Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Laboratório de Telessaúde

Renata Fernanda de Morais

A potencialidade da Tele-Educação em saúde como ferramenta de qualificação das equipes de atenção básica

Rio de Janeiro
2017

Renata Fernanda de Morais

A potencialidade da Tele-Educação em saúde como ferramenta de qualificação das equipes de atenção básica

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Telemedicina e Telessaúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.ª Dra. Márcia Maria Pereira Rendeiro

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

M827 Morais, Renata Fernanda de.
A potencialidade da Tele-Educação em saúde como ferramenta de qualificação das equipes de atenção básica / Renata Fernanda de Morais. – 2017.
121 f.

Orientadora: Márcia Maria Pereira Rendeiro

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Laboratório de Telessaúde. Pós-graduação em Telemedicina e Telessaúde.

1. Tecnologia educacional - Teses. 2. Educação permanente- Teses. 3. Educação continuada - Teses. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Rendeiro, Márcia Maria Pereira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Laboratório de Telessaúde. III. Título.

CDU 614.253.5

Bibliotecária: Ana Rachel Fonseca de Oliveira
CRB7/6382

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Renata Fernanda de Morais

A potencialidade da Tele-Educação em saúde como ferramenta de qualificação das equipes de atenção básica

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Telemedicina e Telessaúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 20 de fevereiro de 2017.

Banca Examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Márcia Maria Pereira Rendeiro (Orientadora)

Faculdade de Odontologia - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Renata Rocha Jorge

Faculdade de Odontologia - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Caren Serra Bavaresco

Universidade Luterana do Brasil

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

Aos meus pais Nina e Ginho, exemplos de
dedicação, incentivo e amor.
E aos profissionais da saúde que acreditam no SUS que dá certo.

AGRADECIMENTOS

Ao longo destes dois anos, muitos foram os desafios enfrentados para que pudesse chegar até esse momento. Agradeço imensamente:

A Deus, pela força e pela fé.

À minha mãe, Angelina, que me ensinou os caminhos da vida, mostrou as pedras e me desafiou a construir um castelo.

Ao meu pai, José Fernandes, pelos ensinamentos de amor e humildade em minha vida.

Ao meu irmão, Renan, pelo incentivo e compreensão pela ausência durante essa trajetória.

Ao meu companheiro, Renato, pelo amor, confiança e companheirismo e, principalmente, por segurar as minhas mãos nos momentos mais difíceis.

Ao meu cachorro, Marley, pela companhia nas madrugadas durante os estudos.

Aos meus amigos e familiares, especialmente famílias Samico e Rijo, pelo acolhimento, carinho e amizade.

À Universidade do Estado do Rio de Janeiro, por me receber como aluna para esta etapa tão importante de minha trajetória profissional e por ter me oportunizado a construção do conhecimento.

À minha orientadora, Profa Dra Márcia Rendeiro, pelo compromisso e dedicação, com quem tive o privilégio de ser guiada com sabedoria, respeito e generosidade para conclusão desta etapa profissional.

À Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) da UERJ, especialmente Adriana da Costa, pelo acolhimento, aprendizado e oportunidade de crescimento em mais um campo profissional.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Telessaúde e Telemedicina da UERJ, por toda atenção, competência e responsabilidade com que conduziram o meu desenvolvimento acadêmico.

À banca de qualificação, Prof. Dr. Urubatan e Profa Dra. Caren que integraram a minha banca de qualificação, por suas sugestões, contribuições e pela generosidade nos ensinamentos.

Aos meus entrevistados da pesquisa de campo, pelo esforço em disponibilizar um espaço nas suas agendas para participar da entrevista.

Aos meus colegas de trabalho que souberam compreender e apoiar o meu trabalho, especialmente nos momentos de finalização deste estudo.

A todos os trabalhadores do Sistema Único de Saúde, que se reinventam na construção dessa rede em prol dos usuários. Muito Obrigada pela conclusão desta Dissertação.

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.

Paulo Freire

RESUMO

MORAIS, Renata Fernanda de *A potencialidade da Tele-Educação em saúde como ferramenta de qualificação das equipes de atenção básica.* 2017. 121 f. Dissertação (Mestrado em Telemedicina e Telessaúde) - Laboratório de Telessaúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

No contexto de reformulação da atenção básica e da necessidade de qualificação dos profissionais das equipes de saúde da família através de ações efetivas de Educação Permanente em Saúde, surgem incentivos aos projetos de Telessaúde, especialmente para a Atenção Básica, colocando o Telessaúde como importante ferramenta para educação permanente frente aos desafios de descentralização da saúde num país com dimensões continentais como o Brasil. O Telessaúde assegura a construção do conhecimento em ambientes virtuais, de modo a contribuir para a organização dos serviços e uma formação coerente com as necessidades de saúde da população. Diante disso, traçamos como objetivos deste estudo apresentar o processo da implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes (PTBR) na Atenção Básica no Estado do Rio de Janeiro e identificar os principais desafios e potencialidades na educação permanente dos profissionais de saúde das equipes de atenção básica. O estudo justifica-se pela necessidade de fortalecer a sustentabilidade do Programa Telessaúde como instrumento de educação permanente. A metodologia do estudo consistiu em pesquisa documental, análise de dados secundários do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e entrevistas semiestruturadas. O processo de implantação iniciou-se em 2007, através do Projeto Piloto Nacional de Telessaúde, com a criação do Núcleo de Telessaúde do Estado do Rio de Janeiro no Laboratório de Telessaúde localizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE/UERJ). As pactuações entre Conselho de Secretários Municipais do Rio de Janeiro (COSEMS/RJ) e a Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ) definiu o critério de cobertura de saúde da família para a implantação dos pontos de telessaúde nos municípios. A conectividade foi apontada como aspecto dificultoso para a implantação e os resultados da avaliação externa do PMAQ-AB refletiram um cenário de desigualdades na infraestrutura no que tange equipamentos de informação e comunicação. Os entrevistados do estudo mencionaram, em unanimidade, a webconferência como serviço mais utilizado na implantação do PTBR no Estado do Rio de Janeiro, e pontuaram a necessidade de mudanças nos processos de trabalho em função da adoção das novas tecnologias de informação. Com isso, sugerimos a necessidade de um melhor alinhamento da telessaúde a outros programas do Ministério da Saúde, assim como a sensibilização dos gestores municipais para apoio às equipes de saúde da família na inserção da tele-educação nos processos de trabalho, superando barreiras de eventuais resistências à mudança.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Telessaúde

ABSTRACT

MORAIS, Renata Fernanda de. *The potential of Tele-Education in health as a tool for qualification of primary care teams.* 2017. 121 f. Dissertação (Mestrado em Telemedicina e Telessaúde) - Laboratório de Telessaúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

In the context of the reformulation of basic health care and the need to qualify the professionals of the family health teams through the effective actions of Permanent Health Education, incentives for the projects of Telehealth, especially for basic Care, are emerging, placing Telehealth as an important tool for Permanent Education against the challenges of decentralization of health in a country with continental dimensions such as Brazil. Telehealth ensures the construction of knowledge in virtual environments, in order to contribute to the organization of services and a training coherent with the health needs of the population. In view of this, we set out as objectives to present the Telehealth Program Brazil Networks (PTBR) implementation process in Primary Care in the State of Rio de Janeiro and to identify its main challenges and potentialities in the permanent education of the professionals of the basic care teams. The study is justified by the need to strengthen the sustainability of the Telehealth Program as a permanent education instrument. The methodology of the study consisted of documentary research, analysis of secondary data of the 1st Cycle of the Program of Improvement of the Access and Quality of Basic Attention and semi-structured interviews. The implementation process began in 2007, through the National Pilot Project of Telehealth, with the creation of the Nucleus of Telehealth of the State of Rio de Janeiro in the Laboratory of Telehealth located at the Universitary Hospital Pedro Ernesto of Rio de Janeiro State University.. The agreements between the Council of Municipal Secretaries of Rio de Janeiro (COSEMS / RJ) and the State Department of Health (SES / RJ) defined the criterion of health coverage of the family for the implementation of telehealth centers in the municipalities. Connectivity was identified as a difficult aspect for the implementation and the results of the external evaluation of the PMAQ-AB reflected a scenario of inequalities in infrastructure regarding information and communication equipment. The interviewees unanimously mentioned web conferencing as the most used service in the implementation of PTBR in the State of Rio de Janeiro, and pointed out the need for changes in work processes due to the adoption of new information technologies. With this, we suggest the need for a better alignment of telehealth with other Ministry of Health programs, as well as the awareness of municipal managers to support family health teams in the insertion of tele-education in work processes, overcoming barriers of possibles resistences to change.

Keywords: Permanent Education in Health. Family Health Strategy. Telehealth.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pesquisa avaliativa..... 49

Figura 2 – Mapa do Estado do Rio de Janeiro e atual configuração das Regiões de Saúde..... 51

Figura 3 – Linha do Tempo com os principais marcos propulsores do Programa Telessaúde..... 59

Figura 4 – Módulo I- Observação na Unidade de Saúde..... 64

Figura 5 – Módulo II - Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica. 66

Figura 6 – Divulgação do evento de inauguração dos núcleos regionais..... 69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número absoluto de equipamentos de tecnologia de informação na unidade de saúde no Estado do Rio de Janeiro..... 64

Gráfico 2 – Número absoluto de unidades de saúde com acesso à internet..... 65

Gráfico 3 – Ações que a equipe participa ou participou nos últimos anos..... 67

Gráfico 4 – Serviços do Telessaúde utilizados pelas Equipes de Atenção Básica..... 68

Gráfico 5 - Número de municípios com equipes de saúde da família no Estado do Rio de Janeiro - Período de 1998- 2006..... 73

Gráfico 6 - Evolução do número de equipes de saúde da família implantadas no Estado do Rio de Janeiro - Período 2007-2016..... 74

Gráfico 7 - Cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (%) de acordo com os municípios (no absoluto) do Estado do Rio de Janeiro- dezembro 2016 75

LISTA DE QUADROS

Quadro1 – Principais Programas na proposta da Educação Permanente em Saúde..... 31

Quadro 2 – Pactuações do Projeto de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica segundo as Regiões de Saúde..... 61

Quadro 3 – Municípios do Estado do Rio de Janeiro com Pontos de Telessaúde..... 78

Quadro 4 – Núcleos Telessaúde do Estado do Rio de Janeiro..... 80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultado de certificação das Equipes de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ-1º ciclo..... 41

Tabela 2 – Resultado de certificação das Equipes de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ-2º ciclo..... 42

Tabela 3 – Percentual de equipamentos de tecnologia de informação na unidade de saúde no Estado do Rio de Janeiro e Brasil, 2015..... 75

Tabela 4 – Regiões de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, 2016..... 76

Tabela 5 - Percentual das ações de Telessaúde no Estado do Rio de Janeiro e Brasil, 2015..... 90

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CBTMs	Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CEGAES	Coordenação Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde
CEGATES	Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIES	Comissão de Integração de Ensino e Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CISBAF	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNRH	Conferência Nacional de Recursos Humanos
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COSEMS	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEPREPS	Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
EaD	Educação à Distância
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GT	Grupo de Trabalho
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEP	Instituição de Ensino e Pesquisa
IES	Instituição de Ensino Superior
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
MTC	Ministério da Telecomunicação e Comunicação
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários em Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PTBR	Programa Telessaúde Brasil Redes
RNP	Rede Nacional de Ensino e Pesquisa
RUTE	Rede Universitária de Telemedicina
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEA	Universidade Estadual do Amazonas
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFAM	Universidade Federal do Amazonas

UFC	Universidade Federal do Ceará
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	18
1	**MARCO TEÓRICO**.....	26
1.1	**As Políticas Públicas como estratégias de ações educacionais na atenção básica**.....	26
1.1.1	Política Nacional de Educação Permanente.....	26
1.1.2	Política Nacional de Atenção Básica.....	33
1.2	**O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica**.....	38
1.3	**O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes**.....	44
1.4	**Análise de implantação de Programa de Saúde**.....	48
2	**METODOLOGIA**.....	52
2.1	**Tipo de estudo**.....	52
2.2	**Local do estudo e participantes**.....	52
2.3	**Coleta de dados**.....	54
2.3.1	Pesquisa documental.....	54
2.3.2	Análise de base de dados.....	55
2.3.3	Entrevista semi-estruturada.....	55
2.4	**Sistematização e análise dos dados**.....	56
2.5	**Procedimentos Éticos**.....	57
3	**APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**.....	58
3.1	**Pesquisa Documental**.....	58
3.2	**Base de Dados**.....	63
3.3	**Entrevistas**.....	68
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
	REFERÊNCIAS	98
	APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista.....	107
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	108
	ANEXO A - Termo de Autorização Institucional.....	110
	ANEXO B - Deliberação CIB 2.007 de 18 de outubro de 2012.....	111
	ANEXO C - Núcleos de Telessaúde no Brasil.....	112
	ANEXO D - Equipes de Atenção Básica Contratualizadas no 1º ciclo do PMAQ-AB.....	114
	ANEXO E - Municípios com Pontos de Telessaúde no Estado do Rio de	

Janeiro..... 116
ANEXO F - Deliberação CIB 3.471 de 21 de julho de 2007..... 118

INTRODUÇÃO

Nos últimos vinte anos, o Brasil tem passado por uma reestruturação bastante desafiadora no âmbito das políticas públicas de saúde, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como a principal forma de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho e por ampliar a resolutividade e, consequentemente, impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades.

A Atenção Básica (AB) é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde. (BRASIL, 2012a)

A ESF é um processo dinâmico que permite a implementação dos princípios e diretrizes da Atenção Básica constituindo-se como primeiro e preferencial contato com a clientela do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2007, p.19)

Lopes (2013) relata que em 2012, com a expansão de 33.434 equipes, em 95,2% dos municípios brasileiros pela ESF, fez-se necessário priorizar iniciativas com vistas à qualificação deste nível de atenção.

Nesse sentido, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) têm desenvolvido várias iniciativas centradas na qualificação da Atenção Básica, de modo que permita a ampliação do seu acesso e melhoria da sua qualidade.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011, foi uma destas iniciativas, um produto de pactuação das três esferas de gestão do SUS, que possibilitou a primeira avaliação nacional, regional e localmente.

O PMAQ-AB, é um componente da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cujo sucesso está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção e gestão.

Depende fundamentalmente do fomento de espaços de diálogo/problematização/gestão entre equipes, gestores e usuários, com potência para produção de mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços. (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012).

Entre o segundo semestre do ano de 2012 e o primeiro semestre do ano de 2013, foi realizado o 2º ciclo do PMAQ-AB, e escrevo minha trajetória a partir desse instante em que

assumi a função de supervisora de campo nesse Programa em determinada Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Nessa função, tive a oportunidade de conhecer novos caminhos, locais, regiões e culturas, mas, principalmente, pude observar na prática como está organizada a Atenção Básica e a qualificação de seus profissionais de saúde.

Problemas como a baixa disponibilidade de profissionais, sobretudo da categoria médica, a distribuição irregular com grande concentração em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas, a crescente especialização e sua dependência de tecnologias mais sofisticadas, o predomínio da formação hospitalar e centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência demandam ambiciosas iniciativas de transformação da formação de trabalhadores. (CECCIM, 2004).

Lopes (2013) expressa como os desafios do PMAQ para a qualificação da atenção, a precariedade da rede física; a ambiência pouco acolhedora das Unidades Básicas de Saúde (UBS); as inadequadas condições de trabalho para os profissionais; a necessidade de qualificação do trabalho das equipes; a instabilidade das equipes e a elevada rotatividade dos profissionais; a insipiência dos processos de gestão; a sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade; a pouca integração das equipes com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico; a baixa integralidade e resolutividade das práticas e o financiamento insuficiente e inadequado.

O Programa está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo, sendo elas a adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontratualização.

A avaliação externa, terceira fase do PMAQ-AB, está organizada em três módulos, sendo eles: Módulo I – Observação na Unidade de Saúde; Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde e Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário; ambos módulos consistem no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade da atenção básica.

Para a realização desta avaliação externa, o Ministério da Saúde (MS) contou com o apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) na organização e desenvolvimento dos trabalhos de campo, que consiste na aplicação de instrumentos de coleta de dados pelos avaliadores da qualidade, através do *tablet*, direcionados à unidade de saúde, aos profissionais de ensino superior das equipes de saúde e aos usuários.

O objetivo da aplicação do Módulo II foi verificar as ações para a qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica, assim como obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Nesse módulo, o profissional respondia quatro perguntas relacionadas à educação permanente no processo de qualificação de suas ações desenvolvidas, módulo no qual pude perceber como supervisora de campo que a maioria dos profissionais de saúde das equipes da atenção básica entrevistados não participava de ações do Telessaúde, tendo como principais justificativas a dificuldade de acesso/conectividade, desconhecimento sobre a existência do programa no município, dificuldade de inserção de novas tecnologias no dia a dia do trabalho e a falta de possibilidade de acesso no horário de trabalho.

De acordo com Cavalcanti (2006), a avaliação tem sido definida como instrumento imprescindível para o conhecimento da viabilidade de programas e projetos, para o redirecionamento de seus objetivos, quando necessário, ou mesmo para a reformulação de suas propostas e atividades.

Revela-se ainda como um importante mecanismo de gestão, uma vez que fornece informações e subsídios para tomada de decisão dos gestores, formuladores e implementadores de programas, pois possibilita conhecer o que está acontecendo e atuar sobre os fatos de forma a realizar ajustes necessários, economizando tempo e recursos, o que eleva a credibilidade das ações públicas.

É destas inquietações vivenciadas nessa prática como supervisora de campo que surgiu o interesse pela temática de estudo "*Tele- Educação em Saúde*" com a finalidade em identificar os principais desafios e potencialidades na educação permanente dos profissionais das equipes de atenção básica do Estado do Rio de Janeiro através do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica.

Nesse contexto geral de reformulação da atenção básica na estruturação do sistema de saúde e da necessidade de qualificação da ESF através de ações efetivas de Educação Permanente em Saúde (EPS), surgem incentivos aos projetos de Telessaúde, especialmente para a Atenção Básica, colocando o Telessaúde como importante ferramenta para educação permanente frente aos desafios de descentralização e capilarização da saúde num país com dimensões continentais como o Brasil.

Um dos maiores desafios para a Rede da Atenção Básica é propiciar as condições para que ela seja resolutiva, e diante disso, a Portaria nº 2.546/GM/MS de 27 de outubro de 2011 redefiniu e ampliou o Programa Telessaúde Brasil, que passou a ser

denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, fornecendo aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde no SUS os seguintes serviços:

> I - Teleconsultoria: consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho (...).
> II - Telediagnóstico: serviço autônomo que utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distâncias geográfica e temporal;
> III - Segunda Opinião Formativa: resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS; e
> IV - Tele-educação: conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação.

Neste mesmo ano, em 28 de outubro, a Portaria nº 2.554 /GM/MS, instituiu 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.

O Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica tem como objetivo desenvolver ações de apoio à educação permanente para equipes de atenção básica, visando à educação para o trabalho, na perspectiva da melhoria da qualidade do atendimento, da ampliação do escopo de ações ofertadas por essas equipes, da mudança das práticas de atenção e da organização do processo de trabalho. (BRASIL, 2011a)

Segundo Faria (2010), a Universidade do Estado do Rio de Janeiro teve um importante papel em todo o processo de expansão do Projeto Telessaúde Brasil, uma vez que foi a instituição responsável pela implantação do Telessaúde Núcleo Rio de Janeiro. Além de disponibilizar o espaço físico, contribuiu com os recursos humanos, por meio da inserção de docentes coordenadores e teleconsultores, organizados em áreas profissionais e temáticas.

Tendo surgido como um dispositivo de qualificação das equipes de Saúde da Família (eSF), através do processo de EPS que promove aumento da resolutividade na APS, redução do número de encaminhamentos para a atenção secundária, e consequente qualificação da atenção à saúde, o Programa Telessaúde Brasil no Estado do Rio de Janeiro contém elementos relevantes para análise enquanto política pública, no âmbito do SUS.

Desta forma, o Programa de Telessaúde é o resultado de importantes integrações ensino-serviço, desenvolvendo fóruns de discussão e cursos em educação profissional em saúde e atividades de EPS. (OPAS, 2009)

Salienta Cunha *et al* (2011) que a EPS, através da Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), gera integração entre gestores e colaboradores, fomentando o trabalho em rede e proporcionando reflexo positivo no atendimento e na melhoria constante à população, permitindo o aperfeiçoamento de mecanismos participativos, respeitando o conhecimento dos profissionais e ampliando os espaços de aprendizagem no próprio local de trabalho.

Oliveira (2007) enfatiza que a EPS deve ser uma necessidade premente para os profissionais, para uma postura crítica, capazes de desenvolverem autoavaliação, autoformação, autogestão, promovendo, assim, os ajustes necessários no sentido de trabalhar com interdisciplinaridade, na transmissão de saberes e do saber-fazer *in locus*, continuamente, traduzindo-se na sua prática os seus saberes.

Considerando o ponto de vista de Carneiro e Brant (2013), o Telessaúde possibilita a capacitação dos profissionais e gestores por meio da internet, evitando deslocamentos desnecessários e oferecendo apoio à tomada de decisões.

Oliva *apud* Mendes (2015) menciona em seu estudo que os serviços de Telessaúde são estratégias na efetivação das redes de atenção à saúde, pois não há rede sem estratégia capilarizada de informação e comunicação nem sem aproximação entre os profissionais que a compõem esta rede.

Com base no baixo custo e elevada eficiência, a ferramenta do Telessaúde em Saúde assegura a construção do conhecimento em ambientes virtuais, de modo a contribuir para a organização dos serviços e uma formação coerente com as necessidades de saúde da população.

Campos *et al* (2006) corrobora com a assertiva enfatizando que o Telessaúde emprega modernas tecnologias de informática e telecomunicação com vistas à criação de ferramentas que possam ser usadas como recurso estratégico para otimização do SUS.

Entretanto, por ser uma prática recente na rede de saúde, o Telessaúde apresenta muitas mudanças e reflexões que se fazem necessárias, tais como, a necessidade da informatização nos serviços de saúde e a instituição de uma mudança cultural no cotidiano do trabalho dos profissionais das equipes de atenção básica.

Ainda Carneiro e Brant (2013) destacam que para efetividade do programa educativo, investimentos em recursos tecnológicos deverão ser priorizados, tanto no uso dos sistemas,

quanto na elaboração e na utilização do material didático, de modo a oferecer experiências de aprendizagem colaborativa que se traduzam como avanço cognitivo para os alunos.

E Fernandes (2009) menciona que a conectividade no Brasil ainda constitui um grande desafio para o desenvolvimento da EPS mediada pelas TICs, pois a minoria das regiões do Brasil possui internet com bom desempenho e velocidade, sendo um obstáculo percebido pelos profissionais de saúde.

Para Silva (2013 b) vários fatores associados à utilização da telessaúde, sejam fatores de sucesso ou barreiras à sua difusão, são descritos na literatura:

> (i) pouca evidência do impacto da telessaúde na saúde da população, (ii) reorganização administrativa local para adequar novos processos de trabalho, (iii) percepção da utilidade, benefícios e limitações da telessaúde, (iv) pouca evidência da relação de custo-efetividade e sustentabilidade, (v) aceitação da tecnologia, (vi) infraestrutura local, incluindo disponibilidade de equipamentos, qualidade e custo da conexão à internet, (vii) aspectos éticos e legais, (viii) equipe clínica adequada, (ix) e poucos estudos em larga escala para avaliar a adoção da telessaúde.

Tomaz e Molen (2011) afirmam que poucos profissionais das equipes de Saúde da Família tem acesso fácil a computador e a bibliotecas ou centros de estudo, e que a maioria não apresenta experiência prévia com a educação a distancia (EaD) e que, apesar de ter acesso à computador, boa parte não tem acesso à internet, o que pode ser uma limitação na educação permanente destes profissionais.

Pensando que o MS é responsável pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que inclui, dentre suas várias ações, a utilização das novas TICs, visando qualificação dos profissionais das equipes de atenção básica, e o Telessaúde se configura como uma das estratégias integrantes desta Política disparou-se as seguintes questões de investigação para nortear este estudo: Como foi o processo de implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado do Rio de Janeiro? Quais foram os aspectos dificultosos e facilitadores durante o processo de implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica no Estado do Rio de Janeiro? E quais são os seus principais desafios e potencialidades na educação permanente dos profissionais de saúde das equipes de atenção básica através do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado do Rio de Janeiro?

A opção por esta pesquisa fundamenta-se nos resultados da avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ-AB, o que reforça a necessidade de qualificação dos profissionais das equipes

de atenção básica, assim como pela importância em desenvolver estratégias para o enfrentamento das limitações no uso dos serviços do Programa Telessaúde.

Com isso, diante dos desafios apontados, traçou-se como objeto deste estudo *A apresentação do processo de implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado do Rio de Janeiro,* tendo os seguintes objetivos:

Geral

- Apresentar o processo de implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado do Rio de Janeiro.

Específicos

- Explicar os determinantes contextuais da implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica do Estado do Rio de Janeiro;
- Identificar os aspectos dificultosos e facilitadores durante o processo de implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica no Estado do Rio de Janeiro;
- Compreender os principais desafios e potencialidades na educação permanente dos profissionais de saúde das equipes de atenção básica através do serviço da Tele-Educação do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado do Rio de Janeiro.

A justificativa do estudo considera, sobretudo, o Programa Telessaúde como um incentivo ao uso das TICs como ferramentas de apoio para a educação permanente dos profissionais de saúde e consequentemente como uma estratégia para o fortalecimento da atenção básica.

Acrescenta-se à questão da oportunidade do estudo, a necessidade em consolidar o Programa de forma que não só fomente as atividades de EPS, como também oferte estratégias de apoio para a gestão fortalecendo a integração entre os serviços de saúde na atenção básica, ampliando a resolutividade da mesma.

É válido ressaltar que o uso de TICs é algo ligado intrinsecamente ao sucesso de intervenções no processo de trabalho, pois o conhecimento é ampliado para espaços que superam os limites das salas de aula devido à acessibilidade e custo-efetividade; e o Programa Telessaúde é mais um exemplo deste avanço tecnológico, uma nova e moderna ferramenta

que, aliada à prática dos profissionais das equipes de atenção básica, transforma a construção, produção e difusão do conhecimento.

