a construção de categorias temáticas das solicitações sobre a CIAP “educação em saúde/aconselhamento/dieta”.

Como a própria CIAP já é uma primeira classificação utilizada para as teleconsultorias e após análise exaustiva do material, decidiu-se por manter a denominação da CIAP como base para a construção das primeiras categorias, logo, a próxima etapa foi a criação de subcategorias, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Categorização das teleconsultorias realizadas em 2017 pelo Telessaúde-MT, segundo o tema da CIAP “educação em saúde/aconselhamento/dieta”, Mato Grosso, 2017.

Categorias	Subcategorias	N (%)	Total (N/%)
Dieta	Orientação nutricional: hipertensos, diabéticos e obesos	9 (29)	31 (13,3)
	Orientação nutricional: materno-infantil	11 (35,5)	
	Orientação nutricional: orientações gerais	11 (35,5)	
Educação em saúde	Educação em saúde: hipertensos, diabéticos, obesos	3 (3,6)	84 (36)
	Educação em saúde: materno-infantil	12 (14,3)	
	Educação em saúde: orientações gerais	52 (61,9)	
	Educação em saúde: saúde bucal	3 (3,6)	
	Educação em saúde: saúde da mulher	7 (8,3)	
	Educação em saúde: saúde mental	7 (8,3)	
Aconselhamento	Aconselhamento: atenção farmacêutica	9 (7,8)	116 (49,8)
	Aconselhamento: doenças, sinais, sintomas e patógenos	18 (15,5)	
	Aconselhamento: orientações gerais	53 (45,7)	
	Aconselhamento: orientações sobre a maternidade	18 (15,5)	
	Aconselhamento: saúde bucal	14 (12,1)	
	Aconselhamento: saúde mental	4 (3,4)	
Outras		2 (100)	2 (0,9)
Total (N/%)			233 (100)

Fonte: Núcleo de Telessaúde-MT, 2017.

Dentre as 233 teleconsultorias (tabela 2), 13,3% são relacionadas a dieta, 36% estavam voltadas sobre dúvidas de orientação e educação em saúde, e 49,8% foram incluídas as subcategorias do aconselhamento, sendo esta uma categoria mais geral com solicitações de temas mais diversificados.

5.1 CATEGORIA DIETA

Na categoria dieta, a especificidade dos conteúdos das teleconsultorias se deu para duas subcategorias (orientação nutricional: hipertensos, diabéticos e obesos; e, orientação nutricional: materno-infantil).

O nutricionista foi o profissional que mais solicitou nesta categoria, representando aproximadamente 45% das solicitações, as demais (55%) foram realizadas por técnicos de enfermagem, ACS, enfermeiros e assistente administrativo.

Em geral, as solicitações dos nutricionistas foram sobre casos específicos que já estavam sob orientação nutricional, mas não atingiram os resultados esperados, conforme exemplo abaixo:

“Paciente com 47 anos de idade, está com obesidade mórbida, faz exercícios leves pois tem problema no joelho, faz reeducação alimentar cerca de 1 ano e meio, exames laboratoriais normais, apenas a glicose está

109, essa mesma paciente está mantendo peso cerca de 6 meses, gostaria de saber o porquê ela não consegue perder peso mesmo restringindo muitos alimentos e se alimentando saudável” (Nutricionista. Teleconsultoria. Telessaúde-MT. 2017)

Já as demais categorias profissionais fizeram solicitações sobre a dieta de forma mais genérica:

“Tenho vários bebês em minha microárea, que vão iniciar alimentação. Que tipo de papinhas posso orienta-la a inserir? Preciso de material de apoio para orientar melhor essas mães, receitas?” (ACS. Teleconsultoria. Telessaúde-MT. 2017)

Para as subcategorias, os assuntos que mais se destacaram nas solicitações estavam relacionados aos principais programas desenvolvidos pelas UBS que estão relacionados a ações da rede cegonha (pré-natal, puerpério e saúde da criança), que tiveram 35,5% das solicitações, e as ações do programa HiperDia (hipertensão e diabetes), com 29% das solicitações.

Tanto a hipertensão como o diabetes mellitus são doenças crônicas com alta prevalência na população geral, sendo atualmente uns dos principais problemas de saúde pública, por isso a importância da APS para a prevenção, o diagnóstico, controle e promoção da saúde para seus pacientes em vista dessas doenças (SILVA et al., 2015; SANTOS e PEREIRA, 2018).

Como o tratamento dessas doenças precisa de vigilância e acompanhamento contínuo para adesão e diminuição de possíveis complicações (SILVA et al., 2015), as teleconsultorias são um suporte essencial para todas as categorias profissionais, visto que auxilia nas dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações educativas e envio de materiais para realização de atividades.

Quanto a subcategoria de orientação nutricional: orientações gerais, que também corresponde a 35,5% das solicitações, foram incluídas as dúvidas com diversos tipos de temáticas sobre as necessidades de saúde.

5.2 CATEGORIA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Dentro desta categoria da CIAP, por meio da análise de cada solicitação, foram agrupadas todas as questões, que de forma mais explícita, versam sobre algum procedimento relacionado ao ensino de alguma temática, tendo assim gerado seis subcategorias, conforme ainda destacado na Tabela 2.

