

## Análise do processo de implementação do Programa Telessaúde Brasil Redes em Pernambuco

Analysis of implementation of the Programa Telessaúde Brasil Redes in the state of Pernambuco

Análisis del proceso de implementación del Programa Telessaúde Brasil Redes en estado de Pernambuco

*Karolina de Cássia Lima da Silva*<sup>i</sup>

*José Luiz do Amaral Correa de Araújo Júnior*<sup>ii</sup>

*Tereza Maciel Lyra*<sup>iii</sup>

*Magdala de Araújo Novaes*<sup>iv</sup>

### Resumo

A telessaúde vem ampliando seu campo de ação no Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na Atenção Primária à Saúde (APS). Pernambuco desenvolve a telessaúde com financiamento do Ministério da Saúde e incentivos obtidos junto a agências de fomento à pesquisa, e tem ampliado suas ações através do Programa Telessaúde Brasil Redes (PTBR-Redes). Objetivou-se analisar a implementação deste programa em Pernambuco entre 2007 e 2011. O estudo foi qualitativo, e foi utilizado o método de triangulação de fonte de dados para validação da pesquisa. A institucionalização e o desenvolvimento do PTBR-Redes em Pernambuco ressalta a experiência pregressa da Universidade Federal de Pernambuco em telessaúde e a proposta para sua formulação junto a outras universidades brasileiras. A falta de articulação política no estado, a alta rotatividade de profissionais de saúde, e a dificuldade de conexão à internet são problemas que dificultam o funcionamento do PTBR-Redes. Recomenda-se que sejam realizadas avaliações aprofundadas desse programa, pois são imprescindíveis para a sua sustentabilidade.

**Palavras-chave:** Políticas públicas de saúde; Formulação de políticas; Telemedicina; Informática médica; Atenção Primária à Saúde.

<sup>i</sup> Universidade Federal de Pernambuco, Hospital das Clínicas, Núcleo de Telessaúde. Recife-PE, Brasil | [lattes.cnpq.br/4544485687046225](mailto:lattes.cnpq.br/4544485687046225) | [karolina.lima@gmail.com](mailto:karolina.lima@gmail.com)

<sup>ii</sup> Fiocruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife-PE, Brasil | [lattes.cnpq.br/8559335193115529](mailto:lattes.cnpq.br/8559335193115529) | [josearaujo@cpqam.fiocruz.br](mailto:josearaujo@cpqam.fiocruz.br)

<sup>iii</sup> Fiocruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife-PE, Brasil | [lattes.cnpq.br/7849001275820980](mailto:lattes.cnpq.br/7849001275820980) | [terezalyra@cpqam.fiocruz.br](mailto:terezalyra@cpqam.fiocruz.br)

<sup>iv</sup> Universidade Federal de Pernambuco, Hospital das Clínicas, Núcleo de Telessaúde. Recife-PE, Brasil | [lattes.cnpq.br/1177858154250011](mailto:lattes.cnpq.br/1177858154250011) | [magdala.novaes@nutes.ufpe.br](mailto:magdala.novaes@nutes.ufpe.br)

## Abstract

Telehealth has been widening its scope of action in Sistema Único de Saúde - SUS (the Brazilian public health system, literally Unified Health System) focusing in Primary Health Care. Pernambuco develops telehealth financed by Department of Health and subsidies paid by research funded-institutions, and has expanded its actions with the Programa Telessaúde Brasil Redes (PTBR-Redes). The implementation of this program in Pernambuco from 2007 till 2011 is the objective of this essay. The study was qualitative using data triangulation to establish its validity. The PTBR-Redes institutionalization and development in Pernambuco emphasize the former telehealth experience of Universidade Federal de Pernambuco and the motion for its formulation in other Brazilian universities. The lack of political articulation in this state, the high turnover of health professional and the difficulty of connection to the internet are problems that slow down the PTBR-Redes working. We recommend that deep evaluation of this program should be done, insofar as it is essential for its sustainability.

**Keywords:** Health public policy, Policy-making, Telemedicine, Medical informatics, Primary health care.

## Resumen

La telesalud ha ampliado su campo de acción en el Sistema Único de Saúde (SUS) de Brasil, con el enfoque en la Atención Primaria de Salud (APS). Pernambuco desarrolla la telesalud través de proyectos financiados por agencias del fomento de la investigación y por el Ministerio de Salud y viene ampliando sus acciones través del Programa de Telessaúde Brasil Redes (PTBR-Redes). El objetivo de este trabajo es analizar el proceso de implementación de este programa en Pernambuco entre 2007 y 2011. El estudio fue de tipo cualitativo, utilizando triangulación de datos para atestar la fiabilidad de la investigación. El proceso de institucionalización y desarrollo de PTBR-Redes pone de relieve la experiencia pasada de la Universidade Federal de Pernambuco em telesalud y la propuesta para su formulación en otras universidades brasileñas. La falta de articulación política en el estado, la alta rotación de los profesionales de salud, las dificultades de conexión a internet son algunos de los problemas que dificultan el funcionamiento de PTBR-Redes. Se recomienda que se lleve a cabo la evaluaciones en profundidad del programa, ya que son esenciales para su sostenibilidad.

**Palabras clave:** Políticas públicas de Salud, Formulación de políticas, Telemedicina, Informática Médica, Atención Primaria de Salud.

---

Submetido: 18/nov/2013

Aceito: 8/set/2014

Conflitos de interesse: Não há conflitos de interesse a declarar.

Fontes de financiamento: Não houve.

Contribuição autoral:

Concepção, planejamento do trabalho, análise e interpretação das evidências, redação, revisão de todas as versões e aprovação da versão final: Karolina de Cássia Lima da Silva

Concepção, planejamento do trabalho, revisão de todas as versões e aprovação da versão final: José Luiz do Amaral Correa de Araújo Júnior

Planejamento de trabalho, análise e interpretação das evidências e revisão das versões preliminares e definitiva deste: Tereza Maciel Lyra

Concepção, planejamento do trabalho, redação, revisão de todas as versões e aprovação da versão final: Magdala de Araújo Novaes

Agradecimentos pelas traduções: Marco Cruz e Lidiane Montenegro

## Introdução

A telessaúde emprega modernas tecnologias de informática e telecomunicação, tais como redes de computadores, telefonia fixa e móvel, como recurso estratégico para otimização do sistema de saúde<sup>1</sup>. Para Norris<sup>2</sup>, ela consiste no uso abrangente de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para fins assistenciais, administrativos e educacionais em saúde.