Adicionalmente, a utilização dos dados do PMAQ-AB segundo o recorte territorial levantado neste trabalho, poderá ser um instrumento importante para a criação de políticas de educação permanente, além de levar em conta as características físicas e de infraestrutura das unidades de saúde no que tange às TICs.

Sendo assim, este estudo é relevante por proporcionar uma compreensão dos determinantes contextuais da implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado do Rio de Janeiro, identificando seus desafios e potencialidades, de forma que proporcione o planejamento e tomada de decisões pelos gestores, com a finalidade de propor ações direcionadas à educação permanente às equipes de atenção básica.

Do ponto de vista acadêmico, esta pesquisa justifica-se pela escassez de estudos e pesquisas sobre a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica através do Programa Telessaúde, principalmente no Estado do Rio de Janeiro, possibilitando uma reflexão sobre o tema e os aspectos essenciais e contextuais relacionados às condições de implantação do Programa.

Em vista disso, espera-se que este estudo promova o diálogo entre gestores e profissionais das equipes de atenção básica para inserção da Tele - Educação em Saúde em suas práticas, contribuindo significativamente para a melhoria da qualificação dos profissionais, e consequentemente a qualidade do atendimento e resolubilidade na Atenção Básica.

1 **MARCO TEÓRICO**

1.1 **As políticas públicas como estratégias de ações educacionais na atenção básica**

1.1.1 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Nos últimos anos, o sistema educacional brasileiro vem passando por algumas transformações em sua metodologia de ensino, ocasionando mudanças tanto na formação acadêmica quanto profissional.

O tema educação tem originado diversas pesquisas e estudos, dada a sua importância para a construção de saberes, quer seja para o exercício de uma profissão, quer seja para o exercício da cidadania.

Com as mudanças na organização do trabalho, a educação em saúde para profissionais de saúde do SUS vem sendo palco de interesse do Estado para elaboração de políticas públicas, e como sua formulação é responsabilidade de todas as esferas de governo, cabe ao gestor estabelecer as estratégias que possibilitem sua implementação.

Macedo (2009) relata que é necessário que os trabalhadores do SUS compreendam o contexto em que estão inseridos e a importância da sua atuação para a consolidação e efetividade das políticas, pois eles precisam ter o conhecimento, a habilidade e a atitude necessários para utilizar adequadamente os recursos disponíveis para realizar suas atividades de forma alinhada e integrada com os propósitos estabelecidos nas políticas públicas e, principalmente, para refletir sobre a sua prática, repercutindo assim, na melhoria do serviço prestado à população.

Lopes *et al*, (2007) narra em seu estudo que a discussão sobre a mudança na estratégia de formação dos profissionais de saúde iniciou-se na década de 70 na América Latina anteriormente à implantação da Política de Educação Permanente no Brasil, em que a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), percebendo a formação inadequada das equipes de saúde frente à realidade dos serviços, introduziu o debate para a construção de um novo modelo pedagógico para a mudança das práticas de saúde.

Neste sentido, a implementação de ações educacionais constitui uma estratégia essencial para a implementação das políticas públicas e alcance dos objetivos e resultados

propostos de forma que ordene a formação na área da saúde, segundo o artigo 200, da Constituição Federal de 1988 (CF/88).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, além de ser um marco histórico para a confirmação do SUS, apresentou um conjunto articulado de formulações para a área de recursos humanos em saúde.

Neste mesmo ano, ocorreu a I Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH) para a Saúde cuja discussão foi o desenvolvimento do caráter pedagógico reflexivo viabilizado por meio de um processo contínuo de ensino-aprendizagem. O documento recomendou a atualização dos profissionais por meio da educação continuada, visando à introdução de novas técnicas que garantissem a melhoria da qualidade no desempenho profissional e que propiciassem a integração interprofissional e o trabalho coletivo. (BRASIL, 2006c).

A 9ª CNS, convocada em 1992 em um contexto de crise econômica, apresentou como tema central a municipalização e pouco se acrescentou ao debate o desenvolvimento de recursos humanos. (BRASIL, 2006c).

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos em 1993 propôs a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e municipais de saúde e a criação e a sistematização de programas de educação continuada de forma descentralizada e institucional. Esta conferência indicou a necessidade da regulamentação imediata do art. 200, inciso III e IV, da CF/1988 reafirmado pelo art. 6, incisos III e X, da Lei Orgânica da Saúde de 1990, sendo eles:

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico.

A decisão de elaborar os “Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS” foi tomada pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, com base em deliberação da 10ª Conferência Nacional de Saúde em 1996.

Em 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde propôs como agenda política-estratégica, a organização sistemática de um debate articulador de gestores, trabalhadores e formadores de recursos humanos para implementar “Os Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS” e recomenda III CNRH.

Já em 2003, a 12ª CNS reiterou aos gestores das três esferas de governo, a imediata adoção da Política Nacional para a Gestão do Trabalho no SUS como instrumento efetivo para a consolidação do SUS, e convocou a III CNRH, com o propósito de aprofundar diretrizes e estratégias no tocante à gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 03 e 04 de novembro de 2003, aplicam "Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)" como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS.

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS) trouxe o conceito de educação permanente, afirmando que esta se constitui no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio da escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização, e tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha. (BRASIL, 2006c).

No tocante a organização dos serviços no SUS, convém destacar a importância das conferências nacionais de saúde e as temáticas de recursos humanos, as quais tiveram suas diretrizes evidenciadas por Lopes, *et al*. (2007), "as conferências nacionais de saúde resumiam-se a questões discutidas em espaços privilegiados, sem comprometimento com a indução de uma política de gestão para o setor."

Desse modo, constata-se em documentos oficiais, que o entendimento da educação permanente em saúde reafirma o SUS como espaço de educação profissional para a realização da necessária articulação entre trabalho, ensino e cidadania.

A III Conferência Nacional de Recursos Humanos representou uma inflexão para o campo do trabalho e do trabalhador da área da Saúde consolidando as ações da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), criada em 2003, com a missão de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e, qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil.

Pires Alves e Paiva (2015) enfatizam que a nova secretaria teria como objetivo a implementação de uma política de valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde do SUS. Segundo a orientação adotada, esses trabalhadores deveriam ser tratados, não como recursos a serem mobilizados pelos gestores, mas como protagonistas decisivos no processo de consolidação da reforma do sistema de saúde.

A criação da SGTES dentro da estrutura do Ministério da Saúde é um dos instrumentos de priorização da Política de Educação e do Trabalho em Saúde no âmbito do

Estado brasileiro, ao dialogar diretamente com o cumprimento do disposto no art. 200 da Constituição Federal. (BRASIL, 2015a)

Conforme o Decreto nº 8.065, de 01 de agosto de 2013, que aprovou a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde vigente, a SGTES é composta por três Departamentos: Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS). (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2015)

O DEGES é responsável pelas políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à Educação Permanente dos trabalhadores do SUS no nível superior e no nível técnico-profissional, e pela coordenação da implantação da Política Nacional de Educação Permanente.

Além disso, o Departamento desenvolve suas ações por meio da Coordenação Geral de Ações Estratégicas (CEGAES) e da Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde (CEGATES).

A CEGAES é responsável pelas ações relacionadas à formação e à ordenação da formação dos profissionais de nível superior; e a CEGATES é responsável pelas ações que envolvem a formação e a ordenação da formação dos profissionais de nível técnico profissional.

Em 18 de setembro de 2003, o DEGES propõe a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, definindo o documento "Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Polos de Educação Permanente em Saúde" pela Comissão Intergestores Tripartite. Este documento foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde nº 335, de 27 de novembro de 2003.

Segundo Araújo *apud* Lopes *et al* (2011), o Ministério da Saúde, SGTES, toma para si o compromisso de mudar e ordenar da lógica da formação dos profissionais de saúde. A mudança inclui levar até o serviço e às demais instâncias comprometidas com a saúde, a prática pedagógica a partir do cotidiano do trabalho.

Sendo assim, a qualificação profissional é um eixo de atuação DEGES/SGTES que envolve um conjunto de ações direcionadas à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores do SUS envolvidos na assistência e na gestão, tendo como ações e programas: Política Nacional de Educação Permanente, InovaSUS, Telessaúde, Comunidade de Práticas, Portal Saúde Baseado em Evidencias e Universidade Aberta do SUS.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos seus trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema.

Com base na *PNEPS,* o DEGES compreende que a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS devem ser pautados pelas necessidades de saúde da população e construídos a partir dos princípios e diretrizes do SUS.

Dentro desse contexto de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de gestão da educação, a Educação Permanente em Saúde surge como um processo contínuo de transformação do trabalho qualificando a formação dos profissionais e consequentemente fortalecendo o SUS.

Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. (BRASIL, 2009a)

Em 2007, a Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto altera a Portaria nº 198/2004, e define novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

Esta Portaria refere que a PNEPS deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde, e que a condução regional deve se dar por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES).

O artigo 5º desta Portaria menciona que a CIES deve ser composta pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e, ainda, conforme as especificidades de cada região, por:

I - gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes;

II - trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas;

III - instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e

IV - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, pois ela baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. (BRASIL, 2007 b).

A EPS é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial. (BRASIL, 2004)

No discurso trazido por esta política, Vila e Aranha (2009), menciona que o processo educativo ocorre no próprio local de trabalho, em que este se constitui como um *locus* formador do trabalhador de saúde, no qual os profissionais vêm aprendendo a lidar com as novas propostas de reformulação da assistência, como pioneiros na construção do novo modelo assistencial, num verdadeiro processo de ensino-aprendizagem no cotidiano do trabalho.

As diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde foi instituída através da Portaria nº 278 de 27 de fevereiro de 2014, considerando a execução das ações de educação de forma regionalizada/territorializada, com o intuito de ampliar o acesso às ações de desenvolvimento e aperfeiçoar a utilização dos recursos. Tais ações constituem uma reflexão e aprendizagem no/para o trabalho, no âmbito das equipes multiprofissionais, abrangendo cursos presenciais e à distância, aprendizagem em serviço, grupos de estudos, oficinas, seminários, congressos e outras. (BRASIL, 2014)

No quadro 1 são destacadas as principais ações estruturantes na proposta da Educação Permanente em Saúde no SUS, no âmbito do Ministério da Saúde.

Quadro 1 - Principais programas na proposta da Educação Permanente em Saúde

PROGRAMA	DESCRIÇÃO DA SIGLA	ANO	PORTARIA
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem	2002	**Portaria nº 1262/GM,** de 18 de outubro de 1999.
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde	2005	Portaria nº 2.101 de 3 de novembro
PROGESUS	Programa de Qualificação e		Portaria nº. 2.261, de

	Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS	2006	22 de setembro
PTBR	Programa Telessaúde Brasil	2007	Portaria nº 35 de 04 de janeiro
PROFAPS	Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio para a Saúde	2009	Portaria nº 3.189, de 18 de dezembro
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde	2008	Portaria nº 1.802, de 26 de agosto
PRÓ-RESIDÊNCIAS	Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas	2009	Portaria nº 1.001/MEC/MS, de 22 de outubro de 2009
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS	2010	Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	2011	Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica	2011	Portaria nº 2.087, de 1º de setembro de 2011
PTBR-REDES	Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes *(redefine e amplia o PTBR)*	2011	Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011

Fonte: A autora, 2017.

No estudo de Ceccim (2005), a EPS constitui uma estratégia fundamental às transformações do trabalho para que este venha a ser um lugar de atuação crítica reflexiva, propositiva e compromissada, tendo, portanto, a descentralização e disseminação da capacidade pedagógica para dentro do trabalho.

Stroschein e Zocche (2012) relatam que a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, em que o aprender e o ensinar devem integrar a prática diária dos profissionais da saúde, pois, através desta, refletem sobre as diversas realidades e os modelos de atenção em saúde em que estão inseridos, com o intuito de identificar as situações-problema.

Ainda Stroschein e Zocche (2012), referem que a educação permanente apresenta um cenário que envolve a metodologia da problematização com ênfase nas situações-problema das práticas cotidianas de uma equipe com profissionais de diversas áreas de atuação, possibilitando reflexões críticas e articulando soluções estratégicas em coletivo.

Deste modo, a EPS exerce sobre os profissionais de saúde uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho, em que as situações vivenciadas pelas equipes no labor constituem em

experiências de aprendizagem significativas que incidem na qualidade do atendimento prestado tanto em relação às necessidades individuais quanto coletivas.

Diante das afirmativas dos autores e da mudança no modelo de atenção à saúde, acredita-se que se faz necessário substituir a metodologia da transmissão do conhecimento para a metodologia da problematização, pois a EPS apresenta-se como uma estratégia de gestão na reorganização do ensino em saúde na atenção básica, sendo um dispositivo de aproximação entre o cotidiano do profissional e as necessidades de saúde, cuja Política será discutida no próximo subitem.

1.1.2 Política Nacional de Atenção Básica

O governo brasileiro vem implementando políticas de inclusão social que têm expressões concretas nas áreas sociais do Governo, especialmente nas áreas de Saúde e de Educação.

Silva (2013b) menciona uma iniciativa de reorganização das práticas de saúde pautadas no Brasil como a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, no qual introduz a lógica de fortalecer a comunidade pela relação desse sujeito singular com a população do território e o conhecimento que este apresenta sobre os problemas e as necessidades de saúde do lugar, se constituindo como mediador entre a equipe e a população sob sua responsabilidade.

Ainda de acordo com Silva (2013b), a experiência bem sucedida do PACS aporta conhecimentos e práticas para a formulação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde em 1994.

Pavani (2012) relata que o PSF é reconhecido através da Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 a qual instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB), montante calculado com base no número de habitantes dos municípios repassado diretamente do fundo nacional de saúde aos fundos municipais de saúde destinados à organização da rede básica de saúde.

Na sequência da NOB 01/96, foram criadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) para organizar a operacionalização da assistência à saúde, instituindo o processo de regionalização da assistência, onde o gestor estadual ficou responsável em organizar seu território, dividindo-o em regiões de saúde.

Cada região de saúde deveria oferecer ações e serviços que atendessem às necessidades mais frequentes da população do referido território ou região, determinando que, partir da NOAS 01/2001, as responsabilidades mínimas dos municípios componentes de cada região seria ofertar à sua população, o mais próximo possível de sua residência o acesso às ações e serviços do nível de atenção básica. (PAVANI, 2012).

A Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006, denominada de Pacto pela Saúde 2006 é composto de três dimensões: Pacto de Gestão, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Vida, e dentro das prioridades do Pacto pela Vida se estabeleceu o Fortalecimento da Atenção Básica. (BRASIL, 2006 d)

A Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006 instituiu a Política Nacional de Atenção Básica e a partir de 2007 transforma o Programa Saúde da Família em Estratégia Saúde da Família e o referencia como eixo norteador da atenção básica para reorientação do modelo de assistência à saúde. (BRASIL, 2006 e)

Na área da saúde, nota-se um grande esforço para reorganização da Atenção Básica, tendo a expansão da Estratégia Saúde da Família como um dispositivo estratégico de inversão do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente curativo e hospitalocêntrico, para um modelo que abrange a prevenção de doenças, o controle de agravos e a promoção da saúde, cujas ações são operadas no contexto territorial e comunitário com atuação multidisciplinar e participativa.

Nos últimos anos, a sustentabilidade dos sistemas de saúde baseados nos modelos médico-hospitalocêntricos tem demonstrado evidentes sinais de esgotamento, apontando a necessidade de traçar estratégias para o avanço na melhoria dos indicadores de saúde da população. (BRASIL, 2007a)

Em 2012, além do aumento dos recursos repassados fundo a fundo desde a criação do PAB, a nova PNAB, instituída através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, mudou o desenho do financiamento federal para a atenção básica, passando a combinar equidade e qualidade.

A Portaria 978 de 16 de maio de 2012, define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, cujo valor do incentivo financeiro referente às ESF na Modalidade 1 é de R$ 10.695,00 (dez mil seiscentos e noventa e cinco reais) e a Modalidade 2 é de R$ 7.130,00 (sete mil cento e trinta reais) a cada mês, por equipe. (BRASIL, 2012b)

As modalidades das equipes de saúde da família são modalidade 1, que atendem aos seguintes critérios:

> I - estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; ou
> II - estiverem implantadas em municípios que atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

Em relação à equidade, o PAB fixo diferencia o valor per capita por município, beneficiando o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas. Pelo viés da qualidade, o PAB variável induz a mudança de modelo por meio da ESF e cria um componente de qualidade que avalia, valoriza e premia equipes e municípios, garantindo aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite. (BRASIL, 2017)

Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), atualmente o Estado do Rio de Janeiro possui população de 16.369.179 habitantes para cálculo do PAB, correspondendo a R$ 159.635.705,00 de repasses mensais, tendo 2.515 equipes de saúde família implantadas, o que traduz avanços significativos ao comparar com o ano de 1998. (BRASIL, 2017).

Por sua vez, a PNAB aponta que a Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2012a).

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, sendo o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. (BRASIL, 2012a).

A AB considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

É o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo e busca

proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos. (STARFIELD, 2004).

Starfield (2004) descreve que primeiro contato significa acesso e utilização do serviço de saúde para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento, e que um serviço é porta de entrada quando a população e a equipe o identificam como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há uma necessidade/problema de saúde. Para isso, este serviço deverá ser de fácil acesso e disponível; caso contrário, a procura será adiada, talvez a ponto de afetar negativamente o diagnóstico e o manejo do problema.

Silva (2013a) refere que é um trabalho voltado para compreensão das condições de vida, da forma de organização da sociedade e do processo de reprodução social que ocorre nos territórios, os quais revelam os determinantes de uma situação de saúde, que inclui condições socioeconômicas, culturais e ambientais e as relacionam com as condições de existência e trabalho da população.

As diretrizes da ESF buscam a ampliação do acesso e da utilização dos serviços da AB como porta de entrada ao sistema, ao proporem que as unidades de saúde sejam próximas ao local de moradia das pessoas, bem como a vinculação populacional e a responsabilidade pelo território.

Campos (2007) aponta que a ESF atravessa muitos desafios, tais como a dificuldade em consolidar-se nos grandes centros urbanos; práticas profissionais com visão reducionista do processo saúde-doença e baixa oferta e oportunidade para formação especializada, assim como déficit de oferta de processos de educação permanente.

Giovanella e Mendonça (2009) ao discutirem os fatores facilitadores e limitantes para consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos enfatizam a falta de perfil dos profissionais para o trabalho proposto, que em sua maioria conta com profissionais inexperientes e sem formação em saúde pública, em medicina familiar ou em saúde da família, limitando o alcance das ações e a resolutividade da Atenção Básica.

A falta quantitativa e qualitativa de profissionais adequadamente preparados para lidar com as novas atribuições exigidas pelo novo modelo, continua sendo um dos principais obstáculos para consolidação da Estratégia Saúde da Família. (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009).

Com a importância que atualmente é atribuída à AB e com a expressiva expansão da ESF, faz-se necessário acelerar os processos de mudanças na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, cumprindo assim uma das competências dos gestores no âmbito

do SUS. Esta é uma questão diretamente relacionada à qualidade da AB e a sustentabilidade da ESF e que exige o estabelecimento de parcerias sólidas e duradouras com as instituições formadoras. Compete aos gestores apontar e definir demandas que sejam coerentes com as reais.

Pierantoni (2004) menciona que a expansão da ESF questiona as formas tradicionais já consolidadas e socialmente reconhecidas de educação, e reforça a exigência de garantir competências e habilidades dos profissionais para cumprir os objetivos definidos do novo modelo de atenção primária.

A ESF, apesar dos enormes avanços e conquistas nos últimos anos, ainda enfrenta muitos desafios para se tornar hegemônica como uma proposta capaz de mudar o sistema de saúde e fazer frente ao modelo fragmentado existente.

Um dos desafios na ESF, e talvez o mais importante, como componente estrutural, refere-se aos recursos humanos.

Esse desafio inicia-se na gestão da APS nos níveis centrais das três esferas de governo e chega à ponta do sistema como uma dificuldade patente de contratação pelo setor público, de profissionais com perfil adequado ao que se pretende e se espera da Atenção Básica. É decorrente do processo de formação dos profissionais, que, apesar dos esforços para expansão da ESF, persiste distante das necessidades do SUS de integração de conhecimentos clínicos e de saúde coletiva. (BRASIL, 2007a)

É urgente a necessidade de qualificação do processo de educação permanente dentro da perspectiva de atendimento à demanda social. Outro foco é o da capacitação e educação permanente de gestores municipais e locais, que muitas vezes não contempla aspectos da Atenção Básica, cruciais para o cotidiano das ações desses atores. (BRASIL, 2007b).

Com isso, o processo pedagógico proposto é dinâmico e contínuo, não se esgotando com a aquisição de informação ou habilidade, uma vez que leva em conta a construção do conhecimento, da consciência crítica-reflexiva e de compromisso pessoal e profissional, exigindo dos trabalhadores, gestores e usuários, condições para o estabelecimento de mudanças que superem os nós críticos existentes, por meio de experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde com o objetivo de transformar a realidade. (FIGUEIREDO, 2012).

Essas transformações só virão a ocorrer com a responsabilização de cada um pela organização e pela consecução de atividades de educação permanente que capacitem cada membro da equipe de forma que se apropriem dos conhecimentos necessários para exercer suas atividades de forma resolutiva. (CECCIM, 2005).

Pensando no desafio da valorização do espaço da Atenção Básica e no desenvolvimento da cultura de avaliação, na qual todo processo de gestão e cuidado desenvolvido pela equipe multiprofissional, de forma compartilhada, possa ser avaliado com o objetivo de induzir um processo permanente e progressivo de ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na Atenção Básica, o Ministério da Saúde lançou em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que será discutido no próximo item.

1.2 **O programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica**

O fortalecimento da Atenção Básica e a expansão vertiginosa da ESF, com investimentos realizados nos últimos anos, têm conduzido à necessidade de ofertar serviços de qualidade que possam promover a saúde da população, a prevenção de doenças e reabilitação, e conduzido à necessidade de implementar instrumentos de avaliação que possam acompanhar e mensurar a qualidade e acesso neste nível de atenção.

A crescente expansão da estratégia de saúde da família no âmbito do SUS se traduz pelo aumento da adesão dos gestores municipais à essa proposta, na qual a Secretaria do Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ) têm papel fundamental no apoio técnico aos gestores municipais através do desenvolvimento de planos de ação visando a melhoria da qualidade desta estratégia

A Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011, criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) para garantir o padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. (BRASIL, 2011c)

Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica no SUS, induzindo a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. (BRASIL, 2011c).

Pinto *et al* (2014) destacam que o PMAQ representa um processo profundo de mudança na lógica de repasse de recursos para a Atenção Básica, pois está condicionado à sua

capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientadas por diretrizes pactuadas nacionalmente.

É um dispositivo que convoca ao envolvimento e protagonismo dos diversos atores e amplia a possibilidades de construção de ambientes participativos dialógicos, nos quais gestores, trabalhadores e usuários se mobilizam para se comprometerem com objetivos comuns. (PINTO *et al* 2014).

Para Cunha *et al* (2013), o PMAQ foi produto de um processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, visando estimular a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil.

Trata-se de um sistema de avaliação conectado ao incremento de recursos para a Atenção Básica, dentro de parâmetros negociados entre os entes federativos, cujos recursos não se dá apenas àquelas equipes que atingem determinada pontuação no sistema de avaliação, mas aquelas que estão melhor colocadas em relação às outras.

Pinto *et al* (2014) ressaltam que o:

> chamado padrão de qualidade é uma declaração da qualidade esperada e expressa afirmativamente o sentido da política produzida nos espaços tripartite de governança do SUS, e que as dimensões e padrões propostos pelo PMAQ operam como a afirmação de diretrizes e de uma caminhada para a superação dos problemas priorizados. A qualidade não é apreendida como *topos* ou *platô* e sim como fluxo e movimento devendo, por isso, ser fruto da atuação dos atores implicados, com capacidade de mudar o cenário e, portanto, exigir permanente adaptação e evolução da Política.

"O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade" (BRASIL, 2011c).

A primeira é chamada de "Adesão e Contratualização", a segunda de "Desenvolvimento", a terceira de "Avaliação Externa" e a quarta, que na verdade representa o começo de um novo ciclo, denomina-se "Recontratualização".

> 1. Adesão do município ao programa e contratualização de compromissos firmados entre as equipes de atenção básica (eAB), gestores municipais e Ministério da Saúde;
> 2. Desenvolvimento das ações visando a qualificação do processo de trabalho das equipes e da gestão, tais como ações pertinentes à educação permanente, ao apoio institucional, ao monitoramento de indicadores e à realização de processos de autoavaliação;
> 3. Avaliação externa, que busca verificar as condições de acesso e qualidade e identificar os esforços e resultados das eAB e dos gestores na qualificação da AB;

> 4. Recontratualização, que conduz as equipes a processos de repactuação entre as equipes de Atenção Básica e gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando o avanço sistemático do programa.

A primeira fase é a fase de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica (eAB) com os gestores municipais, e destes com o MS num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. Essa contratualização consiste na assinatura de um termo de compromisso entre a equipe de atenção básica e a gestão municipal e depois entre essa e o MS. (BRASIL, 2011c).

O caráter voluntário da adesão está associado à ideia de que a qualificação do serviço e mudanças das práticas só se concretizará em "ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito" (BRASIL, 2011c).

Cunha *et al* (2013) relata que a adesão é voluntária e desejavelmente pressupõe um processo anterior de pactuação entre gestor e equipes de AB, depois segue-se a adesão formal. Nela, primeiramente, o gestor municipal deverá cadastrar o seu município no programa e liberar as equipes de atenção básica da sua cidade para realizarem sua adesão, nesse processo, ele deverá apontar quais são os maiores desafios que seu município precisará enfrentar na qualificação da sua saúde.

Pinto *et al* (2014) reforçam que o município, por sua vez, ao aderir passou a receber imediatamente 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do PAB por equipe aderida. Esse repasse segue até a realização da avaliação externa e conclusão da certificação da equipe quando então esse percentual passa a depender do desempenho alcançado por cada eAB, podendo ser de cem por cento no caso de desempenho "ótimo" ou a suspensão de qualquer repasse do Componente no caso de desempenho insatisfatório.