Como é possível observar, as orientações gerais representam 61,9% das 84 solicitações da categoria. Este fato decorre de uma demanda muito grande por materiais de auxílio sobre variados temas (textos, palestras, vídeos, folders, literaturas, dinâmicas lúdicas, indicação de cursos online ou presencial, etc.), tanto para se trabalhar com a comunidade, quanto para realizar ações voltadas para a equipe de saúde, como nos exemplos a seguir:

“Gostaria de receber materiais que possa contribuir para um grupo onde é trabalhado hábitos saudáveis e reeducação alimentar” (Nutricionista. Teleconsultoria. Telessaúde-MT. 2017)

“Boa tarde, gostaria de realizar tipo uma oficina, um trabalho mensal entre todos os servidores do PSF sobre humanização, acolhimento e classificação de risco, eu queria uma ideia de como bolar essa oficina, de modo a deixá-la dinâmica, criativa e linguagem acessível” (Enfermeiro. Teleconsultoria. Telessaúde-MT. 2017)

“Olá boa tarde. Sou agente de saúde gostaria de ajudar os hipertensos da minha microárea. Fazer cursos de capacitação pros agentes” (ACS. Teleconsultoria. Telessaúde-MT. 2017)

As demais subcategorias solicitaram orientações pontuais sobre os temas especificados na Tabela 2, como demonstra o exemplo de cada subcategoria:

Educação em saúde: saúde bucal

“Venho solicitar através deste palestras educacionais, slides, vídeos sobre higiene bucal em crianças e adolescentes, muito obrigada!” (Cirurgião Dentista. Teleconsultoria. Telessaúde-MT. 2017)

Educação em saúde: saúde da mulher

“Boa tarde, sou psicóloga do núcleo de apoio a saúde de [...], e preciso de uma palestra sobre autoestima para o dia internacional da mulher. Se for possível também uma dica sobre dinâmica de grupo, preciso de algo diferente, estou há 8 anos trabalhando e sinto necessidade de ideias novas. Obrigada pela atenção” (Psicóloga. Teleconsultoria. Telessaúde-MT. 2017)

Educação em saúde: saúde mental

“Materiais e metodologias para trabalhar com saúde mental dos membros da comunidade, e que possa ser desenvolvido por um agente de saúde, e trabalhado em grupos na unidade de saúde” (ACS. Teleconsultoria. Telessaúde-MT. 2017)

Educação em saúde: materno-infantil

“Olá, preciso de materiais sobre amamentação, principalmente voltado ao preparo das mamas, a boa pega, quais os problemas mais frequentes que podem ocorrer nos seios das mães que amamentam (dentre eles as fissuras), como podemos evita-las e/ou tratá-las, ou seja, tudo aquilo que pode dificultar a amamentação... visto que material será usado para orientação de agentes comunitárias de saúde e as próprias gestantes. Se possível, indicação de vídeos explicativos” (Enfermeiro. Teleconsultoria. Telessaúde-MT. 2017)

Educação em saúde: hipertensos, diabéticos e obesos

“Boa noite gostaria de receber materiais didáticos para trabalhar a alimentação de adolescentes obesos e com colesterol alto. Pretendo montar nas escolas para reduzir tais morbidades, obrigada” (Nutricionista. Teleconsultoria. Telessaúde-MT. 2017)

A educação em saúde está muito além de um simples processo educativo ocorrido de algum profissional para outra pessoa. Além do aspecto de ensinar, a educação em saúde envolve todos os sujeitos, por meio de um processo interativo, multiprofissional, multissetorial, em que são apreendidos além dos conhecimentos científicos, também os conhecimentos empíricos (MALLMANN et al., 2015; BOTTAN et al., 2016).

Neste sentido, quando se visualiza o programa Telessaúde e as teleconsultorias especificamente, compreende-se que o profissional busca esclarecer e aperfeiçoar o seu conhecimento para que melhor possa entender o contexto e envolver no cuidado em saúde a população que está sendo atendida.

Embora o enfoque desse estudo está na análise das solicitações, é impossível não fazer ligações as respostas, posto que dão completude a teleconsultoria. Por isso, como a educação em saúde está implícita em todas as teleconsultorias, é importante citar que até mesmo as repostas dos teleconsultores buscam envolver os solicitantes, ou seja, em sua maioria, incentivam a autonomia nos enfrentamentos individuais e coletivos durante as ações decorrentes das dúvidas, de forma que recorram a outros materiais além daquele diretamente enviado para a resposta e também incita à uma visão mais ampla da situação solicitada (BOTTAN et al., 2016).

Com isso, é evidente que o profissional realiza buscas para a construção do conhecimento, não apenas para transmiti-lo, mas também para inovar e aprimorar a prática da assistência à saúde, por isso, as teleconsultorias demonstram a imensa necessidade de uma qualificação profissional continuada e/ou permanente, com investimentos em cursos, palestras, fóruns e materiais, como folders, vídeos, livros, conforme foi muito solicitado nas teleconsultorias.

5.3 CATEGORIA ACONSELHAMENTO

Dentro da categoria aconselhamento foram incluídas todas as outras solicitações que não foram classificadas como orientação nutricional ou educação em saúde, representando 49,8% do total das teleconsultorias solicitadas no ano de 2017.

A elaboração dessas subcategorias foram baseadas nas principais temáticas das solicitações, sendo criadas, assim, cinco subcategorias específicas sobre o que mais havia sido solicitado. As perguntas que não se enquadravam nas temáticas foram incluídas na subcategoria aconselhamento: orientações gerais, por serem dos mais variados temas, por isso conteve 45,7% das solicitações da categoria aconselhamento.

Para melhor entendimento é possível observar os exemplos de solicitações enviadas conforme cada subcategoria.