Considerando o contexto mundial do uso da telessaúde, tem-se datado o século XIX como marco da expansão da divulgação das práticas médicas à distância. Àquela época, o telégrafo começou a ser usado para transmitir informações clínicas<sup>3</sup>. Entretanto, nos séculos XX e XXI, os avanços na área de TIC propiciaram novas formas de transmissão de conhecimento e cuidados relativos à saúde<sup>3</sup>.

O surgimento da telessaúde encontra incentivo numa resolução da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>4</sup>, que oportuniza seus Estados-membros a formularem uma política de ensino orientada para a transformação das práticas de saúde vigentes. Propõe-se o enfoque de Educação Permanente em Saúde (EPS) e a utilização de TIC em oposição às tradicionais modalidades de ensino, as quais pouco contribuem para a aquisição das competências necessárias ao modelo da Atenção Primária em Saúde (APS)<sup>5</sup>.

Hoje em dia, é difícil encontrar um estado ou um país sem telemedicina ou telessaúde, ou até mesmo a ausência do estabelecimento de programas ou planos para seu desenvolvimento<sup>6</sup>, a exemplo de países do continente africano<sup>7</sup>.

No Brasil, pode-se considerar que a consolidação da telessaúde e da telemedicina tem passado por uma importante evolução em conformidade com os incentivos obtidos junto a agências de fomento à pesquisa no país<sup>8</sup>.

Uma iniciativa importante ocorreu a partir de 1997, com o início do projeto Redes Metropolitanas de Alta Velocidade da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (REMAV-RNP), financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, favorecendo aquisição de tecnologia de comunicação de dados de alta velocidade através das redes *Asynchronous Transfer Mode* (ATM)<sup>9</sup>.

Primeira rede de acesso à internet no Brasil, a RNP integra mais de oitocentas instituições de ensino e pesquisa no país. Tem por objetivo melhorar a infraestrutura de redes nos âmbitos nacional, metropolitano e local; atender, com aplicações e serviços inovadores, às demandas de comunidades específicas, entre elas a telemedicina; e promover a capacitação de recursos humanos em TICs<sup>10</sup>.

E mais, houve a criação da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), em 2006, em dezenove hospitais universitários e de ensino do país. A RUTE é uma iniciativa que tem como objetivos centrais aprimorar a infraestrutura de comunicação para telessaúde presente nos hospitais universitários, hospitais certificados de ensino e instituições de saúde; criar formalmente núcleos de telemedicina e telessaúde; e promover a integração dos projetos existentes nesta área. A RUTE congrega instituições públicas de pesquisa e inovação dedicadas à telessaúde e apoia os grupos de interesse de especialidades da saúde, os *Special Interest Groups* (SIGs)<sup>11</sup>.

No surgimento da telessaúde, enquanto política pública no Sistema Único de Saúde (SUS), um marco importante veio através do então denominado Programa Telessaúde Brasil (PTBR), atual Telessaúde Brasil Redes (PTBR-Redes).

O PTBR foi lançado no âmbito do Ministério da Saúde (MS) em 2007, vinculado a um Projeto Piloto de apoio à APS desenvolvido em núcleos de telessaúde localizados em nove estados brasileiros<sup>12,13</sup>. Os núcleos

de telessaúde constituídos por esse projeto foram implantados na Universidade Federal do Ceará, de Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Santa Catarina e do Rio Grande do Sul e nas universidades estaduais do Amazonas, Rio de Janeiro e de São Paulo<sup>14</sup>. Nos demais estados da federação do Brasil, núcleos estaduais se encontram em processo de implantação.

Em âmbito nacional, foi instituído a partir da Portaria MS nº 402 de 24 de fevereiro de 2010. O PTBR objetiva qualificar, ampliar a resolutividade, apoiar e fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF), através da oferta de teleassistência, teleconsultoria, segunda opinião formativa e outras ações educacionais dirigidas aos profissionais da ESF<sup>15</sup>. Considerando a dimensão e complexidade da ESF, integrante da APS no Brasil, a telessaúde passa a ter um papel estratégico<sup>8</sup>.

Em 2011, a Portaria MS nº 2.546 de 27 de outubro de 2011 redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil (PTBR), que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (PTBR-Redes), e revoga a Portaria GM/MS nº 402 de 24 de fevereiro de 2010<sup>16</sup>. Preconizou-se na portaria de 2011 que a expansão do PTBR-Redes atendessem ao disposto no Decreto Presidencial nº 7.508 e na Portaria GM/MS nº 4.279 de 2010, que estabelece as diretrizes das redes de atenção à saúde no SUS<sup>17</sup>.

No estado de Pernambuco, o núcleo de telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco (NUTES-UFPE), sediado no Hospital das Clínicas, foi criado em 2003 antes do surgimento do PTBR-Redes, pelo Grupo de Tecnologia da Informação em Saúde (TIS) da UFPE, a partir do desenvolvimento do projeto intitulado Telessaúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) - Rede de Núcleos de Telessaúde (RedeNUTES). Este projeto teve financiamento do MS, numa parceria que envolveu o Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami (LIKA), o Hospital das Clínicas (HC) e secretarias municipais de saúde<sup>18</sup>.

Em agosto de 2014, a RedeNUTES possui 357 pontos de telessaúde implantados na ESF, beneficiando 84 municípios, distribuídos em 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres). Algumas equipes estão em unidades de saúde que possuem um *kit* multimídia (computador com webcam) e realizam conexão via internet com os teleconsultores do HC e outros parceiros no estado, para participar dos serviços de tele-educação e teleassistência providos pela RedeNUTES, através de seus sistemas para videoconferência e webconferência, Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e discussão de casos clínicos via internet, pela plataforma de telessaúde HealthNET<sup>i</sup>, desenvolvida pelo NUTES-UFPE<sup>19</sup>.