A adesão dos gestores municipais incluiu o cadastramento das eAB, após prévia adesão das equipes como dito acima, e a assinatura de Termo de Compromisso no qual assumia-se os compromissos relacionados abaixo:

a) à aplicação dos recursos do Componente de Qualidade do PAB Variável;

b) à realização de ações para a melhoria das condições de trabalho das eAB;

c) à estruturação da gestão da AB garantindo "condições de funcionamento da equipe de gestão responsável pela implantação local do Programa" e envolvendo a mesma no apoio institucional às eAB para realização da autoavaliação, para a instituição de mecanismos de gestão colegiada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de avaliação e monitoramento de indicadores, para o desenvolvimento de ações de educação permanente e execução ações

compartilhadas de superação dos problemas identificados e alcance dos resultados pactuados. (BRASIL, 2011 c).

Para o ano de 2011/2012, tivemos uma situação excepcional em relação ao cronograma logístico, administrativo e orçamentário do primeiro ano de implantação do programa, para todos os municípios, sendo realizada a avaliação externa seis meses após a adesão.

O Estado do Rio de Janeiro possui 77 (setenta e sete) municípios cadastrados no 1º ciclo do programa em 2011 com 1075 equipes aderidas. No segundo ciclo do PMAQ-AB, o número aumentou para 90 municípios cadastrados com 1.918 equipes aderidas. (BRASIL, 2017).

O segundo ciclo, que ocorreu no período de novembro de 2013 a março de 2014, ainda não apresenta os microdados para consulta pública, apenas os resultados quantitativos da certificação, conforme mostra a tabela 2.

Já o terceiro ciclo, houve apenas a adesão e contratualização das equipes de atenção básica, até o presente momento não houve divulgação da avaliação externa.

De acordo com o resultado da certificação 1.047 (mil e quarenta e sete) equipes de atenção básica foram contratualizadas e avaliadas, visto que 28 (vinte e oito) foram excluídas por não possuírem profissional para responder no momento da avaliação externa, conforme aponta a tabela 1.

Após finalizado o primeiro ciclo do programa, o Departamento de Atenção Básica (DAB) divulgou a metodologia de classificação do desempenho das equipes com o intuito de contribuir para a análise e qualificação dos resultados alcançados pelas equipes e gestores municipais, estaduais e federais, estimulando a reflexão e o processo de pactuação, conferindo ainda, transparência ao processo de certificação das equipes

Tabela 1 - Resultado da certificação das equipes de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ/1º ciclo

CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES CADASTRADAS NO PMAQ	**Frequência**	**(%)**
Desempenho muito acima da média	96	8,9
Desempenho acima da média	443	41,2
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	506	47,1
Insatisfatória	2	0,2
Excluída	28	2,6
TOTAL	1075	100,0

Fonte: Extraído da Nota Técnica DAB/MS, 2016.

Tabela 2 - Resultado da certificação das equipes de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ/2º ciclo

CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES CADASTRADAS NO PMAQ	**Frequência**	**(%)**
Desempenho muito acima da média	206	10,7
Desempenho acima da média	434	22,6
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	1229	64,1
Insatisfatória	13	0,7
Desclassificada	36	1,9
TOTAL	1918	100,0

Fonte: Extraído da Nota Técnica DAB/MS, 2016.

A segunda fase consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Esta fase está organizada em quatro dimensões: Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente e Apoio Institucional.

A autoavaliação é tida como "ponto de partida da fase de desenvolvimento", propondo que o processo se inicie "pela identificação e reconhecimento, pelas próprias equipes, das dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento" (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, o PMAQ-AB, pensando na melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica, inclui a educação permanente como uma de suas dimensões estruturantes, buscando romper com a visão instrumental da educação, que pensa os processos educativos apenas como meio de alcançar um objetivo pontual e não como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional. (BRASIL, 2011c).

O programa sugere que o "saber e fazer em educação permanente seja encarnado na prática concreta dos serviços de saúde", pois a "mudança do modelo de atenção impõe a necessidade de qualificação dos serviços de saúde e de seus profissionais e as mudanças no processo de trabalho em saúde passam a exigir de seus atores maior capacidade de intervenção e autonomia para que possam contribuir para o estabelecimento de práticas transformadoras". (BRASIL, 2011c).

Ao contratualizar o programa, o município assume a participação na avaliação externa, que consiste na terceira fase do PMAQ, realizada pelo DAB/MS, em parceria com Instituições

de Ensino Superior e/ou Pesquisa (IES) de todo o país. Nessa etapa, um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) aplicaram instrumentos de coleta de dados para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão do Estado do Rio de Janeiro. (BRASIL, 2017)

Pinto *et al* (2014) salientam que a terceira fase é o momento de realização da Avaliação Externa que "consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das eAB" e para reconhecimento e valorização dos "esforços e resultados" dessas eAB e dos gestores municipais na qualificação da AB.

Vale destacar que em todos os módulos da avaliação externa, há questões que serão utilizadas para a certificação das equipes e outras que objetivam o levantamento de informações para orientar o aperfeiçoamento das políticas de saúde.

Os instrumentos da terceira fase, avaliação externa, estão organizados em três módulos:

Módulo I – Observação na Unidade de Saúde, objetiva avaliar as características estruturais e de ambiência na Unidade Básica de Saúde, bem como os equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis.

Módulo II – Entrevista com profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde, objetiva verificar as ações para a qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica, assim como obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização**.**

Estão contemplados, ao longo destes instrumentos, aspectos importantes das prioridades da PNAB, tais como: adscrição de território, acesso universal e contínuo aos serviços de saúde com qualidade e resolutividade, garantia da continuidade e longitudinalidade do cuidado com a adscrição de usuários, coordenação da integralidade do cuidado e estímulo à participação dos usuários no exercício do controle social.

A criação de um programa com potência para avaliar o acesso e a qualidade da assistência prestada à população se mostrou de suma importância para que a gestão, a coordenação e mesmo para que os profissionais das eAB apreendessem quais são suas reais condições e demandas, podendo, assim, traçar diagnósticos da situação da população adscrita. (ZAMPROGNO, 2013)

E, finalmente, a quarta fase de recontratualização é constituída por um processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ.

1.3 **O programa Telessaúde Brasil Redes**

Atualmente, existem variados estudos brasileiros que conceituam telessaúde como serviço de saúde.

Silva (2013a), em estudo sobre o surgimento da telessaúde no Brasil, parte do princípio que telessaúde, *e-saúde* e telemedicina têm em comum o uso das TICs na saúde, quando os atores estão distantes um do outro.

Albuquerque (2013) aponta que a Telessaúde se configura hoje na principal estratégia de ampliação das ações de TICs em saúde, mas que possui também muitos desafios, como o contexto de sistemas de saúde complexos e resistências à inovação.

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

Silva (2015) relata que duas ações da administração pública reúnem instituições de excelência no território nacional para as atividades de telessaúde no SUS: a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) e o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (PTBR).

O início da elaboração do projeto do Programa Nacional de Telessaúde ocorreu dezembro de 2005 e, desde então, por meio de um esforço do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (DEGES/SGTES/MS), foram desenvolvidas várias ações de envolvimento multissetorial.

Entendendo a necessidade da participação multi-institucional, de unir a expertise da academia com as necessidades governamentais de saúde pública, de somar recursos através de um envolvimento interministerial e de envolver gestores estaduais e municipais, o Ministério

da Saúde fez um grande esforço de integração e desenvolveu várias iniciativas e ações complementares na fase inicial de implementação do Programa.

O ano de 2006 foi um marco para Telessaúde com a publicação da Portaria nº 561 de 16 de março, na qual institui a Comissão Permanente de Telessaúde.

O documento revela que a telessaúde é uma ação intersetorial com largo espectro, pois o grupo é composto por três ministérios, sendo eles o Ministério da Educação, da Saúde e da Defesa; representantes das Universidades Públicas Federais e Estaduais e representante da OPAS.

No mesmo ano são agregados, pelas Portarias nº 1.228/2006 de 09 de junho e nº 07 de 24 de julho, tanto o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) quanto o Ministério das Comunicações (MC), e aumenta o quantitativo do MS. Incorporam-se, ainda, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Universidade Federal do Ceará (UFC).

A participação do MCT se expressa através da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), da RUTE e da implantação dos Núcleos de Telessaúde em todos os Estados brasileiros, visando apoiar o aprimoramento da infraestrutura para telemedicina já existente em hospitais universitários, bem como promover a integração de projetos entre as instituições participantes.

Cinco ministérios estão envolvidos com a ação, o que denota engajamento governamental multissetorial e a preocupação com a elaboração da política pública. (BRASIL, 2006a).

A Portaria nº 3.275 de 22 de dezembro de 2006, acrescenta o Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde (CBTms) à Comissão Permanente de Telessaúde. (BRASIL, 2006f)

No ano de 2007, através da Portaria nº 35 de 04 de janeiro, institui o Programa Nacional de Telessaúde efetivando um Projeto Piloto de Telessaúde em Apoio à Atenção Básica com a criação de nove Núcleos de Telessaúde nos seguintes estados brasileiros, Rio de Janeiro (Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ), Amazonas (Universidade Estadual do Amazonas – UEA e Universidade Federal do Amazonas – UFAM), Ceará (Universidade Federal do Ceará – UFC), Pernambuco (Universidade Federal de Pernambuco – UFPE), Goiás (Universidade Federal de Goiás – UFG), Minas Gerais (Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG), São Paulo (Universidade de São Paulo – USP), Santa Catarina (Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC) e Rio Grande do Sul (Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS).

Haddad e Monteiro (2015) destacam que o projeto foi submetido e aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde, e que cada Núcleo, em parceria com Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) dos seus respectivos estados, escolheu os municípios e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que participariam do projeto, sendo 100 pontos para cada estado participante.

O objetivo deste Projeto era desenvolver ações de apoio à educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família, visando à educação para o trabalho na perspectiva de mudanças de suas práticas resultando na qualidade do atendimento da Atenção Básica.

Muitos desafios foram enfrentados para sensibilização dos gestores municipais durante o Projeto Piloto, no qual contemplou 900 Unidades Básicas de Saúde e, aproximadamente, 4.500 equipes de Saúde da Família, conforme relatam Haddad e Monteiro (2015).

Diante disso, considerando a necessidade de implantar o Programa Telessaúde Brasil a partir dos resultados da avaliação do Projeto Piloto de Telessaúde em Apoio à Atenção Básica, instituiu-se o Programa Telessaúde Brasil, através da Portaria nº 402/GM/MS, de 24 de fevereiro de 2010, com o objetivo de qualificar, ampliar a resolutividade e fortalecer a Estratégia de Saúde da Família, a partir da oferta de denominada Segunda Opinião Formativa e outras ações educacionais dirigidas aos profissionais destas equipes.

No contexto da nova Política Nacional da Atenção Básica, em 27 de outubro de 2011, redefiniu e ampliou o Programa Telessaúde Brasil, passando a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (PTBR), através da publicação da Portaria n° 2.546.

Tal portaria destaca que o PTBR fornece aos profissionais das Redes de Atenção à Saúde no SUS os serviços de teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e tele-educação. Além disso, integram gestores da saúde, instituições formadoras de profissionais de saúde e serviços de saúde do SUS, sendo constituído por:

> I. Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico: instituições formadoras e de gestão e/ou serviços de saúde responsáveis pela formulação e gestão de Teleconsultorias, Telediagnósticos e Segunda Opinião Formativa; e
> II. Ponto de Telessaúde: serviços de saúde a partir dos quais os trabalhadores e profissionais do SUS demandam Teleconsultorias e/ou Telediagnósticos.

A estrutura da gestão do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes foi composta por:

> I. Coordenação Nacional, exercida pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS);
> II. Coordenação Estadual, exercida pela Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal ou por outra instância integrante do comitê gestor estadual, conforme aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
> III. Comitê Gestor Estadual;
> IV. Núcleo Técnico-Científico de Telessaúde; e
> V. Gestor municipal de saúde.

Importante ressaltar que, no âmbito estadual, o Programa Telessaúde Brasil foi gerido pelo Comitê Estadual de Coordenação do Telessaúde Brasil, instituído pela CIB com a seguinte composição:

> I. Representante da Secretaria Estadual de Saúde, preferencialmente a Coordenação Estadual de Atenção Básica;
> II . Coordenador da Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES);
> III. Representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) sendo um deles Coordenador da Estratégia de Saúde da Família no âmbito municipal;
> IV. Coordenador do Núcleo Universitário de Telessaúde, vinculado à universidade sede do Núcleo; e
> V. Diretor da Escola Técnica do SUS (ET SUS) do Estado ou de uma das Escolas Técnicas do SUS no caso dos Estados que possuírem mais de uma escola.

Como vimos em sua estrutura da gestão, o Programa Telessaúde Brasil Redes começa por uma ação nacional que busca melhorar a qualidade do atendimento da Atenção Básica no SUS, integrando ensino e serviço por meio das TICs, que oferecem condições para promover, por exemplo, assistência e educação à distância.

Salienta-se que o PTBR constitui em uma rede que interliga gestores da saúde das secretarias municipais e estaduais, instituições formadoras e serviços de saúde do SUS, num processo de trabalho cooperado *online*.

Gonçalves *et al* (2014) solidifica o ponto de vista, ao mencionar que, com base no baixo custo e elevada eficiência, a ferramenta do Telessaúde assegura uma construção do conhecimento em ambientes virtuais, de modo a contribuir para a organização dos serviços e uma formação coerente com as necessidades de saúde da população, assim como também incentiva ao uso das TICs como ferramentas de apoio a implementação da Política Nacional de Educação Permanente.

Pensando na necessidade de aperfeiçoar a estrutura física da UBS para o melhor desempenho das ações das equipes de atenção básica, é publicada a Portaria n° 2.206 em 14

de setembro de 2011, a qual institui o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. (BRASIL, 2011 d)

O Programa de Requalificação de UBS tem como objetivo prover infraestrutura adequada às equipes de atenção básica para desempenho de suas ações por meio do financiamento das UBS implantadas em território nacional.

Diante da necessidade de informatizar a Unidade Básica de Saúde, dotando-a de equipamentos de informática e garantindo a conectividade e o uso de tecnologias de informação, para à qualificação das ações e serviços ofertados por este ponto de atenção; à integração deste ponto de atenção com os demais pontos de atenção integrantes da Rede de Atenção à Saúde; e ao desenvolvimento de ações de telessaúde, apoio matricial, formação e educação permanente, publica-se em 28 de outubro de 2011 a Portaria n° 2554, que institui no Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional do Telessaúde Brasil Redes.

Concluindo, em 14 de junho de 2012, através da Portaria n^{o} 1.229 foram criados Núcleos de Telessaúde em mais onze capitais brasileiras, sendo elas, Manaus, Rio Branco, Macapá, Fortaleza, Goiânia, Cuiabá, Belém, Porto Velho, Aracaju, Florianópolis e Distrito Federal.

1.4 **Análise de implantação de programa de saúde**

Neste trabalho é apresentado o processo da implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado do Rio de Janeiro, instrumento de educação permanente dos profissionais de saúde como estratégia para o fortalecimento da atenção básica.

Embora a dimensão estrutural esteja prevista no estudo, será dada ênfase à visão processual, estabelecida a partir da pesquisa avaliativa. Para tornar mais compreensível esta opção metodológica, fez-se necessário estabelecer a diferenciação entre os conceitos de avaliação normativa e pesquisa avaliativa.

Contandriopoulos (1999) confirma que avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser

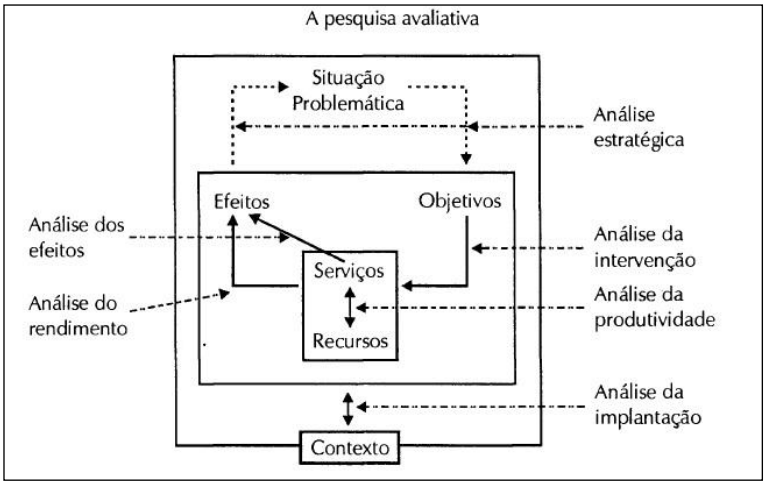
resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A pesquisa avaliativa trata de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. (CONTANDRIOPOULOS, 1999)

A pesquisa avaliativa produz conhecimento novo sobre uma dada realidade e se ocupa de conhecer especificamente um objeto, que é a intervenção social, emitindo um julgamento de valor sobre o objeto da avaliação. (SOUZA, 2008)

A pesquisa avaliativa, Figura 1, pode se decompor em seis tipos de análise.

Figura 1 - Pesquisa Avaliativa



Fonte: Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.p.29

O último tipo de análise consiste, por um lado, em medir a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos e, por outro, em apreciar a influência do ambiente, do contexto, no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção. Este tipo de análise é pertinente quando observamos uma grande variabilidade nos resultados obtidos por intervenções semelhantes implantadas em contextos diferentes. A análise da implantação é particularmente importante quando a intervenção analisada é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos. (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Denis e Champagne (1997) acentuam que a decisão de realizar uma análise da implantação deve se apoiar, sobretudo, no conhecimento da configuração dos efeitos produzidos por uma intervenção.

Souza (2008) salienta que existe uma distância significativa entre o que está preconizado nas normas de funcionamento de um programa e o que se concretiza na prática, e não poderia ser diferente, uma vez que essa passagem é resultado de um processo complexo, que envolve componentes políticos, tecnológicos, simbólicos, afetivos, etc., que vão determinar como esta passagem vai se dar, quando o programa passa de uma proposição teórica para a prática, submetendo-se às tensões sociais do cotidiano.

Com a sua implementação, o programa passa a sofrer as influências do contexto no qual está inserido, se submete às tensões dos interesses, pontos de vista e valores que estão interagindo no dia a dia de sua realização.

A pesquisa avaliativa se dedica como metodologia científica e produção de conhecimento científico em saúde a conhecer as práticas em saúde, desenvolvendo pesquisa sobre serviços. A partir da observação e compreensão de vários aspectos das ações e serviços de saúde, o estudo avaliativo pode ser usado como instrumento para subsidiar o planejamento de novas ações. (SOUZA, 2008)

Haddad (2012) aponta que o planejamento de implantação do Programa Telessaúde Brasil, ao envolver, na sua concepção, um processo de integração ensino-serviço, estruturando- se em rede com a participação tanto de universidades como de serviços de saúde, enfrentou o desafio de articular no nível político-institucional e no técnico-administrativo, as instâncias de gestão das áreas da Educação e da Saúde.

Para a implantação e gestão do Programa Telessaúde Brasil, foram instituídos, em articulação com a Coordenação Nacional do Programa, os Comitês Gestores Estaduais do Telessaúde Brasil. Cada um dos estados constituiu seu próprio Comitê Gestor Estadual, após aprovação na Comissão Intergestora Bipartite. (HADDAD, 2012)

Ainda Haddad (2012), na primeira etapa de implantação do programa foi pactuado na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) os critérios de escolha dos municípios e UBS que seriam prioritariamente beneficiados. Assim, em cada estado, as regiões mais remotas e com barreiras geográficas, os municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo e aqueles com maior cobertura do Programa de Saúde da Família foram priorizados, estabelecendo que a conectividade fosse uma condição necessária e contrapartida do município para inclusão no programa.

As etapas de implementação do programa em cada estado, após a aprovação do projeto, envolvem, em linhas gerais: o planejamento e o desenvolvimento do sistema de Telessaúde, a sensibilização e mobilização dos gestores, a escolha dos municípios e Unidades de Saúde da Família que receberão o serviço, pactuação na CIB, a visita aos municípios para análise local das condições de implantação, o treinamento das equipes, a instalação dos equipamentos e testes para o total funcionamento. (HADDAD, 2012)

2 **METODOLOGIA**

2.1 **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quali-quantitativa.

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Visa observar, registrar analisar e correlacionar fenômenos ou fatos, sem interferir no ambiente analisado. (GIL, 2002)

O estudo exploratório, segundo Gil (2007), pode ser utilizado quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil, sobre ele formular hipóteses, precisas e operacionalizáveis.

Leopardi (2001) corrobora afirmando que este estudo permite ao investigador o aumento de sua experiência sobre um determinado problema, visando criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno.

Isso foi evidenciado no levantamento bibliográfico das referências teóricas, embora temas como telessaúde já venham sendo bastante explorados de maneira geral, observou-se uma escassez de estudos e pesquisas relativas à educação permanente dos profissionais das equipes de atenção básica através dos serviços do Telessaúde, principalmente no Estado do Rio de Janeiro.

2.2 **Local do estudo e participantes**

O estudo foi realizado no estado do Rio de Janeiro, que fica situado no Sudeste do Brasil, cuja capital é Rio de Janeiro. Possui uma área total 43.777,954 km² e 16.550.024 população de habitantes (IBGE, 2016), distribuída em 92 municípios.

O órgão do Governo do Estado responsável por formular, implantar e gerenciar as políticas de saúde é a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), cujo Estado é dividido em 09 (nove) Regiões de Saúde, conforme Figura 2.

Figura 2 – Mapa do Estado do Rio de Janeiro e atual configuração das Regiões de Saúde

Fonte: Site do Conselho de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2016.

A SES/RJ é responsável pelo assessoramento aos municípios, a programação, o acompanhamento e a avaliação das ações e atividades de saúde, e apresenta em sua estrutura 01 Subsecretaria Geral, 03 órgãos, sendo eles, Órgão de Planejamento e Gestão; Órgão de Assistência à Saúde e Órgão Colegiado e 01 Entidade Vinculada e/ou Supervisionada. (SES, 2016)

A Superintendência de Educação em Saúde é uma estrutura ligada a Subsecretaria Geral**,** e a Superintendência de Atenção Básica é uma das superintendências que compõem o Órgão de Assistência à Saúde**.** (SES, 2016)

Em relação ao Programa Telessaúde Brasil no Estado do Rio de Janeiro, o núcleo de Telessaúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro está sediado no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE).

Para realização deste trabalho foram realizadas entrevistas com informantes-chaves que se comportaram como atores sociais, sendo sujeitos sociais que possuíam ou possuem interesse no tema estudado e que ocuparam ou ocupam uma posição passível de tomar decisões.

Dentre os atores com papéis preponderantes no âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes do Estado do Rio de Janeiro destaca-se os representantes das seguintes instituições:

1) Coordenação do Núcleo de Telessaúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – 01;

2) Superintendência de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro– 01;

3) Superintendência de Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro – 01.

2.3 **Coleta de dados**

O estudo foi realizado em três fases, sendo elas:

2.3.1 Pesquisa documental

Foi realizada uma busca por documentos relacionados ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica como normas, diretrizes, portarias, relatórios e publicações técnicas do Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde, além de literatura publicada pelos atores do processo.

O método da pesquisa documental vale-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor. (GIL, 2007).

O método a pesquisa documental foi utilizado para identificação e entendimento de fatores atuantes no contexto da implantação, incluindo também aspectos políticos-institucionais e do modelo de gestão, agregando também uma compreensão dos desafios e das potencialidades já identificadas na literatura para telessaúde.

Os documentos considerados fundamentais para a realização do estudo foram:

- Legislação sobre Telessaúde;
- Sites relacionados ao Programa Telessaúde Brasil Redes;
- Atas da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro;
- Relatórios de monitoramento do Programa Telessaúde Brasil no Estado do Rio de Janeiro e do Seminário Nacional do Telessaúde Brasil.

2.3.2 Análise de base de dados

Para esta análise, foram utilizados os dados secundários do 1º Ciclo do PMAQ – AB relativo ao ano de 2011/2012, os quais foram disponibilizados no ano de 2015 no endereço eletrônico:

<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados>>.

As variáveis observadas foram informações relacionadas ao Módulo I - Observação na UBS -, delimitando a existência dos Equipamentos de Tecnologia da Informação e Comunicação e do Telessaúde nas unidades de saúde; e Módulo II - Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho -, no que tange à educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas, focando na utilização dos serviços do Programa Telessaúde Brasil Redes pelos profissionais de saúde da equipe de atenção básica.

A análise dos dados secundários do 1º Ciclo do PMAQ – AB relativo ao ano de 2011/2012, se deu por meio Software Excel® (Microsoft Office 2010) observando as variáveis do Módulo I – Observação na UBS- que corresponde do item I 17 ao I 17.9 e as variáveis do Módulo II – Entrevista com profissional da equipe de atenção básica - que correspondem do item II 8.1 ao II 8.4. Os valores das variáveis de cada item são (1) sim; (2) não, (998) não se aplica e (999) não sabe/não respondeu.

A construção de gráficos, apresentando os dados quantitativos, deu-se através da filtragem das variáveis de cada item obtendo a frequência absoluta de cada valor da variável.

2.3.3 Entrevista semi-estruturada

Foi realizada com os atores com papéis preponderantes na implantação do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica do Estado do Rio de Janeiro.

O convite para a entrevista foi realizado via e-mail, quando foram expostos os objetivos do trabalho, a metodologia e os recursos necessários para a realização da mesma. Além disso, foi garantido o sigilo da identidade e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para análise, totalizando 29 minutos e 31 segundos de gravação, sendo os entrevistados identificados pela letra E numerados de 1 a 3.

Duas entrevistas foram realizadas presencialmente, e eventualmente foi necessário realizar 01 (uma) entrevista utilizando o programa Skype®, o qual permitiu a interação com imagem e som em tempo real, via web e gravação da entrevista.