Subcategoria aconselhamento: atenção farmacêutica

“Paciente adulto jovem sem histórico de hipertensão arterial, ao acompanhamento semanal pressão arterial normal, caso típico de HA do jaleco branco, PA vai a 170/110 durante atendimento odontológico. Necessita extração dentária. Posso medica-lo por exemplo com captopril sublingual ou devo encaminhar direto pro médico da minha unidade? Obrigada” (Cirurgião Dentista. Teleconsultoria. Telessaúde. 2017)

Subcategoria aconselhamento: doenças, sinais, sintomas e patógenos

“Gostaria de saber o que é endolimax nana” (ACS. Teleconsultoria. Telessaúde. 2017)

“Pessoas com DPOC qual os cuidado para evitar crises de bronquite e pneumonia constante?” (ACS. Teleconsultoria. Telessaúde. 2017)

Subcategoria aconselhamento: orientações gerais

“Na unidade que trabalho tem muito paciente acamado e que a gente percebe o despreparo das famílias para lidar com esses pacientes o que a unidade pode fazer pra ajudar além das visitas domiciliares e orientações básicas?” (Técnico em Enfermagem. Teleconsultoria. Telessaúde. 2017)

Subcategoria aconselhamento: orientações sobre a maternidade

“Quais são a orientações para aumentar o leite, e quem decide amamentar a livre demanda, é normal o bebê querer o seio toda hora? Isso é sinal de pouco leite? Como fazer o uso da bombinha para estimular a produção do leite mesmo o bebê sugando toda a hora no seio?” (Enfermeiro. Teleconsultoria. Telessaúde. 2017)

Subcategoria aconselhamento: saúde bucal

“Qual motivo leva uma criança de 7 anos a desenvolver um número grande de tártaro? Seria algum tipo de doença? Qual seria?” (Técnico em Saúde Bucal. Teleconsultoria. Telessaúde. 2017)

Subcategoria aconselhamento: saúde mental

“Em caso de um paciente em transtorno mental que está internado, em sua alta recusa ser acompanhado pelo serviço de atenção psicossocial (CAPS), como devo proceder para a aceitação?” (Enfermeiro. Teleconsultoria. Telessaúde. 2017)

O aconselhamento pode ser compreendido como um processo de ajuda educativo, sendo individual ou coletivo, com o intuito de tornar o profissional ou os usuários mais autônomos em relação a ações de educação em saúde para construção de saberes, mudanças de comportamento e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida e/ou trabalho (FLORES et al., 2018; TOLEDO et al., 2017).

Quando as solicitações e respostas das teleconsultorias são analisadas, é possível compreender que muito além das referências científicas e técnicas para a assistência em saúde, essa ferramenta proporciona ao profissional um amparo, quase que imediato, como uma forma de aconselhamento sobre as incertezas próprias do cotidiano do serviço. Isso favorece o andamento dos atendimentos de forma mais efetiva e rápida, não dependendo muitas vezes de encaminhamentos para especialistas.

5.3.1 Subcategoria orientação nutricional: materno-infantil. Subcategoria educação em saúde: materno-infantil. Subcategoria aconselhamento: orientações sobre a maternidade

Fazemos um destaque para estas subcategorias, dado que um dos atendimentos mais correntes das UBS está voltado para ações materno-infantil (BATTAUS e LIBERALI, 2014). Tanto que grande parte das teleconsultorias estavam voltadas para essa população.

A atenção à saúde do recém-nascido inicia ainda durante a gestação e continua como prioridade até pelo menos os primeiros anos de vida, a fim de promover a qualidade de vida e evitar a mortalidade infantil. Além da criança, a UBS deve estar atenta também as necessidades das mães, sempre orientando sobre os cuidados com as crianças, principalmente em relação a amamentação, que é a mais importante alimentação nos primeiros meses de vida (BATTAUS e LIBERALI, 2014).

No material analisado houve muitas solicitações sobre como ensinar as mães a forma correta de amamentar, cuidados no puerpério, sobre a conduta nutricional para gestantes, principalmente quando havia casos de obesas e/ou diabéticas.

Também orientação nutricional, principalmente para crianças prematuras e/ou com microcefalia ou com algum outro problema mais grave de saúde. Sendo que muitas das solicitações era, simplesmente, referente a materiais de auxílio e/ou orientação (palestras, vídeos, manuais, textos) para que ajudassem no atendimento e nos momentos educativos que ocorrem nas UBS.

A amamentação é influenciada por aspectos sociais, históricos, culturais e biológicos, que dependendo da qualidade e nível de conhecimento da sua importância, influi

na sobrevivência das crianças, principalmente na população com grau significativo de pobreza, devido aos riscos de adoecimento por desnutrição, falta de saneamento e ocorrências de infecções, isto porque, o leite materno contém fatores imunológicos capazes de proteger a criança e evitar morbimortalidades (BATTAUS e LIBERALI, 2014).

Com as teleconsultorias realizadas, os profissionais tiveram a oportunidade de aprimorar seus conhecimentos, por meio de diferentes mídias, materiais de apoio e aconselhamentos de condutas das respostas encaminhadas pelos teleconsultores, para a construção e/ou reconstrução dos saberes relacionados aos cuidados materno-infantil (PRADO, et al., 2013).