Além do NUTES-UFPE, outros núcleos de telessaúde foram criados em Pernambuco por meio das Redes Intermunicipais de Telessaúde (RIT). As RIT foram financiadas com a submissão de projetos ao Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) em 2011, por meio da Portaria MS nº 2554, do dia 28 de outubro de 2011<sup>20</sup>. Essas RIT, que passaram também a compor o PTBR-Redes em Pernambuco, visam promover a ampliação dos serviços de teleassistência, tele-educação e telegestão para profissionais de saúde oferecidos pelos núcleos, unidades e pontos de telessaúde. Foram aprovadas quatro RIT em Pernambuco nas cidades de Recife, Igarassu, São Lourenço da Mata e Petrolina<sup>21</sup>.

Ademais, a telessaúde está presente também na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade de Pernambuco (UPE), também membro do PTBR-Redes, desde agosto de 2010<sup>22</sup> e no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) desde dezembro de 2010<sup>23</sup>. Ainda, tem-se estruturado atualmente o Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Nutesvasf), com ações a serem desenvolvidas na região de abrangência da referida instituição de ensino superior<sup>24</sup>.

Na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), em 2012, foi aprovado pelo MS um projeto de implantação da telessaúde voltado prioritariamente para a atenção secundária e terciária, além de ações de telegestão para as regionais de saúde do estado<sup>25</sup>.

Diante dos vários arranjos do PTBR-Redes em Pernambuco e sua expansão, optou-se neste artigo por analisar o processo de implementação desse programa no referido estado no período de 2007 a 2011, intervalo em que ocorreram as publicações de portarias referentes à sua institucionalização no âmbito do MS e nacional. Para tal análise, o NUTES-UFPE foi o objeto de estudo por ser o núcleo que coordena a RedeNUTES desde a sua criação, com abrangência estadual mais robusta; por ter sido o primeiro núcleo de telessaúde criado em hospital público; e por ter implantado o primeiro programa de telemedicina para APS financiado pelo MS no país<sup>26</sup>.

## Metodologia

Foi realizado um estudo de caso, cujo objetivo é descrever e analisar o fenômeno da implementação<sup>27</sup> do PTBR-Redes em Pernambuco, com utilização de informações dos gestores nele envolvidos, documentos pertinentes ao PTBR-Redes e referentes à RedeNUTES. Optou-se pela abordagem qualitativa por envolver uma variedade de materiais empíricos, baseada no Modelo de Walt e Gilson<sup>28</sup> modificado por Araújo Jr.<sup>29</sup> para análise de políticas de saúde. O método proposto por esses autores é considerado uma importante estratégia para realização de uma análise abrangente da política de saúde, sendo indicado para a avaliação de políticas de saúde, para consolidar a prática de formular políticas baseadas em evidências, e contribuir com o desenvolvimento de estudos no setor. Walt e Gilson<sup>28</sup> propõem o uso de quatro categorias de análise: contexto, atores, conteúdo e processo. Neste trabalho, destacou-se a categoria processo. O processo da política é sempre dividido em fases ou estágios: formulação da política, sua implementação e avaliação. Tais fases não necessariamente são estanques entre si, podendo ocorrer simultaneamente.

É importante destacar que questões fundamentais no processo da política estão relacionadas ao poder de quem decide e de quem tem influência frente à política (pluralistas – o poder é distribuído entre grupos, instituições e indivíduos na sociedade; elitistas – a decisão é tomada por poucos, dentro do grupo dominante). Elas estão relacionadas também com a forma como a política é implantada (top-down – forma de implementação tradicional de política, onde predomina o autoritarismo nas relações; bottom-up – considera todos os níveis envolvidos na implementação da política como importantes no processo), e com a sua forma de desenvolvimento, desde a identificação do problema até a sua avaliação (racional – modelo prescritivo e normativo que considera condições ideais de implementação; incrementalista – considera que a política é principalmente corretiva e espera por mudanças graduais nas políticas já estabelecidas, em vez de grandes transformações momentâneas)<sup>30</sup>.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas entre setembro de 2012 e janeiro de 2013, com cinco informantes-chave que se comportaram como atores sociais e que são sujeitos sociais que possuíam ou possuem interesse no setor estudado e ocuparam ou ocupam uma posição passível de tomar decisões no mesmo. O desenvolvimento das entrevistas ocorreu através da construção de um roteiro específico, contendo uma relação de perguntas relacionadas com o objetivo da pesquisa. As perguntas realizadas foram relacionadas ao processo de tomada de decisão e a relação entre os níveis de governo para implantação do PTBR-Redes: “que aspectos (dificuldades ou facilidades) você gostaria de destacar

acerca do PTBR-Redes em Pernambuco”?; “como ocorreu o processo de tomada de decisão para implantar o PTBR-Redes em Pernambuco”? e “como se dá a relação entre níveis de governo acerca deste Programa em Pernambuco”?.

Os cinco informantes-chave escolhidos como amostra intencional para o estudo atuaram entre o período de 2007 a 2011 no PTBR-Redes, como representantes das seguintes instituições: NUTES-UFPE (três), Superintendência de Atenção Primária em Saúde da SES/PE (um) e Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) – MS (um). Um dos encontros da pesquisa ocorreu por webconferência por meio do software *Adobe Acrobat Connect™ Pro®*, nas dependências do NUTES-UFPE, e foi gravada no servidor do referido núcleo.

As entrevistas foram transcritas, categorizadas de E1 a E5 (entrevistado nº01 a entrevistado nº05) e analisadas segundo o método de condensação de significados, que consiste no resumo dos significados encontrados no conteúdo das entrevistas, em um formato condensado, sem perder sua essência<sup>31</sup>. Nessa matriz, são sistematizadas as seguintes informações: unidades naturais da pesquisa advindas da transcrição literal das entrevistas; temas centrais; trechos de depoimentos pertinentes às perguntas da pesquisa; análise do pesquisador sobre os discursos dos entrevistados; descrições essenciais das questões de pesquisa e interpretação realizada pelo pesquisador acerca das questões comentadas pelo entrevistado.