Importante relatar a dificuldade encontrada para conciliar a agenda com os participantes, devido às características de atuação da maioria deles, ocupantes de cargos na gestão ou membros da academia que, no entanto, foram receptivos diante do tema do estudo e dispuseram-se a contribuir no intuito de fortalecer o campo e ampliar a produção científica na área.

O desenvolvimento das entrevistas ocorreu através da construção de um roteiro específico (Apêndice A), contendo uma relação de perguntas relacionadas com os objetivos da pesquisa.

2.4 **Sistematização e análise dos dados**

Na análise dos dados foi adotado o método de análise de conteúdo seguindo as três etapas, a seguir:

a) Na pré-análise, etapa de seleção e organização do material a ser trabalhado, compreendeu-se a definição e seleção dos documentos e dados obtidos na pesquisa documental e análise dos dados secundários obtidos do 1º Ciclo PMAQ-AB; respectivamente, a ordenação das falas, que englobou a transcrição na íntegra das entrevistas;

b) Na etapa de exploração do material foram realizados procedimentos relativos à classificação e categorização do material, buscando sínteses coincidentes ou divergentes de ideias. A categorização é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles, classificando-os por semelhança ou analogia;

c) A etapa de tratamento dos resultados consistiu em aprofundar a análise, que toma como ponto de partida os dados, construindo a partir deles as categorias e a partir

destas a teoria, considerando que sua finalidade não é generalizar ou testar hipóteses, mas construir uma compreensão dos fenômenos investigados.

Finalmente a classificação dos dados, deu origem aos temas apresentados nos resultados deste estudo.

O tema se refere a uma afirmação acerca de um determinado assunto, consiste em identificar os núcleos de sentido que se fazem presentes numa comunicação em que a presença e frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico escolhido. (MINAYO, 2005)

2.5 **Procedimentos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (COEP/UERJ) aprovado sob o número do parecer 1.825.262; CAAE 57970416.2.0000.5282.

Para a realização das entrevistas foi necessário a obtenção de um Termo de Autorização Institucional da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. (ANEXO A)

A pesquisa não representou qualquer risco de ordem física ou psicológica. Os benefícios fundamentam-se pela oportunidade em desenvolver estratégias para o enfrentamento das limitações no uso dos serviços do Programa Telessaúde pelos profissionais tais como dificuldade de acesso/conectividade, falta de possibilidade de acesso no horário de trabalho e características físicas e de infraestrutura das unidades de saúde.

Os sujeitos do estudo foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, da garantia do sigilo da identidade mediante designação de código individual e assinatura do TCLE, baseado na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, a qual aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. (BRASIL, 2012).

O projeto foi apresentado aos sujeitos do estudo para formalização de assinatura do termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B).

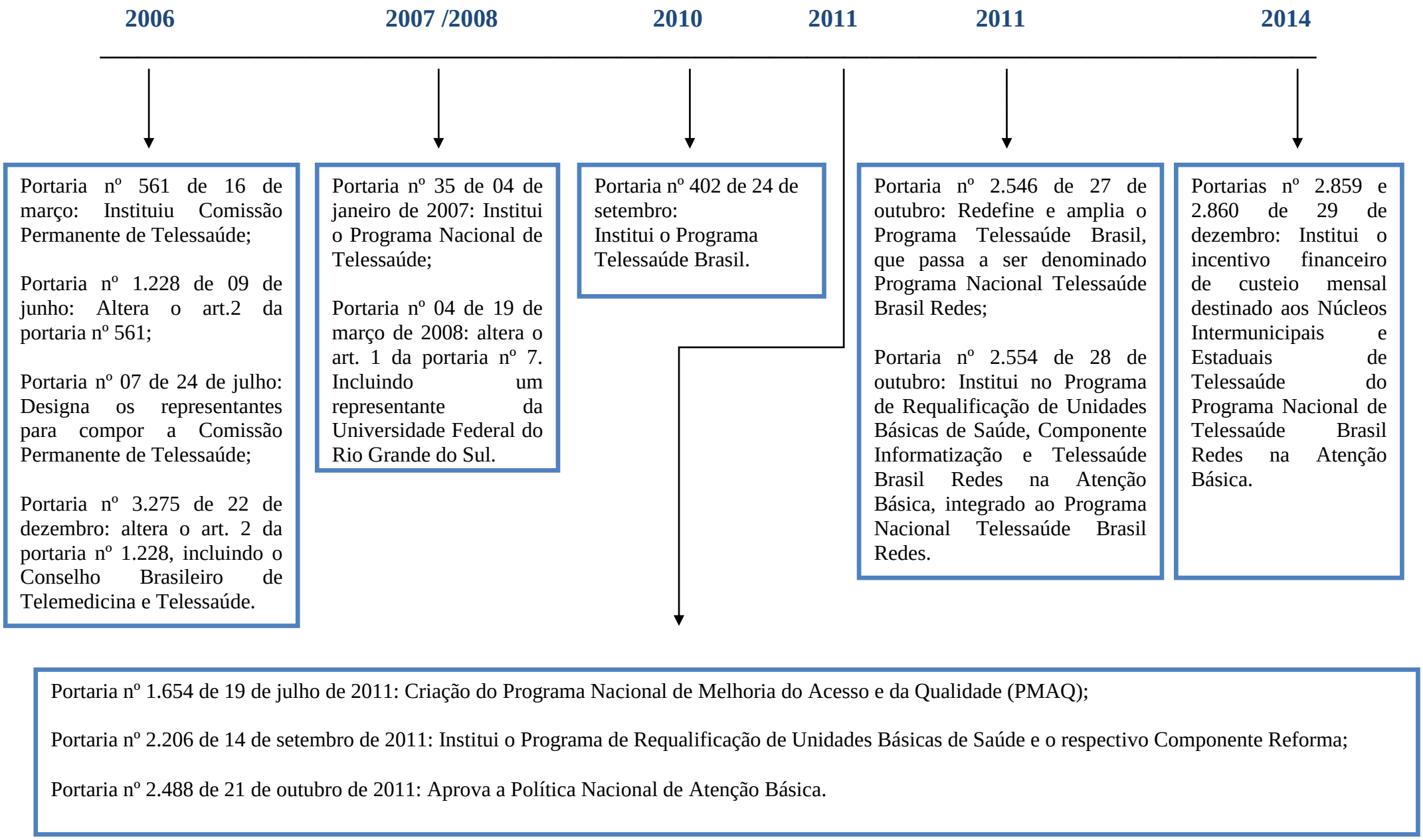
3 **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

3.1 **Pesquisa documental**

O marco teórico deste estudo nos apontou que, através da publicação da Portaria n° 2.546 de 27 de outubro de 2011, o Programa Telessaúde Brasil passou a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.

Para melhor entendermos os principais marcos propulsores relacionados ao Programa Telessaúde citados até o momento, construímos a linha do tempo, figura 3.

Figura 3 - Linha do Tempo com os principais marcos propulsores do Programa Telessaúde



Haddad e Monteiro (2015) denotam que em 2012, o Programa entra em uma nova etapa, com a publicação da Portaria n° 2.546 em 27 de outubro de 2011, a qual estabeleceu a meta de expandir-se e ser implementado também nos demais níveis de atenção à saúde, passando a ser denominado de Telessaúde Brasil Redes.

Essa nova regulamentação elaborou conceitos como a teleconsultoria, o telediagnóstico, a segunda opinião formativa e a tele-educação passando a reconhecer os serviços de Telessaúde.

A gestão do PNTBR foi estruturada pela coordenação nacional, exercida pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); pela Coordenação Estadual, exercida pela Secretaria de Saúde do Estado; pelo Comitê Gestor Estadual, pelo Núcleo Técnico-Científico de Telessaúde e pelo gestor municipal de saúde.

A composição do Comitê Gestor do Estado do Rio de Janeiro foi pactuado em 18 de outubro de 2012, aproximadamente um ano após a publicação das portarias 2.546 e 2.554, através da Deliberação CIB 2.007. (ANEXO B).

Compete ao Comitê Gestor Estadual, promover a articulação entre as instâncias de gestão estadual, municipal e de instituições de ensino, integrar a rede colaborativa entre os Pontos e Núcleos Estaduais de Telessaúde Técnico-Científicos e elaborar o Projeto para implementação do Telessaúde Brasil Redes no seu respectivo Estado, enviando-o à Coordenação Nacional do Programa.

Nesse contexto, o Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica foi estruturado com a criação de projetos intermunicipais ou de regiões de saúde geridos de maneira compartilhada, com a participação das Secretarias Estaduais de Saúde e instituições de ensino e serviços de saúde, que garantiram o uso da tecnologia como ferramenta de ampliação das ações da atenção básica e de melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde.

Vimos que o Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica foi composto pelo núcleo de telessaúde técnico-científico na atenção básica, ponto de telessaúde na atenção básica, unidade de gestão intermunicipal ou de região de saúde e coordenação municipal do projeto.

Importante salientar as competências do núcleo técnico-científico de telessaúde e do gestor municipal de saúde, de acordo com a temática de estudo, que são, respectivamente, o desenvolvimento das ações de tele-educação, com base nas necessidades loco regionais identificadas e em consonância com as prioridades da política nacional de saúde; e o comprometimento com a implementação, monitoramento e avaliação do Telessaúde Brasil

Redes no seu respectivo município, em articulação com o Comitê Gestor Estadual e a promoção da integração dos profissionais de saúde com as ações do Telessaúde Brasil Redes, de acordo com a carga-horária e conforme a legislação vigente.

Diante disso, como apontou a figura 3, os principais marcos propulsores do Programa Telessaúde, em 28 de outubro de 2011, através da Portaria n° 2.554, instituiu-se o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde.

Para implementação do Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, os Estados e os municípios apresentaram ao Ministério da Saúde o Projeto de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, o qual foi homologado na CIB de cada Estado.

Em 29 de novembro de 2011, a Portaria nº 2.815 habilitou municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. (BRASIL, 2011e)

As pactuações sobre o Projeto de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica das Regiões de Saúde no Estado do Rio de Janeiro e suas respectivas deliberações CIB/RJ estão apontadas no quadro 2.

Quadro 2 - Pactuações do Projeto de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica segundo as Regiões de Saúde

REGIÃO DE SAÚDE	DELIBERAÇÃO CIB	PACTUAÇÃO
Região Serrana	Deliberação CIB nº 1633 de 08 de março de 2012	Pactuar o Incentivo para Implantação do Projeto de Informatização e Implantação do Telessaúde – Redes na Atenção Básica – da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro.
Região Noroeste	Deliberação CIB nº 1632 de 08 de março de 2012	Pactuar o Incentivo para Implantação do Projeto de Informatização e Implantação do Telessaúde – Redes na Atenção Básica – da Região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro.
Região Metropolitana I	Deliberação CIB nº 1826 de 19 de junho de 2012	Pactuar o Projeto Telessaúde da Região Metropolitana I (Baixada Fluminense), que contempla os seguintes municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova

		Iguaçu, Queimados, Seropédica e São João de Meriti.
Região Médio Paraíba	Deliberação CIB nº 2126 de 21 de Fevereiro de 2013	Pactuar a Prorrogação da Implantação do Projeto Regional do Telessaúde Da Região Médio Paraíba – Núcleo Volta Redonda.
Região Centro Sul	Deliberação CIB nº 2217 de 09 de Maio de 2013	Pactuar a redistribuição e o plano de investimento do Projeto Intermunicipal Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica dos Municípios da Região Centro Sul do Estado do Rio de Janeiro.

Fonte: Elaboração própria

Conforme mostra o quadro 2, o Projeto de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica foi pactuado apenas em 05 (cinco) Regiões de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Tal Projeto apresentava como objetivo informatizar as UBSs contemplando-as com equipamentos de informática e garantindo a conectividade e o uso de tecnologias de informação dirigidas à qualificação das ações e serviços ofertados por este ponto de atenção e ao desenvolvimento de ações de telessaúde, formação e educação permanente. (BRASIL, 2011a)

Entende-se por Equipes de Atenção Básica e/ou de Saúde da Família com informatização e conectividade, aquelas que se encontrem lotadas em unidade básica de saúde devidamente cadastrada no SCNES como Ponto de Telessaúde, observado o disposto no art. 14 da Portaria nº 2.546 de 27 de outubro de 2011, que disponha de computador conectado à internet, kit multimídia e webcam e/ou que disponibilize dispositivos móveis para solicitação de teleconsultorias pelos profissionais da equipe de atenção básica ao Núcleo Técnico Científico de Telessaúde. (BRASIL, 2011a)

De acordo com o § 3º do artigo 20 da portaria nº 2.554/2011 a verificação da informatização das unidades básicas de saúde poderá ser realizada por meio de fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), em cada nível de gestão, os órgãos de controle externo, bem como poderá, também, ser efetuada pelos avaliadores da qualidade do PMAQ-AB no ciclo subsequente à manifestação de conclusão da etapa de implantação.

Alguns meses após a publicacão das Portarias nº 2.546 de 27 de outubro de 2011 e nº 2.554 de 28 de outubro de 2011, iniciaram as avaliações externas do primeiro ciclo do

Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica as quais foram realizadas de maio a outubro de 2012.

No ano de 2012 foi criado os Núcleos de Telessaúde em mais onze capitais brasileiras, sendo elas, Manaus, Rio Branco, Macapá, Fortaleza, Goiânia, Cuiabá, Belém, Porto Velho, Aracaju, Florianópolis e Distrito Federal.

Importante salientar que, também no ano de 2012, o Programa Telessaúde Brasil Redes passou a disponibilizar teleconsultoria por telefone – através do número 0800 644 65 43 – e suporte aos médicos da Atenção Básica participantes dos Programas Mais Médicos para o Brasil, Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). (BRASIL, 2015)

Nesse mesmo ano, duas portarias relacionadas aos recursos financeiros foram publicadas, sendo elas, a Portaria nº 1.229 em 14 de junho, que estabelece recursos financeiros destinados ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes; e a Portaria nº 1.362 em 02 de julho, a qual habilita demais municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, não habilitados pela Portaria nº 2.815.

Em 2014, em 29 de dezembro foram publicadas duas Portarias, nº 2.859 e 2.860, na qual institui o incentivo financeiro de custeio mensal destinado aos Núcleos Intermunicipais e Estaduais de Telessaúde do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica.

3.2 **Base de dados**

No 1º ciclo de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção, que aconteceu de maio a outubro de 2012, foi avaliado 1.047 (mil e quarenta e sete) Equipes de Atenção Básica e 641 (seiscentos e quarenta e um) Equipes de Saúde Bucal distribuídas em 1.830 (mil e oitocentos e trinta) Unidades Básicas de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. (ANEXO D).

No Módulo I, Observação na Unidade de Saúde, verificou-se a existência dos equipamentos de tecnologia da informação e telessaúde na unidade de saúde, que constava de computadores, câmera, caixa de som, estabilizador, microfone, impressora, televisão e acesso à internet, além de averiguar se a equipe possuía telessaúde, figura 4.

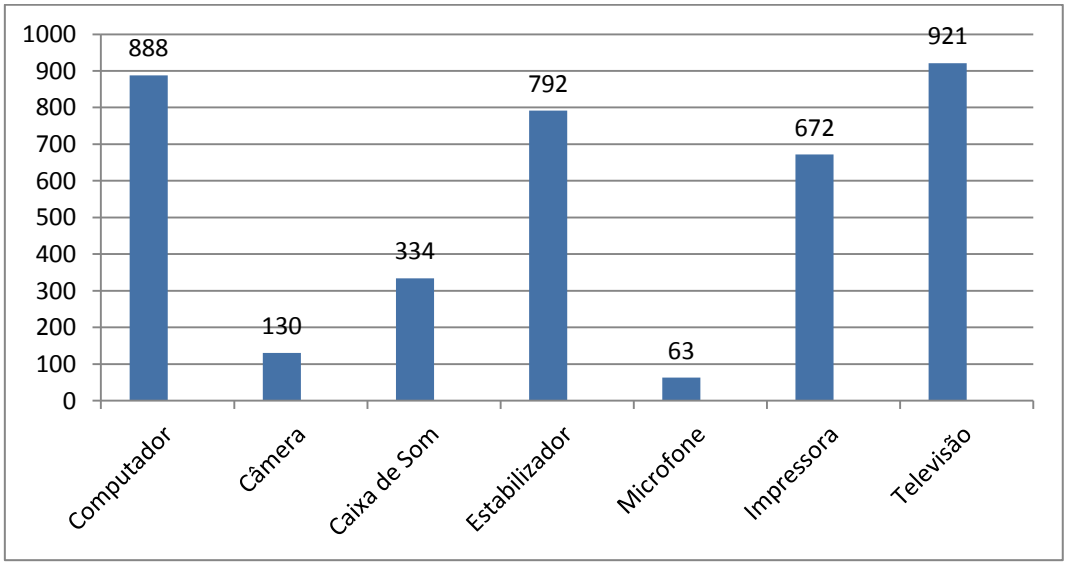
Figura 4 - Módulo I- Observação na Unidade Básica de Saúde

I.17	Equipamentos de tecnologia da informação e telessaúde na unidade de saúde		
I.17.1	Computador	Sim	Não
I.17.1/1	Quantos em condições de uso?	Sim	Não
I.17.2	Câmera	Sim	Não
I.17.2/1	Quantos em condições de uso?	Sim	Não
I.17.3	Caixa de som	Sim	Não
I.17.3/1	Quantos em condições de uso?	Sim	Não
I.17.4	Estabilizador	Sim	Não
I.17.4/1	Quantos em condições de uso?	Sim	Não
I.17.5	Microfone	Sim	Não
I.17.5/1	Quantos em condições de uso?	Sim	Não
I.17.6	Impressora	Sim	Não
I.17.6/1	Quantos em condições de uso?	Sim	Não
I.17.7	Televisão	Sim	Não
I.17.7/1	Quantos em condições de uso?	Sim	Não
I.17.8	A equipe tem acesso à internet?	Sim	Não
I.17.9	A equipe possui telessaúde?	Sim	Não
I.17.10	Número de consultório(s) com computador conectado à internet		Consultório(s)

Fonte: Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ, 2012

Para conhecermos o cenário de equipamentos de tecnologia da informação das 1.830 unidades de saúde observadas na avaliação externa do PMAQ-AB, construímos o gráfico 1.

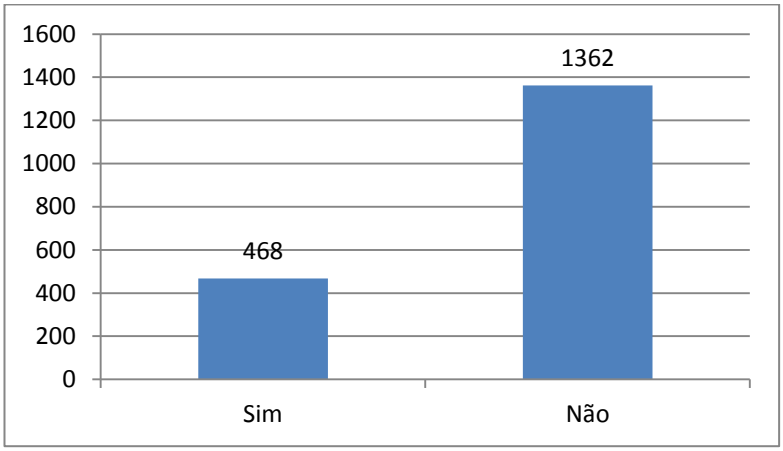
Gráfico 1 - Número absoluto de equipamentos de tecnologia da informação nas unidades de saúde no Estado do Rio de Janeiro, 2015



Fonte: Elaboração pela autora a partir dos microdados do1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB

A partir dos dados apresentados no gráfico 1, observamos que das 1.830 unidades de saúde avaliadas, 49% (888) apresentavam computador; 7% (130) câmera; 18% (334) caixa de som; 43% (792) estabilizador; 3% (63) microfone; 37% (672) impressora e 50% (921) televisão, o que denota poucos equipamentos de multimídia como câmera, caixa de som e microfone.

Gráfico 2 - Número absoluto de unidades de saúde com acesso a internet, 2015



Fonte: Elaboração pela autora a partir dos microdados do1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB

A partir dos dados apresentados no gráfico 2, observamos que 468 Unidades de Saúde apresentaram respostas positivas quanto ao acesso à internet, ou seja, 25,58 % das unidades avaliadas.

No Módulo II, Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, havia quatro perguntas relacionadas sobre a Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas (item II.8), tendo o Programa Telessaúde Brasil Redes como estratégia indutora da qualificação profissional.

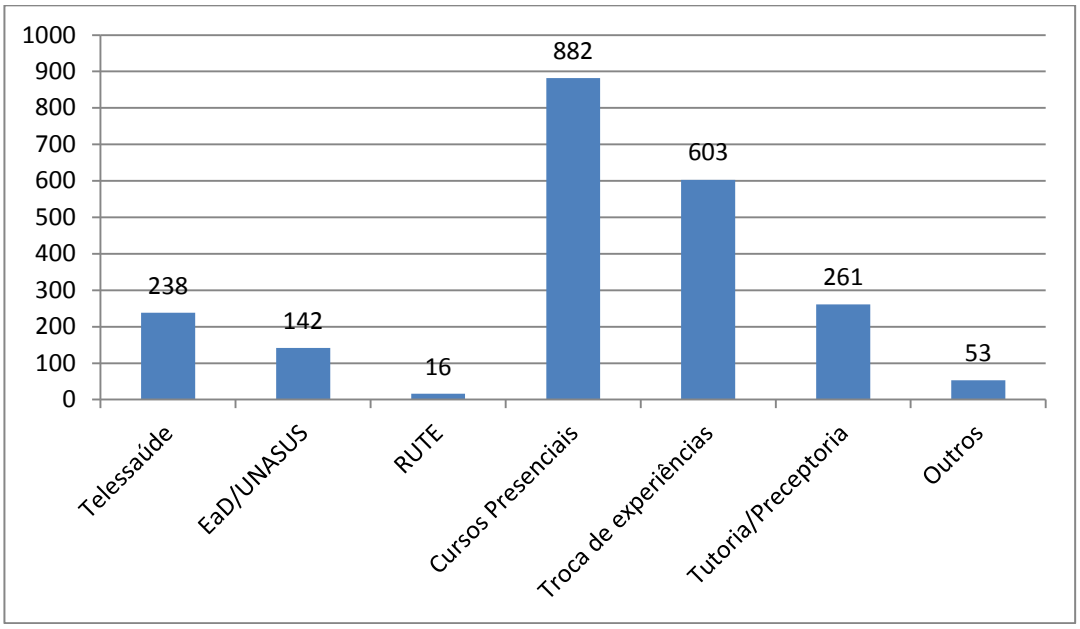
Figura 5 - Módulo II- Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica

II.8	Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas			
II.8.1	Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da atenção básica? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.9.)		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.8.2	Quais dessas ações a equipe participa ou participou no último ano: (Se NÃO para Telessaúde, passar para a questão II.8.4.)	Sim	Não	Telessaúde
		Sim	Não	EAD/UNASUS
		Sim	Não	RUTE – Rede Universitária de Telemedicina
		Sim	Não	Cursos presenciais
		Sim	Não	Troca de experiência
		Sim	Não	Tutoria/preceptoria
		Sim	Não	Outro(s)
				Não sabe/não respondeu
				Nenhuma das anteriores
II.8.3	A equipe utiliza o Telessaúde para:	Sim	Não	Segunda opinião formativa
		Sim	Não	Telediagnóstico
		Sim	Não	Teleconsultoria
		Sim	Não	Outro(s)
II.8.4	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	

Fonte: Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Das 1.047 equipes de atenção básica avaliadas, dos resultados relacionados à pergunta II 8.1: “Há nos municípios ações de educação permanente que envolva profissionais da atenção básica?”, 951 equipes de atenção básica responderam “sim”, e o gráfico 3 apresenta as ações que a equipe participou, conforme a pergunta II 8.2.

Gráfico 3 - Ações que a equipe participa ou participou no último ano em número absoluto, 2015



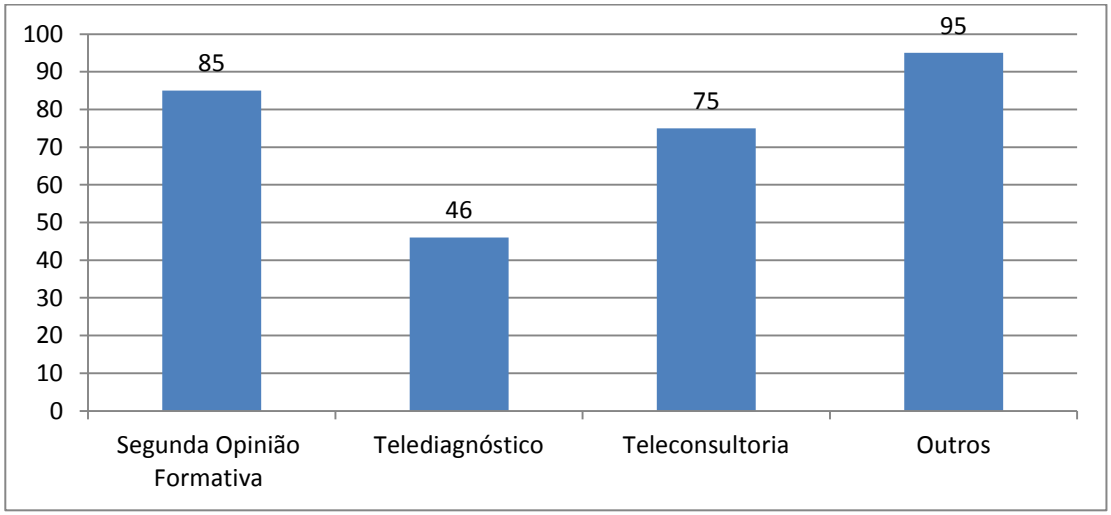
Fonte: Elaboração pela autora a partir dos microdados do1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB

É importante salientar que, de acordo com o gráfico 3, somente 25% (238) equipes utilizaram o Telessaúde como ação de educação permanente. As demais modalidades de ensino a distancia, tais como EaD/UNASUS (15%) e RUTE (1,7%) encontravam-se com pouca utilização pelas equipes, o que denota ainda uma certa resistência frente aos cursos a distância e/ou poucos equipamentos de tecnologia da informação nas unidades de saúde.