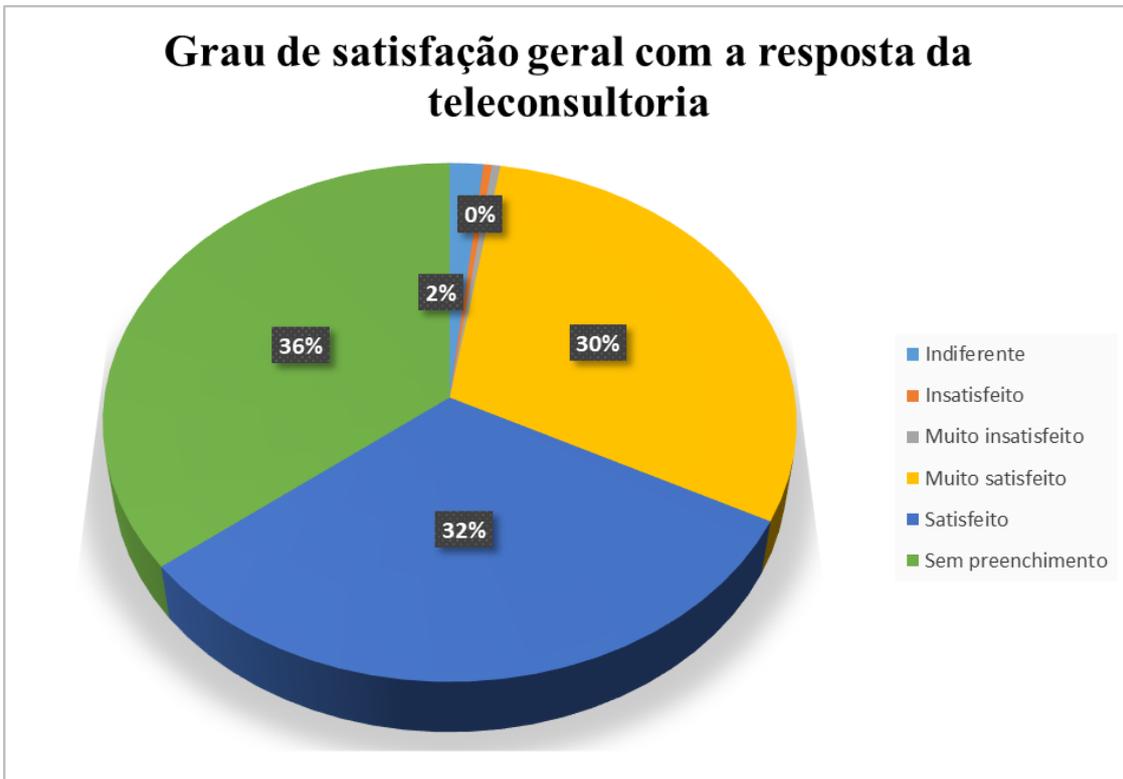
Desta forma, por meio das teleconsultorias os profissionais foram ampliando os conhecimentos necessários sobre os cuidados materno-infantil, o que pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida e redução dos riscos de morbimortalidade materna e infantil no estado de MT, tendo em vista que a UBS têm papel fundamental na promoção, proteção e cuidados pré e pós-parto.

5.4 AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA AS TELECONSULTORIAS

Para cada teleconsultoria realizada, o Telessaúde dispõe para o solicitante uma avaliação da resposta recebida, principalmente em relação à satisfação com o serviço recebido, questionando se houve satisfação com o uso do Telessaúde, se a solicitação foi plenamente respondida e se com a teleconsultoria evitou-se encaminhamento do paciente para outros serviços (quando aplicável), já que a última é um dos propósitos do Telessaúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013b).

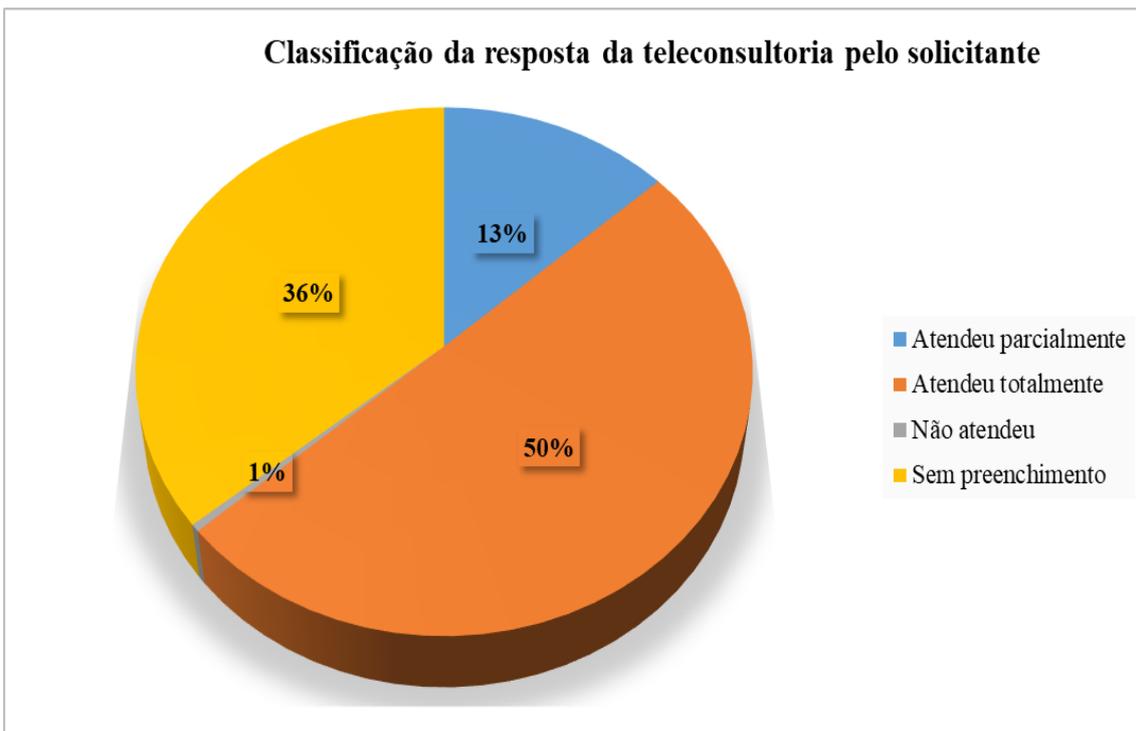
A avaliação da resposta é feita por meio de cinco respostas possíveis (muito satisfeito, satisfeito, indiferente, insatisfeito e muito insatisfeito), conforme pode-se observar no Gráfico 2. Além disso, o profissional solicitante também pode avaliar se a resposta enviada estava adequada à sua dúvida através de três respostas (atendeu parcialmente, atendeu totalmente, não atendeu), de acordo com o Gráfico 3 (BRASIL, 2013b).