Como critério para a validação dos dados, foi realizada uma triangulação de fonte de dados de pesquisa, a partir da combinação da pesquisa documental e das entrevistas com os informantes-chave selecionados. Os documentos selecionados foram: legislação sobre telessaúde (portarias e resoluções); planos estaduais de saúde (2005-2007, 2008-2011 e 2012-2015); relatórios de monitoramento do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco e do Seminário Nacional do Telessaúde Brasil; sites relacionados ao PTBR-Redes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz), com registro no CAAE nº 02791212.9.0000.5190, parecer nº 24/2012, considerando condutas éticas que norteiam pesquisas envolvendo seres humanos.

## Resultados e discussão

### A definição da agenda e a formulação do PTBR-Redes

O surgimento da telessaúde no HC-UFPE ocorreu em 2001 através da submissão de um Projeto Piloto do MS focado na APS, que trouxe conhecimento e *expertise* para o HC-UFPE sobre esta área. O objetivo desse projeto era qualificar a assistência à saúde, frente ao alto número de encaminhamentos da APS para a Atenção Secundária e Terciária no cenário assistencial pernambucano, conforme depoimento:

“Não existia uma política ainda. [...] O que aconteceu [...] foi um projeto piloto de telessaúde, não existia uma política ainda nacional, nem estadual e nem municipal. [...] Ainda no governo Serra, havia uma direção do Hospital das Clínicas que me chamou pra que se planejasse um projeto usando tecnologia. Foi uma iniciativa do HC, [...] minimizar os encaminhamentos desnecessários dos municípios e qualificar a assistência dos municípios que estavam encaminhando” (informação verbal). [E1]

No HC-UFPE, a telessaúde foi instituída em 2001 através da RedeNUTES, destacada ao longo deste trabalho, conforme relato abaixo:

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

A RedeNUTES foi fruto de uma parceria entre o LIKA, HC-UFPE e a Secretaria de Saúde do Recife, de Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe e Igarassu. Proporcionou a criação dos primeiros núcleos de telessaúde nos referidos municípios, e do núcleo gestor da rede, o NUTES-UFPE, vinculado administrativamente à Reitoria da UFPE. Em 2004, a RedeNUTES recebeu novo financiamento do Ministério da Saúde (Convênio 2801/2003), que permitiu dar continuidade às suas atividades até 2006<sup>26</sup>. Este aspecto é corroborado pelos estudos de Novaes, Araújo e Couto<sup>8</sup>, Santos et al.<sup>32</sup>, Oliveira<sup>18</sup> e Novaes et al.<sup>33</sup>.

A formulação do PTBR-Redes ocorreu em função da experiência pregressa com telemedicina e telessaúde de algumas instituições de ensino superior no país, entre elas a UFPE:

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

Novaes et al.<sup>33</sup> descrevem a formulação do PTBR-Redes. Em Pernambuco, o programa é desenvolvido, desde 2007, pelo NUTES-UFPE por meio da RedeNUTES. A oferta da tele-educação e teleassistência teve início em 2003. A RedeNUTES implantou, de forma pioneira no Brasil, uma rede de telessaúde voltada para a ESF, superando inúmeros desafios. As conquistas citadas permitiram que, a partir de 2005, a RedeNUTES pudesse participar das primeiras discussões que culminariam com a implantação, em 2007, do Projeto Piloto de Telessaúde Aplicado à APS. A participação da RedeNUTES nesse projeto possibilitou a manutenção da rede criada em 2001, expandindo-se para mais de cem unidades de saúde da família (USF) do estado de Pernambuco<sup>33</sup>.

Seguindo para o cenário nacional, para Santos et al.<sup>32</sup>, em estudo sobre a estruturação do SUS e o desenvolvimento das ações de telessaúde no Brasil, o PTBR-Redes foi formulado com base em dois grandes experimentos realizados no país, um na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) na área de saúde, e o outro na Universidade de São Paulo (USP) na de educação. Nove universidades que possuíam alguma experiência em telessaúde foram contempladas. Nesse mesmo estudo, são destacados os projetos de telessaúde desenvolvidos na arena pública, que iniciaram no contexto nacional a partir de 2002. São eles: BH-Telessaúde (UFMG), Projeto Homem Virtual (USP), RedeNUTES (NUTES-UFPE), Telemedicina da Amazônia da Universidade Estadual do Amazonas (UEA), Telerradiologia da Universidade Federal Fluminense (UFF), Rede Catarinense de Telemedicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Projeto Minas Telecardio (UFMG, Universidade Federal de Uberlândia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Universidade Estadual de Montes Claros e Universidade Federal de Juiz de Fora)<sup>32</sup>.

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

[...] Tomei conhecimento do programa numa primeira reunião que ocorreu no Ministério da Educação (MEC) no dia 7 de novembro de 2005, onde estavam a SGTES, a UFMG, a USP e o MEC [...] pra começar a discutir o programa. [...] Em 2006 a gente começou a

sua implantação. Foi um processo rico, porque fomos construindo-o com essas nove universidades, e com o Conselho Federal de Medicina, a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, o Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde. [...] Foi uma construção coletiva (informação verbal). [E5] [...] a gente já tinha algumas articulações em 2005 pra construção desse programa, capitaneada pela USP e UFMG, que participaram mais intensamente naquelas discussões mais no início. [...] Houve um momento de sinergia. A gente trabalhava com a telessaúde havia um bom tempo, realmente fomos pioneiros na inserção da telessaúde na atenção primária através de um projeto formalmente aprovado. [...] Era um projeto que tinha escopo e escala pequena, mas a nossa experiência foi muito importante pra consolidação da estratégia que foi montada. Outras universidades também já atuavam muito fortemente com a telemedicina, como é o caso da USP. Ela foi que de certa forma conduziu esse grupo num primeiro momento, junto com a UFMG, que também já tinha vários processos de telemedicina, inclusive no próprio município de Belo Horizonte através de financiamentos que ocorreram através de projeto da União Europeia, o @lis (informação verbal). [E2]

Analisando o processo de tomada de decisão para o surgimento do programa em questão, o poder decisório dos atores pode ser classificado como pluralista, a partir do momento em que a decisão foi tomada entre grupos e instituições, sob a coordenação da SGTES/MS<sup>30</sup>.