Ainda o gráfico 3, das 951 equipes de atenção básica que participaram de ações de educação permanente, 93% (882) apontaram a modalidade de ensino presencial.

Dado esta limitação como ciente, partimos então para os serviços do Telessaúde utilizados pelas 238 equipes de atenção básica que responderam que utilizavam o Programa como ação de educação permanente.

Gráfico 4 - Número absoluto de Serviços do Telessaúde utilizados pelas equipes de atenção básica, 2015



Fonte: Elaboração pela autora a partir dos microdados do1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB

Importante apontar que não havia o item Tele-Educação nas opções destas respostas, e que o Programa Telessaúde Brasil Redes, fornece aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde no SUS serviços de teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e tele-educação.

Além disso, a variável "outros", que representa aproximadamente 40% de serviços do Telessaúde utilizados pelas equipes de atenção básica, não permitiu a identificação do registro da resposta referida pelo entrevistado, de acordo com o resultado apresentados do1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB.

No que diz respeito a iniciativas de tele-educação, devem ser consideradas as necessidades e prioridades dos profissionais das eSF, pois é a partir da iniciativa destes, motivados por suas necessidades diárias, que se inicia um processo de tele-educação.

3.3 **Entrevistas**

Deste modo, para responder às questões centrais deste estudo e melhor compreensão da implantação do PTBR no Estado do Rio de Janeiro, além da pesquisa documental e análise

de bases de dados, realizamos entrevistas com informantes-chaves, de acordo com os critérios descritos na Metodologia.

No primeiro bloco do roteiro de entrevista, procuramos obter informações sobre a trajetória profissional de cada entrevistado.

Neste aspecto, procuramos localizar: 1) Instituição de trabalho; 2) Função atual; 3) Tempo de exercício na função atual; 4) Funções exercidas e seu respectivo tempo e 4) Titulação.

Todos os entrevistados exerceram atividades adstritas à SES, como superintendentes, ou coordenadores de 2009 a 2016 e, atualmente todos desenvolvem atividades que estabelecem conexões com cargos na gestão.

A trajetória profissional apontou que duas entrevistadas exercem a função atual de assessoria no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, e também se constatou que as funções exercidas anteriormente pelas as mesmas entrevistadas estavam diretamente ligadas à gestão da atenção básica e à educação em saúde, com tempo médio de permanência no cargo de três anos e seis meses. Apenas uma entrevistada declarou que permanece mais de treze anos no mesmo cargo.

Sobre a titulação acadêmica, todos entrevistados apresentam o grau de mestre e experiência prévia na gestão em saúde.

No segundo bloco do roteiro de entrevista foram realizadas perguntas abertas aos entrevistados sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado do Rio de Janeiro visando identificar sua influência no processo da implantação.

Durante a classificação e categorização das entrevistas transcritas, buscou-se agrupar os dados considerando as coincidências existentes entre eles, construindo a partir deles as categorias e a partir destas a teoria.

Sobre a implantação do PTBR no Estado do Rio de Janeiro e seus atores

Sabemos que a incorporação de tecnologias de informação e comunicação no SUS enfrenta muitos desafios relacionados ao contexto político-institucional, ao modelo de gestão, às características regionais, às particularidades dos processos de trabalho e ao perfil dos profissionais, entre outras influências.

Considerando, por outro lado, os potenciais benefícios do uso das TICs para impactar positivamente na qualificação dos profissionais de saúde, e que o Telessaúde faz jus ao uso

destas tecnologias, discutiremos como se deu a implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado do Rio de Janeiro.

Monteiro *et al* (2015) em seu estudo " A História do Telessaúde UERJ", descreve que o ano de 2003 mudou a trajetória da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) , em termos do uso de tecnologias, com a realização de uma videoconferência com a equipe médica da *Johns Hopkins University*, para a discussão de um caso clínico, de difícil definição de conduta, de uma criança de um município do estado do Rio de Janeiro, e esse marco resultou em desdobramentos importantes provocando o incentivo para a utilização da videoconferência como meio de troca de experiências com outras instituições nacionais e internacionais.

Ainda Monteiro *et al* (2015), essa experiência foi apresentada no I Congresso Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde em 2003, promovido pelo Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

O Congresso teve como objetivo divulgar a importância da telemedicina como prática crescente no Brasil, na medida em que oferece soluções para ações de educação médica, prevenção em saúde e assistência a pacientes. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TELEMEDICINA E TELESSAÚDE, 2017).

No ano de 2006, foi instituído a Comissão Permanente de Telessaúde, e no ano seguinte, a Portaria nº 35 de 04 de janeiro de 2007, instituiu o Programa Nacional de Telessaúde implementando um Projeto Piloto de Telessaúde em Apoio à Atenção Básica.

A priori, o objetivo desse Programa foi desenvolver ações de apoio à educação permanente dos profissionais de saúde integrantes das equipes de saúde da família, visando à educação para o trabalho na perspectiva de mudanças de suas práticas, resultando na qualidade do atendimento da Atenção Básica do SUS. Tal afirmação é corroborada com a fala da entrevistada E3: "O programa começa pela atenção básica, é uma premissa do projeto piloto sempre para atenção básica". [E3]

Sobre o início das atividades do Projeto Piloto Nacional de Telessaúde, ainda em 2007, Anderson e Silva de Almeida (2015) explicam que este foi marcado pela constituição de Grupos de Trabalho (GTs), envolvendo representantes dos 9 (nove) núcleos aprovados para o Projeto Piloto, que se reuniam regularmente via web conferência.

Silva *et al* (2015) lembra que em 2008 foram incorporados pesquisadores da UFRGS que, posteriormente, viriam a coordenar o grupo de trabalho de avaliação em telessaúde e que se responsabilizaram por elaborar o primeiro Manual de Telessaúde para o SUS.

A entrevistada E1, reforça a atuação da UFRGS, com sua fala:

> [...] plataforma da UFRGS Rio Grande do Sul, [...] é uma plataforma bastante interessante, mas que até então não se explorava muito essa questão de segunda opinião formativa e da preceptoria a distância que Telessaúde Brasil Redes propunha [...]

Ainda em 2007, foi criado o Núcleo de Telessaúde do Estado do Rio de Janeiro, sendo implantado no Laboratório de Telessaúde localizado no HUPE da UERJ, com suas atividades iniciais dedicadas às ações de planejamento, conformação de uma equipe de trabalho e adequação e infraestrutura. (MONTEIRO, *et al*, 2015)

A partir de então, o Núcleo de Telessaúde da UERJ foi cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e iniciou sua integração com o sistema de regulação do SUS. (HADDAD e MONTEIRO, 2015)

A entrevistada E2 pontua que [...] o Núcleo de Telessaúde da UERJ desenvolveu uma própria plataforma para oferecer teleconsultorias, e acredita que o forte do núcleo eram as atividades de tele-educação, [...]

O processo de implantação dos Pontos de Telessaúde foi de responsabilidade dos Coordenadores e Monitores de Campo, sob a supervisão do Coordenador Geral, e distribuiu-se nas seguintes etapas: planejamento; sensibilização de gestores municipais; evento de lançamento; capacitação regional dos profissionais solicitantes; e visita técnica. (BRASIL, 2012c)

Para a implantação foram inicialmente contemplados, conforme o limite dado pela SGTES, 100 (cem) Pontos de Telessaúde para cada Estado, tendo como critérios para a indicação dos municípios onde serão instalados os pontos, a adesão e comprometimento do gestor municipal e estadual ao projeto; municípios com infraestrutura mínima de telecomunicação e municípios com Estratégia de Saúde da Família implantada.

No que concerne aos sistemas de informação em saúde do SUS, Silva (2015) destaca que em 2011 houve um avanço na incorporação dos serviços de telessaúde nas redes de atenção, e para a visibilidade do desempenho dos serviços de telessaúde tanto para o gestor quanto para o controle social da saúde, criou-se o código 75 para os núcleos técnico-científicos e outro (75.1) para os Pontos de Telessaúde no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Diante disso, considerando a Portaria n° 703 de 21 de outubro de 2011, a qual estabelece as normas para o cadastramento no SCNES das novas equipes que farão parte da

Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o aumento progressivo no número de Equipes de Saúde da Família implantadas, sintetizaremos algumas particularidades do Estado do Rio de Janeiro no que tange à Atenção Básica.

A implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado do Rio de Janeiro para a Atenção Básica, segundo E1:

> A Telessaúde Brasil Redes Atenção Básica, se eu não estiver errada foi no ano de 2012 para 2013, que foi quando ocorreu a pactuação do Comitê de Telessaúde e o Ministério da Saúde convida os Estados a participarem de uma oficina em Brasília, onde seria apresentada uma nova proposta de plataforma para o telessaúde que atenderia então as equipes de atenção básica especificamente com papéis para a formação, [...]

Neste cenário, foi estabelecida uma parceria com o Conselho de Secretários Municipais do Rio de Janeiro (COSEMS/RJ) e a Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ), que definiram os locais-pilotos para a implantação dos Pontos de Telessaúde.

Importante salientar que a pactuação do Comitê de Telessaúde no Estado do Rio de Janeiro, no intuito de fortalecer a Atenção Primária à Saúde no âmbito estadual, foi deliberada na Comissão Bipartite (CIB) nº 2.007 de 18 de outubro de 2012, aproximadamente cinco anos após o início das atividades do Projeto Piloto Nacional de Telessaúde em 2007.

A entrevistada E1 refere que nesta aproximação com os municípios selecionados constatou-se que "poucos municípios estavam aptos com conectividade e estabeleceu-se como estratégia a realização de visitas *in loco* para entrega dos *kits* de informática e instalação dos mesmos".

A mesma entrevista, E1, corrobora ao mencionar que "a ideia era que as regiões de saúde se organizassem para pleitear a implantação do Projeto Telessaúde Brasil Redes de Atenção Básica no âmbito regional".

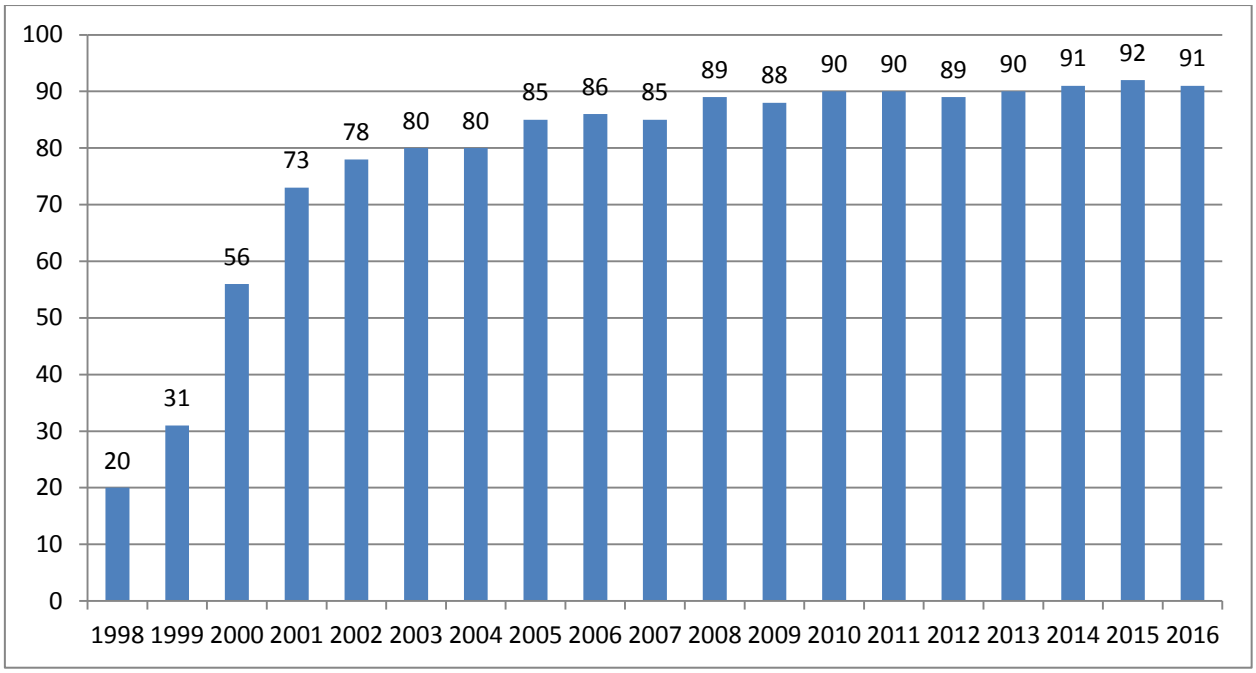
As visitas técnicas aos locais de implantação originou uma oficina de sensibilização para os profissionais de saúde da ESF ingressos ao Projeto Telessaúde. Organizaram-se os treinamentos das eSF, efetuaram-se os cadastros dos profissionais para uso da plataforma do telessaúde e iniciou-se as instalações dos Pontos de Telessaúde.

Por fim, em 2009, o Núcleo de Telessaúde UERJ implantou 100 (cem) Pontos de Telessaúde no Estado do Rio de Janeiro, e o critério para a distribuição foi baseado em cobertura de saúde da família e incidência de casos de tuberculose. (MONTEIRO, *et al*, 2015).

Em 1998, a Estratégia Saúde da Família era existente em 20 municípios, com uma proporção de cobertura populacional de 1,47%. Após três anos, em 2001, 73 municípios já eram contemplados com cobertura de 16,12%. Em 2010, 90 municípios apresentavam eSF implantadas, atingindo 100% em 2015. Em 2016, tem-se 2.497 eSF implantadas em 91 municípios do Estado do Rio de Janeiro, com cobertura de 51,72%.

O gráfico 5, no período de 1998 a dezembro de 2016, a evolução do número absoluto de municípios com eSF no Estado do Rio de Janeiro.

Gráfico 5 - Número absoluto de municípios com Equipes de Saúde da Família- Estado do Rio de Janeiro- Período de 1998-2016



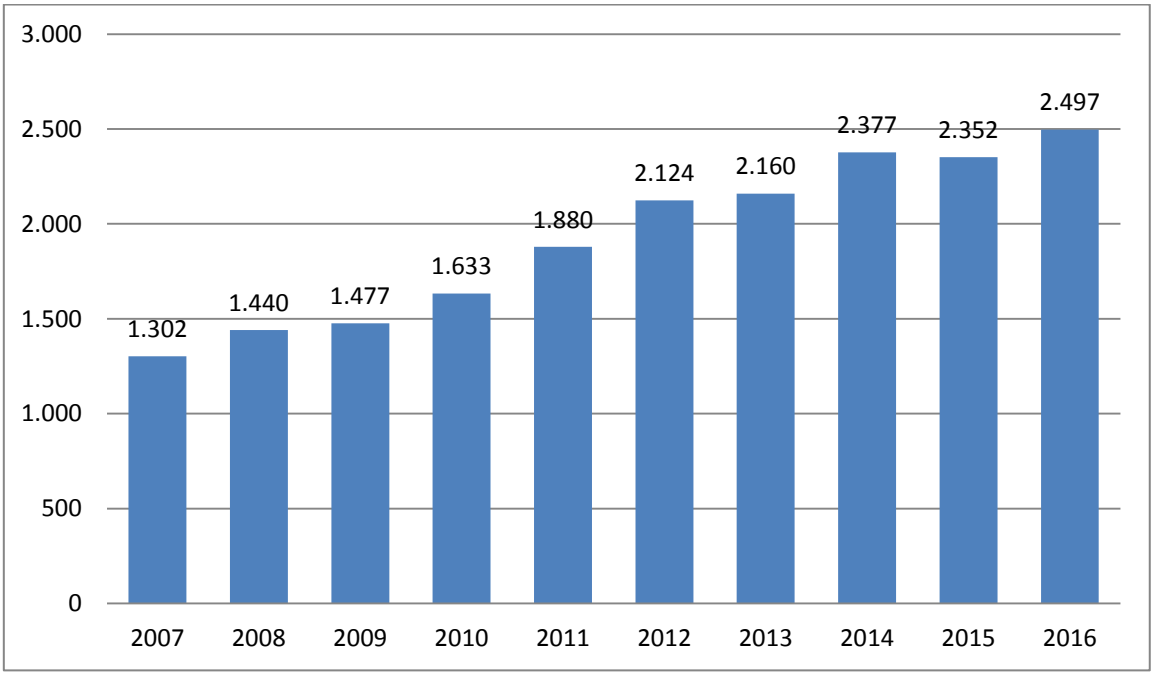
Fonte: A autora, 2017.

Importante salientar que é possível observar no gráfico 5, a cobertura pela ESF de 96% (88 municípios) durante implantação dos Pontos de Telessaúde no Estado do Rio de Janeiro no ano de 2009.

A entrevistada E2 relembra que "dos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro, 76 municípios receberam o *kit*, sendo que o município do Rio de Janeiro recebeu 24 *kits*".

O gráfico 6 mostra a evolução do número quantitativo de equipes do Estado do Rio de Janeiro, onde podemos observar o quantitativo de eSF no período de referência da implantação do Núcleo de Telessaúde RJ em 2007 e da implantação dos Pontos de Telessaúde no Estado do Rio de Janeiro em 2009.

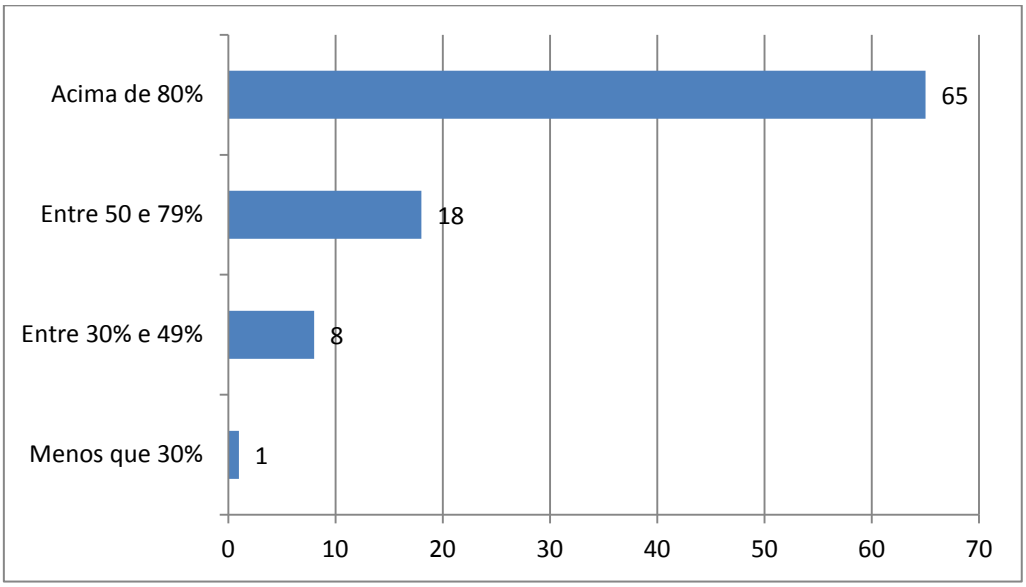
Gráfico 6 – Evolução do número de Equipes de Saúde da Família implantadas - Estado do Rio de Janeiro- Período de 2007-2016



Fonte: A autora, 2017.

O Estado do Rio de Janeiro está dividido em 9 (nove) Regiões de Saúde e a Atenção Básica caracteriza-se por estar presente em 99% dos municípios, com 2.427 equipes de Saúde da Família implantadas. A cobertura populacional pela ESF no Estado é estimada em 51,72% (aproximadamente 8 milhões e 514 mil pessoas beneficiadas pela Estratégia Saúde da Família). (BRASIL, 2017)

Gráfico 7 - Cobertura pela Estratégia Saúde da Família (%) de acordo com os municípios (número absoluto) do Estado do Rio de Janeiro – dezembro de 2016



Fonte: A autora, 2017.

Atualmente, o Estado do Rio de Janeiro possui uma população de 16.461.173, distribuída em 92 (noventa e dois) municípios que compõe 09 (nove) Regiões de Saúde, apresentando uma cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde da Família (eSF) de 52,04%, conforme tabela 4.

"Em referência às heterogenicidades regionais, posso destacar a diferença no quantitativo populacional de cada região de saúde e a cobertura da atenção básica", conforme aponta E2.

Tabela 3 - Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2016

Regiões de Saúde	População estimada	Quantidade de municípios	Cobertura da atenção básica (%)
Metropolitana II	1.931.063	7	61,15
Serrana	930.065	16	48,99
Norte	798.599	8	38,16
Noroeste	335.940	14	72,81
Médio Paraíba	888.587	12	77,93
Centro-Sul	318.343	11	88,90
Baia da Ilha Grande	236.921	3	78,36
Metropolitana I	9.915.259	12	42,13
Baixada de Litorânea	655.609	9	52.63
Total	16.010.386	92	55,89

Fonte: Elaboração pela autora

Para a entrevistada E2, o Projeto de Telessaúde Núcleo Rio de Janeiro, tinha como objetivo "implantar 100 (cem) pontos de internet, um ponto abrangendo 3 (três) equipes em cada município, ou seja, pretendia cobrir quase a totalidade dos 92 municípios do estado".

Alguns relatos apontam que o início da implantação do Programa Telessaúde foi marcado por um contexto de dificuldade relacionada à conectividade, pois a maioria dos pontos (58%) não havia sido instalada nas unidades de saúde, e sim nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde, o que dificultava o acesso dos profissionais às atividades propostas. (MONTEIRO, *et al*, 2015).

A implantação dos pontos previa a instalação de um "*kit* de telessaúde" composto por um computador, uma impressora e uma *webcam* tendo como contrapartida, pela gestão municipal, a liberação dos profissionais de saúde para a atualização. (MONTEIRO, *et al*, 2015)

Para melhor entendermos os dados quantitativos apresentados neste estudo, através dos resultados da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção, que ocorreu de maio a outubro de 2012, aproximadamente três anos após a implantação dos Pontos de Telessaúde, construímos a tabela 3 com os percentuais de equipamentos de tecnologia da informação nas unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro e do Brasil.

Tabela 4 - Percentual de equipamentos de tecnologia da informação na unidade de saúde no Estado do Rio de Janeiro e Brasil, 2015.

INDICADORES	**MÉDIA**	
	Estado	**Brasil**
Percentual de unidades de saúde que possui computador	48,6%	51,3%
Percentual de unidade de saúde que possui câmera	7,1%	8%
Percentual de unidades de saúde que possui caixa de som	18,3	17%
Percentual de unidades de saúde que possui estabilizador	43,3%	44,9%
Percentual de unidades de saúde que possui microfone	3,4%	4,6%
Percentual de unidades de saúde que possui impressora	36,7%	40,4%
Percentual de unidades de saúde que possui televisão	50,4%	47,4%

Percentual de equipes que tem acesso à internet nas unidades de saúde	25,6%	35,4%
Percentual de equipes que possui Telessaúde nas unidades de saúde	6,6%	12,7%

Fonte: Elaboração pela autora a partir dos dados das unidades da Federação. Retratos da Atenção Básica, nº 2, vol.1, 2015.

Percebemos que o percentual de acesso à internet ainda encontrava-se em 25,6% impactando no percentual do Telessaúde nas unidades de saúde, com apenas 6,6%.

As entrevistadas E1 e E2 apontam que "a oficina juntamente com os parceiros institucionais originou uma proposta de implantação em três (3) regiões de saúde, Médio Paraíba, Centro Sul e Metropolitana I".

Nesse contexto de conectividade, o primeiro município a receber o Ponto de Telessaúde no Estado do Rio de Janeiro foi o município de Piraí, região do Médio Paraíba, que se destacava pela infraestrutura em rede de Internet, pelo projeto Piraí Digital criado na gestão do então prefeito Luiz Fernando de Souza (Pezão) e que, inclusive, já tinha em funcionamento o projeto "Um computador por Aluno", projeto piloto do Ministério da Educação. (MONTEIRO, *et al*, 2015).

Um dos entrevistados destaca o avanço na Região Médio Paraíba: "Acho que a gente pode citar um avanço maior na região do Médio Paraíba, com certeza, foi onde avançamos mais, até pela questão da conectividade do município de Piraí" [...][E2]

Coelho e Jardim (2012) divulgam que a parceria entre o Projeto Piraí Digital e o Núcleo Telessaúde do Rio de Janeiro implantou o programa de Telessaúde, sendo Piraí o primeiro município a receber o piloto do projeto por imagens radiológicas, coordenado pela professora Alexandra Monteiro, da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ.

Outro programa contemplado no projeto Piraí Digital, articulado com o Projeto Mais Educação e com as potencialidades do projeto "Um Computador por Aluno" é o Programa Saúde na Escola (PSE). (COELHO e JARDIM, 2015)

Na parceria com a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, foram identificadas as possíveis barreiras para a implantação dos demais Pontos de Telessaúde, como o acesso a rede de internet e a sensibilização e a capacitação dos profissionais de saúde para a incorporação do uso das tecnologias para a educação permanente no trabalho. (MONTEIRO, *et al*, 2015).

Dos 92 municípios que compõem o Estado do Rio de Janeiro, temos atualmente, 76 municípios com Pontos de Telessaúde. O anexo E mostra o Relatório de Adesão dos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

O quadro 3 aponta os municípios com Pontos de Telessaúde, segundo as Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, cadastrados no SCNES, observado o disposto no art. 14 da Portaria nº 2.546/GM/MS.

Quadro 3 - Municípios do Estado do Rio de Janeiro com Pontos de Telessaúde

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	PERCENTUAL
METROPOLITANA I	Rio de Janeiro, Belford Roxo, Mesquita, Seropédica, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Queimados, São João de Meriti.	75%
METROPOLITANA II	São Gonçalo, Silva Jardim, Tanguá, Niterói, Rio Bonito, Maricá, Itaboraí.	100%
BAIXADA LITORÂNEA	Araruama, Arraial do Cabo, Armação dos Búzios, Cabo Frio, Saquarema, Iguaba Grande, Casimiro de Abreu, São Pedro da Aldeia.	89%
BAÍA DE ILHA GRANDE	Angra dos Reis, Paraty, Mangaratiba.	100%
CENTRO SUL	Areal, Comendador Levy Gasparian, Eng. Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Sapucaia, Vassouras, Paracambi, Paraíba do Sul, Três Rios.	100%
MÉDIO PARAÍBA	Barra do Piraí, Barra Mansa, Pinheiral, Porto Real, Piraí, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Volta Redonda, Itatiaia, Valença.	92%

SERRANA	Nova Friburgo, Petrópolis, Bom Jardim, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Macuco, São José do Vale do Rio Preto, Cachoeiras de Macacu, Duas Barras, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis, Trajano de Morais.	87,5%
NORTE	Campos dos Goytacazes, Macaé, Quissamã, São João da Barra.	50%
NOROESTE	Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cardoso Moreira, Miracema, Santo Antonio de Pádua, Itaocara, Laje do Muriaé, Porciúncula, São José de Ubá, Varre-Sai.	71%

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2016.