Gráfico 2 – Grau de satisfação geral dos solicitantes em relação a resposta da teleconsultoria solicitada no ano de 2017, segundo o tema da CIAP "educação em saúde/aconselhamento/dieta".



Fonte: Núcleo de Telessaúde-MT, 2017.

Gráfico 3 – Classificação das respostas das teleconsultorias solicitadas no ano de 2017, segundo os solicitantes, referente ao tema CIAP "educação em saúde/aconselhamento/dieta".



Fonte: Núcleo de Telessaúde-MT, 2017.

Quanto as teleconsultorias da CIAP “educação em saúde/aconselhamento/dieta”, do ano 2017, visualiza-se no Gráfico 2, que houve um pareamento nos graus de satisfação entre satisfeito (32%) e muito satisfeito (30%). No entanto, considerando apenas aos que responderam a avaliação, 96% dos profissionais estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com a teleconsultoria.

Já no Gráfico 3, para 50% dos solicitantes, as respostas atenderam totalmente às suas necessidades solicitadas. Da mesma forma ao considerar apenas as avaliações preenchidas, esse valor sobe para aproximadamente 79%. Esses dados evidenciam que as teleconsultorias fornecem um suporte assistencial para a melhoria do serviço do profissional de saúde.

Chamou a atenção a proporção dos itens sem preenchimento da avaliação das teleconsultorias, que nos dois gráficos correspondeu a 36%, posto que fazer a avaliação é muito importante para a melhoria do serviço prestado e para retroalimentação, avaliação e reorientação das ações do NT. Assim, se o profissional não dá esse *feedback* necessário, não é possível avaliar com clareza os trabalhos dos teleconsultores, fragilizando a avaliação do programa (BRASIL, 2012).

De acordo com todas as subcategorias elaboradas neste estudo, foi possível perceber que as teleconsultorias abarcam uma infinidade de temas para um diverso público de profissionais, trazendo assim a difusão de conhecimentos para as necessidades e demandas de todos os envolvidos (SILVA, 2017). Além disso, proporcionam o fortalecimento das RAS quando ocorre a troca qualificada das experiências e informações entre os profissionais solicitantes e os telereguladores.

6 CONCLUSÃO

O estudo utilizando a análise de conteúdo por classificação em temáticas, possibilitou maior abrangência na compreensão das dúvidas sobre o tema da CIAP “educação em saúde/aconselhamento/dieta” que foram solicitados nas teleconsultorias do Telessaúde-MT, pois, como é um tema muito amplo, as especificidades ficam ocultas e impedem o entendimento das necessidades em saúde, tanto da população quanto dos profissionais.

Os principais solicitantes foram os ACS e os enfermeiros, evidenciando a imensa necessidade de haver mais formações e auxílio diagnóstico e educacional para esses profissionais, que são os responsáveis pela porta de entrada do SUS. Ao mesmo tempo, o Telessaúde como uma TIC, já corresponde as necessidades supracitadas, por isso, a maioria dos profissionais solicitantes se identificaram com o uso das teleconsultorias e avaliaram essa ferramenta considerando grande satisfação em seu usufruto.

Também, através das subcategorias identificadas, fica claro como as teleconsultorias são capazes de melhorar a assistência à saúde na ABS, pois grande parte das solicitações estavam voltadas para as principais ações próprias desse serviço, que são as ações para as populações hipertensa, diabética, materna e infantil.

Com isso, o uso da ferramenta de teleconsultoria é de extrema importância para o auxílio das diversas demandas da ABS. Bem como, serve de apoio aos profissionais em suas dúvidas e receios nos processos de trabalho, contribuindo para melhoria da autonomia dos trabalhadores e qualidade do serviço prestado à população.

Ressaltamos a importância de mais estudos sobre essa ferramenta, aprofundando nas contribuições que ela tem propiciado as regiões de saúde de Mato Grosso e nos desafios para seu aprimoramento. Salientamos que os resultados apresentados neste trabalho indicam áreas temáticas (materno-infantil, hipertensão e diabetes, saúde mental, saúde bucal, entre outras) que podem vir a ser abordadas em outros materiais de apoio a ABS (teleaulas, manuais, materiais de auxílio, palestras, cursos, entre outros).

Desta forma, os achados, reforçam a importância do telessaúde como uma estratégia de apoio a assistência à saúde, a capacitação e qualificação continuada dos profissionais.