### **A implementação do PTBR-Redes**

A RedeNUTES implantou uma rede de telessaúde voltada para a ESF e superou inúmeros desafios, como os de adquirir recursos financeiros para desenvolvimento de um projeto inovador, conquistar espaço dentro da universidade para construção de um núcleo de telessaúde e formar recursos humanos que pudessem contribuir para a construção de uma rede de telessaúde. Este argumento encontra-se também no trabalho de Santos et al.<sup>32</sup>.

Entre agosto de 2003 e dezembro de 2006, foram oferecidos 121 seminários por videoconferência com temas focados na APS. Na teleassistência, foram discutidos 43 casos clínicos por meio da plataforma de telessaúde HealthNet e videoconferências<sup>26</sup>.

Essas conquistas permitiram que, a partir de 2005, a RedeNUTES pudesse participar das primeiras discussões que culminariam com a implantação, em 2007, do Projeto Piloto de Telessaúde Aplicado à Atenção Primária, que resultou em 2010 na instituição do programa em âmbito nacional. O processo de articulação política foi fundamental para identificar e captar parceiros estratégicos para a execução do projeto<sup>26</sup>.

A RedeNUTES atingiu a meta de implantar 100 pontos em fevereiro de 2009<sup>26</sup>. A quantidade de pontos implantados e equipes beneficiadas variam ao longo da execução do PTBR em função dos desligamentos e novas adesões de municípios e unidades de saúde. As primeiras Unidades de Saúde da Família (USF) do programa em Pernambuco entraram em funcionamento em abril de 2008<sup>26</sup> e os primeiros 76 municípios do programa no estado foram homologados na reunião da CIB de 6 de agosto de 2007<sup>34</sup>. Isto coincide com o relato abaixo:

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

Para a implantação dos pontos de telessaúde, o NUTES-UFPE definiu como estratégia cobrir pelo menos 50% de cada regional de saúde, de forma a cobrir o maior número possível de municípios e conseguir distribuição territorial homogênea no estado, além de priorizar os municípios mais distantes fisicamente e os mais carentes<sup>34</sup>.



Sobre a escolha dos municípios a serem contemplados com os pontos de telessaúde, relata a entrevista nº 2:

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

Essa estratégia priorizou a necessidade dos municípios em detrimento de questões político-partidárias<sup>34</sup>. Na implantação da ESF havia a representatividade de diferentes partidos políticos nos governos dos municípios selecionados. Era uma sinalização importante para que o programa não fosse reconhecido como iniciativa de determinado partido que poderia tornar-se conhecido, consensualmente, como um partido da saúde<sup>35</sup>. Isto acompanhou a lógica da implantação do PTBR-Redes no estado.

Em 2007, houve mudança de governo em Pernambuco como resultado das eleições estaduais de 2006. A equipe do projeto RedeNUTES iniciou o processo de pactuação para implantação do PTBR junto ao COSEMS e participou de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para articulação e implantação do projeto nos municípios. Este processo se estendeu de maio a novembro de 2007. Os novos gestores questionaram inúmeros aspectos do projeto, provocando um novo e longo processo de pactuação e deliberação com a gestão que acabara de assumir a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE)<sup>26</sup>.

A parceria com o COSEMS foi fundamental para legitimar o projeto e transcorreu de forma bastante satisfatória. No entanto, apesar de todo esforço, à época da implantação e de parte da implementação não foi possível estreitar as relações com a SES-PE para construir uma agenda de ações e políticas unificadas em torno da ESF<sup>26</sup>. Esta questão é claramente evidenciada no relato abaixo:

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

Oliveira<sup>18</sup> também ressalta esta questão ao relatar que, com relação à RedeNUTES, dos parceiros captados, todos assinaram Carta de Anuência ao Projeto, exceto a SES-PE.

No processo de implementação do programa em Pernambuco foram destacadas algumas dificuldades. A questão da articulação política, extremamente necessária ao contexto da implantação do programa é ressaltada no depoimento a seguir. Nacionalmente, há dificuldade de se fazer articulações políticas com os atores envolvidos, dada à complexidade da inserção da telessaúde nos estados, municípios e na prática cotidiana dos profissionais da ESF, conforme demonstra a entrevista nº 5:

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

Além da dificuldade de articulação política ao longo da implementação do programa, constatou-se a problemática da alta rotatividade de profissionais nos serviços de saúde, assim como dos gestores, interferindo na adesão ao PTBR-Redes<sup>36</sup>.

Há também problemas de conexão à internet em Pernambuco para a utilização de serviços de telessaúde, acompanhando uma tendência nacional. Testes preliminares de conexão indicaram uma péssima qualidade do acesso à internet por meio dos provedores locais nos municípios<sup>26</sup>. Novaes et al.<sup>33</sup> corroboram este achado ao testificar que 80% dos pontos de telessaúde, em Pernambuco, têm velocidade de conexão com a internet igual ou inferior a 256 Kbps.

Por esta razão, foram feitas reuniões com a extinta Rede de Informática PE-Multidigital do Governo de Pernambuco. Esperava-se com a PE-Multidigital um ganho de qualidade substancial no acesso aos serviços de telessaúde através do acesso à internet banda larga de maior qualidade. No entanto, a contratação só poderia ser realizada por instituições estaduais. Apesar de pactuado na CIB, em 12 de Novembro de 2007, sessão 216<sup>a</sup>, não houve manifestação da SES-PE sobre a questão<sup>26</sup>. Os achados de Oliveira<sup>33</sup> concordam com os nossos sobre este aspecto.

A entrevista n<sup>o</sup> 2 traz relatos que aproximações da SES-PE e a efetiva existência de uma política estadual de telessaúde ocorreram a partir de 2011 através da instituição do Comitê Estadual de Telessaúde:

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

Essa informação condiz com o trabalho de Oliveira e Maia<sup>37</sup>, que traz o Comitê Estadual como uma instância de integração dos núcleos de telessaúde de Pernambuco. Um exemplo concreto no que tange ao desenvolvimento dessa ação é o apoio da SES-PE à estruturação das Redes Intermunicipais de Telessaúde (RIT) em Pernambuco, conformadas a partir do PTBR-Redes.