A cobertura de Pontos de Telessaúde nas distintas regiões do estado é explicada em virtude do parágrafo único do artigo 4 da Portaria 35 de 04 de janeiro de 2007, no qual diz que o percentual máximo de 20% dos pontos deverão ser para as regiões metropolitanas e o mínimo de 80% dos pontos para os municípios não pertencentes à região metropolitana.

Nesse contexto, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, orientado pelo Comitê Estadual de Telessaúde, coordenou a implantação dos Núcleos Regionais de Telessaúde Médio Paraíba, Centro-Sul e Baixada Fluminense de forma integrada com o Núcleo Estadual de Telessaúde UERJ a fim de facilitar o processo de trabalho dos profissionais de saúde do Estado, através da utilização de uma plataforma única com a oferta de tele-educação do Núcleo UERJ/RJ. (ANDERSON e SILVA DE ALMEIDA, 2015)

A caracterização de um Núcleo de Telessaúde como um ‘metasserviço de saúde’ impõe que sua gestão tenha duas faces inseparáveis e interdependentes. A primeira é a gestão colegiada das instituições que fazem parte e dão sustentação à Rede e ao Núcleo de Telessaúde, como, por exemplo, a Secretaria Estadual de Saúde, os municípios e equipes de saúde participantes, as instituições de ensino envolvidas, entre outras. A segunda face da

gestão de um NT é a gestão interna do Núcleo, que compreende atividades de coordenação administrativa, tecnológica e acadêmica. (BRASIL, 2012c)

Atualmente existem 48 Núcleos de Telessaúde no Brasil sendo 03 (três) Núcleos Regionais de Telessaúde no Estado do Rio de Janeiro e 01 (um) Núcleo Universitário/UERJ. (ANEXO C).

Os Núcleos Regionais de Telessaúde no Estado do Rio de Janeiro, estão apontados no quadro 4.

Quadro 4 - Núcleos de Telessaúde no Estado do Rio de Janeiro

Núcleo Regional de Telessaúde	Município Sede
Metropolitana I	Nova Iguaçu
Centro Sul	Três Rios
Médio Paraiba	Volta Redonda

Fonte: A autora, 2017.

O Núcleo Regional do Telessaúde da Baixada Fluminense foi pactuado em CIB nº 1.826 de 19 de junho de 2012, através do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF) e na Comissão Intergestores Regional (CIR), Deliberações CIR nº 46/2012 e nº 29/2012, mas sua inauguração foi realizada em 22 de agosto de 2013.

O Núcleo Regional do Telessaúde da Baixada Fluminense, abrange 11 (onze) municípios, sendo eles, Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica. (CISBAF, 2013).

Conforme mencionado pela entrevistada E2, a inauguração foi realizada por teleconferência e simultaneamente foram inaugurados os Núcleos Regionais do Médio Paraíba e do Centro Sul, com o tema "Ampliação do Telessaúde Brasil Redes no Estado do Rio de Janeiro", conforme mostra a figura 6.

Figura 6 - Divulgação do evento de inauguração dos núcleos regionais

Fonte: Secretaria do Estado do Rio de Janeiro, 2016

O estudo sobre a "A implantação do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na região da Baixada Fluminense", Zimbaro *et al* (2015) ressalta que o Consórcio Intermunicipal de Saúde Baixada Fluminense (CISBAF) localizado no município de Nova Iguaçu é um poderoso instrumento de gestão e que por este motivo é sede do Núcleo. Ressaltam também a importância da cooperação técnica desenvolvida entre o CISBAF e o Laboratório de Telessaúde da UERJ, que permitiu o uso da sua plataforma, dando acesso aos cursos online e possibilitando, assim, um maior intercâmbio entre as equipes de Atenção Básica.

O Núcleo Telessaúde Intermunicipal de Três Rios prossegue como cidade sede, realizando teleconsultorias, monitoria de campo, webconferências e capacitações a todos os municípios da região, em parceria com a UERJ, como apontado no estudo de Lazarine *et al* (2015) sobre a "A implantação do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na região Centro-Sul".

Além destes três Núcleos de Telessaúde Regionais, como dito anteriormente, o Núcleo do Estado do Rio de Janeiro implantado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, instalado no HUPE e vinculado ao Laboratório de Telessaúde oferece os serviços de Teleconsultoria, Telediagnóstico, Educação a distancia e Telessaúde na Escola.

Diante da necessidade de iniciar outra lógica no processo de trabalho, o Núcleo de Telessaúde da UERJ, ampliou a equipe de teleconsultores e outras áreas profissionais passaram a compor a equipe e a participar da organização das atividades de tele-educação. Com isso houve aumento dos cursos ofertados em áreas temáticas seguindo a proposta das redes de atenção do Ministério da Saúde, como exemplo a Rede Cegonha. (MONTEIRO, *et al*, 2015).

Neste momento, foi criado um Grupo de Trabalho para elaborar uma proposta de viabilidade do Curso de Capacitação em Pré Natal de risco habitual, para Equipes de Atenção Básica do Estado do Rio de Janeiro foi pactuado através da Deliberação CIB nº 3.400 de 28 de abril de 2015.

Após a criação do GT, foi pactuado a Capacitação de Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual para todas as regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro através da Deliberação CIB-RJ nº 3.471, de 21 de julho de 2015. (ANEXO F)

O GT foi composto por um representante da Superintendência de Atenção Básica, da Coordenação da Saúde da Mulher, da Coordenação Geral de Educação em Saúde e Gestão e da Coordenação do Programa Telessaúde UERJ e três representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro.

Conforme apontado por um dos entrevistados sobre A "Capacitação de Médicos e Enfermeiros em Atenção Pré-Natal de Risco Habitual para as Regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro" em 2014, mostra a importância da Rede Estadual de Telessaúde:

> A gente participou da organização, da formação e do lançamento de um curso de pré-natal, para qualificação de profissionais da atenção básica, foram 10 aulas gravadas no Telessaúde por professores da UERJ, obstetras, enfermeiros, [...] hoje o estado implantou, ofertou para todas as regiões esse curso de pré-natal [...] [E2]

A ata da 6ª Reunião Ordinária da CIB em 16 de julho de 2015 menciona que a capacitação teve inicio no ano de 2014 pelas regiões Metropolitanas I e II cujo financiamento foi executado com recursos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do

Governo do Rio de Janeiro, onde foram ofertadas 980 (novecentos e oitenta) vagas e o público alvo: médicos e enfermeiros de Saúde da Família.

Ainda sobre a ata da reunião, explica-se que o curso foi realizado em 2 (duas) etapas, sendo a primeira com em 2015 para as regiões metropolitanas I e II e a segunda em 2016, para as demais regiões do Estado, sendo elas: Médio Paraíba, Baixada Litorânea, Norte, Noroeste, Baía da Ilha Grande e Centro Sul.

A deliberação CIB-RJ nº 3.704 de 14 de abril de 2016, pactua a execução financeira da capacitação de médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família em atenção ao pré-natal de risco habitual, para o ano de 2016.

Nessa reunião, Rodrigo Alves Torres Oliveira, Secretário Municipal de Saúde de Angra dos Reis, destacou a sensibilidade da Secretaria Estadual de Saúde em acolher a demanda de *estadualizar* a capacitação que estava centralizada em apenas duas (2) regiões, como também a capacidade da equipe técnica para executar o recurso financeiro da Educação Permanente e repactuar o processo de expansão desta capacitação, o que reforça a atuação de diversos atores na educação permanente dos profissionais das regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Experiências da implantação do PTBR no Estado do Rio de Janeiro: aspectos dificultosos e facilitadores

Vimos até aqui que o Projeto de Telessaúde Brasil Redes no Estado do Rio de Janeiro foi resultante do envolvimento dos representantes da SES, do COSEMS, das Secretarias Municipais de Saúde e da UERJ.

Silva *et al* (2015) menciona que qualquer projeto relacionado à telessaúde que se faça no território depende da aprovação na CIB, o que significa um ganho no que diz respeito às ações consensuadas em diferentes instâncias do SUS, pois evidencia que os gestores veem a telessaúde como uma ação externa ao SUS, que precisa ser integrada.

Rocha (2015) enfatiza que o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS/RJ) foi parceiro desde o lançamento do Programa em 2007 e já em 2008 iniciava conjuntamente os Pontos de Telessaúde nos 92 municípios fluminenses.

Entre os entrevistados, houve um consenso sobre os atores envolvidos na implantação do PTBR no Estado do Rio de Janeiro.

> O Telessaúde UERJ [...], Superintendência de Atenção Básica, Coordenação Estadual de Educação e Saúde [...], as representações da CIR (Comissão Intergestoras Regionais) e o COSEMS (Conselho Secretários Municipais de Saúde). [...][E1]

> [...] naquele momento foi uma boa escolha, a gente sentar esses entes, principalmente o COSEMS [...] foi tudo sendo construído junto, e com as coordenações das CIR, que são as Comissões Intergestoras Regionais [...] e representação do Ministério da Saúde [...] e a gente podia então organizar como seria esse desenho no estado do Rio e nesse momento já tendo a parceria do Telessaúde dada com a Superintendência de Atenção Básica. [...] [E2]

O planejamento do processo de implantação foi progressivo e realizado em parceria com a SES e o COSEMS, resultando na ampliação da Rede Estadual de Telessaúde para todo o Estado do Rio de Janeiro. (MONTEIRO, *et al*, 2015).

Como aspectos facilitadores durante esse processo de implantação foram apontados pelos entrevistadores E1 e E2, o papel articulador da Gestão Estadual com a Coordenação do Núcleo Telessaúde da UERJ.

> Já havia uma relação anterior com o núcleo do Telessaúde da UERJ [...], isso foi de fato um facilitador, porque a gente já tinha uma trajetória, então quando sentávamos para conversar, a gente já estava falando uma linguagem que todos já conheciam e a gente já tinha uma proximidade, que faz toda a diferença no início de um processo como esse. [E1]

> [...] posso falar de facilitador [...] a facilidade de acesso também à coordenação [...] a participação do Telessaúde em todos os Fóruns de Atenção Básica, alguns deles foram transmitidos em tempo real tendo a participação de outros profissionais que não estavam com possibilidade de vir até aqui, [...]

Monteiro *et al* (2015) destaca em seu estudo que as principais dificuldades no início da implantação do Ponto de Telessaúde para a participação dos profissionais nas atividades, eram o local de instalação dos equipamentos; sinal/velocidade inadequada de internet; distância das unidades de saúde para o local; rotina da unidade que impedia o deslocamento dos profissionais e rotatividade de profissionais.

Corroborando com a questão, foi apontado pelos entrevistados, por unanimidade, a dificuldade da conectividade no Estado do Rio de Janeiro.

> [...] Na época, a grande dificuldade era a questão da banda larga, da internet, acho que é uma dificuldade universal do país, [...] então como é que seria possível garantir [...] às equipes de saúde da família, conexão para atingir aquela proposta de acesso à plataforma [...] mesmo no seu próprio celular ou *tablet*, então a questão da conexão, a conectividade se colocava como o primeiro das grandes dificuldades. [E1]

> [...] um dificultador que a gente pode analisar, que acho que depois também se configurou para as demais regiões, era a questão da internet, do acesso à internet, da nossa dificuldade,

> apesar de estarmos no Rio de Janeiro [...] mas mesmo assim com dificuldade na conectividade da internet, [...] isso é uma realidade nacional, não é uma realidade somente daqui do estado, e isso se apresentou depois nas reuniões, [...] mas quando a gente fala no Rio de janeiro, a gente imagina que aqui a situação seria diferenciada, mas não foi isso depois que a gente pôde observar. [...][E2]
>
> Dificuldade, a concetividade. [...][E3]

Nos Pontos de Telessaúde, é imprescindível a existência de acesso à internet, materializado por cabo ou por tecnologia sem fio, conectado a equipamento dedicado, ou seja, com uso preferencial para Telessaúde, em local disponível para toda a equipe de saúde servido por banda nominal mínima de 640 Kbps para que, mesmo com oscilações, a média fique em torno dos 128 *Kbps* mínimos para transmissão de vídeo. (BRASIL, 2012c)

No Brasil, ainda que muitos tenham sido os avanços para informatização das Unidades de Saúde, ainda existem barreiras na utilização das TICs e na conectividade, impactando na qualificação dos profissionais das equipes de atenção básica e sua destacada importância no fomento aos processos de reorganização e melhoria da qualidade dos serviços em questão.

É fato que a incorporação de TIC na atenção básica vem caminhando a passos lentos, ainda que no âmbito da estratégia saúde da família esta necessidade venha se tornando iminente, pois o baixo percentual de UBS que possui computador (48,6%), observadas durante a avaliação externa do PMAQ-AB, reflete um cenário de desigualdades na distribuição das TICs no Estado do Rio de Janeiro.

Fernandes *et al* (2009) reforçam que a indisponibilidade de equipamentos tecnológicos em geral nas unidades, é um grande desafio a ser superado no âmbito da organização dos serviços de atenção básica.

A falta de computadores nas UBS inviabiliza não somente o acesso aos sistemas de informação do Ministério da Saúde, mas também dificulta a educação permanente dos profissionais das equipes de atenção básica.

Zimbaro *et al* (2015) esclarecem em seu estudo "A implantação do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na região da Baixada Fluminense", que a partir da implantação do Núcleo, seguiram varias reuniões com os componentes do Telessaúde e os Coordenadores de Atenção Básica dos municípios da Metropolitana I, em que foram analisados e discutidos os avanços e os desafios encontrados para a otimização da implantação e utilização da plataforma do Telessaúde.

A entrevistada E1 pontua que "outro ponto que dificultou a implantação foi a própria gestão do processo regional, porque a ideia era de que fosse um núcleo que atendesse a região

de saúde e todos os seus problemas da regionalização, sendo um deles a qualificação de seus profissionais".

As diferenças regionais, culturais, geográficas, socioeconômica e de infraestrutura de cada município ainda continuam a ser um dos principais desafios para o fortalecimento da Atenção Básica, e ainda é necessário levar-se em conta as discrepâncias de disponibilidade de infraestrutura das unidades de saúde e da internet com banda larga.

Nessa perspectiva, programas como o Requalifica UBS e o PMAQ-AB fazem parte das estratégias governamentais instituídas no âmbito da nova Política Nacional de Atenção Básica, na perspectiva de fomentar mudanças importantes e persistentes em diversas dimensões do processo de trabalho das equipes de atenção básica.

No âmbito do Requalifica UBS são classificadas como Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família com informatização e conectividade aquelas alocadas em UBS com ponto de Telessaúde e computador conectado à internet, kit multimídia e *webcam* e/ou dispositivos móveis para profissionais da equipe.

Importante ressaltar a contribuição de Maldonado *et al* (2016), o Ministério da Saúde iniciou em 2003 uma série de esforços para elaborar uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), que culminou em 2004 com uma proposta para pactuação tripartite e elaboração de planos de ação. Tal proposta, que refletia deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, não chegou a ser regulamentada e sua construção foi descontinuada, só voltando a ser retomada em 2011.

Entendemos que, com essa contribuição do autor, a incorporação de tecnologias da informação pela saúde tenha não foi interrompida, mas sim continuou sem a orientação de uma política nacional específica, passando a ocorrer sem um direcionamento explícito e formalizado.

A fala entrevistada E1 reitera que "o telessaúde, assim como os demais sistemas de informação em saúde, necessita produzir registros eletrônicos de seus atendimentos que se articulam aos registros dos sistemas de prontuário eletrônico do paciente".

Com disso, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), instituído pela Portaria GM nº 1.412 de 10 de julho de 2013, passou a ser o novo sistema de informação na Atenção Básica, em substituição ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Esse sistema foi desenvolvido na perspectiva da utilização do prontuário eletrônico do paciente e de atividades registradas eletronicamente através de ferramentas como

computadores, *tablets* e outros equipamentos eletrônicos que permitam o acesso através da internet.

Para atender aos diversos cenários de informatização e conectividade nos serviços de saúde, oferecendo dois sistemas de software que podem operar desde uma UBS sem computador, com o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), destinado a municípios cujas Unidades Básicas de Saúde são informatizadas e com algum grau de conectividade.

Atualmente, o Sistema com Coleta de Dados Simplificada é um software de caráter transitório, a ser utilizado até que os municípios alcancem os padrões necessários para implantação do prontuário eletrônico.

Diante deste contexto sobre a conectividade, as estratégias empregadas para o enfrentamento desta barreira foram as "capacitações para os profissionais de saúde, com o objetivo de debater temas do cotidiano no atendimento das unidades de saúde, bem como estimular o cadastro e a utilização da plataforma." [E1].

Corroborando ainda com esta afirmativa, destacamos a fala de [E2]:

> [...] a gente pretende, como secretaria de estado, que esse programa fosse à frente nesse sentido, da gente conseguir aproximar mais, diminuir a distância, que o estado é um estado grande, e a gente não tem tanta possibilidade de estar presente em alguns momentos tanto como gostaríamos, agora principalmente, temos um afastamento das regiões onde estivemos bem presentes lá com equipes técnica, mas se a gente tem um braço assim com telessaúde com essa possibilidade de aproximação, a gente vê uma possibilidade sempre de encurtar as distâncias [...]

Neste estudo, fez-se necessário considerar a recente constituição do Comitê de Telessaúde no Estado do Rio de Janeiro no intuito de fortalecer a Atenção Primária à Saúde no âmbito estadual e a realização da avaliação externa do PMAQ-AB que coletou os dados deste estudo, ambos em 2012.

Corroborando com os resultados, Oliveira *et al* (2016) relata que a informatização dos municípios de seu estudo demonstrou-se como um desafio no programa, sendo esta compreendida como o fornecimento de infraestrutura e material de tecnologias de informação, não podendo desvincular as características e disparidades regionais e as grandes diferenças entre locais nos quais há e onde não há experiências prévias de telemedicina ou telemática na saúde.

Nesse sentido, destacamos o resultado do PMAQ-AB do 1º ciclo no qual se avaliou 1.047 equipes de atenção básicas contratualizadas por 77 gestores municipais, no período de

maio a outubro do ano de 2012, tendo as eAB distribuídas em 1.830 Unidades Básicas de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Os resultados deste estudo evidenciaram distribuição favorável das equipes nas unidades de saúde, porém é notório a necessidade de avaliação da efetividade e aplicabilidade desta distribuição no que tange à conectividade, pois apenas 468 UBS possuíam acesso à internet.

No entanto, o grande desafio é a questão da conectividade que não está equacionada, mesmo após o incentivo do Ministério da Saúde, com os programas Requalifica UBS e PMAQ-AB.

Além disso, denota-se a pouca valorização da gestão dos municípios na adesão ao PMAQ-AB e PTBR, assim como pouca sensibilização aos profissionais de saúde para a adesão a uma proposta inovadora de educação, no caso a educação a distância na APS através do Telessaúde.

Monteiro *et al* (2015) aponta que, com a evolução tecnológica, sobretudo, pela introdução e ampliação do acesso à dispositivos móveis com maior acesso a internet, o conceito de Ponto de Telessaúde foi, posteriormente, readequado de forma a eliminar a necessidade de instalação de desktops, mas sim caracterizar o Ponto de Telessaúde como um usuário profissional de saúde ativo na participação em atividades de tele-educação e na solicitação de teleconsultoria.

Carvalho *et al* (2015) ao realizarem uma análise acerca da utilização das TIC na população, afirmam que o acesso à internet local, à telefonia, à TV interativa e aos meios eletrônicos fundamentais para realizar ações de telessaúde, ainda são limitados, não tendo ainda a capilaridade em extensão territorial adequada às necessidades do SUS.

No entanto, além da conectividade, existe ainda uma resistência cultural no uso das tecnologias de informação e a não adesão dos gestores ao programa. Apesar das práticas de telessaúde contribuírem para a ampliação e melhora da qualidade do serviço da atenção básica, por meio da qualificação profissional, ressalta-se que alguns desafios ainda persistem como a baixa inclusão digital e conectividade no ambiente de trabalho.

A educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica no Estado do Rio de Janeiro: Tele-Educação

É inegável que a graduação ainda não dá conta de formar profissionais de saúde com competências e habilidades essenciais para colocar em prática na Atenção Básica.

A formação acadêmica ainda é tradicionalista, descontextualizada e, portanto antagônica à proposta de se abordar o ser humano em sua dimensão mais ampla e política, fragmentando o conhecimento e as ações.

Soma-se a esse cenário o fato de que, conforme Maia e Jorge *apud* Barbosa *et al* (2015), apenas 15% dos médicos atuantes na ESF brasileira no ano de 2008 possuíam formação em algum programa de residência médica ligado direta ou indiretamente à AB ou à Saúde Pública.

Maia e Jorge (2015) em seu estudo mencionam que as dificuldades com relação à velocidade/conectividade da internet, inabilidade dos participantes em lidar com computadores e com a informática, ou com as formas de interação da plataforma podem desmotivar o grupo e até provocar evasão dos alunos.

A Educação à distância ou tele-educação é uma forma de ensino que possibilita a aprendizagem, com a mediação humana de recursos didáticos sistematicamente organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, utilizados isoladamente ou combinados, e veiculados pelos diversos meios de comunicação. (BRASIL, 2012c)

A utilização das TIC em metodologia a distância implica na mudança de comportamento, adotando conduta proativa para construir suas estratégias de aprendizagem, utilizando diferentes meios interativos.

O conceito da Educação a Distância (EaD) pode ser sistematizado como o método pedagógico de ensino em que o educador e o educando não compartilham o mesmo ambiente físico. (ABED, 2010).

Além disso, a incorporação EaD nos programas de EPS permite alcançar um grande número de profissionais qualificados com postura crítica-reflexiva, comprometidos com a qualidade no desenvolvimento das práticas de saúde.(ROCHA, 2016)

Entendendo que o conceito de formação abrange processos educativos que se dão de forma contínua, além da graduação, delineamos a compreensão dos desafios e potencialidades na educação permanente dos profissionais de saúde através do serviço da Tele-Educação do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica do Estado do Rio de Janeiro.

Das 1.047 equipes de atenção básica avaliadas no ano de 2012, ou seja, aproximadamente 50% das eSF existentes no Estado do Rio de Janeiro, 951 equipes de atenção básica afirmaram existir em seus municípios ações de educação permanente, o que demonstra a UBS como espaço de educação profissional para a realização da necessária articulação entre trabalho e ensino.

Fazendo um paralelo com os resultados desse estudo, observa-se que as eAB avaliadas no 1º ciclo do PMAQ-AB não vislumbravam o potencial do Telessaúde na educação permanente, pois apenas 238 (24,9%) equipes de atenção básica responderam que utilizam o Telessaúde como ação de educação permanente.

Diante disso, como dito anteriormente, a oferta dos serviços de telessaúde através do Núcleo do Telessaúde da UERJ teve início em 2007, tendo a tele-educação como o serviço para capacitar permanentemente às equipes de saúde da família.

Dessa forma, ao planejar um serviço de tele-educação, o gestor precisa mobilizar recursos humanos, físicos e tecnológicos com a finalidade de propor ações direcionadas à educação permanente às equipes de atenção básica.

Para melhor entendermos os dados quantitativos apresentados neste estudo, através da avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ-AB, apresentamos a tabela 5 com os percentuais das ações do Telessaúde.

Tabela 5 - Percentual das ações de Telessaúde no Estado do Rio de Janeiro e Brasil

INDICADORES	**MÉDIA**	
	Estado do RJ	**Brasil**
Percentual de equipes que participou ou tinha participado no último ano do Telessaúde	24,9%	29%
Percentual de equipes que utilizava o Telessaúde para uma segunda opinião formativa	34,4%	49,7 %
Percentual de equipes que utilizava o Telessaúde para telediagnóstico	18,6 %	34,3 %
Percentual de equipes que utilizava o Telessaúde para teleconsultoria	30,4%	49,9%

Fonte: Elaboração pela autora a partir dos dados das unidades da Federação. Retratos da Atenção Básica, 2015

Verificamos pouco uso do Telessaúde e seus serviços tanto no Estado do Rio de Janeiro quanto nacionalmente.

Importante apontar que não havia o item Tele-Educação nas opções destas respostas, e que o Programa Telessaúde Brasil Redes, fornece aos profissionais e trabalhadores das Redes

de Atenção à Saúde no SUS serviços de teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e tele-educação.

A Tele- Educação envolve ações de EaD por meio eletrônico tendo ações como as conferências, a disponibilização de conteúdos na plataforma eletrônica, cursos ministrados por meio das TIC onde professor e aluno estão distantes geograficamente.(AMARANTE, 2015)

É importante levar em consideração que o fato do conhecimento estar disponível em *web* e de educadores e educandos estarem conectados através dos equipamentos necessários não gera produção espontânea de tele-educação. As tecnologias da informação servem como elementos facilitadores, mas toda a infraestrutura tradicional que envolve um processo de ensino-aprendizagem deve estar presente. (BRASIL, 2012c)

Posto um cenário multifatorial que congrega déficits de formação específica com prováveis déficits de interesse e de habilidade em novas tecnologias de comunicação, somados às necessidades de melhoria do sistema de saúde, as iniciativas de tele-educação devem buscar formas de aumentar sua efetividade. (BRASIL, 2012c)

Um aspecto importante da tele-educação é que o potencial de aprendizagem se dá de acordo com os interesses individuais e sociais do aluno, de forma mais acentuada que na educação presencial.

Os entrevistados deste estudo (E1, E2 e E3), mencionaram, em sua totalidade, a webconferência como serviço mais utilizado na implantação do PTBR no Estado do Rio de Janeiro.