A realização deste trabalho permitiu compreender melhor o uso das TIC no âmbito da saúde, com enfoque para o programa do Telessaúde de MT, e com isso verificar que consiste em um campo em amplo crescimento, apropriado para o profissional sanitário atuar, uma vez que este possui habilidades e competências voltadas para a educação em

saúde, processos administrativos, vigilância em saúde, políticas públicas e relações interpessoais, que podem contribuir com a melhora dos serviços em saúde e do Telessaúde especificamente.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BATTAUS, M. R. B.; LIBERALI, R. A promoção do aleitamento materno na Estratégia Saúde da Família – Revisão Sistemática. **Rev APS**, v. 17, n. 1, p. 93-100, 2014.
- BOTTAN, E. R. et al. Educação em saúde: concepções e práticas de cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 18, n. 2, p. 25-35, jul/dez. 2016.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.
- BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. v. 1. Brasília, DF, 2011a.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011b. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011b. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 out. 2011c. Seção 1, p. 74.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Manual de telessaúde para atenção básica/atenção primária à saúde**. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Manual de telessaúde para atenção básica/atenção primária à saúde: protocolo de solicitação de teleconsultorias**. Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Nota Técnica nº 50, de 15 de outubro de 2015**. Assunto: Diretrizes para oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, DF, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. 1 folder.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68.

CAMARGO, A. L.; ITO, M. Utilização das tecnologias de informação e comunicação na área da saúde: uso das redes sociais pelos médicos. **J. Health Inform.**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 165-169, out/dez. 2012.

CORBO, A.D'A. et al. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção à saúde e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 69-106.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção à saúde e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-67.

FLORES, T. R. et al. Aconselhamento por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas, sul do Brasil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, e201720112, 2018.

IBAÑEZ, N.; ALBUQUERQUE, M. V. O Sistema Único de Saúde – estrutura e organização. In: ROCHA, J. S. Y. **Manual de saúde pública & saúde coletiva no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 127-41.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, c2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mt/.html?>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

LANDSBERG, G. A. P. et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a classificação internacional de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3025-3036, 2012.

LIMA, E. F. A. et al. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 1-5, 2016.

LOPES, J. E.; HEIMANN, C. Uso das tecnologias da informação e comunicação nas ações médicas a distância: um caminho promissor a ser investido na saúde pública. **J. Health Inform.**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 26-30, jan/mar, 2016.

MALLMANN, D. G. et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MT – Mato Grosso. c2019. Disponível em: < <http://www.mt.gov.br/geografia>>. Acesso em: 12 mar. 2019.
- OLIVI, M. **Tecnologias da informação e comunicação na saúde – telessaúde: um estudo de caso.** 2014. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2014.
- PADILHA, E. Z. et al. Segunda opinião especializada educacional no telessaúde Brasil: uma revisão. **Revista Publicatio UEPG: Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v. 19, n. 1, p. 39-46, jan/jun. 2013.
- PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet (Série Brasil)**, p. 11-31, 2011.
- PINTO, L. F.; ROCHA, C. M. F. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1433-1448, 2016.
- PRADO, C. et al. Teleamamentação no Programa Nacional de Telessaúde no Brasil: a experiência da teleenfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 990-996, 2013.
- REZENDE, D. A.; ABREU, A. F. **Tecnologia da informação aplicada a sistemas de informação empresariais.** São Paulo: Atlas, 2000.
- SAMPAIO, M. M. A. et al. Revisão sistemática do desenvolvimento e dos usos da classificação internacional de atenção primária. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 3-14, 2012.
- SANTOS, K. N.; PEREIRA, C. S. Perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos cadastrados no programa hiperdia no município de Salvador-BA, período 2002 a 2012. **Revista Diálogos & Ciência (D&C)**, v. 1, n. 41 (18), p.60-77, 2018.
- SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, jul. 2009.
- SCHMITZ, C.A.A.; HARZHEIM, E. Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-11, jan/dez. 2017.
- SES/MT – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Atenção primária à saúde Mato Grosso: boletim informativo.** Cuiabá-MT, nº 01, maio, 2018.
- SILVA, E. A. A telessaúde e seus impactos na formação continuada dos profissionais de saúde em rede. **Revista Em Rede**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 116-129, 2017.

- SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, Campina Grande-PB, v. 17, n. 1, 2015.
- SILVA, J. V. M. et al. Avaliação do programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus na visão dos usuários. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 626-632, 2015.
- SORATTO, J. et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, jun. 2015.
- TELESSAÚDE-MT – Telessaúde Mato Grosso. Cuiabá, c2018. Disponível em: <<http://www.telessaude.mt.gov.br/>>. Acesso em: 02 out. 2018.
- TELESSAÚDE-MT – Telessaúde Mato Grosso. Cuiabá, c2019. Disponível em: <<http://www.telessaude.mt.gov.br/Noticia/Index/9220>>. Acesso em: 03 abr. 2019.
- TOLEDO, M. T. T. et al. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na atenção primária à saúde. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 87-97, 2017.
- VILLA, M. C. E. et al. Implantação do Telessaúde Mato Grosso: da superação das dificuldades iniciais às necessidades de educação permanente dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Latin Am J Telehealth**, v. 3, n. 1, p. 6-13, 2016.
- WEN, C. L. Telemedicina e telessaúde – um panorama no Brasil. **Informática Pública**, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 07-15, dez. 2008.
- WONCA – World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)**. Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família). 2. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.
- ZIONI, F. et al. Políticas públicas e sistemas de saúde: a reforma sanitária e o SUS. In: ROCHA, A. A. et al. **Saúde Pública: bases conceituais**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 115-132.