Considerou-se que a oferta pelo MS dos *kits* de telessaúde (microcomputador multimídia e conexão à internet) para a segunda etapa do programa seria fundamental para sua viabilidade<sup>37</sup>. Verifica-se que este aspecto não foi acatado a contento pela Coordenação Nacional do programa ao longo da sua expansão. Em Pernambuco, a equipe gestora participou de discussões por e-mail e por videoconferência com o Grupo de Trabalho Nacional de Tecnologia para a definição dos itens que comporiam os *kits* de telessaúde, visando adotar um padrão nacional. As discussões foram intensas e levaram mais de três meses. Os núcleos que participavam do Projeto Piloto Aplicado à APS (PTBR) não adquiriram equipamentos iguais devido à percepção da necessidade de considerar a realidade local dos estados com relação à manutenção, à garantia, assistência técnica, entre outros aspectos<sup>26</sup>.

Após a descrição da implementação do programa, sob a ótica da internet e equipamentos de informática, considerados entraves para o pleno desenvolvimento das atividades de telessaúde, cabe discutir que, apesar de o PTBR-Redes oferecer a incorporação de maquinário e tecnologias, em vez de dispensar, incorpora mais trabalhadores, devido à dimensão interpessoal do cuidado que jamais permitirá sua automatização<sup>38</sup>. Na referida dimensão, há necessidade da disponibilidade de profissionais de saúde

para atuarem como teleconsultores, imprescindíveis para o sucesso da implementação do serviço de telessaúde:

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

Conforme preconizado no Manual de Telessaúde para Atenção Primária, é imprescindível que os profissionais que executam as ações de teleassistência, no caso teleconsultores e telerreguladores, tenham formação e experiência assistencial preferencialmente na ESF, além de conhecimento da língua inglesa<sup>39</sup>. Isto não é uma realidade presente de forma homogênea em Pernambuco. Barbosa et al.<sup>40</sup>, destaca que, em 2008, apenas 15% dos médicos atuantes na ESF brasileira possuíam formação em algum programa de residência médica ligado direta ou indiretamente à APS ou à Saúde Pública.

Como ação para dirimir essa questão, preconiza-se a integração da telessaúde com os programas de residências e cursos de graduação e pós-graduação, pensando formas de interiorização e fixação de profissionais em locais de difícil acesso. É pertinente a criação de estágios de práticas de teleconsultoria para as residências de Medicina de Família e Comunidade e Saúde da Família e a utilização do PTBR-Redes para realizar preceptoria à distância. Para a graduação, sugere-se a inclusão da telessaúde e a informática em saúde como disciplinas<sup>36</sup>.

Sobre esse aspecto Khouri<sup>41</sup> traz, em seu trabalho sobre a evolução da telemedicina no Brasil, que a UFPE criou por meio do Grupo TIS, em 1994, a primeira disciplina de informática em saúde para um curso de medicina no Nordeste. No restante do país, iniciativas como essa foram reconhecidas, a partir da década de 1980, na FMUSP, Unifesp, Universidade Estadual de Campinas, UFRGS, além de várias outras instituições de ensino que já oferecem cursos de informática em saúde.

Diante do exposto, conclui-se que a estratégia de implementação do Programa Telessaúde Brasil Redes foi incremental, pois partiu da busca de solucionar problemas do SUS de maneira gradual<sup>30</sup>.

## O monitoramento e avaliação do PTBR

Para Cunha<sup>42</sup>, a avaliação de políticas públicas pode subsidiar o planejamento e a formulação das intervenções governamentais, o acompanhamento de sua implementação, suas reformulações e ajustes, assim como as decisões sobre a manutenção ou interrupção das ações. É um instrumento importante para a melhoria da eficiência do gasto público, da qualidade da gestão e do controle sobre a efetividade da ação do Estado, bem como para a divulgação de resultados de governo. Quanto a esta atividade relativa ao PTBR-Redes, em entrevista, alguns atores relataram a falta de avaliações sistemáticas do programa e a sua necessidade:

Não houve avaliação robusta do programa. [...] Não sei se os números nacionais correspondem ao que está sendo passado. Se “camuflam” muito os resultados (informação verbal). [E1]

Sobre isto, Silva e Moraes<sup>43</sup> constataram que ainda é insuficiente a produção científica voltada para inserção dos saberes e práticas de telessaúde no SUS, principalmente com a abordagem voltada para a

saúde coletiva. Os estudos produzidos acerca das experiências de telessaúde no Brasil são copiosamente atrelados ao pensamento da clínica. Evidencia-se este aspecto quando se realizam buscas sobre avaliação de iniciativas de telessaúde.

Apesar da referida ausência de avaliação mais aprofundada do programa, no Seminário Nacional do Programa Telessaúde em 2009, foi relatado pelos participantes do evento que houve inserção da telessaúde em instituições, promovida pela integração entre universidades e serviços de saúde. O fato de a avaliação preliminar do Projeto Piloto aplicado à APS ser considerada, à época, favorável mediante o monitoramento quantitativo de indicadores pelo MS, atrelado aos relatos dos núcleos de telessaúde apontando a sua efetividade, aumentou a confiança de parceiros envolvidos na implementação do PTBR-Redes, gerando mais trabalho em rede cooperativa<sup>36</sup>. Este aspecto concorda com os achados de Silva e Moraes<sup>43</sup>, que abordam o trabalho desenvolvido pela Rede Universitária de Telemedicina (RUTE/RNP). Sobre a questão da ampliação do trabalho em rede, a RUTE potencializou o crescimento do PTBR-Redes.

Ainda sobre o monitoramento do programa, no âmbito da RedeNUTES, o relato abaixo descreve uma rotina estabelecida:

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

Existem rotinas para a avaliação de todas as etapas do desenvolvimento do PTBR-Redes, discutindo e consolidando indicadores de produção e de processo para o melhor monitoramento dos pontos de telessaúde, além de subsidiar as demandas de indicadores feitas pela Coordenação Nacional do Telessaúde. Estes indicadores são discutidos pela gestão local da rede em reuniões mensais que definem estratégias para melhorar o grau de satisfação dos usuários da RedeNUTES, adesão aos serviços e a qualidade do cuidado prestado à população assistida pela ESF. Os indicadores são consolidados e publicados no portal RedeNUTES<sup>26</sup>.