Melo e Silva (2006) destacam que a tele-educação tem sido utilizada para a qualificação na educação permanente com formatos diversos como discussão de casos clínicos, web conferências, videoconferências, cursos EAD e acesso a bibliotecas virtuais. As áreas rurais e remotas são as principais beneficiadas, pois possibilita treinamento sem necessidade de deslocamento do profissional.

As webconferências consistem em um encontro virtual em tempo real, via *web*, no qual são utilizadas as ferramentas da telessaúde para a interação de maior número de profissionais. As teleconferências são reuniões em tempo real através do telefone, essa modalidade é mais limitada pela interação de somente voz sem vídeo e pelo menor número de pessoas participantes.

Como exemplo de webconferência, citamos a web palestras, com caráter expositivo, em que a comunicação do palestrante para um grupo aberto de participantes se dá por som e imagem e a interação é limitada a um chat.

A entrevistada E2 pontuou sobre o uso do recurso para a inauguração dos Núcleos Regionais do Médio Paraíba e do Centro Sul, com o tema "Ampliação do Telessaúde Brasil Redes no Estado do Rio de Janeiro".

O formato de webpalestras também pode ser utilizado para discussão de casos, sejam casos clínicos ou casos complexos que envolvam interação multiprofissional e/ou discussão do processo de trabalho. (BRASIL, 2012c).

A definição de uma agenda fixa de webpalestras pelos gestores, organizada por temas em saúde de interesse dos profissionais das eSF é uma sugestão deste estudo para permitir a inclusão dessa atividade dentro da rotina das equipes como um hábito.

Rendeiro (2015) em seu estudo esclarece que o planejamento das atividades durante a implantação do PTBR aplicou-se formulários de linha de base, com objetivo de identificar o perfil profissional e conhecer as demandas em educação permanente, e que as informações levantadas através deste formulário viabilizaram o planejamento das atividades de tele-educação, as chamadas *webconferences* ou teleconferências, utilizando o programa *Adobe Connect*.

Na tele-educação, o Núcleo do Telessaúde UERJ apresenta programa de Seminários por web conferência e o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) do *Moodle*, o qual o acesso é permitido para qualquer profissional de saúde e alunos, tendo seus cursos de ensino a distância com certificação da UERJ.

O *Moodle* (*Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*) é uma plataforma livre para o ensino a distância o qual permite a sua customização para diversas necessidades do EaD e são usados na tele-educação como diversificação dos recursos didático-pedagógicos na formação técnica. (AMARANTE, 2015)

Citamos como relevante nos resultados deste estudo, a plataforma colaborativa para o curso de capacitação para “Assistência ao Pré-Natal de risco habitual” em parceria com a SES/RJ.

Cabe ainda mencionar alguns aspectos dificultadores pontuados pelos entrevistados deste estudo (E1 e E2) sobre a EPS, além da conectividade, “a necessidade de mudanças nos processos de trabalho em função da adoção das novas tecnologias de informação”.

Nessa conjectura, a incorporação de novas tecnologias fortalece os programas de educação permanente através da educação a distância, possibilitando ao profissional de saúde um estudo individualizado e adaptado ao ritmo do trabalho, proporcionando flexibilidade temporal e transpondo barreiras geográficas.

As TICs tem se revelado poderosas aliadas no enfrentamento dos desafios da educação a distancia, não apenas pelo papel que desempenham na redução das barreiras físicas relativas ao espaço e tempo, mas também pela possibilidade de troca e compartilhamento de conhecimentos.

Como benefícios esperados do Telessaúde, destacam-se a qualificação das equipes e maior resolubilidade; diminuição do custo de saúde através da qualificação profissional local; redução da quantidade de refereciamento, aumentando a acessibilidade local aos serviços de saúde, sobretudo os de prevenção de doenças e a redução de indicadores de saúde locais. (ALBUQUERQUE, 2013).

Uma das maiores preocupações das políticas públicas mencionadas neste estudo foi a contínua necessidade de aperfeiçoamento profissional dos profissionais de atenção básica frente à expansão da ESF, a fim de atualizar conhecimentos e habilidades que possam ser aplicados na prática, dando resposta as demandas da rede de atenção à saúde.

Como o estudo sobre a experiência do Programa Telessaúde Brasil no Núcleo Rio de Janeiro, o estudo de Faria e David (2010) menciona a Região Metropolitana do Rio de Janeiro com a maior participação, justificada pelo maior efetivo de profissionais lotados nesses locais ou ao melhor trânsito de informação entre as equipes e gestores. As razões para a menor participação das demais áreas podem estar relacionadas à dificuldade de acesso às tecnologias ou à rede.

Considerando o contexto apresentando neste estudo, é possível vislumbrar a importância que o Telessaúde apresentou para o Estado do Rio de Janeiro, como um meio estratégico de qualificação e desenvolvimento de profissionais no âmbito da Atenção Básica.

Dentre os principais desafios que dificultaram a ampliação da utilização do serviço de tele-educação destacamos a infraestrutura local, incluindo disponibilidade de equipamentos, qualidade e custo da conexão à internet.

Acreditamos também que a deficiente organização administrativa pelos gestores municipais para adequar novos processos de trabalho e a pouca percepção da utilidade, benefícios e limitações da telessaúde foram fatores de barreiras à sua difusão do telessaúde, dificultando a tele-educação a se tornar uma rotina no dia-a-dia das unidades.

Acreditamos que a EAD aplicada à área da atenção básica ainda é pouco expressiva em termos de demanda e participação, para tanto, ainda é necessário que os processos de ensino-aprendizagem na ESF incluíam as ações e atividades de telessaúde e telemedicina com recursos humanos e infraestrutura adequada.

Por fim, não é somente o Telessaúde que proporcionará a qualificação dos profissionais das eSF, mas sim as ações intersetoriais de modo a garantir o desenvolvimento das políticas de formação de educação permanente em saúde voltado para atenção básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu a apresentação do processo de implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado do Rio de Janeiro, tendo o conjunto de documentos oficiais confirmado que o Programa Telessaúde começa com os gestores federais e estaduais e a comunidade acadêmica, ou seja, do âmbito federal descentralizando para o local, integrando as instituições governamentais para o desenvolvimento das ações de telessaúde no contexto do SUS de forma sistemática e sustentável.

O marco do uso de tecnologias de informação e comunicação, na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), se deu em 2003 com a realização de uma videoconferência para discussão de um caso clínico.

Em 2007 que foi criado o Núcleo de Telessaúde do Estado do Rio de Janeiro, sendo implantado no Laboratório de Telessaúde localizado no HUPE da UERJ através do Projeto Piloto Nacional de Telessaúde.

Entre 2007 e 2008, houve pactuações entre Conselho de Secretários Municipais do Rio de Janeiro (COSEMS/RJ) e a Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ), que definiram os critérios para a implantação do ponto de telessaúde, baseado em cobertura de saúde da família.

Em 2009, o Núcleo de Telessaúde UERJ implantou 100 (cem) Pontos de Telessaúde no Estado do Rio de Janeiro, sendo 24 para o município do Rio de Janeiro e os demais para 76 municípios. Nessa oportunidade foi instalado um "*kit* de telessaúde" composto por um computador, uma impressora e uma *webcam*, tendo como contrapartida, pela gestão municipal, a liberação dos profissionais de saúde para as atividades.

Destacamos no estudo, Piraí, o primeiro município a receber o Ponto de Telessaúde no Estado do Rio de Janeiro, devido sua infraestrutura em rede de internet.

Em relação à conectividade dos demais municípios, foi possível constatar a partir da vivência dos respondentes, que atuaram e atuam em funções corelacionados ao Programa Telessaúde, como aspecto dificultoso para a implantação.

Nesse sentido, destacamos o resultado da avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ-AB segundo o recorte territorial levantado neste trabalho, o qual mostrou que foi avaliado 1.047 equipes de atenção básicas contratualizadas por 77 gestores municipais distribuídas em 1.830 Unidades Básicas de Saúde.

Os resultados deste estudo evidenciaram uma distribuição favorável das equipes nas unidades de saúde, porém há necessidade de avaliação da efetividade e aplicabilidade desta distribuição no que tange à conectividade, pois mostra o percentual de acesso à internet de 25,6% ainda impacta o percentual do Telessaúde nas unidades de saúde, com apenas 6,6%.

É fato que a incorporação de TIC na atenção básica vem caminhando a passos lentos, ainda que no âmbito da estratégia saúde da família esta necessidade venha se tornando iminente, pois o baixo percentual de UBS que possui computador (48,6%), impressora (36,7%), webcam (7,1%), caixa de som (18,3%) e microfone (3,4%), observados durante a avaliação externa do PMAQ-AB, reflete um cenário de desigualdades na infraestrutura que ainda continuam a ser um dos principais desafios para o fortalecimento do Telessaúde.

Acreditamos que tais resultados poderão ser um instrumento para a criação de políticas de educação permanente, no que tange a tele-educação, considerando as características físicas e de infraestrutura das unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Sugerimos 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 e o Programa Requalifica UBS, frente à expansão da Estratégia de Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro, tendo atualmente 65 municípios com cobertura acima de 80%. Além disso, há uma contínua necessidade de aperfeiçoamento destes profissionais a fim de atualizar seus conhecimentos e habilidades para que possam ser aplicadas na prática, dando resposta as demandas da rede de atenção à saúde.

Também consideramos pertinente a elaboração de um cronograma de encontros do Comitê Gestor Estadual para que seus representantes possam acompanhar o trabalho dos núcleos de telessaúde.

Neste sentido, ressalta-se a importância dos gestores locais, na implementação do Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, em fornecer condições físicas, tecnológicas e organizacionais no processo de trabalho das equipes de AB, monitorar e avaliar o telessaúde de seu município, promover integração dos profissionais de saúde com as ações do telessaúde e incluir os Pontos de Telessaúde implantados nos estabelecimentos de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. A viabilidade do telessaúde, assim como a qualidade de suas ações, depende sobremaneira desse compromisso.

Ressaltamos o esforço do Ministério da Saúde no que tange o Programa Requalifica UBS, incentivando os gestores municipais a compor as Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família com informatização e conectividade alocando-as em UBS com ponto de Telessaúde e

computador conectado à internet, kit multimídia e webcam e/ou dispositivos móveis para profissionais da equipe.

A legislação propõe alteração na infraestrutura e, por conseguinte, também há mudança na operacionalização das práticas de trabalho, porém, essa política não garante o êxito da implantação do serviço de telessaúde e nem a criação de cultura institucional no SUS.

Vimos que a tele-educação foi planejada para capacitar permanentemente as equipes de saúde da família, o que se denota a necessidade de uma equipe específica com conhecimento e experiência em EaD no local de trabalho destas equipes.

Há, na legislação, pouco enfoque na questão pedagógica, em que o telessaúde parece ser descrita como uma questão técnica, de equipamento, e não para desenvolvimento de ações de educação permanente das equipes de atenção básica, visando à educação para o trabalho, na perspectiva da melhoria da qualidade do atendimento, da ampliação do escopo de ações ofertadas por essas equipes, da mudança das práticas de atenção e da organização do processo de trabalho.

Em relação à infraestrutura, considerando este um dos principais desafios da implantação, inviabilizando as ações de telessaúde nas unidades de saúde, recomendam-se fortemente iniciativas necessárias para uma boa conectividade nos Pontos de Telessaúde. Para isso, reforçamos a sensibilização dos gestores municipais para apoio às Equipes de Saúde da Família na inserção da telessaúde nos processos de trabalho, superando barreiras de eventuais resistências à mudança.

Perfazendo, daremos prosseguimento ao estudo através do monitoramente e avaliação das ações de Telessaúde, a fim de avaliar todas as dimensões dos serviços de Telessaúde, tanto de infraestrutura como de processo e de desfechos (indicadores de estrutura, processo e resultado) (DONABEDIAN, 1988), pois tais indicadores irão subsidiar relatórios e boletins para todos os níveis de gestão, possibilitar a criação de uma ‘sala de situação’ sobre Telessaúde e apoiar atividades de investigação.

REFERENCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA. **Cursos à distância.** São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www2.abed.org.br/contato.asp>. Acesso em: 25 de janeiro de 2017.

ALBUQUERQUE, R.V.; **TELESSAÚDE: Potencialidades e Desafios de um projeto de incorporação de tecnologias de informação e comunicação em Saúde na Bahia.** Salvador. 78 p. [dissertação]. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 2013.

ALKMIM, M. B. M.; RIBEIRO, A. L. P; FIGUEIRA, R. M. **Fatores associados à utilização de sistema de teleconsultoria na atenção primária de municípios remotos de Minas Gerais**. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS, DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA. Prêmio de Incentivo em ciência e tecnologia para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 55-59.

ALMEIDA, M.M.M e MELLO, A.C.F. **A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e o Núcleo de Telessaúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**: Pontos de sinergia para a Atenção Básica. In: MONTEIRO, A.M.V. e NEVES, J.P.P. *A História da Telessaúde da cidade para o estado do Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro. EdUERJ, 2015. Pag.14-17

AMARANTE, D.P.M.; **UTILIZAÇÃO DO DESIGN INSTRUCIONAL EM CURSO EAD: Análise do Ambiente Virtual de Aprendizagem de curso técnico à distância de uma instituição pública de ensino**. [dissertação]. Universidade FUMEC, 2015

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TELEMEDICINA E TELESSAÚDE, Rio de Janeiro, Disponível em: http://www.abtms.org.br. Acesso: 2 de fevereiro de 2017.

ANDERSON, M.I.P.; e SILVA DE ALMEIDA, A.C.M.; **Telessaúde, Medicina e Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro: registros e atividades do Núcleo Rio de Janeiro UERJ – 2007 a 2014.** In: MONTEIRO, A.M.V. e NEVES, J.P.P. (org.) *A História da Telessaúde da cidade para o estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015. Pag.99-141.

ASSIS, E.A.; **PROCESSOS COMUNICACIONAIS E INFORMACIONAIS NA TELESSAÚDE: interações entre o ambiente de especialistas e a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde – SUS.** Rio de Janeiro. 142p. [dissertação]. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Fundação Osvaldo Cruz.2013

_____. Ministério da Saúde**. Portaria 198 de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 561, de 16 de março de 2006.** Institui no âmbito do Ministério da Saúde a Comissão Permanente de Telessaúde. Brasília, DF, 2006 a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.228, de 09 de junho de 2006.** Altera o art. 2º da Portaria nº 561/GM, de 16 de março de 2006, que instituiu a Comissão Permanente de Telessaúde. Brasília, DF, 2006 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. . **Cadernos RH Saúde** – Vol. 3, n. 1. Brasília, DF, 2006 c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006 d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006 e

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.275/2006 de 22 de dezembro. Altera o art. 2º da Portaria nº 1.228/GM, de 9 de junho de 2006, que instituiu a Comissão Permanente de Telesaúde.2006f.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS**. Brasília: 2007 a. 291 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 35 de 04 de janeiro de 2007.** Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília, DF, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS)**, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, DF, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 452, de 04 de março de 2010.** Institui no âmbito do Ministério da Saúde a Comissão Permanente de Telessaúde. Brasília, DF, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **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 Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências. 2010 b

_____. Ministério da Saúde. **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). Brasília, DF, 2011 a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.554, 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. Brasília, DF, 2011 b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1.654 de 19 de julho de 2011.** 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**.** Brasília, 2011 c.

_____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.** 2011 d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.206 em 14 de setembro de 2011**, a qual institui o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. 2011 d

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.815 de 29 de novembro de 2011.** Habilita Municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde -Componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. 2011 e

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 703 de 21 de outubro de 2011**. 2011f.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2012 a.

_____. Ministério da Saúde**. Portaria 978 de 16 de maio de 2012.** Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para a Atenção Básica**/Atenção Primária em Saúde. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 123 p. Brasília, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n^{o} 1.229 de 14 de junho de 2012**. Estabelece recursos financeiros destinados ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. 2012 d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gestão da Atenção Básica [recurso eletrônico**] Retratos da Atenção Básica – 2012**, n. 2. Brasília: 2015

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 278 de 27 de fevereiro de 2014**. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.859 de 29 de dezembro de 2014**. Institui o incentivo financeiro de custeio mensal destinado aos Núcleos Intermunicipais e Estaduais de Telessaúde do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, e dá outras providências. 2014 a

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.860 de 29 de dezembro de 2014.** Define os valores do incentivo financeiro de custeio mensal destinado aos Núcleos de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica de que trata a Portaria nº 2.859/GM/MS, de 29 de dezembro de 2014. 2014b

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão em Educação Em Saúde. **Nota Técnica 50/2015**. Assunto: Diretrizes para a oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1.645 de 02 de outubro de 2015.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica**.** Brasília, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes Custeio Dos Núcleos De Telessaúde. **Manual Instrutivo**, 2015c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde **Relatório de Gestão do exercício de 2015**. Brasília: 2016 a. 265 pag.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Telessaúde Brasil Redes.** Disponível em: http://aps.bvs.br. Acesso em: 11 jan 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Financiamento da Atenção Básica.** Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/. Acesso em: 11 janeiro de 2017.

CAMPOS, E.F.; *et. al*. **Telessaúde em apoio a atenção primaria a saúde no Brasil.** In: Santos AF et.al. (Org.). Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG; 2006; p. 59-74.

CARNEIRO, V.F.; e BRANT, L.C.; **Telessaúde: dispositivo de educação permanente em saúde no âmbito da gestão de serviços**. Revista Eletrônica Gestão e Saúde. 2013; vol.04, nº. 02, p.494-16.

CARVALHO, M.F.; SANTOS, I.J.R.dos.; BOERY, E.N.; e SETENTA, C.A. **Análise estrutural da informatização da atenção básica no estado da Bahia, Brasil.** JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care. 6(2):178-188, 2015;

CAVALCANTI, M.M. de A.; **Avaliação de políticas públicas e programas governamentais - uma abordagem conceitual.** 2006

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, 2004.

COELHO, F.D.; e JARDIM, M.H.C.H.; **Piraí Digital: Inovação em Políticas Públicas de Educação e Saúde.** Acesso em 01 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://www.telessaude.uerj.br/resource/goldbook/pdf/45.pdf

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. **Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 705-711. 2006.

_____. **Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice?** Cad Saúde Pública 15(2):253-56.1999

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução no 1.643, de 7 de agosto de 2002. **Define e disciplina a prestação de serviços através da telemedicina**. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 26 ago. 2002.

CUNHA, N.C.H.C; *et al*. **A tecnologia audiovisual utilizada para informar e capacitar os trabalhadores da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo**. Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo, 2011. 10p.

DAVID, H.M.S.L.; FARIA, M.G.A. OLIVEIRA, N.V.D. **A Educação a Distância e a Enfermagem: a Tele-enfermagem do Telessaúde UERJ em sua perspectiva histórica**. In: MONTEIRO, A.M.V. e NEVES, J.P.P. (org.) *A História da Telessaúde da cidade para o estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015. Pag.90-98.

DENIS, J-L. e CHAMPAGNE, F.; **Análise da implantação**. In: HARTZ, ZMA., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.

FACCHINI, L., Nobre, LCC., Faria, NMX., Fassa AG., Thumé, E., Tomasi, E., Santana, V. **Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS.** Ciência e Saúde Coletiva, vol 10 no. 4 Rio de Janeiro, 2006.

FILHO, E.D.C.; **Telessaúde em apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil.** Rev Bras Med Fam e Com Rio de Janeiro, v.3, n° 11, 2007.

FIGUEIREDO, E.N.; **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS, 2012.** Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em: 15 de janeiro de 2017.

FARIA, M.G.A.; **Telessaúde Brasil- núcleo Rio de Janeiro: a educação permanente no trabalho dos enfermeiros da atenção básica**. 129 p. 124 [Dissertação]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

FERNANDES, M.M.; **Desenvolvimento de modelo de gestão de tecnologias no Instituto Nacional de Câncer**. LILACS. 2009; 141 p.

GIOVANELLA, L., e MENDONÇA, M.M.M. **Atenção Primária em Saúde**. In Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. Cebes. 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GONCALVEZ, C.C.M.; CORREIA, A.D.M.S.; MONREAL, V.R.F.D.; NUNES,E.A.; HADDAD,P.O.; **A saúde rompendo distâncias para o Ensino e a formação: O Programa Telessaúde Brasil Redes em Mato Grosso do Sul. Revista Científica on line Tecnologia, Gestão e Humanismo.** Faculdade de Tecnologia de Guaratinguetá. Revista v.3, n.1. 2014

HADDAD, A.E.; **Experiência brasileira sobre o Programa Nacional Telessaúde Brasil,** 2012. Disponível em: http://www.telessaude.uerj.br/resource/goldbook/pdf/3.pdf. Acesso em 25 de novembro de 2016.

HADDAD, A.E e MONTEIRO, A**. Do projeto piloto ao Programa Telessaúde Brasil Redes e a criação do Núcleo Estadual de Telessaúde do Rio de Janeiro na UERJ.** In: MONTEIRO, A.M.V. e NEVES, J.P.P. (org.) *A História da Telessaúde da cidade para o estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015. Pag.21-25.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo Hartz Org. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

LAZARINE, P.; PEREIRA,K.; COSTA, R.; SOUZA, M.; FIGUEIREDO, F.; ZACARON,L.; FIGUEIREDO, F.; **A implantação do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na região Centro-Sul.** In: MONTEIRO, A.M.V. e NEVES, J.P.P. (org.) *A História da Telessaúde da cidade para o estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015. Pag.292-293.

LEOPARDI, M.T.; **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2 ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LOPES, S.R.S.; PIOVESAN, E.T.A.; MELO, L.O.; PEREIRA, M.F.; **Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde**. Com. Ciências Saúde. 2007;18(2):147-155.

MACEDO, A.B.; **Educação a distância como estratégia para a difusão de políticas públicas: a experiência do curso de especialização em gestão da clínica na Atenção Primária a Saúde no estado de Minas Gerais.** Rio de Janeiro. 86 p. [dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, 2009.

MAIA, K.D. e JORGE, R. **A formação em saúde da família na metodologia a distância (UMA-SUS/UERJ) sob perspectiva do cirurgião-dentista**. In: DIAS, P.R.V.; RENDEIRO,

M.M.P. e COSTA, M.H.da; *Intervenções possíveis no território: Práticas em Saúde da Família no SUS*. EdUERJ, 292p. 2015

MENDES, E. **As Redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-americana de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília, 2011.

MINAYO. M. C. S., ASSIS, S. G., SOUZA, E. R. (orgs.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244 p.

MONTEIRO, A.; MEDINA, A.C.; OLAIR, D.; DINIZ, E.; NEVES, J.; ROCHA, M.; SANTOS, M. **A história do Telessaúde UERJ.** In: MONTEIRO, A.M.V. e NEVES, J.P.P. (org.) *A História da Telessaúde da cidade para o estado do Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015. Pag.79-89.

MONTEIRO, A.; MELLO, A.C.F.; FRANCO, C.M.; HILL, D.D.J.; NOVAIS, R.; LAZARINE, P.; RIBEIRO, M.; ROCHA, M.; NEVES, J.; DINIZ, E.; **A história da integração entre os Núcleos de Telessaúde no Estado do Rio de Janeiro.** In: MONTEIRO, A.M.V. e NEVES, J.P.P. (org.) *A História da Telessaúde da cidade para o estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015. Pag.283-291.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/MS). **Gestão do conhecimento em saúde no Brasil: avanços e perspectivas**; Orgs. José Moya, Eliane Pereira dos Santos, Ana Valéria Mendonça. Brasília, 2009. 140 p.

OLIVA, M.P.M.; **Capacitação Virtual na Atenção Primária em Ambulatório Universitário: O Papel de uma instituição de Ensino Superior a Tele-enfermagem. São Paulo. 94 pg.** [dissertação]. 2015

OLIVEIRA, M.A.N.; **Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios**. Rev. Bras. Enferm. 2007; vol.60, n.5, pg. 585-589.

OLIVEIRA, D.G. **Análise do Grau de Implantação da Telessaúde na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco: estudo de casos**. 2010. 124 [dissertação]. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco.

PAVANI,M.C.M.; **As Políticas de Capacitação do Ministério da Saúde para o trabalho na Atenção Básica em saúde no período de 2003 A 2010: Apontamentos sobre a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** 2012. 80 [dissertação]. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Osvaldo Cruz.

PIERANTONI CR, VARELLA TC, FRANÇA T. **Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: da teoria à prática.** In: Barros AFR, *et.al*. org. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

PIRES-ALVES, F. e PAIVA, C.H.; **Recursos críticos: história da cooperação técnica OPAS Brasil em recursos humanos para a saúde** (1973-1988). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

PINTO, H. A.; KOERNER, R. S.; e SILVA, D. C. A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica. [Internet].** Brasília, DF: Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2012.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.A.; e FERLA, A.A.; **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora.** Saúde debate vol.38. Rio de Janeiro. 2014

RENDEIRO, M.M.P. **A implantação da Teleodontologia no Estado do Rio de Janeiro**. In: MONTEIRO, A.M.V. e NEVES, J.P.P. (org.) A História da Telessaúde da cidade para o estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015. Pag.151-168.

_____. **Ciclo da Política de Saúde Bucal no Sistema de Saúde Brasileiro: atores, idéias e Instituições.** Rio de Janeiro. 188p. [Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública.]. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz. 2011

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Comissão Bipartite (CIB). **Deliberação CIB nº 2.007 de 18 de outubro de 2012.**

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Comissão Bipartite (CIB). **Deliberação CIB nº 1.826 de 19 de junho de 2012.**

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Comissão Bipartite (CIB). **Deliberação CIB nº 3.400 de 28 de abril de 2015.**

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Comissão Bipartite (CIB). **Deliberação CIB nº 3.704 de 14 de abril de 2016**

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Ata da 6ª Reunião Ordinária da CIB em 16 de julho de 2015.**

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro**.** http://www.rj.gov.br/web/ses/exibeconteudo?article-id=140698 Acesso em 05 de janeiro de 2017.

ROCHA, M.C.S. **A parceira entre o Telessaúde UERJ e o COSEMS-RJ: fortalecendo a Atenção Básica e a Gestão em Saúde no estado do Rio de Janeiro**. In: MONTEIRO, A.M.V. e NEVES, J.P.P. (org.) *A História da Telessaúde da cidade para o estado do Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015. Pag.18-20.