ANEXOS

ANEXO 1 – PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE DADOS TELESSAÚDE-MT

1. Documentação necessária:

- Ofício contendo a manifestação de interesse e a finalidade em usar os dados do Telessaúde-MT;
- Currículo Lattes atualizado do pesquisador responsável;
- Pré-projeto ou projeto da pesquisa;
- Cópia dos documentos pessoais (RG e CPF) do pesquisador responsável;
- Comprovante que o solicitante é aluno vinculado à instituição declarada no Termo de Responsabilidade (PLANILHA);
- Termo de Responsabilidade preenchido e assinado.

OBS.: O Telessaúde-MT informará um tempo mínimo para emissão do parecer e para liberação dos dados solicitados.

2. Os pesquisadores se comprometem a:

- Apresentar os resultados à equipe no Núcleo Telessaúde-MT;
- Envio de cópia impressa e em meio digital do trabalho final;
- Informar e encaminhar cópia de possíveis publicações.

3. TERMO DE RESPONSABILIDADE:

Orientações:

1. Identificação das informações que estão sendo solicitadas;
2. Nome do responsável pela guarda dos dados;
3. Descrever todas as variáveis que estão sendo solicitadas informando possíveis detalhamentos ou necessidades;
4. Descrever da forma mais abrangente possível a finalidade para qual os dados serão utilizados;
5. Descrever a metodologia que será utilizada no tratamento dos dados;
6. Assinatura da coordenação de ensino da instituição, professor orientador e aluno solicitante.

ANEXO 2 – MODELO TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA CESSÃO DE DADOS DO NÚCLEO TÉCNICO CIENTÍFICO DE TELESSAÚDE-MT

Pelo presente instrumento, na qualidade de responsáveis pela guarda e uso das informações das teleconsultorias do tema CIAP “educação em saúde/aconselhamento/dieta”, do ano 2017, assumimos as seguintes responsabilidades:

- a) Utilizar estas informações única e exclusivamente para as finalidades descritas ao final deste documento;
- b) Guardar sigilo e zelar pela privacidade dos indivíduos relacionados/listados nestas informações;
- c) Não disponibilizar, emprestar ou permitir a pessoas ou instituições não autorizadas pelo Núcleo Técnico Científico de Telessaúde-MT o acesso a estas informações;
- d) Não divulgar, por qualquer meio de comunicação, dados ou informações contendo o nome dos indivíduos ou outras variáveis que permitam a identificação do indivíduo e que afetem assim a confidencialidade dos dados contidos nestas informações;
- e) Não praticar ou permitir qualquer ação que comprometa a integridade destas informações;
- f) Socializar os resultados da pesquisa/estudo, após sua conclusão.

Desta forma, a pesquisadora discente Paloma Bianca Ustulin Victório e a docente Marta de Lima Castro assume total responsabilidade pelas consequências legais pela utilização indevida destas informações, por parte de servidores desta instituição ou por terceiros.

1. Detalhamento dos dados que serão utilizados pelo solicitante:

- Conforme os objetivos da pesquisa solicitamos todas perguntas e respostas das teleconsultorias realizadas no ano de 2017 sobre o tema do CIAP “educação em saúde/aconselhamento/dieta”;
- Solicitamos os gráficos e/ou números sobre o grau de satisfação dos solicitantes em relação ao tema em questão;
- Solicitamos os dados dos solicitantes para fazermos um perfil sociodemográfico desses profissionais, sendo os seguintes: sexo, idade, formação, município/região, IDH;
- Por fim, solicitamos os gráficos e/ou números disponíveis sobre todas as teleconsultorias realizadas no ano de 2017 de acordo com a classificação do CIAP.

2. Declaramos que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para as seguintes finalidades:

Utilizaremos essas informações para que possamos elaborar as categorias temáticas mais solicitadas sobre o tema do CIAP “educação em saúde/aconselhamento/dieta”, com o intuito de compreender quais foram os principais aspectos inclusos nesse tema que motivaram a solicitação de teleconsultorias. A partir desse entendimento é possível compreender as necessidades em saúde das Unidades Básicas de Saúde, além de proporcionar prováveis temas para que sejam realizadas educação permanente em saúde para a Atenção Básica ou mesmo para as aulas do Teleducção.

3. Descrever aspectos metodológicos do trabalho a ser realizado com as informações que justifique a necessidade das informações de identificação individual:

O tratamento dos dados ocorrerá da seguinte forma:

- Utilizaremos a técnica de análise de conteúdo para classificar as informações advindas das perguntas e respostas das teleconsultorias.
- “Leitura flutuante”, ou seja, uma leitura mais superficial para conhecimento das informações.
- Leituras mais profundas e detalhadas para identificar quais foram as dúvidas mais solicitadas pelos profissionais de saúde e quais foram as respostas que mais compreenderam as necessidades solicitadas nas teleconsultorias.
- Após a identificação dos principais temas, faremos um aprofundamento classificando cada teleconsultoria nas categorias criadas para o nosso estudo.
- O perfil sociodemográfico será elaborado em gráfico ou tabela para demonstrar o perfil dos solicitantes.

Cuiabá, 24 de outubro de 2018

Discente ISC/UFMT

Docente/orientadora ISC/UFMT

Coordenadora ISC/UFMT

ANEXO 3 – MODELO DE FICHA PARA OS RESPONSÁVEIS PELO USO E GUARDA
DOS DADOS

Solicitante/aluno: _____

RG _____ CPF _____

Assinatura: _____

E-mail: _____

Telefone: _____

Instituição: _____

Professor orientador: _____

RG _____ CPF _____

Assinatura: _____

E-mail: _____

Telefone: _____

Instituição: _____

ANEXO 4 – PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HUJM/UFMT



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo das teleconsultorias do Telessaúde - MT referente à educação em saúde/aconselhamento/dieta segundo o CIAP no ano de 2017

Pesquisador: Marta de Lima Castro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 07610818.2.0000.5541

Instituição Proponente: Hospital Universitário Júlio Müller-MT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.181.207

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo observacional, descritivo, realizado pela análise das teleconsultorias de MT classificadas pela CIAP como "Educação em saúde/aconselhamento/dieta do ano de 2017. O conteúdo das teleconsultorias serão analisados pela técnica de análise de conteúdo, utilizando a criação de categorias temáticas para classificação do material. Também serão realizados a descrição do perfil dos solicitantes, bem como, a distribuição das dúvidas por município e o grau de satisfação das respostas.

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, retrospectivo de análise documental pela técnica de análise de conteúdo, que busca identificar por meio das perguntas e respostas das teleconsultorias do Telessaúde-MT, incluídas no CIAP denominado: "educação em saúde/aconselhamento/dieta", quais as temáticas mais frequentes que foram abordadas nesse tema no ano de 2017.

A coleta de dados será efetuada por meio de uma solicitação para a equipe do Núcleo Telessaúde - MT, solicitando todas as teleconsultorias relacionadas a classificação do tema educação em saúde/aconselhamento/dieta, que foram realizadas no ano de 2017. Para isso solicitaremos todas as perguntas e respostas realizadas nesse período; os dados dos solicitantes sobre idade, sexo, formação, município/região e IDH; e os dados sobre o grau de satisfação dos solicitantes em relação sobre as respostas recebidas. Para acessar os dados do Telessaúde-MT há um Protocolo de Solicitação de Dados (Anexo 1, 2 e 3) que deve ser enviado com antecedência, cujos documentos

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

Bairro: Alvorada

CEP: 78.048-902

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (65)3615-7254

E-mail: cephujm@cpd.ufmt.br



Continuação do Parecer: 3.181.207

exigidos são: Ofício contendo a manifestação de interesse e a finalidade em usar os dados do Telessaúde-MT; Currículo Lattes atualizado do pesquisador responsável; Pré-projeto ou projeto da pesquisa; Cópia dos documentos pessoais (RG e CPF) do pesquisador responsável; Comprovante que o solicitante é aluno vinculado à instituição declarada no Termo de Responsabilidade (PLANILHA); Termo de Responsabilidade preenchido e assinado. Desta forma, o estudo utilizando a análise de conteúdo por classificação em temáticas, possibilitará maior abrangência na compreensão das dúvidas sobre o tema educação em saúde/aconselhamento/dieta que foram solicitados nas teleconsultorias do Telessaúde-MT, pois, como é um tema muito amplo, as especificidades ficam ocultas e impedem o entendimento das necessidades em saúde tanto da população, quanto dos profissionais. Além de proporcionar para a equipe do Núcleo Telessaúde possíveis temas para realizar o trabalho da educação em saúde através das aulas do Tele-educação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever o perfil das teleconsultorias realizadas pelo Telessaúde-MT sobre o tema educação em saúde/aconselhamento/dieta, segundo o CIAP, no ano de 2017.

Objetivo Secundário:

Levantar o perfil sociodemográfico do solicitante (sexo, idade, formação, município/região, IDH).

Identificar por categoria temática as principais dúvidas dos solicitantes.

Identificar por categoria temática as principais orientações dos teleconsultores.

Levantar o grau de satisfação do solicitante em relação a teleconsultoria sobre a temática em questão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos, pois os dados são secundários e todo acesso a ele ocorre sem a identificação das pessoas envolvidas.

Benefícios:

Por meio dessa pesquisa será possível compreender as principais dúvidas que os profissionais de saúde da Atenção Básica de Mato Grosso possuem em relação ao tema da pesquisa.

Através dos resultados dessa pesquisa poderá propor ações direcionadas ao enfrentamento das dúvidas/dificuldades apresentadas pela equipe de saúde da família.

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n	CEP: 78.048-902
Bairro: Alvorada	
UF: MT Município: CUIABA	
Telefone: (65)3615-7254	E-mail: cepujm@cpd.ufmt.br



Continuação do Parecer: 3.181.207

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo qualitativo importante para saúde local do Estado de Mato Grosso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos de acordo resolução 466/12

Recomendações:

Recomendações de que mesmo estudos observacionais devem preocupar com relatórios pesquisa anuais

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma proposta.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1252662.pdf	05/02/2019 23:21:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	parecer_hujm.pdf	05/02/2019 23:20:27	PALOMA BIANCA USTULIN VICTORIO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_hujm.pdf	05/02/2019 23:19:26	PALOMA BIANCA USTULIN VICTORIO	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	06/11/2018 22:50:36	PALOMA BIANCA USTULIN VICTORIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	oficio.pdf	06/11/2018 22:48:46	PALOMA BIANCA USTULIN VICTORIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	06/11/2018 22:34:38	PALOMA BIANCA USTULIN VICTORIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n	CEP: 78.048-902
Bairro: Alvorada	
UF: MT	Município: CUIABA
Telefone: (65)3615-7254	E-mail: cephujm@cpd.ufmt.br



UFMT - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JÚLIO
MULLER / UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.181.207

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CUIABA, 01 de Março de 2019

Assinado por:
MARCO ANDREY PEPATO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n
Bairro: Alvorada CEP: 78.048-902
UF: MT Município: CUIABA
Telefone: (65)3615-7254 E-mail: cepujm@cpd.ufmt.br