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

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

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

Ainda sobre a sustentabilidade do PTBR-Redes, merece destaque o depoimento da entrevista nº 2:

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

Estudo de Gundim<sup>44</sup> aplicou um modelo de mensuração de fatores determinantes para a sustentabilidade de centros de telemedicina e telessaúde. As morfologias e áreas de um centro, entretanto, não puderam ser comparadas com outros centros por não haver um parâmetro absoluto para essa comparação. O modelo proposto tem utilidade quando aplicado no acompanhamento de uma mesma instituição, revelando a sustentabilidade evolutiva ao longo do tempo.

Para que a sustentabilidade do PTBR-Redes venha a ser estabelecida, um dos aspectos necessários é a articulação política entre os atores pertinentes envolvidos na implementação do programa. Em Pernambuco, existe dificuldade relativa a essa articulação, e espera-se que nas próximas etapas se conte mais fortemente com os municípios, estados e com as universidades que possuem um acúmulo de experiência na área de telessaúde:

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

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

A portaria nº 2554 de 28 de outubro de 2011, prevê a priorização da articulação entre os núcleos do PTBR-Redes já implantados e os demais em processo de expansão ou que venham a ser implantados, apoiados nas gestões municipais, estaduais e universidades públicas, para que esses garantam apoio matricial e preparação das equipes dos novos núcleos, além de outras formas de cooperação que venham a ser pactuadas no âmbito de cada projeto intermunicipal ou de região de saúde<sup>20</sup>. Sobre isso, é proferido na entrevista nº 1:

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

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

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

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

Campos et al.<sup>1</sup> pondera que, em um país com dimensões continentais como o Brasil, o processo de implementação do PTBR-Redes deve ser caracterizado pela flexibilidade e coordenação colegiada. A telessaúde constitui um processo de mudança cultural e poderosa ferramenta de integração entre a inovação e a saúde pública, com vistas a alcançar a almejada integralidade na atenção<sup>43</sup>.

## Conclusões

A presente análise permitiu a compreensão do processo de implementação do PTBR-Redes no estado de Pernambuco. A definição da agenda da telessaúde e formulação do referido programa ocorreram por meio das contribuições do Projeto Piloto aplicado à APS pela UFPE financiado pelo Ministério da Saúde em 2001. Posteriormente, houve pactuação para implantar o PTBR entre MS, MEC e algumas universidades brasileiras frente à experiência destas universidades com o tema, entre elas a UFPE. A perspectiva de formulação do PTBR-Redes foi classificada como pluralista e o tipo da política foi considerada autorregulatória. A forma de implementação predominante foi *top down* (do âmbito federal descentralizando para o local) e no estado de Pernambuco houve dificuldades de articulação política para implantação do programa. Como pontos críticos da sua implementação destacam-se a falta de conectividade e de disponibilidade de *kits* de telessaúde pelas instituições assim como a alta rotatividade de profissionais nos serviços de saúde.

A razão da concepção do programa foi considerada incremental e a relação entre esferas de governo se deu com mecanismo de controle normativo. No tocante ao monitoramento e à avaliação, há um quadro de ausência de avaliação qualitativa do programa que baseie as próximas etapas de desenvolvimento e uma necessidade latente de amadurecimento e desenvolvimento desse campo para a garantia de sustentabilidade do programa. Mais estudos sobre os resultados alcançados que permitam compreender as limitações e os avanços da telessaúde enquanto política pública são necessários e indicados por esta pesquisa. Vale ressaltar que a telessaúde, ferramenta comprovada de apoio às equipes de saúde, não é um fim em si mesma. A integração entre as instituições governamentais é essencial para o desenvolvimento das ações de telessaúde no contexto do SUS de forma sistemática e sustentável.

Recomendam-se outros estudos mais aprofundados sobre a temática da telessaúde no estado de Pernambuco e nacionalmente voltados para o PTBR-Redes, que tem passado por importante processo de expansão. É necessário avaliar o impacto econômico gerado nas redes de saúde que possuem serviços de telessaúde, e realizar avaliações dos resultados alcançados pelo PTBR-Redes que permitam compreender suas limitações e avanços.

No âmbito nacional, sugere-se a necessidade de um melhor alinhamento da telessaúde a outros programas do Ministério da Saúde como, por exemplo, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)<sup>46</sup>, o Programa de Valorização Profissional da Atenção Básica (Provab)<sup>47</sup>, e o mais recente Programa Mais Médicos<sup>48</sup>, tendo em vista a preocupação de trazer soluções para qualificar a atenção à saúde do SUS. E mais, sugere-se no tocante às terminologias utilizadas na área

de telessaúde que estas precisam ser padronizadas para melhor se avaliar e parametrizar os serviços de telessaúde existentes no país.

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

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

## Referências

1. Campos EF, Haddad AE, Chao LW, Alkmin MB. Telessaúde em apoio à atenção primária à saúde no Brasil. In: Santos AF, Souza C, Alves HJ, Santos SF, editores. Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG; 2006. p. 59-74.
2. Norris AC. Essentials of Telemedicine and Telecare. Baffins Lane: John Wiley & Sons; 2002.
3. Melo MC, Silva EM. Aspectos conceituais em Telessaúde. In: Santos AF, Souza C, Alves HJ, Santos SF, editores. Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG; 2006. p.17-31.
4. Organização Mundial da Saúde. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. Geneve: WHO, 2011 [acesso em 5 fev 2013]. Disponível em: [http://www.who.int/goe/publications/goe\\_telemedicine\\_2010.pdf](http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf).
5. Organização Mundial da Saúde. World Health Report 2008: Statistical Annex 2. Geneve: WHO, 2008.
6. Bashshur R, Shannon S, Krupinski E, Grigsby J. Policy: The Taxonomy of Telemedicine. Telemedicine And E-health. 2011; 17: 484-494.
7. Alkmin MB, Alves HJ, Abreu MP. Panorama internacional da telessaúde. In: Santos AF, Souza C, Alves HJ, Santos SF, editores. Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG; 2006. p. 373-383.
8. Novaes MA, Araujo KS, Couto JM. A experiência de Pernambuco em Telessaúde. In: Santos AF, Souza C, Alves HJ, Santos SF, editores. Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG; 2006. p. 198-233.
9. Pop-PE. [internet] Histórico. [Acesso em 5 maio 2013]. Disponível em: <http://www.pop-pe.rnp.br/historico.html>.
10. RNP. [internet] Sobre a RNP. [Acesso em 23 ago 2013]. Disponível em: <http://www.rnp.br/rnp/>.
11. Cury WB, Messina LA, Ribeiro Filho JL, Simões N, Dal Sasso G, Barbosa S, et al. Implementing RUTE's Usability - the Brazilian Telemedicine University Network. Online Braz J Nurs [internet]. 2010 December [Cited 2014 Aug 25]; 9 (3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3176>.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 35 de 04 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Diário Oficial da União 4 jan 2007.
13. Chao LW. Telemedicina e Telessaúde: Um panorama no Brasil. Informática Pública. 2008; 7-15.
14. Ministério da Saúde (Brasil) [internet]. Programa Telessaúde Brasil. [Acesso em 24 ago 2011] Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/php/level.php?lang=pt&component=42&item=1>.

15. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 402 de 24 de fevereiro de 2010. Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no SUS, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União 24 fev 2010.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 2.546 de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Diário Oficial da União 27 out 2011.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União 30 dez 2010.
18. Oliveira DG. Análise do grau de implantação da Telessaúde na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco: estudo de casos. Recife. Dissertação [Mestrado Profissional em Saúde Pública] - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
19. RedeNUTES. [internet] Indicadores. [Acesso em 23 ago 2014]. Disponível em: <http://www.redenutes.ufpe.br>.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 2554, do dia 28 de outubro de 2011. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Diário Oficial da União 28 out 2011.
21. RedeNUTES. [internet]. Documentos. [Acesso em 23 ago 2014]. Disponível em: <http://www.redenutes.ufpe.br>.
22. Núcleo de Telessaúde da Universidade de Pernambuco. [internet]. História da Telessaúde na Faculdade de Ciências Médicas. [Acesso em 9 jan 2012]. Disponível em: [http://nutes.upe.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=361&Itemid=2](http://nutes.upe.br/index.php?option=com_content&view=article&id=361&Itemid=2).
23. Núcleo de Telessaúde do Instituto de Medicina Integral Profº Fernando Figueira. [internet]. IMIP cria Núcleo de Tecnologias da Informação em Saúde. [Acesso em 9 jan 2012]. Disponível em: <http://www1.imip.org.br/cms/opencms/imip/pt/imprensa/noticias/0912.html>.
24. Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Vale do São Francisco. [internet]. Institucional. [Acesso em 20 ago 2014]. Disponível em: <http://www.nutes.univasf.edu.br>.
25. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. [internet]. Programas e ações: Telessaúde. [Acesso em 20 ago 2014]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/telessaude>.
26. Rede de Núcleos de Telessaúde de Pernambuco. Estratégias do Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco para integração das ações apoiadas pela SGTES/MS. Recife: NUTES-UFPE; 2010.
27. Yin R. Case Study Research: Design and Methods. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1994.
28. Walt G, Gilson L. Reforming the Health Sector in Developing Countries: The Central Role of Policy Analysis. Health Policy and Planning. 1994; 9(4): 353-370.
29. Araújo Junior JL. Health sector reform in Brazil, 1995-98. An health policy analysis of a developing health system. Leeds. Tese [PH. D. Course in Health Services Studies] - The Nuffield Institute for Health, University of Leeds; 2000.
30. Araújo EF. Análise da Política Nacional de Medicamentos no Brasil, 1999 a 2002: o caso dos Medicamentos Genéricos. Recife. Dissertação [Mestrado Profissional em Saúde Pública] - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.



31. Kvale S. Interviews. An introduction to Qualitative Research Interviewing. Thousand Oaks: London Sage Publications; 2009.
32. Santos AF, Souza C, Melo MC, Campos RT, Alves HJ. Structuring of the Brazilian Public Health System and the Development of Telehealth Activities in Brazil. *Latin Am J Telehealth*. 2009; 1 (1): 5-38.
33. Novaes MA, Machiavelli JL, Verde FC, Campos Filho AS, Rodrigues TR. Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(43): 1095-1106.
34. Rede de Núcleos de Telessaúde de Pernambuco. Plano de Trabalho para Implantação Projeto Nacional Telessaúde: Núcleo Pernambuco. Recife: NUTES-UFPE; 2007.
35. Ministério da Saúde (Brasil). [internet]. Atenção Básica e a Saúde da Família. [Acesso em 11 out 2011]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaoBasica.php>.
36. Ministério da Saúde (Brasil). Relatório I Seminário Nacional Telessaúde Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
37. Oliveira DG, Maia DM. Gestão Estadual da Telessaúde em Pernambuco: uma proposta de integração. In: *Anais do Cbis*; 2012. Curitiba: SBIS; 2012. p.1-5.
38. Ministério da Saúde (Brasil). [internet]. Mais Saúde: Direito de todos 2008-2011. [Acesso em 5 jan 2013]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais\\_saude\\_direito\\_todos\\_2008\\_2011.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2008_2011.pdf).
39. Ministério da Saúde (Brasil). [internet]. Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde. [Acesso em 11 set 2012]. Disponível em: [http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/manual\\_telessaude\\_0.pdf](http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/manual_telessaude_0.pdf).
40. Barbosa A. Saúde da Família no Brasil: Situação atual e perspectivas. In: *Anais do Congresso mineiro de epidemiologia e saúde pública*; 2009. Belo Horizonte: Face,UFMG; 2009. p. 49-51.
41. Khouri SG. Telemedicina: análise da evolução no Brasil. São Paulo. Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.
42. Cunha CG. Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. Porto Alegre: Seplag, 2006.
43. Silva AB, Moraes IH. O caso da Rede Universitária de Telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira. *Physis*. 2012; 22(3): 1211-1235.
44. Gundim RS. Gestão dos fatores determinantes para sustentabilidade de centros de Telemedicina. São Paulo. Tese [Doutorado] - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.
45. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União* 19 jul 2011.
46. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1 de setembro de 2011, que institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). *Diário Oficial da União* 1 set 2011.
47. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União* 8 jul 2013.