SANTOS AF, Souza C, Alves HJ, Santos SF. **Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente.** Belo Horizonte: Editora UFMG; 2006.

SANTOS A.F., ALKMIN M.B.M., SOUZA C., SANTOS S.F., ALVES H.J., MELO M.C.B.; **Telessaúde: a experiência de um modelo de telessaúde de baixo custo voltado para área pública**. In: Santos AF, Souza C, Alves HJ, Santos SF, org. Telessaúde — um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG; 2006. Pag. 75–94.

SILVA, A.B.; **Política pública, educação, tecnologia e saúde articuladas: como a telessaúde pode contribuir para fortalecer o SUS?** [Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública.]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013a

SILVA, K.de C. L. S.; **Análise do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado de Pernambuco no período de 2007 a 2011.** 162 p. [Dissertação.]. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2013b.

SILVA, A.B.; CARNEIRO, A.C.M.G.; SINDICO, S.R.F.; **Regras do Governo Brasileiro sobre Serviços de Telessaúde: Revisão Integrativa**. Rev. planejamento e políticas públicas. n. 44, 2015

SOUZA, M.A. **Análise da implantação da Estratégia Saúde da Família em dois municípios do agreste de Pernambuco, Brasil**. 201p. [Dissertação.]. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2004.

STROSCHEIN, K.A.; e ZOCCHE, D.A.A.; **Educação Permanente nos Serviços de Saúde: Um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 505-519,2012.

TOMAZ, J.B.C.; e MOLEN, H.T.V.D.; **Compreendendo os Profissionais de Saúde da Família como Potenciais Estudantes na Educação à Distância**. Revista Brasileira de Educação Médica. 2011; 35 (2): 201-208.

VILLA, E.A; e ARANHA, A.V.S. **A formação dos profissionais da saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do programa de saúde da família.** In: Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009.

ZAMPROGNO, A.C.; **Olhar(Es) Sobre A Atenção Básica: A Experiência De Uma Entrevistadora De Campo Na Coleta De Dados Do Pmaq No Estado Do Espírito Santo.** [Dissertação.]. Universidade Federal do Espírito Santo, 2013.

ZIMBARO, S.; CRUZ, A.L.; PAULA, M.C.R.; BELLO, *R.;* **A implantação do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na região da Baixada Fluminense**. In: MONTEIRO, A.M.V. e NEVES, J.P.P. (org.) A História da Telessaúde da cidade para o estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015. Pag.294-301.

APENDICE A - Roteiro de entrevista

BLOCO 1: Trajetória Profissional

Data e local da entrevista:_____

Hora de início/ de finalização: _____ Duração: _____

Nome: _____

E-mail: _____

Instituição/ Unidade: _____

Funções exercidas: _____ Tempo:_____

Função atual: _____ Tempo:_____ Titulação:_____

BLOCO 2: Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado do Rio de Janeiro

1. Em que momento e de que forma ocorreu a implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado do Rio de Janeiro?

2. Poderia falar sobre os atores envolvidos na implantação do PTBR no Estado do Rio de Janeiro?

3. Que aspectos dificultosos e facilitadores você gostaria de destacar durante a implantação do PTBR no Estado do Rio de Janeiro?

4. Para você, o que motivou a integração do Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes?

5. A integração do Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes proporcionou qualificação dos profissionais da atenção básica no Estado do Rio de Janeiro?

6. Quais são os serviços utilizados do Programa na educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica no Estado do Rio de Janeiro?

APENDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do Projeto: A potencialidade do tele-educação em saúde como ferramenta de qualificação das equipes de atenção básica.

Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Registro no SISNEP:

Pesquisador Responsável: Renata Fernanda de Morais

Orientador do Estudo: Profa. Dra. Márcia Maria Pereira

Eu,_____, declaro que aceito participar do estudo intitulado "A potencialidade da Tele-Educação em saúde como ferramenta de qualificação das equipes de atenção básica" cujo objetivo é apresentar o processo da implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica no Estado do Rio de Janeiro, identificando os seus principais desafios e potencialidades na educação permanente dos profissionais das equipes de atenção básica. Justifica-se pela necessidade de fortalecer a sustentabilidade do Programa Telessaúde como instrumento de educação permanente dos profissionais das equipes de atenção básica. A metodologia do estudo consistirá em pesquisa documental, análise de dados secundários do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e entrevistas semiestruturadas. Fui selecionado (a) por ser um ator (a) responsável ao longo do processo de implantação do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica do Estado do Rio de Janeiro e minha participação é voluntária e consiste em responder uma entrevista com perguntas relacionadas aos objetivos da pesquisa a qual será gravada pela própria pesquisadora. A pesquisa não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica, e como benefício destaca-se a oportunidade do desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento das limitações no uso dos serviços do Programa Telessaúde. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Minha recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo para pesquisa. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados individualmente, assegurando o sigilo de minha participação.

Assinatura do sujeito do estudo:_____.

Assinatura da pesquisadora: _____.

Estou ciente de que as informações prestadas serão publicizadas nos meios acadêmicos e científicos, porém será garantida a mim, a confidencialidade de minha identidade. Desta forma, assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma das quais ficará sob minha posse, e outra com a pesquisadora.

Caso tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunicarei o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br/ Telefone: (021) 2334-2180.

Cidade:_____.

Data:___/___/___.

Assinatura do sujeito do estudo:_____.

Assinatura da pesquisadora: _____.

Contatos da Pesquisadora: e-mail: refmorais@gmail.com / Tel.: (21) 98549-6293

Data da elaboração: 29 de setembro de 2016.

ANEXO A - Termo de Autorização Institucional

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria Geral

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado "A potencialidade da Tele-Educação em saúde como ferramenta de qualificação das equipes de atenção básica" de autoria da aluna do Mestrado Profissional em Telessaúde e Telemedicina Renata Fernanda de Morais e orientada pela Professora Dra. Márcia Maria Pereira, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Este estudo tem como objetivo analisar a implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica no Estado do Rio de Janeiro, identificando os seus principais desafios e potencialidades na educação permanente dos profissionais das equipes de atenção básica.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa devem obedecer aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução no. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa não poderá representar qualquer risco de ordem física ou psicológica e como benefício destacar-se-á a oportunidade do desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento das limitações no uso dos serviços do Programa Telessaúde.

Aguardamos ainda, a aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 30 de setembro de 2016.

Hellen Harumi Miyamoto
Subsecretária Geral
ID 4330301-3

ANEXO B - Deliberação CIB 2.007 de 18 de outubro de 2012

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

ATO DO PRESIDENTE

*DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 2.007 DE 18 DE OUTUBRO DE 2012.

PACTUA A COMPOSIÇÃO DO COMITÊ ESTADUAL DE TELESSAÚDE NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

O Presidente da Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições legais e,

CONSIDERANDO:

-A documentação anexada na CI/SES/SAS/SAB N.º 438/2012, e;

-A 10ª Reunião Ordinária da CIB/RJ realizada em 18/10/2012.

DELIBERA:

Art. 1º Pactuar a composição do Comitê de Telessaúde no Estado do Rio de Janeiro, no intuito de fortalecer o Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes de Atenção Primária à Saúde no âmbito estadual, a ser composta pelos membros relacionados a seguir:

- 3 Representantes da Secretaria de Estado de Saúde – SESRJ;

- 2 Representantes do Ministério da Saúde – MS;

- 1 Representante do Núcleo Técnico Científico do Telessaúde do Rio de Janeiro;

- 1 Representante de cada Núcleo Regional de Telessaúde do Rio de Janeiro;

- 1 Representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMSRJ.

Art. 2º Esta Deliberação entrará em vigor a partir da data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 18 de outubro de 2012.

SÉRGIO LUIZ CÔRTES DA SILVEIRA
Presidente

ANEXO C - Núcleos de Telessaúde no Brasil

ANEXO C

NÚCLEOS DE TELESSAÚDE ESTADUAIS

Estado	Nome	Email
AC – ACRE	Núcleo Telessaúde Estadual do Acre	telessaude.acre@ac.gov.br
AL – ALAGOAS	Núcleo Telessaúde Intermunicipal Arapiraca	telessaude@saude.arapiraca.al.gov.br
AM – AMAZONAS	Núcleo Telessaúde Estadual do Amazonas	telessaude.am@telessaudeam.org.br
BA – BAHIA	Núcleo Telessaúde Estadual da Bahia	telessaude@fesfsus.ba.gov.br
CE – CEARA	Núcleo Telessaúde Estadual do Ceará SES	telessaude.ce@saude.ce.gov.br
CE – CEARA	Núcleo Telessaúde Estadual do Ceará UFC	telessaude.ce@medicina.ufc.br
ES - ESPIRITO SANTO	Núcleo Telessaúde Estadual Espírito Santo	telessaude.es@ifes.edu.br
GO – GOIAS	Núcleo Telessaúde Estadual de Goiás	telessaude.go@telemedicina.med.br
GO – GOIAS	Núcleo Telessaúde Intermunicipal Cristalina	telessaudecristalina@gmail.com
MA – MARANHAO	Núcleo Telessaúde Estadual do Maranhão	telessaude.ma@huufma.br
MA – MARANHAO	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de Bacabal	nucleotelessaudebacabal@gmail.com
MA – MARANHAO	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de Mata Roma	telessaudenucleomr@hotmail.com
MA – MARANHAO	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de Pedreiras	vaninhaeaurelio@hotmail.com
MA – MARANHAO	Núcleo Telessaúde Intermunicipal Santa Inês	telessaudesi@outlook.com
MG - MINAS GERAIS	Núcleo Telessaúde Estadual de Minas Gerais (Faculdade de Medicina/UFMG)	telessaude.mg@medicina.ufmg.br
MG - MINAS GERAIS	Núcleo Telessaúde Estadual de Minas Gerais (Hospital das Clínicas /UFMG)	telessaude.mg@hc.ufmg.br
MG - MINAS GERAIS	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de Belo Horizonte	telessaudemg@medicina.ufmg.br
MG - MINAS GERAIS	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de Brumadinho	suporte.telessaude@gmail.com
MG - MINAS GERAIS	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de Contagem	nucleo.telessaude@contagem.mg.gov.br
MS - MATO GROSSO DO SUL	Núcleo Telessaúde Estadual do Mato Grosso do Sul	telessaude.ms@saude.ms.gov.br
MT - MATO GROSSO	Núcleo Telessaúde Estadual do Mato Grosso	telessaude.mt@ses.mt.gov.br
PA – PARA	Núcleo Telessaúde Estadual do Pará	telessaudeuepa@gmail.com
PA – PARA	Núcleo Telessaúde Intermunicipal do Tucuruí	jefersontucurui@hotmail.com
PB – PARAIBA	Núcleo Telessaúde Intermunicipal João Pessoa	telessauderedesjp@gmail.com
PE – Pernambuco	Núcleo Telessaúde Estadual de Pernambuco	telessaude.pe@nutes.ufpe.br
PE – Pernambuco	Núcleo Telessaúde Regional Indígena - IMIP	telessaude.pe@imip.org.br
PE – Pernambuco	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de Igarassu	emmersonpf@gmail.com

PE – Pernambuco	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de Petrolina	telessauderitvale@gmail.com
PE – Pernambuco	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de Recife	telessauderecife@gmail.com
PE – Pernambuco	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de São Lourenço da Mata	slm.telessaude@gmail.com
PI – PIAUI	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de Campo Maior	telessaudecarnaubais@outlook.com
PI – PIAUI	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de Floriano	telessaudefloriano@outlook.com
PI – PIAUI	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de Piripiri	cocaestelessaude@gmail.com
PR – PARANA	Núcleo Telessaúde Estadual do Paraná	telessaude.pr@hc.ufpr.br
PR – PARANA	Núcleo Telessaúde Estadual do Paraná/PR - SESA-PR	telessaude.pr@gmail.com
RJ - Rio de Janeiro	Núcleo Telessaúde Estadual do Rio de Janeiro	telessaude.rj@telessaude.uerj.br
RJ - Rio de Janeiro	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de Nova Iguaçu	telessade@cisbaf.org.br
RJ - Rio de Janeiro	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de Três Rios	telessaude@tresrios.rj.gov.br
RJ - Rio de Janeiro	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de Volta Redonda	telessaudemediopariba@gmail.com
RN - Rio Grande do Norte	Núcleo Telessaúde Estadual do Rio Grande do Norte	telessaude.rn@lais.huol.ufrn.br
RO – RONDONIA	Núcleo Telessaúde Estadual de Rondônia	telessaude@sesau.ro.gov.br
RS - Rio Grande do Sul	Núcleo Telessaúde Estadual do Rio Grande do Sul	telessaude.rs@ufrgs.br
SC - SANTA CATARINA	Núcleo Telessaúde Estadual de Santa Catarina	telessaude.sc@saude.sc.gov.br
SE – SERGIPE	Núcleo Telessaúde Estadual de Sergipe	telessaude.se@funesa.se.gov.br
SP - SAO PAULO	Núcleo Telessaúde Intermunicipal Andradina	telessaudeandradina@hotmail.com
SP - SAO PAULO	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de Garça	telessaude.garca.sp@garca.sp.gov.br
SP - SAO PAULO	Núcleo Telessaúde Intermunicipal de São Bernardo do Campo	nucleo.telessaudeabc@saobernardo.sp.gov.br
TO – TOCANTINS	Núcleo Telessaúde Estadual de Tocantins	telessaude.to@mail.uft.edu.br

Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/SCNES – Competência Janeiro de 2017

ANEXO D - Equipes de Atenção Básica Contratualizadas no 1º ciclo do PMAQ-AB

Equipes de Atenção Básica contratualizadas no 1º Ciclo do PMAQ-AB

UF	IBGE	MUNICÍPIO	1º CICLO	
			ESF/EAB	ESB/EABSB
RJ	330010	ANGRA DOS REIS	14	11
RJ	330015	APERIBÉ	1	1
RJ	330020	ARARUAMA	10	6
RJ	330022	AREAL	4	4
RJ	330023	ARMAÇÃO DOS BÚZIOS	8	7
RJ	330025	ARRAIAL DO CABO	4	4
RJ	330030	BARRA DO PIRAÍ	4	3
RJ	330040	BARRA MANSA	30	13
RJ	330045	BELFORD ROXO	11	5
RJ	330050	BOM JARDIM	8	7
RJ	330060	BOM JESUS DO ITABAPOANA	10	10
RJ	330070	CABO FRIO	13	9
RJ	330080	CACHOEIRAS DE MACACU	5	5
RJ	330100	CAMPOS DOS GOYTACAZES	1	1
RJ	330110	CANTAGALO	4	4
RJ	330115	CARDOSO MOREIRA	3	0
RJ	330120	CARMO	3	0
RJ	330130	CASIMIRO DE ABREU	3	0
RJ	330095	COMENDADOR LEVY GASPARIAN	2	2
RJ	330150	CORDEIRO	5	5
RJ	330160	DUAS BARRAS	2	0
RJ	330170	DUQUE DE CAXIAS	4	3
RJ	330180	ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	6	5
RJ	330187	IGUABA GRANDE	4	4
RJ	330190	ITABORAÍ	12	2
RJ	330200	ITAGUAÍ	3	3
RJ	330210	ITAOCARA	3	3
RJ	330225	ITATIAIA	3	3
RJ	330227	JAPERI	6	0
RJ	330230	LAJE DO MURIAÉ	3	3
RJ	330240	MACAÉ	23	11
RJ	330245	MACUCO	1	1
RJ	330260	MANGARATIBA	6	6
RJ	330270	MARICÁ	15	6
RJ	330280	MENDES	7	6
RJ	330285	MESQUITA	6	6
RJ	330290	MIGUEL PEREIRA	8	0
RJ	330300	MIRACEMA	2	2

RJ	330330	NITERÓI	81	4
RJ	330340	NOVA FRIBURGO	3	2
RJ	330360	PARACAMBI	2	2
RJ	330370	PARAÍBA DO SUL	17	17
RJ	330380	PARATY	4	1
RJ	330385	PATY DO ALFERES	4	3
RJ	330390	PETRÓPOLIS	18	10
RJ	330395	PINHEIRAL	4	4
RJ	330400	PIRAÍ	13	13
RJ	330410	PORCIÚNCULA	4	4
RJ	330411	PORTO REAL	6	6
RJ	330414	QUEIMADOS	10	0
RJ	330415	QUISSAMÃ	8	0
RJ	330420	RESENDE	22	22
RJ	330430	RIO BONITO	8	6
RJ	330440	RIO CLARO	1	1
RJ	330450	RIO DAS FLORES	2	2
RJ	330455	RIO DE JANEIRO	324	243
RJ	330470	SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA	3	2
RJ	330490	SÃO GONÇALO	84	19
RJ	330500	SÃO JOÃO DA BARRA	2	2
RJ	330510	SÃO JOÃO DE MERITI	42	4
RJ	330513	SÃO JOSÉ DE UBÁ	3	3
RJ	330515	SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO	7	7
RJ	330520	SÃO PEDRO DA ALDEIA	7	7
RJ	330530	SÃO SEBASTIÃO DO ALTO	1	0
RJ	330540	SAPUCAIA	7	6
RJ	330550	SAQUAREMA	6	4
RJ	330555	SEROPÉDICA	8	8
RJ	330560	SILVA JARDIM	4	4
RJ	330570	SUMIDOURO	3	3
RJ	330575	TANGUÁ	5	1
RJ	330580	TERESÓPOLIS	7	2
RJ	330590	TRAJANO DE MORAES	4	3
RJ	330600	TRÊS RIOS	20	20
RJ	330610	VALENÇA	6	2
RJ	330615	VARRE-SAI	3	3
RJ	330620	VASSOURAS	7	7
RJ	330630	VOLTA REDONDA	58	33

Fonte: Microdados PMAQ/1º ciclo

ANEXO E - Municípios com Pontos de Telessaúde no Estado do Rio de Janeiro

Relatório Adesão Municipal						
IBGE	**MUNICÍPIO**	**DATA INCLUSAO**	**DOCUMENTO**	**DATA PORTARIA**	**COMPETÊNCIA INICIAL**	**COMPETÊNCIA FINAL**
330010	ANGRA DOS REIS	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330015	APERIBE	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330020	ARARUAMA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330022	AREAL	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330023	ARMACAO DOS BUZIOS	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330025	ARRAIAL DO CABO	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330030	BARRA DO PIRAI	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330040	BARRA MANSA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330045	BELFORD ROXO	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330050	BOM JARDIM	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330060	BOM JESUS DO ITABAPOANA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330070	CABO FRIO	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330080	CACHOEIRAS DE MACACU	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330100	CAMPOS DOS GOYTACAZES	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330110	CANTAGALO	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330115	CARDOSO MOREIRA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330120	CARMO	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330130	CASIMIRO DE ABREU	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330095	COMENDADOR LEVY GASPARIAN	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330150	CORDEIRO	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330160	DUAS BARRAS	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330170	DUQUE DE CAXIAS	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330180	ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330187	IGUABA GRANDE	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330190	ITABORAI	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330200	ITAGUAI	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330210	ITAOCARA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330225	ITATIAIA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330227	JAPERI	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330230	LAJE DO MURIAE	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330240	MACAE	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330245	MACUCO	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330260	MANGARATIBA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330270	MARICA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330280	MENDES	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330285	MESQUITA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330290	MIGUEL PEREIRA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330300	MIRACEMA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330330	NITEROI	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330340	NOVA FRIBURGO	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330360	PARACAMBI	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330370	PARAIBA DO SUL	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330380	PARATI	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330390	PETROPOLIS	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330395	PINHEIRAL	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330400	PIRAI	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330410	PORCIUNCULA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330411	PORTO REAL	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330414	QUEIMADOS	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330415	QUISSAMA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330420	RESENDE	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330430	RIO BONITO	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999

330440	RIO CLARO	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330450	RIO DAS FLORES	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330455	RIO DE JANEIRO	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330470	SANTO ANTONIO DE PADUA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330490	SAO GONCALO	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330500	SAO JOAO DA BARRA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330510	SAO JOAO DE MERITI	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330513	SAO JOSE DE UBA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330515	SAO JOSE DO VALE DO RIO PRETO	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330520	SAO PEDRO DA ALDEIA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330530	SAO SEBASTIAO DO ALTO	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330540	SAPUCAIA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330550	SAQUAREMA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330555	SEROPEDICA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330560	SILVA JARDIM	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330570	SUMIDOURO	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330575	TANGUA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330580	TERESOPOLIS	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330590	TRAJANO DE MORAIS	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330600	TRES RIOS	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330610	VALENCA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330615	VARRE-SAI	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330620	VASSOURAS	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999
330630	VOLTA REDONDA	04/12/2011	PT GM/MS nº 2546	29/11/2011	112011	999999

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2017

ANEXO F - Deliberação CIB 3.471 de 21 de julho de 2007

Deliberação CIB nº 3.471 de 20 de Julho de 2015

Pactuar que o projeto “Capacitação de Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual no Estado do Rio de JANEIRO” é um dos projetos da diretriz “Fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e das Redes de Atenção à Saúde para os trabalhadores do SUS no âmbito do estado do RJ”.
PUBLICADA NO D.O DE 05 DE AGOSTO DE 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPATITE
ATO DO PRESIDENTE

DELIBERAÇÃO CIBRJ Nº 3.471 DE 21 DE JULHO DE 2015.

PACTUAR A CAPACITAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL PARA TODAS AS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

O Presidente da Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições legais e

CONSIDERANDO:

- A Portaria Ministerial nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

- A Portaria Ministerial nº 2.813, de 20 de novembro de 2008, que define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, exercício de 2008;

- O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, à assistência da saúde e a articulação interfederativa;

- A Portaria Ministerial nº 2.200, de 14 de setembro de 2011, que define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, exercício de 2011;

- A DELIBERAÇÃO CIBRJ Nº 374, de 04 de outubro de 2007, aprova os critérios para a alocação orçamentária referente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

- A DELIBERAÇÃO CIBRJ nº 0573, de 04 de dezembro de 2008, aprova o Plano de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro;

- A DELIBERAÇÃO CIBRJ Nº 757, de 13 de novembro de 2009, que aprova o Plano de Ação para aplicação dos recursos da Política de Educação Permanente (PEP) do ano de 2008 e 2009;

- A DELIBERAÇÃO CIBRJ Nº 1.445, de 18 de outubro de 2011, que aprova o Plano de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro, exercício orçamentário de 2011;

- A DELIBERAÇÃO CIBRJ Nº 2169, de 11 de abril de 2013, que altera as Deliberações CIBRJ nº 757, de 13/11/2009, e CIBRJ nº 1445, de 18/10/2011, no que dispõem sobre o montante a ser executado pelo Governo do Estado com os recursos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

- A DELIBERAÇÃO CIBRJ Nº 3.400, de 28 de abril de 2015, que cria um Grupo de Trabalho para elaborar uma proposta de viabilidade do Curso de “Capacitação em Atenção Pré-Natal de Risco Habitual, para equipes de Atenção Básica do Estado do Rio de Janeiro”;

- A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha;

- A Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

- A Resolução SES/RJ nº 924, de 15 de maio de 2014, que institui o Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica Cofinanciamento Estadual que considera no Eixo II que a Agenda Programada para as Linhas de Cuidado terá como foco a linha de cuidado materno-infantil e o enfrentamento da sífilis congênita;

- As altas taxas de detecção de sífilis na gravidez, a alta incidência de sífilis congênita e de morte materna por causa evitável apresentada pelo Estado;

- A sífilis congênita ser considerada um evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal;

-O potencial do pré-natal de realizar ações que contribuirão para reduzir causas de morte materna evitáveis;

-A documentação anexada CI SES/SEDS nº 96/2015;

- A 5ª Reunião do Grupo de Trabalho Pré Natal, realizada em 10 de Julho de 2015;.

- A 6ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite realizada em 16/07/2015.

Art.1º Pactuar que o projeto “Capacitação de Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual no Estado do Rio de JANEIRO” é um dos projetos da diretriz “Fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e das Redes de Atenção à Saúde para os trabalhadores do SUS no âmbito do estado do RJ”.

Art.2°Aprovar que o Curso de *“*Capacitação de Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual no Estado do Rio de JANEIRO” seja financiado com recursos financeiros oriundos do Ministério da Saúde, direcionados à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e alocados no Fundo Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, pactuados nas deliberações e portarias citadas no considerando.

§ 1º – As Regiões: Metropolitana I, Metropolitana II e Serrana foram selecionadas para a primeira etapa deste curso, prevista para o segundo semestre de 2015;

§ 2º As Regiões: Baía de Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Noroeste e Norte foram selecionadas para a segunda etapa deste curso, prevista para o primeiro semestre de 2016.

Parágrafo único: o Termo de Compromisso e Responsabilidade do Gestor municipal, em anexo, fortalece a parceria na implementação da capacitação.

Art. 3º Esta deliberação entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2015.
FELIPE PEIXOTO
Presidente

ANEXO

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Eu,_____ Secretário (a) Municipal da Saúde de (MUNICÍPIO) _____, CPF n° _____ comprometo-me a apoiar a participação dos médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família na CAPACITAÇÃO EM PRÉNATAL DE RISCO HABITUAL, ofertada pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, *em parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro COSEMS RJ.*

Ciente, da contribuição da capacitação para a qualificação da atenção pré-natal, comprometo-me a:

I. Definir interlocutor municipal, de preferência da Coordenação da Estratégia de Saúde da Família, que terá como função o envio da lista dos profissionais a serem capacitados e o acompanhamento da participação dos mesmos na parte teórica e prática da capacitação;

II. Liberar os profissionais indicados para a capacitação em um turno semanal durante três meses;

III. Disponibilizar no município, um computador com internet para os profissionais que não possuem acesso digital, a fim de possam realizarem as atividades da capacitação, constantes da plataforma do Telessaúde da UERJ;

IV. Garantir as condições de locomoção dos profissionais para os encontros presenciais e parte prática com gestantes;

V. Permitir que os profissionais indicados para a capacitação que não realizam pré-natal nas unidades de Saúde da Família passem a realizá-lo, contribuindo para a descentralização do pré-natal no município;

VI. Declaro, finalmente, que aceito sem restrições, as disposições contidas no presente Termo.

_____,_____ de _____ de _____

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde