

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

NEYLA ARROYO LARA MOURÃO

TELESSAÚDE À LUZ DA BIOÉTICA:
subsídios para a universalidade de acesso à saúde

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, aprovada no Exame de Qualificação em agosto de 2014, orientada pela Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl.

BRASILIA

2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

NEYLA ARROYO LARA MOURÃO

TELESSAÚDE À LUZ DA BIOÉTICA:
subsídios para a universalidade de acesso à saúde

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do
título de Doutor em Bioética pelo Programa de Pós-
Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl
Instituto de Psicologia e Cátedra Unesco de Bioética

BRASILIA
2016

NEYLA ARROYO LARA MOURÃO

TELESSAÚDE À LUZ DA BIOÉTICA:
subsídios para a universalidade de acesso à saúde

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Apresentada em 31 de março de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl (Presidente)
Instituto de Psicologia e Cátedra UNESCO de Bioética - Universidade de Brasília

Prof. Dr. Volnei Garrafa
Catedra UNESCO de Bioética - Universidade de Brasília

Profa. Dra. Helena Shimizu
Departamento de Saúde Coletiva e Cátedra UNESCO de Bioética -
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Rafael Mota Pinheiro
Hospital Universitário de Brasília - Universidade de Brasília

Prof. Dr. José Paranaguá de Santana
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Natan Monsores de Sá (suplente)
Catedra UNESCO de Bioética - Universidade de Brasília

Dedico este estudo a todos que contribuem com o povo brasileiro participando do Programa Telessaúde Brasil Redes.

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, Nelly Lara de Brito e Walther José Lara de Brito, e marido, Altair Alves Mourão Filho, que me acompanharam em cada passo dessa jornada, estimulando-me na conquista do êxito.

Aos demais membros da minha família e a minhas amigas irmãs, Márcia Salomão e Solange Soares, que vibraram em cada passo dado.

À minha orientadora, Eliane Maria Fleury Seidl, que abraçou minha ideia e se tornou minha parceira durante todo o caminho.

Ao Coordenador do Programa de Pós-Graduação da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília, Volnei Garrafa, por ter me inspirado a começar essa jornada.

À Marcia Bitar, que me apoiou na construção do projeto desta pesquisa.

Aos professores Ana Celia Bahia Silva, Evaristo Resende e Alexandre Theo Cruz, meus superiores na UNAMA na época, que consentiram nos meus afastamentos para integralizar créditos das disciplinas e às colegas Ameliana Carneiro da Silva e Cinthya Lynch, que me substituíram.

Às professoras Núbia Maciel e Etiane Arruda, que colaboraram na concessão e na manutenção da bolsa FIDESA.

Aos integrantes do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, que me apoiaram desde a concepção do projeto até a conclusão deste estudo.

Aos meus companheiros do Conselho Federal de Fonoaudiologia, que acompanharam minha caminhada, em especial à Bianca Queiroga, que concretizou meu contato com o Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Aos componentes do Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco e participantes do programa, que me acolheram e subsidiaram com suas opiniões, tornando a pesquisa viável.

Aos núcleos de Santa Catarina, do Rio Grande do Sul, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e do Instituto do Coração da Universidade de São Paulo, que participaram da fase preliminar deste estudo.

Quando se fala em saúde, cooperar com a sociedade possibilitando que todos sejam igualmente assistidos, assim como transformando vulneráveis em cidadãos participantes ativos, não é uma obrigação, mas torna-se uma obrigatoriedade moral àqueles que respeitam a dignidade humana.

NEYLA ARROYO LARA MOURÃO

RESUMO

A telessaúde vem sendo cada vez mais empregada no Brasil e no mundo pois possibilita a transferência de informações entre locais mais desenvolvidos e locais menos favorecidos, facilitando a universalidade de acesso à saúde. O objetivo deste estudo foi analisar práticas desenvolvidas em telessaúde, à luz da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), segundo a percepção de profissionais vinculados ao Núcleo de Telessaúde da Universidade de Pernambuco, que faz parte do Programa Telessaúde Brasil Redes do Ministério da Saúde. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com delineamento transversal. A pesquisa se desenvolveu por meio de um questionário com questões fechadas e abertas, elaborado para o estudo, respondido por 16 tutores e profissionais oriundos de teleconsultoria e 14 de tele-educação, realizadas por meio da telessaúde. A análise de dados incluiu técnicas de estatística descritiva para os dados quantitativos e análise de conteúdo para os qualitativos. Os resultados mostraram que há aspectos facilitadores e dificultadores que influenciaram as ações, segundo a percepção dos participantes, e que há uma discrepância no que se refere à interação entre os profissionais (teleconsultor e solicitante) e entre tutor e aluno, sendo considerada, às vezes, como vantagem e, às vezes, como desvantagem. Os princípios da DUBDH atendidos pelo núcleo foram: igualdade, justiça e equidade, não-discriminação e não-estigmatização, respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual e compartilhamento de benefícios. Os demais princípios – benefício e dano, autonomia e responsabilidade individual, consentimento e indivíduos sem capacidade para consentir, privacidade e confidencialidade, respeito pela diversidade cultural e pluralismo, solidariedade e cooperação, responsabilidade social e saúde, proteção das gerações futuras e proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade – foram atendidos parcialmente, necessitando do empreendimento de ações para serem integralmente atendidos e, assim, garantir o respeito à dignidade humana e aos direitos humanos. Novas pesquisas precisam ser desenvolvidas para que se possa conhecer o funcionamento dos demais núcleos, de modo a abranger um número significativo de participantes, trazendo informações sobre o desenvolvimento do Programa Telessaúde Brasil Redes e, assim, fornecer subsídios à sua gestão, com foco nas contribuições bioéticas, que proporcionam reflexão sobre as necessidades do outro, a dignidade humana e o bem da coletividade, para continuar o empreendimento de ações que garantam a universalização da saúde.

Palavras-chave: Telessaúde; Humanização da assistência; Bioética.

ABSTRAT

Telehealth has been more and more exerted in Brazil and around the world because it allows the exchange of information between more developed locations and disadvantaged ones facilitating health care access universality. The aim of this study was to analyze the practices developed on telehealth, based on the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (UDBHR), according to the perception of professionals working at the Pernambuco Federal University Telehealth State Center, a part of the Brazil Telehealth Networks Program of Ministry of Health. This is a descriptive and exploratory study, with a cross-sectional design. The research carried out with a survey containing open-ended and closed-ended questions, elaborated for this study, answered by 16 tutors and professionals from teleconsultation and 14 from tele-education, executed by means of telehealth. The data analysis includes descriptive statistics techniques for the quantitative data and content analysis for qualitative data. The results revealed the existence of complicating and facilitator factors that influenced the actions, according to the perception of the participants, and a discrepancy concerning the interactions between professionals (teleconsultant and requester) and between tutor and student, because they considered it sometimes as an advantage and sometimes a disadvantage. The attended UDBHR principles were: equality, justice and equity, non-discrimination and non-stigmatization, respect for human vulnerability and personal integrity, sharing of benefits. The remaining principles were partially met – benefit and harm, autonomy and individual responsibility, consent, persons without the capacity to consent, privacy and confidentiality, respect for cultural diversity and pluralism, solidarity and cooperation, social responsibility and health, protecting future generations and protection of the environment, the biosphere and biodiversity – so they need the undertaking of actions in order to attend them fully and to guarantee respect for human dignity and human rights. New researches need to be developed for acquaintance on the progress of the other telehealth state centers, so a significant number of participants can be reached, gathering information about the course of the Brazil Telehealth Networks Program, thus, providing subsidies to its management, focused on the bioethical contributions, which allows thinking over one's needs, human dignity and community welfare to continue the undertaking of actions that guarantee the health care universality.

Key words: Telehealth. Humanization of Assistance. Bioethics.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais envolvidos em teleconsultoria de acordo com a idade, o sexo e o tempo de atuação em telessaúde.	51
Tabela 2 - Distribuição dos profissionais envolvidos em teleconsultoria, de acordo com a profissão, o nível de formação e a abrangência de atuação em telessaúde.	52
Tabela 3 - Categorias referentes à percepção de vantagens da telessaúde, segundo relatos dos participantes teleconsultores e profissionais solicitantes.	53
Tabela 4 - Categorias referentes à percepção de desvantagens da telessaúde, segundo relatos dos participantes teleconsultores e profissionais solicitantes.	54
Tabela 5 - Distribuição dos profissionais envolvidos em teleconsultoria de acordo com a percepção sobre uso de ferramentas de informação e comunicação em telessaúde de forma presencial e a distância.	54
Tabela 6 - Distribuição dos profissionais envolvidos em teleconsultoria de acordo com a opinião sobre a obtenção de dados e informações para a atuação em teleconsultoria.	55
Tabela 7 - Distribuição dos participantes em teleconsultoria de acordo com o sentimento sobre a interação/comunicação com o outro profissional, quando presta/recebe consultoria por meio da telessaúde.	56
Tabela 8 - Distribuição dos profissionais envolvidos em teleconsultoria entrevistados de acordo com a resolução dos casos abordados à distância.	56
Tabela 9 - Distribuição dos profissionais envolvidos em tele-educação, segundo idade, sexo e tempo de atuação em telessaúde.	57
Tabela 10 - Distribuição dos profissionais envolvidos em tele-educação entrevistados de acordo com a profissão e o nível de formação.	58
Tabela 11 - Categorias referentes à percepção de vantagens da tele-educação, segundo relatos dos participantes tutores e alunos.	59
Tabela 12 - Categorias referentes à percepção de desvantagens da tele-educação, segundo relatos dos participantes tutores e alunos.	59
Tabela 13 - Distribuição dos profissionais envolvidos em tele-educação de acordo com a comparação entre ações de capacitação realizadas presencialmente e a distância.	60

Tabela 14 - Distribuição dos profissionais envolvidos em tele-educação de acordo com o sentimento em relação aos alunos/tutores.	61
Tabela 15. Distribuição dos profissionais envolvidos em tele-educação de acordo com a consideração sobre processo de ensino-aprendizagem.	62
Tabela 16. Categorias oriundas de comentários sobre telessaúde, de acordo com relatos dos envolvidos em tele-educação.	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modalidades da Telessaúde no Brasil

23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ALU - Aluno

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CNPq -, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONEP - A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DOU - Doutorado

DUBDH - Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

ENF - Enfermeiro

ESP - Especialização

F - Feminino

FGO - Fonoaudiólogo

FINEP - Financiadora de Estudos e Projetos

GRA - Graduação

M - Masculino

MDC - Médico

MED - Nível Médio

MES - Mestrado

MS - Ministério da Saúde

ODO - Odontólogo

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PSI - Psicólogo

OMS - Organização Mundial da Saúde

RNP - Rede Nacional de Ensino e Pesquisa

RUTE - Rede Universitária de Telemedicina

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SIVAM - Sistema de Vigilância da Amazônia

SIPAM - Sistema de Proteção da Amazônia

SOF - Segunda Opinião Formativa

SOL - Solicitante

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TLC - Teleconsulta

TLD - Telediagnóstico

TCS - Teleconsultor

TED - Tele-educação

TUT - Tutor ou Tele-educador

UNA-SUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 - REVISÃO DA LITERATURA	17
1.1 TELESSAÚDE	17
1.1.1 Programa Telessaúde Brasil Redes	21
1.1.2 Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco	23
1.2 RELACIONAMENTO PROFISSIONAL E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE	26
1.3 CONSIDERAÇÕES DA BIOÉTICA	28
1.3.1 Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e Telessaúde	31
1.3.1.1 Dignidade humana e direitos humanos	32
1.3.1.2 Benefício e dano	32
1.3.1.3 Autonomia e responsabilidade individual	33
1.3.1.4 Consentimento e indivíduos sem a capacidade para consentir	33
1.3.1.5 Respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual	34
1.3.1.6 Privacidade e confidencialidade	35
1.3.1.7 Igualdade, justiça e equidade	35
1.3.1.8 Não-discriminação e não-estigmatização	36
1.3.1.9 Respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo	37
1.3.1.10 Solidariedade e cooperação	37
1.3.1.11 Responsabilidade social e saúde	38
1.3.1.12 Compartilhamento de benefícios	39
1.3.1.13 Proteção das gerações futuras e proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade	39
CAPÍTULO 2 – JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	41
2.1 JUSTIFICATIVA	41
2.2 OBJETIVOS DO ESTUDO	44
2.2.1 Geral	44
2.2.2. Específicos	45

CAPÍTULO 3 – MÉTODO	46
3.1 PARTICIPANTES	46
3.2 PROCEDIMENTOS PRELIMINARES	47
3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	48
3.4 INSTRUMENTO	49
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	49
3.6 ANÁLISE DE DADOS	50
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS	51
4.1 DADOS OBTIDOS PELOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS EM TELECONSULTORIA	51
4.2 DADOS OBTIDOS PELOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS EM TELE- EDUCAÇÃO	57
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO	64
CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A	89
APÊNDICE B	91
APÊNDICE C	94
ANEXO	96

INTRODUÇÃO

A telessaúde, que significa “transmissão de conhecimentos e cuidados em saúde utilizando tecnologia de informação e comunicação” (1) vem sendo cada vez mais empregada no Brasil e no mundo. O presente estudo tem como tema a análise da telessaúde com base na Bioética, como subsídios para a universalidade no contexto da saúde, em especial nos locais onde as distâncias e a dificuldade de acesso aos centros mais desenvolvidos são expressivas constituindo-se em obstáculos à consecução deste que, inclusive, é um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS).

O primeiro contato da pesquisadora com a telessaúde foi no Conselho Federal de Fonoaudiologia, quando foi designada para estudar o assunto e dar continuidade aos trabalhos de aplicação da telessaúde em Fonoaudiologia. Logo de início emergiu a curiosidade acerca de como se processa a interação entre as pessoas que participam de ações em telessaúde e se estas diferem das ações presenciais, por ser realizada à distância.

A dinâmica que se estabelece entre o profissional que intervém à distância e o profissional que intervém presencialmente pode ser um grande óbice neste processo, dada a possibilidade de ocorrência de situações que venham a interferir na realização dos procedimentos necessários à intervenção e, com isto, dificultar seu êxito. Pode-se citar, por exemplo, a colaboração insuficiente devido ao medo da competitividade e à insegurança pelo desconhecido, entre outras situações.

Lima et al. (2) referem que a telessaúde apresenta grandes vantagens no contexto brasileiro, como melhorar a assistência em regiões remotas, onde o acesso aos serviços de saúde é precário, o que tem levado à aplicação de incentivos governamentais, em nível nacional. No entanto, Wen e Haddad (3) advertem que a eficiência dessas novas tecnologias depende, entre outros fatores, da capacitação e do comprometimento de recursos humanos.

Desta forma, a telessaúde, como estratégia utilizada para proporcionar acesso à atenção à saúde aos cidadãos, possui questões relevantes a serem investigadas, que podem afetar diretamente a qualidade da assistência às comunidades que usufruem dessa ferramenta.

A Bioética, que trata das questões relacionadas às ciências biológicas e da saúde, possibilita uma análise qualitativa das dificuldades e dos impasses envolvidos nessas questões, uma vez que fomenta a reflexão. Assim, a aplicação da Bioética no estudo das implicações que problemas na atuação em telessaúde podem trazer à intervenção por esse meio, apresenta-se bastante oportuna.

A tese está estruturada da seguinte forma: o Capítulo 1 apresenta a revisão de literatura, com legislações sobre telessaúde e tópicos sobre humanização da assistência, assim como aqueles que abordam temas sobre Bioética. No Capítulo 2 são apresentados a justificativa e os objetivos. O Capítulo 3 descreve o método e quarto apresenta os resultados. No Capítulo 5 está a discussão e, por fim, o Capítulo 6 apresenta as considerações finais do presente trabalho.

CAPÍTULO 1 - REVISÃO DA LITERATURA

Este tópico foi dividido em três partes: a primeira delas está direcionada ao tema telessaúde, a segunda ao relacionamento profissional e à humanização da assistência em saúde e a terceira apresenta considerações da Bioética sobre o tema discutido neste estudo.

1.1 TELESSAÚDE

O uso da tecnologia de informação e comunicação proporciona transmissão de conhecimentos e cuidados em saúde. Ademais, contribui para a equidade na difusão do conhecimento, pois possibilita que locais menos avançados do ponto de vista tecnológico compartilhem soluções já alcançadas em centros mais desenvolvidos. A telessaúde corresponde ao uso das tecnologias de informação e comunicação para transferir dados e serviços clínicos, administrativos e educacionais em saúde e abarca diferentes modalidades (1).

A telessaúde traz como benefícios a facilidade de acesso às informações em saúde, bem como maior agilidade nos processos, ao lado do compartilhamento das inovações e da troca de informações entre serviços. Uma vantagem da telessaúde é que envolve procedimentos de baixo custo, permitindo o aprimoramento assistencial e o atendimento a pacientes com dificuldade de acesso, inclusive a consultas especializadas. Também são realizadas pela telessaúde atividades de educação em saúde e a qualificação permanente dos profissionais (1).

No entanto, a telessaúde pode apresentar algumas limitações e barreiras, como o eventual empobrecimento da relação entre profissionais de saúde, pois um desses pode sentir sua autonomia ameaçada ou seu valor reduzido (1).

Barros e Cardoso (4) desenvolveram um estudo sobre os problemas de qualidade de uso de sistemas computacionais empregados em teleconsultorias médicas. Verificaram que o manuseio complicado do sistema é um obstáculo à

adesão. Também a credibilidade reduzida acerca de suas possibilidades leva os profissionais a desistirem de utilizar a telessaúde. Os autores identificaram ainda que problemas de conexão e qualidade do áudio e das imagens transmitidas, impediram a conclusão eficiente da teleconsultoria.

Segundo Hjelm (5), em artigo de revisão de literatura, dados sobre a efetividade da telemedicina são limitados, assim como sobre suas vantagens e desvantagens. Para reduzir essas lacunas, o autor destaca algumas vantagens identificadas nos estudos revisados como a melhoria do acesso à informação para os profissionais de saúde, os pacientes e a população em geral; prestação de cuidados à distância para suprir as deficiências de locais com poucos recursos de assistência; melhoria do acesso aos serviços e aumento da prestação de cuidados à distância, antigamente realizados com recursos simples como o telefone; melhoria da capacitação profissional; controle de qualidade dos programas de triagem, agilizando o diagnóstico, assim como acompanhamento de cirurgias; redução dos custos de cuidados de saúde. Apesar de considerar que os benefícios são significativos, também cita algumas desvantagens, como prejuízos na relação entre profissional de saúde e paciente, exceto nos problemas de sexualidade e de família, onde a distância psicológica ajuda o paciente a expor suas demandas; prejuízos na relação entre os profissionais de saúde; problemas relacionadas com a qualidade da informação em saúde divulgada na rede, pois nem tudo que é disponibilizado na internet é confiável; dificuldades organizacionais e burocráticas – infraestrutura, regulamentações, pagamento pelos serviços, negligência profissional, risco de quebra de sigilo. O autor ainda cita como dificuldade a resistência dos profissionais de saúde em utilizarem essa ferramenta, pois temem que possa aumentar a carga de trabalho, que seja modismo, que os equipamentos se tornem rapidamente obsoletos, que não tenham conhecimentos e habilidades necessárias, que haja diferenças culturais e linguísticas. O autor conclui ratificando que a telemedicina, de modo geral, colabora com a melhoria da qualidade da saúde, pois promove a equidade.

De acordo com Bernardez-Braga (6), na 58ª Assembleia Mundial da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incentivou o planejamento de atividades via telessaúde como estratégia visando a equidade e o acesso universal à saúde, que é um dos seus pilares. Nessa perspectiva, essa tecnologia tende a otimizar tempo e custos e deve estar contextualizada às necessidades do momento de sua

utilização e às características do local onde é aplicada, para que se possa lançar mão de estratégias adequadas e eficazes. Também requer uma equipe treinada e infraestrutura de acesso. O custo da implantação e da manutenção deve corresponder à economia dos recursos que seriam despendidos com o acesso presencial a centros mais avançados, independentemente da localidade em que residem os beneficiados (7).

Além da contribuição em ações de saúde de nível terciário, a utilização da telessaúde proporciona apoio direto à atenção primária, promovendo a capacitação e a educação permanente das equipes de saúde da família, bem como a aproximação das instituições de ensino com os serviços de saúde, propiciando atualização profissional mediante o atendimento de necessidades de segunda opinião e teleconsultoria (6).

Ribeiro et al. (8) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de verificar a importância das tecnologias de comunicação na saúde e constataram a necessidade daqueles que atendem a distância adequarem sua conduta às condições culturais e socioeconômicas de cada local. Os autores concluíram, ainda, que essa tecnologia tem favorecido a equidade tanto na assistência à saúde como na transmissão de conhecimentos.

Jack e Mars (9) explicam que a telessaúde é a prestação de cuidados de saúde, utilizando tecnologias de transmissão eletrônica de informação e comunicação, que incluem telefonia, rádio, fax, e-mail, internet, videoconferência e comunicações por satélite. Abrange diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, monitoramento em assistência domiciliar, educação continuada dos profissionais de saúde e pacientes, além de pesquisa. Os autores esclarecem que a Organização Mundial da Saúde já reconheceu que ao utilizar essa metodologia há necessidade de respeitar a igualdade, a diversidade cultural, a educação, a linguagem, a capacidade física e mental e a localização geográfica. No entanto, os autores alertam que existem questões éticas ainda não discutidas, como a falta de contato direto entre profissional e paciente, o consentimento livre e esclarecido, a confidencialidade, o sigilo e a segurança na transmissão dos dados, bem como a vulnerabilidade das pessoas que vivem em países pouco desenvolvidos. Esses autores realizaram uma pesquisa em que verificaram, com relação à qualidade do atendimento via telemedicina, que é necessário garantir o mesmo padrão existente em um atendimento presencial. Por isso, os dados transmitidos devem ter

qualidade, quantidade e relevância adequadas à análise e à decisão a ser tomada. Por exemplo, os equipamentos devem estar calibrados e deve-se evitar que falhas no fornecimento de energia e telefonia de locais precários – como áreas rurais –, não comprometam o atendimento. Um outro aspecto levantado na pesquisa é que não existe pré-requisito para o profissional utilizar a telessaúde, portanto, qualquer profissional pode fazer uso dessa metodologia.

Campos (10) descreve o trabalho desenvolvido por meio da telessaúde na Austrália, país de grandes dimensões, tal como o Brasil. O autor refere que esse serviço tem beneficiado pessoas vulneráveis residentes em áreas remotas e rurais, destacando uma modalidade de atividade denominada telepsicologia. Segundo este autor, buscar ajuda relacionada à saúde mental é um processo oneroso emocionalmente. O fato de outras pessoas saberem da necessidade dessa ajuda, gera constrangimentos no convívio social, o que torna essa busca mais difícil. Há uma tendência das pessoas a buscar, primeiro, soluções que elas mesmas possam administrar, deixando em segundo plano aquelas que dependem do envolvimento de outras pessoas, neste caso de profissionais de saúde. O autor assinala que a facilidade de acesso, o baixo custo e a diminuição das implicações de convivência são fatores que atraem a busca por serviços via telessaúde, especificamente no campo da saúde mental.

A literatura revela a presença de autores temerosos em relação ao uso da tecnologia. Salles (11), por exemplo, lembrando que o homem é um ser social e que na era da informática este vem sendo substituído pela máquina, refere que o profissional deixa de ser visto como uma pessoa para ser visto como peça de uma engrenagem, que se der defeito deve ser substituído. O autor alerta para o fim do atendimento humanizado se o profissional – ao invés de se utilizar dos benefícios da tecnologia – se deixar dominar por ela.

Contrário a essas considerações, Wen (12) defende a telemedicina e a telessaúde como facilitadoras da humanização, pois aproxima os profissionais dos pacientes e dos familiares, já que possibilita um acompanhamento mais efetivo. Acrescenta que estas tecnologias possibilitam um contato direto e mais rápido com os profissionais que acompanham presencialmente o paciente, de modo que estes se sintam apoiados se surgirem eventualidades e urgências. Devido a essas justificativas, o autor salienta que a telemedicina e a telessaúde fortalecem o lado

humano da assistência.

Em função do crescimento da telessaúde no Brasil, Rezende et al. (13) aconselham a promoção de discussões sobre os critérios éticos da sua utilização e a elaboração de normas e protocolos específicos, que abarquem todos os envolvidos, inclusive os técnicos em informática e os gestores. Os autores consideram o sigilo, a confiabilidade e a privacidade das informações os aspectos mais importantes, já que são imprescindíveis no atendimento em saúde. Citam, inclusive, que a Constituição Federal, o Código Penal Brasileiro, o Código de Processo Penal e o Código Civil Brasileiro contêm dispositivos que abordam essa questão, protegendo os cidadãos e punindo em caso de violação da privacidade alheia. O mesmo ocorre na legislação profissional, onde os Códigos de Ética também tratam do assunto. A Medicina está mais avançada do que as demais profissões de saúde no que se refere à telessaúde, inclusive quanto à regulação das questões éticas, como recomendar a instalação de mecanismos que garantam acesso restrito ao perfil do usuário de acordo com sua função e necessidade de conhecimento, uso de certificado digital, identificação do profissional que atua pela internet, consentimento do paciente e obediências às mesmas normas éticas do atendimento presencial. Os autores referem que, embora a tecnologia não consiga transmitir as sensações do contato que existe no encontro presencial, ela possibilita encontros virtuais que podem trazer alternativas na assistência em locais remotos, por compartilhar experiências e gerar equidade no conhecimento.

Devido a suas vantagens, a telessaúde tem sido largamente utilizada em todo mundo. A seguir será exposto o Programa Telessaúde Brasil Redes implementado no Brasil.

1.1.1 Programa Telessaúde Brasil Redes

Com intuito de melhorar a qualidade do atendimento da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) instituiu, por meio da Portaria nº 35 de 4 de janeiro de 2007 (14), o Programa Nacional de Telessaúde com o objetivo de desenvolver ações de apoio à assistência à saúde e de educação permanente de profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Posteriormente, “para qualificar, ampliar a resolubilidade e fortalecer a Estratégia Saúde da Família, a partir da oferta da denominada 'Segunda Opinião Formativa' e outras ações educacionais dirigidas aos diversos profissionais destas equipes”, O MS instituiu, por meio da Portaria nº 402, de 24 de fevereiro de 2010 (15), o Programa Telessaúde Brasil.

O programa, coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) e pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), ambas do Ministério da Saúde, passou a ser constituído de onze Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos localizados nos seguintes estados brasileiros: Amazonas, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins.

Cada um desses núcleos tem uma Coordenação Estadual, está vinculado a um Comitê Gestor Estadual e comporta Pontos de Telessaúde. Esse Programa congrega a *expertise* da academia ao lado de ações de saúde pública, por meio da participação de diversas instituições estaduais e municipais. Desta forma, os núcleos podem estar instalados em instituições formadoras ou de gestão e serviços de saúde e são encarregados de elaborar e gerenciar as ações citadas no Quadro 1. Por meio dos pontos de telessaúde, os trabalhadores do SUS solicitam teleconsultoria e telediagnóstico. O Programa Telessaúde Brasil Redes possui, ainda, os seguintes parceiros: Ministério da Educação, Ministério da Ciência e Tecnologia (Rede Nacional de Ensino e Pesquisa – RNP e Rede Universitária de Telemedicina – RUTE), Ministério das Comunicações, Ministério da Defesa (Sistema de Vigilância da Amazônia – SIVAM e Sistema de Proteção da Amazônia – SIPAM), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Fundação Oswaldo Cruz (16).

Em 2011, por meio da Portaria 2.546 de 27 de outubro de 2011, o Ministério da Saúde redefiniu e ampliou o programa passando a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. A partir de então o programa sofreu grande incremento, principalmente porque com a Portaria 2554 de 28 de outubro de 2011, o Ministério da Saúde proporcionou a implantação de informatização e do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica como estratégia do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde. Com isto, os estados e municípios interessados nessa tecnologia puderam apresentar projetos para

obter os recursos financeiros necessários a essa implantação. Desta forma, o programa, no momento, possui abrangência em todo território nacional, por meio, não só de núcleos estaduais como anteriormente, mas, também, de núcleos intermunicipais, constituindo cerca de 61 núcleos (17).

O Programa Telessaúde Brasil Redes oferece as modalidades de serviços descritas no Quadro 1. Esse programa, assim como a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) e a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), proporciona interação, à distância, entre pessoas e recursos, beneficiando a sociedade nos aspectos relacionados à educação e em saúde (18).

Quadro 1 - Modalidades da Telessaúde no Brasil.

Modalidade	Definição
Teleconsultoria	Consulta registrada e realizada, entre profissionais, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com objetivo de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser síncrona (em tempo real) ou assíncrona (<i>off-line</i>).
Telediagnóstico	Serviço autônomo que utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distâncias geográfica e temporal.
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.
Tele-educação	Conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação.

Fonte: Portaria nº 2.546 de 27 de outubro de 2011 (19)

Dentre os núcleos do programa, está o de Pernambuco, onde foi realizado o presente estudo, apresentado no tópico seguinte.

1.1.2 Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

No dia 31 de outubro de 2003 foi inaugurado o Núcleo de Telessaúde da UFPE, instituído pela Portaria Normativa nº 17 de 29 de setembro de 2003 (20), por meio do Projeto Piloto de Telessaúde no Programa de Saúde da Família financiado

pelo Ministério da Saúde. Atualmente faz parte do Programa Nacional de Telessaúde, lançado em Pernambuco em 11 de julho de 2008 (21).

O Núcleo de Telessaúde da UFPE visa melhorar a qualidade do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde por meio das tecnologias da informação e das comunicações. Possui atuação no ensino da informática em saúde para graduação, na pós-graduação em Medicina e Saúde, na pesquisa e no desenvolvimento em informática em saúde e na extensão universitária por meio da transferência do conhecimento e da prestação de serviços das tecnologias de informação e comunicação para a comunidade. Desenvolve projetos e parcerias com diversas universidades brasileiras e internacionais. Possui financiamento de diferentes órgãos de fomento: Financiadora de Estudos e projetos - FINEP, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, MS, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES).

O objetivo do Núcleo de Telessaúde da UFPE é coordenar e executar ações relacionadas à tecnologia de informação e comunicação em saúde, assim como contribuir com o fortalecimento do sistema de saúde por meio da pesquisa e do desenvolvimento de soluções tecnológicas inovadoras. Tem como missão disseminar o conhecimento na área de tecnologia de informação em saúde, buscando a excelência e a inovação nos processos produtivos da área de saúde (20).

Está localizado no Hospital das Clínicas da UFPE e conta com sala de videoconferência, sala de telepresença, salas de projetos e reunião, salas de atendimento e administrativo. Por fim, atende aos diversos Pontos de Telessaúde vinculados à Rede de Núcleos de Telessaúde de Pernambuco (22).

Atua na tele-educação (telesseminários, telegestão e telerreuniões clínicas) e na teleassistência (teleconsultoria síncrona e assíncrona, segunda opinião formativa e telediagnóstico). A teleassistência está aplicada ao teleatendimento a pacientes ambulatoriais, assistência domiciliar, orientações sobre cuidados em saúde e acompanhamento de medicações, alimentação, entre outros, assim como à telemonitorização a pacientes internados, em UTI, em *homecare*, armazenamento e transmissão de dados (pressão, batimentos cardíacos, níveis de glicose, oxigênio, entre outros), bem como alerta ao profissional de saúde quando identifica resultados anormais (22).

Oliveira (23) realizou um estudo que analisou a implantação do Núcleo de

Telessaúde da UFPE na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, identificando pontos fortes e fracos. Como ponto forte destacou a articulação política que resultou em parceria com órgãos públicos relacionados como secretarias municipais de saúde, Secretaria Estadual de Ciência e Tecnologia, rede de informática, Universidade Federal de Pernambuco. Como ponto fraco identificou a conexão de internet de alto custo e baixa qualidade, que prejudicou a adesão dos profissionais, sendo necessário que o MS agisse para garantir recursos financeiros para a implantação dos pontos de telessaúde. A rotatividade de profissionais e de gestores também foi assinalada como um aspecto prejudicial.

Segundo Oliveira (23), o portal, que proporciona a integração entre os pontos e o núcleo, é bastante usado e tem sido bastante eficaz. São oferecidos serviços de teleassistência, como a segunda opinião formativa, e a tele-educação, com seminários e biblioteca virtual, assim como atendimento e suporte *on line*. No entanto, profissionais não habituados a usar computador não acessavam o portal. Por isso, foi preciso realizar capacitações com vistas à inclusão digital desses profissionais. Já a equipe de teleconsultores possuía diversas especialidades e profissões para fornecer orientações específicas e diversificadas.

A autora constatou que houve êxito no serviço do núcleo, considerando o que foi proposto, mas ainda necessitava aumentar a adesão de profissionais, principalmente à teleconsultoria, para garantir a diminuição de gastos do SUS com o encaminhamento de pacientes e profissionais para utilizar os recursos somente existentes nos centros mais avançados. Para isso, sugeriu ações diversas e, entre elas, citou a incorporação de provedor com velocidade de conexão adequada aos serviços da telessaúde. Também ressaltou a necessidade de prover a sustentabilidade. Observou que o que garantiu o sucesso da implantação do núcleo de Pernambuco foi a tele-educação, que inclusive contribuiu com a adesão à teleconsultoria. Em conclusão, a autora referiu que, mesmo existindo dificuldades,

“a Telessaúde constitui um importante instrumento para a melhoria do cuidado integral à saúde da população assistida no âmbito da ESF. E, para a concretização do impacto desejado, impõe-se ainda a superação das dificuldades apontadas, como forma de fortalecer a intervenção.”
(p.79)

Trata-se, portanto, de um serviço com mais de dez anos de funcionamento, que passou a integrar o Programa Telessaúde Brasil Redes como um de seus núcleos, bastante organizado e em plena atividade, constituindo-se como parâmetro para análise das atividades desenvolvidos nos demais núcleos.

1.2 RELACIONAMENTO PROFISSIONAL E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

As práticas de saúde têm íntima relação com o contexto sociocultural e com o modo como cada pessoa experimenta, subjetivamente, a saúde e a doença. No entanto, isto tem sido pouco considerado, pois o paradigma biomédico tende a dar mais ênfase à doença (24).

Os profissionais de saúde têm sido formados para atender à dimensão física (o corpo) e não à pessoa em sua totalidade, o que dificulta a relação humanizada, pois esta depende, em parte, da sensibilidade que o profissional desenvolve em relação ao sofrimento do outro (25).

Casate e Corrêa (26) referem que humanizar as ações em saúde significa resgatar a dimensão humana do cuidado e do direito à saúde, necessidade que surgiu como consequência do desenvolvimento tecnológico. Entre as décadas de 1950 e 1980 a humanização era associada à relação profissional-paciente e às questões administrativas dos serviços. A partir dos anos 1990, com a reforma sanitária, a saúde passou a ser considerada um direito de cidadania, diferente do caráter caritativo como antes era vista. Assim, a humanização, a partir de 2003, passou a se constituir em uma política pública. Por isso, as autoras concluem que a humanização requer um profissional que valorize a afetividade e a sensibilidade nas práticas e ações de saúde.

A humanização é definida por Silva e Silveira (27) como a oferta de atendimento de qualidade, conciliando avanços tecnológicos, acolhimento aos pacientes e melhores ambientes e condições de trabalho aos profissionais. Isto é, trata-se de um processo que visa melhorar o atendimento, mas também traz satisfação ao profissional que deixa de se concentrar meramente na doença para se concentrar e valorizar a pessoa doente.

Deslandes (28) alerta que ainda não existe uma definição clara do que seja humanização da assistência, mas acredita que a busca por essa definição é uma oportunidade para refletir sobre as práticas em saúde e, portanto, para melhorar a qualidade dessas práticas. A autora considera insuficientes as reflexões feitas até o momento sobre a relação entre a tecnologia e o fator humano, bem como sobre a mudança cultural preconizada para a execução da proposta de humanização.

Baseada na diversidade de interpretações sobre humanização, Ferreira (29) faz uma reflexão sobre essa proposta, que reflete a necessidade de redefinir as relações humanas no trabalho em saúde, assim como no entendimento sobre as condições e os direitos humanos. A autora considera que a humanização envolve a interdependência entre a dimensão técnica – tratar – e a dimensão relacional – cuidar. Como consequência, aponta a necessidade de a atuação do profissional de saúde ser pautada no equilíbrio entre essas duas dimensões.

A comunicação (verbal e não verbal) faz parte do processo de humanização da assistência, já que, se for efetiva, possibilita o compartilhamento de vivências e, dessa forma, garante que o profissional leve em consideração as condições socioeconômicas e culturais do outro. Esse compartilhamento possibilita, ainda, que os profissionais discutam, não só sobre a rotina de trabalho, mas, também, sobre suas necessidades e insatisfações (30).

Ayres (31) ratifica essa ideia ao relatar que o atendimento em saúde não se resume ao conhecimento técnico e ao uso de tecnologia avançada, mas envolve, também, a interação. Por mais que haja recursos tecnológicos e desenvolvimento científico, é essencial considerar a participação do outro, favorecendo a humanização.

As ações profissionais envolvem a relação interpessoal que, por sua vez, requer algumas habilidades sociais. O desenvolvimento dessas habilidades engloba aspectos não verbais, cognitivo-afetivos e fisiológicos, além da aparência pessoal. Dificuldades nesse desenvolvimento, tanto dos profissionais quanto dos pacientes, podem causar conflitos e prejuízos ao relacionamento. A relação interpessoal também depende do comportamento social, que varia de acordo com os valores e a cultura de cada uma das pessoas envolvidas e proporciona compreender os outros (inteligência interpessoal) e a si mesmo (inteligência intrapessoal). Desta forma, cada pessoa age considerando, não apenas suas necessidades, mas também as necessidades da outra pessoa. Neste processo é

imprescindível conhecer seus sentimentos para saber lidar com seus potenciais e limitações, assim como com as emoções da outra pessoa (inteligência emocional). Algo que influencia sobremaneira é o mal-estar pessoal diante do mal-estar do outro, pois gera aversão e faz com que a pessoa se afaste de quem sofre, na tentativa de diminuir seu próprio incômodo (32).

Pinho (33) refere que situações específicas, como o discurso individualizado e a falta de confiança interprofissional resultante de relações de poder, influenciam a estrutura das equipes de saúde. Surgem, então, conflitos, cuja falha ao tentar resolvê-los pode causar depressão e desgosto, entre outras consequências. Fatores técnicos e comportamentais podem abalar a harmonia de uma unidade de saúde, que, por sua vez, podem afetar negativamente a eficácia do serviço. Dentre os fatores comportamentais, a autora cita: a divisão do trabalho para definir as atribuições de cada um que é utilizada como meio de distribuição de poder e pode causar isolamento dos profissionais; o processo de especialização, que gera uma análise parcial e fragmentada da realidade; as barreiras comunicacionais; a dominância da profissão médica; o não compartilhamento no atendimento entre os membros da equipe, entre outros. Segundo a autora, é tendência dos profissionais a luta pelo seu espaço e não permitir que outros o invadam, construindo obstáculos à circulação de conhecimento na equipe, além do que os interesses do grupo podem ser diferentes dos interesses individuais.

A análise do relacionamento e da humanização da assistência em telessaúde é essencial diante da importância atribuída ao contexto biopsicossocial do conceito atual de saúde. Da mesma forma é imprescindível usufruir das considerações da Bioética sobre o assunto.

1.3 CONSIDERAÇÕES DA BIOÉTICA

Neves (34) ressalta que o desenvolvimento da Bioética tem contribuído para que o homem se conscientize do seu valor como pessoa, tanto em nível individual como integrante da comunidade. Isto tem proporcionado mudanças na forma de agir das pessoas, inclusive no relacionamento profissional no âmbito da saúde.

Na relação profissional perpassam peculiaridades em função das

expectativas. O profissional vislumbra utilizar seus conhecimentos em função do seu papel, incluindo a remuneração que garante seu sustento, seja como assalariado ou autônomo, mas também para demonstrar sua competência e ajudar outro ser humano (35).

Segundo Porto (36), a enorme oferta no mercado de produtos tecnológicos voltados para a saúde tem posto de lado os valores humanos e aumentado a desigualdade social, já que apenas uma minoria pode se beneficiar de tecnologias de alto custo. A utilização cada vez maior dessa tecnologia vem transformando a prática médica em procedimentos tecnicistas. Por outro lado, os avanços da tecnologia na área de comunicação constituem um marco histórico pela possibilidade de contato entre pessoas de diferentes partes do mundo e os profissionais da área de saúde vêm se apropriando dessa tecnologia para incrementar sua atuação. Mas, o que parece uma vantagem pode também ser considerada como prejudicial à medida que a comunicação e a interação por meio da tecnologia, muitas vezes, baseiam-se na economia de mercado, onde os recursos são substituídos continuamente por outros mais sofisticados e evoluídos, tornando cada vez mais oneroso o acesso a esses recursos.

Onor e Misan (37) explicam que a interação, utilizando a telemedicina, é feita por meio de um sistema e que, de acordo com a tecnologia empregada, pode ser mais ou menos similar à interação presencial. Por isso, defendem a necessidade de se realizar estudos sobre essa ferramenta que parece afetar a dinâmica de atendimento, devido à mediação da máquina.

Por sua vez, Gouveia et al. (38), considerando que a satisfação com o trabalho é definida de acordo com o modo como o indivíduo avalia suas experiências durante o exercício profissional – e como se sente com o resultado deste – assinalam que o seu bem estar depende, em grande parte, de fatores como a relação com seus colegas e pares.

Pessini (39) aponta que a interferência do avanço técnico-científico atual nas ciências da saúde aumenta a responsabilidade dos profissionais e considera imprescindível que a ética acompanhe este avanço para auxiliar o discernimento no momento da escolha da conduta, garantindo que os benefícios para o paciente sejam maiores que os riscos. Nessa direção, Salles (11) destaca que o médico está sendo envolvido por uma medicina mecanicista, o que tem causado a perda dos valores humanísticos e éticos, defendendo que o profissional tem de discernir entre

o fascínio da tecnologia e a necessidade de atenção ao outro. Ressalta que o profissional deve lançar mão dos benefícios da tecnologia, mas preservar a interação e a comunicação. Segundo Biller-Andorno (40), a ética é um dos elementos para delinear uma perspectiva que busque estimular as relações humanas, visando lidar com os desafios bioéticos do mundo globalizado.

Nunes (41) define humanizar como tornar os atos profissionais mais humanos, reconhecendo o outro como um ser capaz de pensar, se manifestar e interagir, com condições, portanto, de reconhecer a autonomia do outro. A autora cita que alguns fatores como o sofrimento, a falta de informações, o medo de perguntar, os hábitos inerentes à própria cultura e a pressão para decidir, podem interferir na autonomia. Por isso, é preciso que haja uma interação, estabelecendo um relacionamento corresponsável entre os profissionais, onde seja possível dar suporte para a outro.

De acordo com Fortes (42) não é possível falar em humanização sem falar em ética, cujas reflexões buscam o bom convívio em sociedade. De acordo com este autor:

Humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde (p. 31).

O mesmo autor refere que o fundamento da humanização está na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), onde consta que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (42, p. 30).

Ao se considerar práticas em saúde, torna-se inerente a valorização dos direitos humanos. Desta forma, a DUBDH apresenta subsídios importantes para o estudo das práticas em telessaúde.

1.3.1 Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e Telessaúde

A DUBDH (43) foi adotada pela UNESCO para servir de subsídio na busca de uma resposta universal aos questionamentos advindos da ciência e da tecnologia. Este documento considera e reconhece vários aspectos, entre eles o fato de que o progresso científico e o progresso tecnológico trazem benefícios à humanidade, mas devem ser sempre aplicados na garantia de bem-estar, assim como em respeito à dignidade humana, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais.

Assim, o artigo 1º assinala que a DUBDH “trata das questões éticas relacionadas à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas quando aplicadas aos seres humanos, levando em conta suas dimensões sociais, legais e ambientais”, informando acerca de sua abrangência e aplicação (43).

Para nortear o trato dessas questões, a declaração (43) proclama 15 princípios complementares e inter-relacionados entre si: dignidade humana e direitos humanos; benefício e dano; autonomia e responsabilidade Individual; consentimento; indivíduos sem a capacidade para consentir; respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual; privacidade e confidencialidade; igualdade, justiça e equidade; não-discriminação e não-estigmatização; respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo; solidariedade e cooperação; responsabilidade social e saúde; compartilhamento de benefícios; proteção das gerações futuras; proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade. Neste capítulo, para facilitar a aplicação à telessaúde, os princípios “consentimento” e “indivíduos sem capacidade para consentir” foram abordados em conjunto. O mesmo aconteceu com os princípios “proteção das gerações futuras” e “proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade”.

Andorno (44) acredita que a DUBDH é um instrumento elaborado como forma de prevenir que os avanços biomédicos sejam usados de modo a contrariar a dignidade humana e os direitos humanos. O autor refere que os princípios que a declaração enuncia não são apresentados de forma detalhada, justamente em respeito à diversidade cultural, já que não existe um consenso universal para alguns conceitos envolvidos no documento. Mas, não resta dúvida que a DUBDH representa um avanço, pois materializou de modo abrangente a visão de 191

países sobre o assunto. O autor reconhece que a maioria dos princípios enunciados não são originais, mas derivam de vários documentos internacionais existentes. Isto é, a finalidade da declaração não é inventar novos princípios bioéticos nem fornecer a solução definitiva para os dilemas bioéticos, mas se constituir em um referencial para a investigação biomédica e a prática clínica responsáveis, conforme prevê a legislação internacional sobre os direitos humanos.

1.3.1.1 Dignidade humana e direitos humanos

Barros (45) refere que a dignidade humana fundamenta os direitos humanos, pois todo ser humano é titular desses direitos, que são princípios éticos e jurídicos que dão origem a normativas. Oliveira (46) também faz referência à dignidade humana ontológica, citando que ela não é adquirida ou perdida, mas é inerente ao gênero humano, que o difere dos outros seres vivos. A autora explica que a proteção e o respeito à pessoa mostram que, independentemente de qualquer atributo, ela possui esse valor intrínseco. Nessa direção, a elaboração da DUBDH (43) foi norteadada pelo respeito à dignidade e aos direitos humanos.

É possível afirmar que a utilização da telessaúde é uma forma de promover o respeito e a garantia à dignidade e aos direitos humanos, já que assegura acesso à saúde a qualquer pessoa, em qualquer lugar do mundo, independentemente de quem seja e onde esteja. A telessaúde ultrapassa os empecilhos geográficos constituídos pela distância e pelos obstáculos, pois aproxima profissionais em locais remotos de recursos existentes em centros mais avançados, por meio da tecnologia.

1.3.1.2 Benefício e dano

Desde a época de Hipócrates vigora a ideia de beneficiar a vida. Atualmente, o que prevalece é a ideia de não trazer danos à liberdade da pessoa, garantindo e preservando a qualidade de vida. Figueroa (47) refere que o profissional deve

conciliar os benefícios e os danos, isto é, atentar para as circunstâncias concretas e as consequências prováveis. De acordo com o que preconiza a DUBDH (43), é preciso maximizar os benefícios e minimizar os prováveis danos.

No caso da telessaúde, também é preciso analisar se a atuação trará mais benefícios que danos, ou seja, é preciso verificar se a ação realizada à distância tem garantias de êxito, trazendo benefícios e diminuindo prejuízos, da mesma forma se a ação fosse realizada presencialmente.

1.3.1.3 Autonomia e responsabilidade individual

A autonomia, capacidade de a pessoa decidir sobre o que considera melhor para si, é essencial para nortear o paciente em sua relação com o profissional de saúde. Para que o paciente possa decidir precisa ter opções, sendo que entre estas deve haver algumas alternativas que lhe convenham, assim como pode basear-se em suas crenças e valores (48).

Ao decidir a pessoa assume a responsabilidade pela sua decisão (43). Por isso, é importante que ela tenha perfeito entendimento sobre a situação e sobre as implicações de sua escolha.

No que concerne à telessaúde, é necessário que o profissional concorde em se capacitar pela tele-educação ou em receber orientações de outro profissional com maior experiência. Ao mesmo tempo, o paciente, foco dessa orientação, tem que concordar que seus dados sejam repassados a outro profissional por telessaúde e que seu problema seja discutido por esse método. Consequentemente, devem ser, não só informados, mas instruídos para decidir se concordam ou não.

1.3.1.4 Consentimento e indivíduos sem a capacidade para consentir

Segundo Etchels et al. (49), o consentimento tem como fundamento o respeito pela autonomia da pessoa, de modo que os profissionais realizem apenas

procedimentos que sejam do conhecimento e desejados pelo paciente, que, dessa forma, assume o controle de sua vida. O consentimento não se restringe a um documento assinado, mas implica que o paciente recebeu e entendeu explicações minuciosas, claras, objetivas, com termos compreensíveis, sobre o procedimento que está sendo proposto e seus potenciais riscos e que, só depois disso, concordou em realizá-lo (50).

Miziara (51) concorda com autores que só consideram válido um consentimento informado se o paciente é competente para decidir. Pessoas vulneráveis, deficientes mentais, dependentes químicos ou aquelas dotadas de necessidades especiais podem não apresentar competência suficiente para decidir (48). Também existem casos em que o paciente possui capacidade parcial para consentir, por situações de medo, mecanismos de negação, ilusões ou falsas crenças. Nessas situações o profissional deve obter consentimento de seu responsável legal (49).

A DUBDH (43) prevê a necessidade de consentimento para qualquer intervenção na área da saúde, assim como a proteção àqueles sem capacidade para consentir. Dessa forma, a pessoa que concordar com a utilização da telessaúde deve manifestar seu consentimento. Caso não seja capaz de decidir, é imperativo o consentimento de seu responsável.

1.3.1.5 Respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual

Almeida e Rodrigues (52) relacionam a vulnerabilidade à fragilidade e à insegurança do ser humano e consideram essencial que os profissionais de saúde reconheçam os limites de cada pessoa e se empenhem em prestar seus serviços considerando a vulnerabilidade dos outros.

Santos e Garrafa (53) ressaltam que a DUBDH contribuiu para uma mudança conceitual, pois incorporou aspectos sociais e ambientais e a discussão de temas como a vulnerabilidade. Assim, o documento defende os interesses dos países em desenvolvimento como o Brasil. Tal como assinalado, a DUBDH (43) preconiza a proteção dos vulneráveis e o respeito pela integridade individual de cada pessoa.

A utilização da telessaúde é, por princípio, uma forma de proteção a pessoas residentes em locais distantes e de difícil acesso, com recursos limitados, em condições de vulnerabilidade, com possibilidades reduzidas de obter assistência em saúde de qualidade, por isso em condições de vulnerabilidade. No caso dos profissionais em municípios distantes, estes podem ter acesso a atividades de aperfeiçoamento e de atualização científica, visto que a telessaúde viabiliza a concretização dessas ações a distância.

1.3.1.6 Privacidade e confidencialidade

A privacidade está relacionada ao direito de fornecer acessibilidade a informações somente a quem se considera que pode conhecê-las (54). As informações fornecidas ao profissional devem ser mantidas em sigilo e divulgadas apenas se autorizadas por quem as forneceu. A confidencialidade garante a preservação da privacidade, isto é, protege a divulgação de informações a quem não tem a necessidade de conhecê-las (55). Cunha e Patrício (54) alertam para o risco de violação da privacidade e da confidencialidade advindas com o uso de tecnologia de informação nos cuidados de saúde.

Nessa direção, a DUBDH (43) preconiza o respeito à privacidade dos indivíduos e à confidencialidade de suas informações, que só podem ser utilizadas com a finalidade para a qual foram fornecidas.

Ao utilizar a telessaúde, é preciso ter certeza que os dados transmitidos não serão divulgados a quem não tem necessidade de conhecê-los, isto é, a pessoas que não estejam envolvidas e que essas informações só serão utilizadas para este fim.

1.3.1.7 Igualdade, justiça e equidade

Rawls (56) considera justiça como proporcionar o que é bom para todos e para tal é preciso negociar direitos e deveres para que haja uma distribuição

adequada de responsabilidades e de benefícios. No que se refere à saúde, Villas-Bôas (57) cita que a justiça tem respaldo na Constituição Brasileira ao prever a igualdade, assim como na legislação que garante acesso à saúde a todos, incluindo sua manutenção e recuperação. Segundo Garrafa e Porto (58), a equidade almeja a igualdade e só se atinge a igualdade ao se reconhecer as diferenças e as necessidades dos sujeitos sociais.

A DUBDH (43) defende o respeito à igualdade em termos de dignidade e de direitos, preservando o tratamento a todos de modo justo e equitativo. Portanto, a telessaúde é uma estratégia para promoção da equidade, visto que possibilita capacitação e atenção à saúde a pessoas que vivem em locais distantes e que, sem esse recurso tecnológico, estariam desassistidas.

1.3.1.8 Não-discriminação e não-estigmatização

O estigma se processa ao se inferiorizar o outro, o que elimina sua dignidade e leva à discriminação. A discriminação gera desvantagem social à pessoa ou ao grupo estigmatizado (59).

Segundo Becker (60), quando alguém foge aos padrões do seu grupo social existe um desvio, que é assim percebido porque consiste em uma diferença no que é considerado comum pelo grupo. Por isso, o desvio é um empreendimento do grupo e não apenas uma produção do considerado desviante. O autor aponta que, se o grupo não cultuar padrões, não haverá desvios. Da mesma forma, se a diferença do padrão não for percebida, ela não existirá. Assim, o cômputo de diferenças depende de como estas são valorizadas pelas pessoas.

A DUBDH (43) defende a não estigmatização e a não discriminação e ratifica que nada justifica atos estigmatizantes e discriminatórios a alguém ou a algum grupo social.

As pessoas que vivem em regiões afastadas dos grandes centros e são contempladas pela telessaúde não devem ser vistas como inferiores ou menos capazes, porque estão em situação de precariedade, com menos acesso a recursos diversos. Em outras palavras, não significa que pessoas residentes em áreas remotas são cidadãos inferiores aos demais, portanto, têm as mesmas

necessidades e os mesmos direitos.

1.3.1.9 Respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo

Arendt, citada por Godoi e Garrafa (59), refere que a única peculiaridade entre os seres humanos é o fato de serem humanos, pois não existe uma pessoa igual a outra. Por isso, a diversidade e a pluralidade estão sempre presentes, visto que são inerentes à condição humana. Em função disso, é essencial a tolerância com as diferenças. Lorenzo (61) enfatiza que, na interação entre as pessoas, é essencial que cada uma se manifeste de acordo com seus preceitos e que haja uma articulação entre os mesmos e, conseqüentemente, respeito às crenças e às tradições de cada sujeito.

A DUBDH (43), baseando-se na Declaração Universal sobre Diversidade Cultural (62), ratifica a importância do respeito por essa diversidade e pelo pluralismo, desde que não viole a dignidade e os direitos humanos.

A telessaúde oportuniza o contato entre pessoas de regiões distintas, que, obviamente, possuem cultura e valores diferentes, característicos de cada um dos espaços sociais e geográficos. É importante que, ao analisar os dados recebidos da região remota, o profissional a distância leve em consideração os hábitos, a cultura e os valores locais para responder à demanda de modo satisfatório. Do contrário, ele pode manifestar opiniões que não sejam plenamente entendidas ou aceitas por contrariar valores e crenças e, desse modo, a intervenção pode vir a não ter êxito.

1.3.1.10 Solidariedade e cooperação

Além da dimensão social, a relação solidária possui uma dimensão política, cuja associação fundamenta relações interpessoais baseadas na igualdade e na liberdade (63). Garrafa e Soares (64) buscaram identificar a solidariedade numa perspectiva bioética e encontraram na solidariedade crítica a melhor opção, já que,

diferente da caridade, proporciona a transformação das pessoas, pois propõe ações que promovam o empoderamento e garantam sua autonomia, permitindo que estas reduzam ou eliminem vulnerabilidades, bem como situações de desigualdade social. A DUBDH (43) vai nessa direção e estimula a solidariedade entre os seres humanos.

Além de promover a equidade, a telessaúde proporciona solidariedade e cooperação, visto que prevê a segunda opinião formativa, que junto com a orientação fornece subsídios a serem aplicados no futuro em situações semelhantes.

1.3.1.11 Responsabilidade social e saúde

Os avanços científicos e tecnológicos geram questões éticas concernentes à responsabilidade das pessoas no que se refere a proporcionar benefício a todos. A responsabilidade social com a saúde tem fundamento nos direitos humanos e na valorização da dignidade humana (65). A Bioética tem se preocupado com a análise das ações em saúde em função da responsabilidade social, visando à aplicação dos benefícios a todos os cidadãos. A intervenção do governo é necessária na consecução da saúde pública, atuando na redução da pobreza e no acesso à nutrição, ao saneamento, à higiene, a medicamentos, ao desenvolvimento científico e tecnológico, entre outros (66).

A DUBDH (43) nesse aspecto, refere que os governos devem ter como objetivos principais a promoção da saúde e o desenvolvimento social, mas que todos os setores da sociedade devem colaborar para atingir esses objetivos. Salaria ainda que, para tal, é necessário atuar junto aos determinantes sociais da saúde. A responsabilidade social não é uma imposição, mas sim uma obrigação moral. Desta forma, a responsabilidade de defender o direito de todos terem boa qualidade de vida e condições de saúde não é só do governo, mas dos diversos setores da sociedade, assim como de todos os cidadãos. Defender esse direito não significa apenas atuar para melhorar a prestação de cuidados de saúde, mas também minimizar ou eliminar riscos que possam ameaçar a saúde e o bem-estar (67).

Atuar por meio da telessaúde é uma forma dos profissionais cumprirem com sua responsabilidade social, já que colaboram, dessa forma, com a possibilidade de melhoria da qualidade de vida de pessoas que, de outra forma, teriam dificuldade devido às barreiras da distância e do acesso.

1.3.1.12 Compartilhamento de benefícios

O acesso universal à saúde de qualidade ainda não é uma realidade no Brasil. Neste contexto, o compartilhamento de benefícios se faz essencial, para favorecer acesso às contribuições científicas no que se refere aos cuidados de saúde e aos conhecimentos científicos. Dessa forma, é preciso que as normas que norteiam a pesquisa e a prática clínica redobrem os cuidados e evitem a exploração dos vulneráveis como, por exemplo, utilizando o argumento de que concordar em participar de uma pesquisa é a única forma de se obter atendimento eficaz (68). A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), é o órgão responsável na regulamentação da pesquisa científica, tendo como principal legislação a Resolução CNS 466/2012 (69).

Schroeder (70) considera que ninguém pode ser induzido a prejudicar sua saúde e defende que deve haver uma troca justa, especialmente quando envolve países em desenvolvimento. Por isso, condena fomentar a participação na pesquisa utilizando induções indevidas. A DUBDH (43) preconiza que toda a sociedade deve ser beneficiada com os produtos das pesquisas científicas e a obtenção de benefícios não pode ser usada como forma de induzir a participação na pesquisa.

A telessaúde constitui-se por si só em estratégia para proporcionar esse compartilhamento, já que permite difundir conhecimentos e benefícios a qualquer lugar do planeta.

1.3.1.13 Proteção das gerações futuras e proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade

O desenvolvimento técnico-científico tem provocado discussões devido às alterações relevantes que pode promover nos diversos domínios da vida humana. Apesar dos avanços e das melhorias à qualidade de vida, pode, também, comprometer o futuro da espécie humana, dependendo do que o homem faz com esses avanços. Pensando na proteção das gerações futuras, os autores referem que é necessário adotar medidas legais preventivas, que estabeleçam limites e distingam entre o bem e o mal que o uso desses avanços possa implicar (71).

Varsi Rospigliosi (72) concorda que o avanço acelerado das técnicas biomédicas ameaça a vida do ser humano, por isso defende a necessidade de legislar utilizando princípios bioéticos no que se refere ao respeito às gerações futuras. Complementa que a preocupação com a preservação do meio ambiente é tão importante quanto a da vida humana. Freire (53), por sua vez, defendeu não apenas a preocupação com o ser humano, mas também, com o ecossistema, pois considerava como parte dos deveres éticos o respeito às diversas formas de vida e à natureza, reiterando que o significado da vida está em viver respeitando o outro, a diversidade e o planeta.

A consideração do impacto das ciências da vida sobre as gerações futuras, assim como a atenção à inter-relação entre o ser humano e as outras formas de vida, o acesso e o uso adequado dos recursos biológicos e a proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade estão previstas na DUBDH (43).

A literatura não refere prejuízos às pessoas ou à natureza provocados pelo uso da telessaúde. Mesmo assim, caso uma nova tecnologia que comprometa as futuras gerações ou o meio ambiente venha a ser utilizada, a prestação de serviços por meio da telessaúde deve respeitar a infraestrutura tecnológica e os recursos humanos e materiais, coibindo o uso de recursos que possam trazer prejuízos à vida e à natureza.

Como foi exposto, os princípios da DUBDH podem ser perfeitamente aplicados na análise das ações realizadas utilizando a telessaúde, mediante a reflexão do que preceitua cada um desses princípios, ou associando os preceitos dos princípios interrelacionados.

CAPÍTULO 2 – JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

2.1 JUSTIFICATIVA

A área da saúde vem se destacando pelo uso de meios eletrônicos que possibilitam a transferência de informações entre locais mais desenvolvidos e aqueles menos favorecidos. Teve início com a telemedicina, no entanto, a ampla gama de atuação das demais profissões foi englobada, surgindo a telessaúde, que se caracteriza pelo uso das tecnologias de informação e comunicação com objetivo de transferir dados e serviços clínicos, administrativos e educacionais em saúde de um local para outro (1).

Ademais, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado para garantir a universalidade e a equidade da assistência à população brasileira, nem sempre vence as grandes distâncias e as dificuldades geográficas de acesso.

O Programa Telessaúde Brasil Redes possibilita superar obstáculos da distância aos centros mais avançados e permite o acesso equânime à saúde de populações isoladas ou residentes em municípios distantes. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria 35/2007, o Programa Nacional de Telessaúde (14), para dar apoio à assistência e promover educação permanente em Saúde da Família, resultando em melhor qualidade para a Atenção Básica do SUS. Após três anos de resultados de sua efetivação, o Ministério da Saúde estabeleceu por meio da Portaria 402/2010, o Programa Telessaúde Brasil (15) para qualificar, ampliar a resolubilidade e fortalecer a Estratégia Saúde da Família. No ano seguinte, editou a Portaria 2.546, de 27 de outubro de 2011, para redefinir e ampliar o Programa Telessaúde Brasil, que passou a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (19).

Há que se considerar que a qualidade do atendimento não se restringe às questões técnicas, mas engloba, também, o modo como os participantes se envolvem no processo, o que direciona às questões relacionais. A humanização da assistência em saúde vem sendo bastante defendida nos últimos tempos. A proposta de implantação de uma política de humanização surgiu no Brasil em função do empobrecimento das relações entre os profissionais e os usuários que

fragilizou, não apenas o trabalho em equipe mas, também, o trato com as dimensões sociais e subjetivas nas práticas de atenção. Para se desenvolver esta política não se deve entender a humanização como algo vinculado à filantropia, mas sim à qualidade do atendimento. Em outras palavras, esta política deve partir do princípio que a saúde não é uma caridade, mas sim um direito do cidadão. Deve-se entender humanização como oferecimento de atendimento de qualidade que concilie os avanços tecnológicos – como a atuação por meio da telessaúde – com o acolhimento, assim como com a melhoria do ambiente e das condições de trabalho. A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde implantada no Brasil preconiza uma construção coletiva, pois pretende aumentar o grau de corresponsabilidade de todos os segmentos. Isto não implica somente em ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho, mas que atuem, ainda, como cogestores de seu processo de trabalho (73).

Um dos fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica é o desenvolvimento de relações de vínculo, onde as ações se baseiem no relacionamento colaborativo entre equipe e comunidade. Para que isso ocorra é necessário que se estabeleça uma relação de confiança, atenção e respeito (74).

Como se pode notar, é cada vez maior a preocupação com o processo de desumanização pelo qual passa a assistência em saúde. Por outro lado, existem fatores que dificultam a dissolução desse processo. Um exemplo é o caso dos profissionais que, mesmo desejando desempenhar uma boa performance, as circunstâncias adversas do cotidiano do trabalho associadas ao seu caráter fazem com que sua atuação, muitas vezes, se distorça e se deteriore. As condições de infraestrutura, a quantidade de pacientes a ser atendida, as relações no ambiente de trabalho, as pressões da chefia ou do sistema, a remuneração, suas condições físicas e emocionais e os problemas pessoais podem interferir diretamente no comportamento do profissional (9). Além do mais, como todo ser humano, este possui qualidades, mas também defeitos, que influenciam seu julgamento e, dependendo deste julgamento, ele pode vir a comportar-se de modo inadequado (75).

Pfeiffer (76) observa que a vida de uma pessoa é motivada pela presença e convivência com o outro, da sua conduta perante o outro. Por isso, considerando a conduta inadequada do profissional em seu relacionamento no contexto do trabalho, observa-se que o maior prejudicado é o outro, isto é, o paciente, seus

familiares e os demais profissionais envolvidos no atendimento

Os profissionais de saúde lidam com pessoas em momentos de sofrimento e, de alguma forma, podem ver afetada a sua própria saúde (bem-estar biopsicossocial) ou de alguém com quem convivem. Lidam, também, com diversos profissionais que participam do processo para garantir seu sustento e se realizar profissionalmente (75). Apesar dos inúmeros impasses que possam ocorrer – infraestrutura precária, normas institucionais rígidas, convívio difícil com parceiros da equipe profissional e/ou administrativa, problemas na vida pessoal – é preciso considerar as necessidades da outra pessoa, sendo este um fator que influencia enormemente o desempenho no atendimento (32).

Qualquer atendimento coloca em cena duas pessoas, a princípio desconhecidas. No entanto, na telessaúde, há de se considerar, entre os profissionais, a existência de uma tela acoplada a um aparelho eletrônico (computador), sendo que a interação entre eles é mediada por uma máquina. Há que se considerar, ainda, que o profissional que atende presencialmente na região remota busca apoio técnico, por meio dessa máquina, de outro profissional de sua área, mas que lhe é desconhecido ou com quem não mantém um relacionamento. A relação que se interpõe tende a ser pontual, limitando-se a perguntas e respostas.

A ética é imprescindível para lidar com os embates entre os valores morais e os interesses pessoais individuais, embates que interferem diretamente no relacionamento profissional. Segundo Garrafa (77), a Bioética, apesar de dedicar-se a situações emergentes, mantém o mesmo empenho ao estudar e discutir as situações persistentes, como o acesso universal à saúde e a humanização da assistência, temas que caracterizam o presente trabalho.

A Bioética traduz a forma mais adequada de trato dos assuntos relacionados às ciências biológicas e da saúde, pois além de discutir esses assuntos, busca refletir sobre as questões envolvidas, tornando possível construir consensos relativos a cada situação e não somente conclusões generalizadas.

No Brasil, devido à enorme desigualdade social, a realidade dos processos saúde-doença requer que a vulnerabilidade seja considerada (78). É preciso contemplar os aspectos sociais, culturais, econômicos e ambientais envolvidos, como preconiza a Declaração Universal sobre Bioética em Direitos Humanos (43). Assim, é importante permear o estudo dos temas bioéticos com teorias que se

coadunam com essa Declaração, como a Bioética de Intervenção, que proporciona uma reflexão sobre a prática em saúde embasada na equidade, justiça e inclusão social (79).

Surge, então, o seguinte questionamento: se a necessidade de garantir e propiciar a qualidade da atuação profissional é evidente, como se processa essa atuação quando o atendimento se realiza por meio da telessaúde? Quais contribuições a Bioética pode proporcionar a essa estratégia, já que a telessaúde visa facilitar a universalidade de acesso à saúde?

A partir deste estudo, poder-se-á discutir a atuação profissional que se estabelece na intervenção por meio da telessaúde e demais questões envolvidas, entremeando as reflexões proporcionadas pela Bioética, a fim de garantir a qualidade do atendimento mediante o uso deste recurso, que tem a perspectiva de minimizar as dificuldades de promoção da equidade em saúde, provocadas pelas grandes distâncias e pelas dificuldades de acesso.

2.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

O presente estudo possui os seguintes objetivos:

2.2.1 GERAL

Analisar práticas desenvolvidas em ações de telessaúde, à luz da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, segundo a percepção de profissionais vinculados ao Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco.

2.2.2 ESPECÍFICOS

2.2.2.1 Identificar aspectos da interação entre profissionais que intervêm à distância, segundo a percepção de integrantes do Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco.

2.2.2.2 Identificar aspectos da interação entre tutores e alunos (profissionais em locais remotos) que participaram de cursos à distância desenvolvidos no Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco.

2.2.2.3 Identificar aspectos facilitadores e dificultadores que influenciam a intervenção realizada por meio da telessaúde, segundo a percepção de profissionais do Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco.

2.2.2.4 Destacar contribuições da Bioética, com base nos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, para a análise da interação profissional e de questões conflitantes em telessaúde.

CAPÍTULO 3 - MÉTODO

Foi realizado um estudo de corte transversal, descritivo e exploratório, autorizado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde (CAAE nº 18290213.5.0000.0030 – Anexo A), com o título provisório, à época, Relacionamento Profissional em Telessaúde com Base na Bioética: subsídios na busca pela universalidade de acesso. Tendo em vista que os participantes da pesquisa foram de um único núcleo de telessaúde, o da Universidade Federal de Pernambuco, a pesquisa teve características de um estudo de caso.

3.1 PARTICIPANTES

Participaram profissionais do Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco, que constituíram uma amostra de conveniência, envolvidos tanto em situações de tele-educação como de teleconsultoria, independente de sexo, idade, formação e tempo de atuação em telessaúde. Estas situações foram pesquisadas por meio da aplicação de um questionário a profissionais com atuação em atividades de teleconsultoria ou de tele-educação, com objetivo de verificar aspectos do relacionamento tutor-aluno e profissional-profissional, assim como se houve êxito nos procedimentos (intervenção eficaz e proveito no processo ensino-aprendizagem), segundo o ponto de vista dos participantes.

Tutores são aqueles que participam na tele-educação, realizando instrução e acompanhamento de alunos, profissionais inseridos em locais remotos que fazem cursos, assistem palestras ou outra atividade dedicada à sua formação ou capacitação. Os profissionais que participam da teleconsultoria integram duas condições: aqueles que se dedicam a prestar consultoria e segunda opinião

formativa ou estão em locais remotos e solicitam a consultoria.

Foram excluídos da pesquisa tutores, alunos e profissionais que não tinham participado de teleconsultoria ou de tele-educação.

3.2 PROCEDIMENTOS PRELIMINARES

Numa fase inicial, para conhecer melhor o Programa Telessaúde Brasil Redes foram feitas visitas ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde do MS, aos Núcleos de Telessaúde de Santa Catarina, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e do Instituto do Coração (INCOR) da Universidade de São Paulo (USP), além de contato via e-mail com núcleos do Rio Grande do Sul, do Espírito Santo, de Minas Gerais, do Tocantins, de Pernambuco, do Rio Grande do Norte e do Amazonas, como tentativa de colher dados para a obtenção de um panorama do território brasileiro.

Em sequência à fase inicial, foram aplicados questionários, em versão preliminar, para profissionais que trabalhavam no Ministério da Saúde na gestão do programa e para teleconsultores dos núcleos citados que, no entanto, foram incipientes devido aos seguintes aspectos: alguns itens do instrumento eram inadequados às características do Programa Telessaúde Brasil Redes (19) pois relacionavam-se ao atendimento do paciente pelo consultor, o que não ocorre nesse programa; a maioria dos núcleos não enviou questionários respondidos, tornando a amostragem insignificante, tanto quantitativa quanto qualitativamente, pois o pequeno número de pessoas que respondeu era do Núcleo de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul, sendo que a região norte não enviou nenhum questionário. Tendo em vista que esta amostragem não foi suficiente, e que poucos núcleos responderam e, os que responderam enviaram um ou dois questionários, esses dados foram descartados.

Considerando essas dificuldades evidenciadas no momento inicial de coleta de dados, foi solicitada uma reunião com a equipe técnica do MS, visando obter apoio institucional para a pesquisa. As conversações permitiram o aprimoramento do instrumento de coleta de dados à realidade do Programa Telessaúde Brasil Redes. A viabilidade de um estudo de caso se configurou a partir da disponibilidade

de dirigentes do Núcleo da Universidade Federal de Pernambuco, mediante contatos institucionais feitos pela pesquisadora.

O primeiro contato foi feito por meio de visita, quando houve oportunidade de explanar, detalhadamente, as diretrizes e os objetivos da pesquisa. Posteriormente, mediante comunicações por e-mail com gestores do programa, a visita para coleta de dados foi agendada.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O objeto de estudo passou, então, a ser um dos núcleos que fazem parte do Programa Telessaúde Brasil Redes do Ministério da Saúde (19). O núcleo escolhido foi o de Pernambuco, instalado na Universidade Federal de Pernambuco, tendo em vista que representa uma realidade intermediária entre as regiões mais desenvolvidas do país (Sul e Sudeste) e a menos desenvolvida (Norte). Dirigentes do núcleo aceitaram a visita da pesquisadora e a realização do estudo, apresentando ainda número de participantes suficiente, com respostas tanto de teleconsultores e tutores, como de solicitantes de teleconsultoria e de alunos (profissionais que realizam capacitação por telessaúde), estes últimos oriundos de diversos pontos de telessaúde.

A coleta de dados ocorreu de 21 a 25 de setembro de 2015, quando a pesquisadora convidou individualmente, para participar do estudo, profissionais lotados no núcleo, de forma presencial, bem como profissionais lotados nos pontos – cidades do interior de Pernambuco – por telefone. Aqueles que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A). Os questionários foram autoaplicados; os participantes responderam o instrumento de forma presencial (entregando o instrumento à pesquisadora) ou à distância enviando-o por e-mail.

3.4 INSTRUMENTO

A coleta de dados foi feita mediante questionários elaborados para o estudo, com questões abertas e fechadas. O questionário apresentado no Apêndice B foi aplicado aos teleconsultores e aos profissionais que solicitavam teleconsultoria e o questionário apresentado no Apêndice C foi aplicado aos tutores e aos alunos envolvidos na tele-educação. Estes eram equivalentes, pois tinham o mesmo objetivo, embora tenham sido respondidos por dois grupos diferentes.

O objetivo de ambos os instrumentos foi verificar como eram desenvolvidas as ações de telessaúde, como se dava a interação entre os profissionais e quais aspectos facilitadores e dificultadores influenciaram essas ações, segundo a percepção desses profissionais.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de aplicação de questionário, a pesquisa apresenta riscos mínimos no que se refere à quebra de confidencialidade e possíveis constrangimentos em responder algumas perguntas. No entanto, todos os cuidados possíveis foram tomados para que o sigilo dos dados pessoais seja mantido, assim como os participantes da pesquisa foram orientados quanto a não obrigatoriedade em responder a todas as perguntas. Os questionários foram identificados apenas com números, não havendo identificação das pessoas que participaram deste estudo.

Tanto o questionário quanto uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficaram em poder da pesquisadora responsável, que usou os dados colhidos apenas neste estudo e serão incinerados após cinco anos. Outra via do TCLE ficou com os participantes. O estudo traz como benefício a discussão de aspectos da prática em ações de telessaúde, a fim de garantir a qualidade do atendimento utilizando este recurso.

Os resultados serão encaminhados para apreciação de comissões de eventos científicos, assim como de publicações científicas para divulgação e

ficarão à disposição no banco de dissertações e teses da UnB.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Foram usadas técnicas de estatística descritiva nos dados quantitativos. A maioria das respostas foi apresentada em tabelas com a frequência de cada uma.

As respostas às questões abertas foram analisadas por meio da análise de conteúdo. Antes da análise foi feita a leitura flutuante das respostas para identificar categorias e suas frequências. Foram criadas matrizes de categorias e trechos de relatos que as exemplificavam foram identificados.

Assim, os dados receberam análise descritiva, mas também foram confrontados com a literatura. Isto é, foram compiladas as informações dos autores e das legislações consultadas, mesmo que trouxessem explicações concorrentes, assim como as ideias contidas nas respostas dos questionários que apontaram as evidências mais relevantes, pois a análise valorizou os aspectos mais significativos desse estudo.

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS

Para disposição dos resultados nesse capítulo foram utilizadas as seguintes abreviaturas, no intuito de facilitar a apresentação dos dados: entre os profissionais envolvidos em teleconsultoria e em tele-educação, que responderam ao questionário, estiveram agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros (ENF), fonoaudiólogos (FGO), médicos (MDC), odontólogos (ODO) e psicólogos (PSI). Os profissionais envolvidos na teleconsultoria foram divididos em dois grupos: teleconsultores (TCS) e solicitantes (SOL). Os profissionais envolvidos na tele-educação também foram divididos em dois grupos: tutores ou tele-educadores (TUT) e alunos (ALU). Participaram pessoas do sexo feminino (F) e do masculino (M), com formação nos níveis médio (MED), graduação (GRA), especialização (ESP), mestrado (MES) e doutorado (DOU); a abrangência da atuação em telessaúde dos participantes foi telediagnóstico (TLD), teleconsulta (TLC), tele-educação (TED) e segunda opinião formativa (SOF).

4.1 DADOS OBTIDOS PELOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS EM TELECONSULTORIA

Participaram dezesseis profissionais, sendo nove teleconsultores e sete solicitantes. De acordo com os dados da Tabela 1, verifica-se que a maioria (n=13; 81%) dos profissionais era do sexo feminino, com idades entre 24 a 39 anos e quatorze (87%) tinham, no máximo, cinco anos de atuação em telessaúde.

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais envolvidos em teleconsultoria de acordo com a idade, o sexo e o tempo de atuação em telessaúde.

Idade (em anos)	Profissionais		Sexo		Tempo de atuação em telessaúde			
	TCS	SOL	M	F	Até 11 meses	1 a 5 anos	6 a 12 anos	Não informou
24 a 28	3	-	-	3	2	1	-	-
29 a 39	5	3	2	6	3	5	-	-
40 a 49	1	3	1	3	-	2	1	1
50 e mais	-	1	-	1	-	1	-	-
TOTAL	9	7	3	13	5	9	1	1

Fonte: pesquisa de campo

Os dados da Tabela 2 indicam que responderam ao questionário cinco enfermeiros, quatro médicos, dois odontólogos, dois agentes comunitários de saúde, dois psicólogos e um fonoaudiólogo. Mostraram, também, que a metade dos teleconsultores (55%) possuía mestrado e a maioria dos solicitantes (71%) tinha especialização; quase a totalidade dos profissionais (94%) envolvidos em teleconsultoria atuava em teleconsultoria propriamente dita, a metade em tele-educação, 19% atuavam em telediagnóstico e 19% faziam segunda opinião formativa.

Tabela 2. Distribuição dos profissionais envolvidos em teleconsultoria, de acordo com a profissão, o nível de formação e a abrangência de atuação em telessaúde.

Profissão		Nível de formação					Abrangência de atuação em telessaúde			
		MED	GRA	ESP	MES	DOU	TLD	TLC	TED	SOF
ACS	TCS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	SOL	2	-	-	-	-	-	2	2	-
ENF	TCS	-	-	-	2	-	1	2	-	-
	SOL	-	-	3	-	-	-	2	3	1
FGO	TCS	-	-	-	1	-	-	1	1	-
	SOL	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MDC	TCS	-	-	3	1	-	2	4	-	2
	SOL	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ODO	TCS	-	1	-	-	-	-	1	1	-
	SOL	-	-	1	-	-	-	1	-	-
PSI	TCS	-	-	-	1	-	-	1	1	-
	SOL	-	-	1	-	-	-	1	-	-

Fonte: pesquisa de campo

Na questão que investigou a percepção de vantagens da telessaúde, os dados da Tabela 3 mostram que a maioria dos profissionais de teleconsultoria (10 participantes) considerou como uma das vantagens a *melhora da capacitação profissional*. Nove deles citou a *melhora na prática clínica*; cinco apontaram como vantagem a *efetividade das ações em saúde*; quatro participantes referiram a *diminuição do custo para conseguir ou prestar assistência em saúde*, outros quatro mencionaram a *otimização do tempo dos profissionais e da intervenção ou capacitação* e quatro o *acesso a especialistas*, que tendem a ser raros em áreas remotas. Nessa questão as respostas de alguns participantes foram inseridas em mais de uma categoria.

Tabela 3 - Categorias referentes à percepção de vantagens da telessaúde, segundo relatos dos participantes teleconsultores e profissionais solicitantes.

Categoria	Profissionais		Exemplos de relatos
	TCS	SOL	
Melhora da capacitação profissional	7	3	“permite maior acesso aos profissionais de saúde à qualificação” (TCS) “há uma melhora substancial na capacitação dos profissionais que usam essa ferramenta” (SOL) “esclarecer situações do nosso cotidiano”
Melhora da prática clínica	5	4	“oferta de ações que auxiliam na condução da prática clínica” (TCS) “auxilia no desempenho das atividades diárias” (SOL).
Maior efetividade das ações	5	-	“otimiza o poder resolutivo das UBS frente às situações de saúde/doença da população” (TCS) “o atendimento e o cuidado são otimizados” (SOL)
Diminuição do custo	4	-	“redução de custo para o SUS” (TCS) “diminuição de custo com transporte” (TCS)
Otimização do tempo	2	2	“oferta de resolução de dúvidas em tempo hábil” (SOL)
Acesso a especialistas	2	2	“diminuição do tempo de espera” (TCS) “oferta de resolução de dúvidas com profissionais capacitados” (SOL) “acesso a especialistas, mesmo estando distante” (TCS)

Fonte: pesquisa de campo

Os dados da Tabela 4 indicam que a categoria *falta de infraestrutura* obteve maior frequência de relatos como desvantagem da telessaúde; o mesmo ocorreu com a categoria *falta de apoio e tempo* para que os profissionais dos pontos de telessaúde pudessem se dedicar ao programa. Já a categoria *dificuldade de incorporação do programa no processo de trabalho* dos profissionais da atenção básica foi citada por três participantes de teleconsultora e *prejuízo no relacionamento entre os profissionais* por dois deles. Três participantes não referiram desvantagens do programa.

De acordo com os dados da Tabela 5, observa-se que quatro teleconsultores e quatro solicitantes referiram que foram oferecidas as mesmas condições técnicas/tecnológicas, tanto nas ações presenciais quanto nas realizadas à distância. Também se observa que três teleconsultores e dois solicitantes citaram que as condições técnicas/tecnológicas oferecidas à distância foram melhores. Ainda nessa tabela é possível verificar que dois teleconsultores e um solicitante responderam que as condições técnicas/tecnológicas oferecidas presencialmente foram melhores.

Tabela 4 - Categorias referentes à percepção de desvantagens da telessaúde, segundo relatos dos participantes teleconsultores e profissionais solicitantes.

Categorias	Profissionais		Exemplos de relatos
	TCS	SOL	
Falta de infraestrutura	5	-	"Falta de infraestrutura (rede e computadores nos municípios afastados da capital), além da necessária inserção tecnológica dos profissionais de saúde" (TCS) "Mais de 60% das Unidades de Saúde da Família não possuem acesso à internet e, em muitas, o acesso é precário" (TCS)
Falta de apoio e tempo para dedicação ao programa nos pontos	3	2	"Nem sempre, temos a oportunidade de participar da telessaúde devido aos compromissos com as tarefas diárias da unidade" (SOL) "Muitas Unidades de Saúde da Família não possuem uma política de incentivo/estímulo de uso dessas ferramentas (como a determinação de horários específicos para dedicação ao programa)". (TCS)
Dificuldade de incorporação do programa no processo de trabalho	3	-	"Dificuldade de incorporar as ações de telessaúde no processo de trabalho do profissional da atenção básica" (TCS) "Incorporação como atividade regular das redes de atenção insuficiente para gerar impacto populacional" (TCS)
Prejuízo no relacionamento	-	2	"Ausência da relação interpessoal" (SOL)
Não há desvantagem	-	3	"No momento não tenho desvantagens" (SOL)

Fonte: pesquisa de campo

Tabela 5 - Distribuição dos profissionais envolvidos em teleconsultoria de acordo com a percepção sobre uso de ferramentas de informação e comunicação em telessaúde de forma presencial e a distância.

Uso das ferramentas da informação e da comunicação em telessaúde	Profissionais		Justificativas das respostas
	TCS	SOL	
São oferecidas as mesmas condições técnicas/tecnológicas nas duas situações	4	4	"Percebo que as condições são as mesmas pela experiência e pela literatura" (TCS); "Iguais porque quando conseguimos participar da telessaúde em todo seu contexto, a assimilação é mais positiva, devido a participação de todos, tirando suas dúvidas e acrescentando fatos que ocorrem em cada unidade, comunidade e município" (SOL)
As condições técnicas/tecnológicas oferecidas à distância são melhores	3	2	"as ações são realizadas com maior agilidade e têm melhor custo benefício" (TCS); "levam o profissional/aluno a buscar mais conhecimentos, através da participação de chats, questionários após cada assunto, incentivando sempre a estudar mais e não receber tudo pronto como no presencial" (SOL)
As condições técnicas/tecnológicas oferecidas presencialmente são melhores	2	1	"a conectividade e os equipamentos de informática no ponto de cuidado não são realidade em boa parte da rede de saúde" (TCS); "aumenta o poder de debate e argumentação na interação presencial" (SOL)
TOTAL	9	7	

Fonte: pesquisa de campo

A metade dos envolvidos em teleconsultoria referiu que obtinha todos os dados necessários para a atuação, tanto à distância quanto presencialmente; sete deles relataram que os dados obtidos presencialmente eram mais completos; um dos teleconsultores informou que captava dados mais completos à distância (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos profissionais envolvidos em teleconsultoria de acordo com a opinião sobre a obtenção de dados e informações para a atuação em teleconsultoria.

Opinião	Profissionais	
	TCS	SOL
Os dados obtidos presencialmente são mais completos que à distância.	4	3
Obtém todos os dados necessários tanto à distância quanto presencialmente.	4	4
Consegue captar dados mais completos à distância do que presencialmente.	1	-
	TOTAL	9
		7

Fonte: pesquisa de campo

Conforme os dados da Tabela 7 (cuja questão permitia marcar mais de uma resposta), observa-se que cinco profissionais de teleconsultoria citaram que se sentiram da mesma forma na interação presencial e à distância; um dos teleconsultores e um dos solicitantes referiram que se sentiram mais à vontade por não estar face a face e um dos solicitantes, ao contrário, referiu que se sentiu pouco à vontade por não estar face a face.

Seis teleconsultores e três solicitantes referiram que, quando prestaram/receberam consultoria, sentiram-se bem recebidos pelo outro profissional pela troca de experiências; sete informaram que se sentiam à vontade por estar em interação/comunicação com outro profissional; um dos solicitantes referiu se sentir constrangido por não conhecer o outro profissional.

Quase a totalidade relatou satisfação por fornecer/solicitar orientações a outro profissional; um dos solicitantes referiu constrangimento por fazer essa solicitação; um teleconsultor e dois solicitantes citaram sentir dificuldade pelo outro não ter captado o que quis transmitir. Já dois teleconsultores e um solicitante sentiram facilidade no entendimento de sua transmissão. Nenhum dos profissionais relatou sentir dificuldades e prejuízos na atuação por não conhecer os costumes locais (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos participantes em teleconsultoria de acordo com o sentimento sobre a interação/comunicação com o outro profissional, quando presta/recebe consultoria por meio da telessaúde.

Sentimento	Profissionais	
	TCS	SOL
	Nº	Nº
Da mesma forma que quando a interação/comunicação é presencial.	5	4
Mais à vontade por não estar face a face, já que a ação é à distância.	1	1
Não se sente à vontade por não estar face a face no atendimento em telessaúde.	-	1
Não se sente bem recebido pelo outro profissional por ter contato por meio de uma máquina.	-	-
Sente-se bem recebido pelo outro profissional por poder trocar experiências.	6	3
Sente-se à vontade por estar em interação/comunicação com outro profissional.	4	3
Sente-se constrangido por não conhecer o outro profissional.	-	1
Sente dificuldades e prejuízos na atuação porque não conhece os costumes locais.	-	-
Sente que o fato de não conhecer os costumes locais não interfere negativamente nas suas orientações.	2	1
Sente-se satisfeito por poder fornecer/solicitar orientações a outro profissional.	9	6
Sente-se constrangido por fornecer/solicitar orientações a outro profissional.	-	1
Sente dificuldade pelo outro não captar o que você quer transmitir.	1	2
Sente facilidade pelo outro captar o que você quer transmitir.	2	1

Fonte: pesquisa de campo

Um dos teleconsultores apresentou uma resposta distinta das oferecidas no questionário:

“muitas vezes sinto dificuldade em fazer com que o profissional solicitante compreenda que não deve ser presunção do teleconsultor substituir a análise clínica do profissional local, nem dar atribuições específicas a categorias profissionais não próprias – pois os mesmos tipos de questionamentos se repetem em outras solicitações”.

No que se refere à resolução dos casos abordados à distância, todos os teleconsultores e dois dos solicitantes consideraram que a maioria dos casos foi resolvida, três solicitantes opinaram que todos os casos foram resolvidos, um solicitante relatou que a minoria dos casos foi resolvida e um solicitante não soube responder (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos profissionais envolvidos em teleconsultoria entrevistados de acordo com a resolução dos casos abordados à distância.

Considerações	Profissionais	
	TCS	SOL
Todos os casos foram resolvidos	-	3
A maioria foi resolvida	9	2
Uma minoria foi resolvida	-	1
Nenhum caso foi resolvido	-	-
Não sabe dizer	-	1
Total	9	7

Fonte: pesquisa de campo

Com relação aos comentários sobre aspectos não abordados no questionário, foram fornecidas respostas por três teleconsultores, transcritas abaixo:

“Sinto dificuldade em difundir o programa de forma mais ampla, já que há necessidade de intervenção política para que isso seja realizado. Acho que deveria haver maior participação dos governos federal e estaduais na divulgação do programa, principalmente através da estimulação e cobrança dos gestores municipais para o uso dessa ferramenta”;

“na atualidade, apesar de bem definido didaticamente, observa-se que muitas das consultorias prestadas não se configuram como questionamentos, mas sim como perguntas soltas encaminhadas com o objetivo maior de se cumprir metas de envio de solicitação pelos municípios, fazendo com que o teleconsultor não seja reconhecido de fato pelo trabalho prestado, mas como profissional que recebeu a solicitação e enviou uma resposta, que não necessariamente será levada em consideração”;

“A utilização de plataformas através de aplicativos mobile auxiliam os usuários na utilização dos serviços de teleconsultoria, já que não há a necessidade de um computador com internet, apenas um celular ou tablete com internet”.

4.2 DADOS OBTIDOS PELOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS EM TELE-EDUCAÇÃO.

Participaram quatorze profissionais, sendo sete tele-educadores e sete alunos. Na Tabela 9 nota-se que dos quatorze participantes envolvidos em tele-educação, todos eram do sexo feminino, a maioria tinha entre 29 a 39 anos de idade e, no máximo, cinco anos de atuação em telessaúde.

Tabela 9 - Distribuição dos profissionais envolvidos em tele-educação, segundo idade, sexo e tempo de atuação em telessaúde.

Idade (anos)	Profissionais		Sexo		Tempo de atuação em telessaúde		
	TUT	ALU	M	F	Até 11 meses	1 a 5 anos	Não informou
24 a 28	1	-	-	1	1	-	-
29 a 39	4	6	-	10	4	5	1
40 a 49	2	1	-	3	-	1	2
TOTAL	7	7	-	14	-	-	-

Fonte: pesquisa de campo

Foram entrevistados cinco enfermeiros, cinco fonoaudiólogos, dois agentes comunitários de saúde, um odontólogo e um psicólogo (Tabela 10). Constata-se

que quatro tele-educadores tinham doutorado, dois possuíam mestrado e um tinha curso em nível de graduação; quatro alunos mencionaram ter especialização, um tinha graduação e dois cursaram até o ensino médio.

Tabela 10 - Distribuição dos profissionais envolvidos em tele-educação entrevistados de acordo com a profissão e o nível de formação.

PROFISSÃO		NÍVEL DE FORMAÇÃO				
		MED	GRA	ESP	MES	DOU
ACS	TUT	-	-	-	-	-
	ALU	2	-	-	-	-
ENF	TUT	-	-	-	-	-
	ALU	-	1	4	-	-
FGO	TUT	-	-	-	1	4
	ALU	-	-	-	-	-
MDC	TUT	-	-	-	-	-
	ALU	-	-	-	-	-
ODO	TUT	-	1	-	-	-
	ALU	-	-	-	-	-
PSI	TUT	-	-	-	1	-
	ALU	-	-	-	-	-

Fonte: pesquisa de campo

As categorias identificadas referentes às vantagens da telessaúde estão na Tabela 11. A categoria *melhora da formação profissional* foi apontada por metade dos envolvidos em tele-educação como vantagem. A categoria *otimização do tempo* foi citada por quatro deles, a *diminuição da distância* por três tele-educadores, a *melhora da prática clínica* e a *facilitação do relacionamento* por dois envolvidos em tele-educação e as categorias *maior efetividade das ações* e a *maior comodidade* por um dos alunos cada.

Conforme a Tabela 12, verifica-se que a categoria *falta de infraestrutura* foi citada pela metade dos envolvidos em tele-educação como desvantagem da telessaúde; as categorias *limite de tempo* e *necessidade de dedicação do aluno* foram referidas por dois participantes cada. As categorias *pouca valorização das atividades desempenhadas* e *prejuízo no relacionamento* foram citadas por um profissional cada.

Tabela 11 - Categorias referentes à percepção de vantagens da tele-educação, segundo relatos dos participantes tutores e alunos.

Categoria	Profissionais		Exemplos de relatos
	TUT	ALU	
Melhora a formação profissional	3	4	<i>“é um espaço extremamente útil para a formação permanente em saúde” (TUT)</i> <i>“atualização constante” (ALU)</i>
Otimização do tempo	2	2	<i>“flexibilidade em poder acessar os conteúdos ministrados nos dias e horários disponíveis” (TUT)</i> <i>“A informação é imediata” (SOL)</i>
Diminuição da distância	3	0	<i>“rica experiência que diminui a distância entre as pessoas” (TUT)</i> <i>“aprimorar meu trabalho” (ALU)</i>
Melhora da prática clínica	1	1	<i>“fortalecimento do processo de trabalho ao profissional da saúde” (TUT)</i> <i>“facilita o diálogo entre o professor e aluno, porque se tira a dúvida no mesmo instante em que se assiste a aula” (ALU)</i>
Facilita o relacionamento	1	1	<i>“permite o contato visual, aproximando as pessoas e as deixa mais à vontade para perguntas, questões e para uma participação efetiva” (TUT)</i>
Maior efetividade das ações	0	1	<i>“obter informações para resolver problemas, pois rapidamente relaciona ao paciente” (TUT)</i>
Maior comodidade	0	1	<i>“é mais cômodo e mais confortável assistir aula na minha casa” (ALU)</i>

Fonte: pesquisa de campo

Tabela 12 - Categorias referentes à percepção de desvantagens da tele-educação, segundo relatos dos participantes tutores e alunos.

Categoria	Profissionais		Exemplos de relatos
	TUT	ALU	
Falta de infraestrutura	4	3	<i>“necessidade de uma boa rede de internet e uma equipe com formação específica para atuar com os recursos tecnológicos” (TUT)</i> <i>“quando existe falha de conexão, queda de velocidade” (ALU)</i>
Limite de tempo	2	0	<i>“se o aluno continuar com a dúvida o tutor não disponibilizará de muito tempo para expor todo o conceito sobre a dúvida do aluno” (TUT)</i>
Necessidade de dedicação do aluno	2	0	<i>“o aluno precisa ser dedicado para acompanhar as ações realizadas à distância e não perder informações importantes” (TUT)</i>
Pouca valorização	1	0	<i>“pouca valorização quanto às atividades desempenhadas” (TUT)</i>
Prejuízo no relacionamento	0	1	<i>“a relação interpessoal dos participantes, palestrantes” (ALU)</i>
Sem Resposta	0	3	-----

Fonte: pesquisa de campo

Observa-se que quatro tele-educadores e quatro alunos referiram que eram oferecidas as mesmas condições de ensino/aprendizagem tanto presencial quanto à distância (Tabela 13). A seguir são apresentados exemplos de justificativas de suas respostas:

“eu acredito que podem ser oferecidas as mesmas condições de aprendizado entre as duas formas. No entanto, acho que existem casos específicos, quando uma forma é mais apropriada que outra. Cada situação deve ser analisada especificamente” (TUT)

“a forma de capacitação nas duas situações tem impacto positivo no profissional, principalmente quando existe interesse prévio do assunto a ser abordado” (ALU)

A Tabela 13 também revela que três tele-educadores e um dos alunos citaram que as condições de ensino/aprendizagem oferecidas presencialmente são melhores. Seguem exemplos de justificativas apresentadas por eles: *“pouco engajamento dos alunos nas ações à distância” (TUT); “acredito que presencialmente o tutor observa melhor o aluno e compreende até que ponto os seus alunos realmente estão entendendo a aula é mais rica em detalhes” (ALU)*

A Tabela 13 demonstra, ainda, que dois alunos responderam que as condições de ensino/aprendizagem oferecidas à distância são melhores, justificando que: *“a medida que os casos vão surgindo é possível tirar as dúvidas, diferente de uma consultoria presencial que é necessário ir com os casos já estabelecidos”; “eu particularmente prefiro estudar à distância por me concentrar melhor na aula, em grupo me disperso mais”.*

Tabela 13 - Distribuição dos profissionais envolvidos em tele-educação de acordo com a comparação entre ações de capacitação realizadas presencialmente e a distância.

Comparação entre ações de capacitação realizadas presencialmente e a distância	Profissionais	
	TUT	ALU
São oferecidas as mesmas condições para ensino/aprendizagem nas duas situações.	4	4
As condições de ensino/aprendizagem oferecidas presencialmente são melhores.	3	1
As condições de ensino/aprendizagem oferecidas à distância são melhores.	-	2
	TOTAL	7
		7

Fonte: pesquisa de campo

Na Tabela 14 observa-se que dez dos envolvidos em tele-educação referiram que se sentiram, em relação ao aluno ou ao tutor, da mesma forma tanto no ensino presencial quanto no ensino à distância; um tutor e um aluno informaram que se sentiram mais à vontade por não estar face a face no ensino à distância, um tutor mencionou que não se sentiu à vontade por não estar face a face e outro se sentiu mais à vontade por estar face a face no ensino presencial.

Dois tele-educadores referiram sentir dificuldade em acolher o aluno à distância por ter contato por meio de uma tela, mas metade dos que participaram de tele-educação relatou que se sentiu satisfeito por fornecer ou receber instruções de especialidade.

Entre os participantes, cinco manifestaram sentir-se à vontade mesmo não conhecendo o tutor ou o aluno que está à distância. Apenas um dos tutores considerou que teve dificuldade de entender os comentários e as dúvidas do aluno à distância; um tutor e um aluno informaram que o fato de não conhecer os costumes locais não interferiu nas suas ações de capacitação. No entanto, dois tele-educadores e um aluno referiram sentir dificuldade porque não conheciam a realidade local.

Tabela 14 - Distribuição dos profissionais envolvidos em tele-educação de acordo com o sentimento em relação aos alunos/tutores.

Sentimento em relação aos alunos/tutores	PROFISSIONAIS	
	TUT	ALU
Da mesma forma nas duas situações (presencial e à distância).	4	6
Mais à vontade por não estar face a face no ensino à distância.	1	1
Não se sente à vontade por não estar face a face no ensino à distância.	1	-
Mais à vontade por estar face a face no ensino presencial.	1	-
Não se sente à vontade por estar face a face no ensino presencial.	-	-
Sente dificuldade em acolher o aluno à distância por ter contato por meio de uma tela.	2	-
Sente-se satisfeito por fornecer/receber instruções de especialidade.	4	3
Sente constrangimento por não conhecer o aluno que está a distância.	-	-
Sente-se à vontade mesmo não conhecendo o tutor/aluno que está a distância.	4	1
Sente dificuldade de entender os comentários e as dúvidas do tutor/aluno à distância.	1	-
Sente dificuldade porque não conhece sua realidade local.	2	1
Sente que o fato de não conhecer os costumes locais não interfere nas suas ações de capacitação.	1	1

Fonte: pesquisa de campo

Quase a totalidade dos envolvidos em tele-educação consideraram que a educação à distância proporcionou um bom processo de ensino-aprendizagem e dois tutores avaliaram que esse processo foi regular (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição dos profissionais envolvidos em tele-educação de acordo com a consideração sobre processo de ensino-aprendizagem.

Consideração sobre o que o ensino à distância proporciona	PROFISSIONAIS	
	TUT	ALU
Um bom processo ensino-aprendizagem	5	7
Um processo ensino-aprendizagem regular	2	-
Um processo ensino-aprendizagem precário	-	-
Não sabe dizer	-	-
TOTAL	7	7

Fonte: pesquisa de campo

Tabela 16 - Categorias oriundas de comentários sobre telessaúde, de acordo com relatos dos envolvidos em tele-educação.

Categoria do comentário	Profissionais		Exemplo de comentário
	TUT	ALU	
Proporciona capacitação	3	2	<i>“tem sido um potencial espaço para a formação” “ferramenta essencial na capacitação”</i>
Qualificação profissional	2	1	<i>“qualificação do processo de trabalho em saúde” “ferramenta de aperfeiçoamento profissional”</i>
Satisfação	-	2	<i>“Estou satisfeita em participar”</i>
Proporciona acesso	1	-	<i>“Espaço para formação e qualificação para áreas mais distantes com dificuldade de acesso.”</i>
Interdisciplinaridade; troca	1	-	<i>“Permite discussões com profissionais de diferentes áreas de formação ou da mesma área.”</i>
Práticas fragmentadas	1	-	<i>“As práticas de telessaúde voltadas para tele-educação ainda são fragmentadas e pouco voltadas à análise do conteúdo aprendido pelo aluno”</i>
Necessidade de ajustes no programa	1	-	<i>“Necessita de ajustes e controle de informação”</i>
Dificuldade de disseminação	1	-	<i>“O desconhecimento por parte dos profissionais da saúde sobre a telessaúde e suas diferentes ações, dificulta ou até mesmo impede sua disseminação”</i>
Prejuízo no relacionamento	1	-	<i>“Pode comprometer caso a impessoalidade sobrepuje a facilidade de aproximação”</i>
Telemonitoramento	-	1	<i>“Telemonitoramento é uma ferramenta importante e complementar nessa nova maneira de integração em saúde”</i>
Diversidade de horários	-	1	<i>“Poderia ter um horário noturno de video aulas, ou as aulas poderiam ser gravadas para aquele aluno que não pode estudar no horário estabelecido”</i>
Sem comentários	2	1	-----

Fonte: pesquisa de campo

Os dados da Tabela 16 trazem comentários sobre telessaúde a partir de relatos de profissionais envolvidos em tele-educação, obtidos em questão aberta. A categoria *proporciona capacitação* foi citada por cinco participantes como complemento dos dados sobre telessaúde; a *qualificação profissional* foi citada por

três deles e a *satisfação em participar das ações por telessaúde* por dois alunos. As categorias *proporcionam acesso, proporciona troca entre profissionais da mesma área e interdisciplinaridade, e práticas ainda são fragmentadas, necessidade de ajustes no programa, dificuldade de disseminação* foram apontadas por um tutor cada. Um tele-educador comentou que pode haver *prejuízo no relacionamento* entre os envolvidos. Um aluno citou a possibilidade de *telemonitoramento* e outro de haver horário noturno ou aulas gravadas para serem acessadas em qualquer horário.

CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO

A telessaúde foi adotada pelo Ministério da Saúde no ano de 2007 (14) e, posteriormente, ampliada sua organização e utilização em 2010 (15), o que explica o fato dos profissionais que participaram deste estudo terem pouco tempo de atuação (no máximo cinco anos). Apesar de que qualquer profissional pode utilizar esta metodologia (9), como a atuação se baseia no emprego de tecnologia de informação e comunicação, demanda conhecimento em informática. É possível supor que a maioria dos participantes tinha entre 24 e 39 anos, pois é a faixa etária de pessoas pertencentes a uma geração mais familiarizada com essa ferramenta. Essa afirmativa tem respaldo no estudo de Oliveira (23) que verificou a necessidade de capacitações com vistas à inclusão digital dos profissionais não habituados ao uso de computador, pelo baixo índice de acesso ao portal do núcleo da UFPE.

Com relação à titulação, os teleconsultores e tele-educadores tinham a maior titulação em seu grupo, isto é, mestrado e doutorado, respectivamente, o que era esperado tendo em vista que o estudo ocorreu em um hospital universitário, onde os profissionais prezam a carreira acadêmica e muitos são docentes do ensino superior.

Esses profissionais consideraram que a telessaúde apresenta vantagens e desvantagens, o que é compatível com relatos da literatura (3, 5). A educação continuada, que proporciona atualização e capacitação aos profissionais, é uma das grandes vantagens, citada pela maioria dos participantes, tanto os envolvidos na teleconsultoria como na tele-educação, pois é possível acessar dados de publicações científicas do mundo inteiro, assim como realizar cursos, assistir palestras e conferências oferecidos a distância (3, 5, 6). Também a segunda opinião formativa, inclusive com a participação de especialistas, oferece essa possibilidade (15). Estando melhor capacitado ou recebendo orientações de especialistas, o profissional melhora sua qualidade de trabalho e, com isso, a prática clínica é aperfeiçoada e as ações em saúde tornam-se mais efetivas. No entanto, é preciso que haja equipamentos e rede adequados, caso contrário não é possível realizar a comunicação e, portanto, nenhuma dessas atividades a distância. Por isso a falta de infraestrutura é uma desvantagem da telessaúde, mencionada na literatura (5, 7, 9) e pela maioria dos participantes do presente

estudo. Uma pesquisa sobre os problemas de qualidade de uso de sistemas computacionais empregados em teleconsultorias médicas verificou que problemas de conexão e qualidade do áudio e das imagens transmitidas, impedem a conclusão eficiente da teleconsultoria (14). Em situações como essa é prudente ponderar entre os riscos e os benefícios que poderão ocorrer, como recomenda Figueroa (47): se a possibilidade de danos for maior que a de benefícios ao atendimento ou à capacitação, é preferível não as realizar para evitar que distorções na comunicação tragam mais prejuízos do que benefícios. Dessa forma o princípio da DUBDH (43) sobre benefício e dano será respeitado.

Outra vantagem é que propicia maior agilidade aos processos e com isso otimiza o tempo dos profissionais e os cuidados de saúde à população. Outros aspectos são a diminuição de gastos com a prestação de serviços em saúde (5, 7, 10, 12), redução da distância dos centros mais avançados e a oferta de comodidade aos beneficiados, já que não precisarão se deslocar para obter o que precisam (1, 3, 5, 10). Ao mesmo tempo, nos locais onde os gestores não valorizam o programa, passa a haver desvantagens como a falta de apoio e o limite de tempo para que os profissionais dos pontos de telessaúde possam se dedicar ao programa, assim como faz com que os profissionais deem pouca importância ao que podem realizar por meio da telessaúde (5) e tenham dificuldade de incorporar o programa ao seu processo de trabalho, aspectos evidenciados neste estudo.

Foi citada uma desvantagem específica da tele-educação que é a necessidade de dedicação do aluno. A cultura da educação tradicional está impregnada nas pessoas, quando o docente é o principal responsável pela condução da aula, pela transmissão do conhecimento e os alunos recebem passivamente e estudam de acordo com a recomendação do professor, esperando-o para conduzir o processo ensino-aprendizagem (80). Sugere-se aos tutores utilizarem estratégias que empoderem os alunos, para que sejam parcela ativa e responsáveis, também, pelo processo de ensinar e aprender. Dessa forma, o programa estará atendendo o princípio da DUBDH (43) de solidariedade e cooperação. A solidariedade prevê a ideia de compartilhamento, isto é, de que os participantes – tutores e alunos – se percebam como parte do grupo, motivando-os a atuar para atingir os objetivos comuns da coletividade (84).

Constatou-se uma discrepância entre os participantes no que tange ao relacionamento entre os interlocutores, que foi apontado como vantagem e como

desvantagem, o mesmo ocorrendo na literatura. Existem autores que acreditam que há um empobrecimento do relacionamento entre os profissionais por sentir sua autonomia ameaçada ou perceber seu valor reduzido por solicitar a opinião de outro profissional que, na maioria das vezes, nem conhece (3, 5). Também se fala na perda da relação humanizada devido à presença de uma máquina como intermediária (11, 37), assim como o fato de não vivenciar as sensações provenientes no contato presencial (13). No entanto, há autores que consideram a telessaúde uma facilitadora do relacionamento, já que o contato é direto e imediato, dando segurança a quem necessita de orientação (12). Em especial na saúde mental, autores defendem o atendimento via telessaúde porque evita o constrangimento do paciente que se expõe menos ao procurar ajuda de um profissional (10), ou porque a distância favorece a revelação de suas demandas subjetivas (5).

Com relação à comparação entre o uso de ferramentas de informação e comunicação presencialmente e à distância, não houve consenso entre os participantes, tanto os da teleconsultoria como os da tele-educação. Houve os que não perceberam diferença entre as duas modalidades, aqueles que consideraram que as condições técnicas/tecnológicas oferecidas à distância são melhores ou que os dados captados à distância são mais completos e, ao contrário, aqueles que consideraram melhor as condições oferecidas na modalidade presencial ou que os dados obtidos presencialmente eram mais completos. Provavelmente, isto ocorreu devido a existência de vantagens, mas também de desvantagens, que pesaram na análise dos participantes nessa comparação e fizeram com que percebessem a situação de forma diferente. É preciso ressaltar que, para que haja qualidade no atendimento por telessaúde, é necessário que sejam oferecidas condições semelhantes às ações presenciais (9), atendendo ao princípio da igualdade, justiça e equidade da DUBDH (43), pois todos os cidadãos merecem a mesma qualidade de assistência, o que é ratificado por Villas-Bôas (57) ao citar o respaldo na legislação brasileira que garante acesso à saúde a todos.

Apesar de os seres humanos serem diferentes orgânica e psicologicamente, assim como em seus valores e princípios, eticamente é necessário considerar a todos de forma equânime em termos de dignidade e direitos (85). Portanto, não é concebível que seja oferecido um atendimento precário à distância pois, ainda que em locais remotos, a população é constituída de seres humanos que têm direito à

mesma qualidade de assistência daqueles com mais facilidade de acesso porque vivem em centros mais avançados.

Muitos dos participantes não manifestaram sentir diferença na interação presencial e à distância, tanto na teleconsultoria como na tele-educação, mas houve algumas manifestações contrárias pontuais. Uma delas se referiu ao fato dos informantes terem se sentido mais à vontade por não estar face a face na interação à distância, o que pode ser explicado pela distância psicológica que pode diminuir as implicações da convivência (5). Por outro lado, alguns relatos indicaram que os participantes se sentiram mais à vontade na interação face a face. É compreensível se se considerar que o processo de humanização surgiu da necessidade de resgate do humano diante do avanço tecnológico (26, 27).

Alguns participantes relataram que tiveram dificuldade de entender a transmissão, quando à distância, o que, se não houve falha técnica, parece ratificar a influência da comunicação não verbal no relacionamento humano (30). Por outro lado, também teve referências à facilidade de entender o que foi transmitido. Considerando que a interação pessoal envolve habilidades sociais como os aspectos não verbais, cognitivo-afetivos e fisiológicos (32), então, eliminando eventuais falhas técnicas, provavelmente o desenvolvimento dessas habilidades foi adequado para essas pessoas.

Alguns profissionais consideraram que o fato de não conhecerem os costumes locais não interferiu na sua ação, mas alguns perceberam que interferiu. Contemplar a análise das condições socioeconômicas e culturais faz parte do processo de humanização, para que sejam levados em conta as necessidades e insatisfações do outro (30). Isto é, na relação interpessoal o comportamento das pessoas varia de acordo com seus valores (32). O respeito à diversidade cultural e ao pluralismo é um dos princípios da DUBDH (43), por ser essencial quando se preza os direitos humanos, pois nenhuma pessoa é igual a outra (59). Então, nos relacionamentos é preciso que cada pessoa envolvida respeite os valores do interlocutor (61). Em telessaúde, como sempre estão em contato pessoas de lugares distintos, as diferenças podem ser ainda maiores e – se não forem consideradas –, pode haver uma falsa ideia de que a comunicação foi efetiva, mas pode ter deixado pontos que não foram efetivamente resolvidos e que a demanda não tenha sido solucionada. Por isso, sugere-se aos participantes de ações via telessaúde que considerem e valorizem a diversidade humana, como apontado

pela pesquisa de Ribeiro et al. (8) e pela OMS (9). Destaca-se que cada pessoa tem seus valores e estes formam suas opiniões e atitudes. Respeitar a opinião do outro é básico em qualquer relacionamento. Não se pode partir do princípio que as nossas ideias são as corretas, pois, assim como nós, os outros consideram as suas. Principalmente, não podemos acreditar que as concepções das pessoas são corretas ou não, dependendo do local onde vivem. É preciso respeitar a opinião de cada um, para que ocorram intermediações e se chegue a um consenso. Caso contrário, o outro pode dar a impressão de que vai acatar o que lhe foi sugerido, mas na verdade, como não é o que acredita, age conforme suas crenças e a intervenção pode não ter êxito.

Prevaleceram relatos sobre sentimentos dos solicitantes quanto a terem sido bem recebidos pelo profissional consultor na troca de experiências, satisfação por fornecer ou receber orientações/instruções e de se sentirem à vontade mesmo não conhecendo o outro profissional. Ainda que de forma minoritária, também houve quem se sentiu constrangido por solicitar orientação, por não conhecer o outro profissional, assim como teve dificuldades em acolher o outro porque o contato foi feito por meio de uma tela. Lembrando que as intervenções em saúde não envolvem apenas o conhecimento e a tecnologia, mas também a interação (31), é preciso considerar como se processa o contato entre os interlocutores via telessaúde, que envolve aspectos do relacionamento profissional e humano, independente se se processa a distância ou presencialmente. Não obstante o fato da presença de uma máquina entre os interlocutores poder interferir negativamente (11), é preciso considerar ainda que podem se estabelecer relações de poder que ocasionam falta de confiança e discurso unilateral (9), prejudicando a integração entre eles. Entre os participantes da telessaúde, eventuais relações de poder não podem ser desconsideradas, já que existem os profissionais que solicitam orientação àqueles que, teoricamente, detêm maior conhecimento e experiência. Por isso, dependendo dos valores de cada um e da forma como se estabelece o contato, pode haver constrangimento e dificuldade de executar as ações previstas. Faz parte da política de humanização a satisfação dos profissionais (27), que depende em grande parte do seu relacionamento com seus colegas e pares (38). Por isso sugere-se aos gestores de telessaúde que desenvolvam ações para minimizar possíveis conflitos e, assim, facilitar o desenvolvimento do trabalho por este método.

De acordo com a maioria dos participantes, as ações que realizaram por meio da telessaúde obtiveram êxito, visto que relataram que os casos foram resolvidos e houve um processo ensino-aprendizagem satisfatório. Oliveira (23), em seu estudo que analisou a implantação do Núcleo de Telessaúde da UFPE na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, também constatou êxito nesse serviço. Embora a literatura careça de pesquisas que comparem as ações realizadas por telessaúde com aquelas realizadas presencialmente, um estudo com objetivo de analisar os atendimentos fonoaudiológicos virtual e presencial em profissionais do telejornalismo constatou que os resultados foram equivalentes (81), ratificando o êxito dos procedimentos realizados por telessaúde. Conclui-se que o atendimento ao princípio da equidade, justiça e equidade também foi observado no presente estudo.

Alguns dos participantes fizeram comentários do que consideraram informações complementares às contidas no questionário. Dentre elas estavam pontos já abordados no instrumento, mas emergiram informações que trouxeram dados novos. Uma delas foi a dificuldade de difundir o programa para propiciar maior adesão. Oliveira (23) confirmou no seu estudo a dificuldade de adesão ao programa no núcleo de Pernambuco e verificou que o pouco acesso ao portal, gerou a necessidade da realização de capacitações em informática. Quando o manuseio do sistema computacional é complicado ou tem pouca credibilidade, se torna um obstáculo à adesão (4). Hjelm (5) também abordou essa questão ao citar a resistência dos profissionais em utilizarem a telessaúde, por medo de aumento de trabalho, que seja meramente modismo, que os equipamentos se tornem rapidamente obsoletos, que não tenham conhecimentos e habilidades necessárias ou que ocorram diferenças culturais e linguísticas. A adesão dos profissionais é imprescindível para que o programa funcione e seja efetivo para que atinja o objetivo maior de acesso à saúde a todos, independente de onde estejam, promovendo a justiça e a equidade, assim como a não-discriminação e a não-estigmatização, atendendo plenamente a dois dos princípios da DUBDH (43).

Como todas as pessoas são iguais em termos de dignidade e de direitos (85), não é certo tornar diferente qualquer pessoa, muito menos reduzir seu valor, menosprezando-a por não atender àquilo que a sociedade considera como dentro dos seus padrões. Quanto mais uma pessoa é discriminada pela sociedade, mais a sociedade – e ela própria – a estigmatiza, levando-a a se afastar da comunidade

(60). Muitas pessoas estigmatizadas fogem ao padrão, porque não têm as mesmas oportunidades da maioria. Surge daí a necessidade de compensação para que tenham oportunidades, por isso a DUBDH defende a equidade. Por meio da promoção da equidade é dada oportunidade àqueles menos favorecidos para se juntarem aos demais membros da sociedade e usufruírem dos mesmos direitos (85).

A telessaúde é um instrumento que proporciona a equidade à medida em que compensa as pessoas que vivem em locais remotos e, portanto, têm menor acesso à assistência e à capacitação, pois lhe oferece esse acesso por meio da tecnologia de comunicação e informação. No entanto, para que isso ocorra é preciso que haja profissionais dispostos a utilizar esse instrumento no exercício de sua profissão. Desta forma, compreende-se a importância de os gestores empreenderem ações no sentido de estimular a adesão ao programa, para que cada vez mais profissionais participem e colaborem na promoção da equidade. O uso da tecnologia de informação e comunicação possibilita que locais menos avançados compartilhem soluções já alcançadas em centros mais desenvolvidos, promovendo a equidade (3, 6, 13). Assim, proporciona esse benefício a profissionais e pacientes que vivem em locais remotos e que, nem por isso, são inferiores, merecendo ser assistidos com a mesma qualidade das pessoas de centros avançados, não sendo, portanto, estigmatizados por suas diferenças (59, 60). Dessa forma, fica evidente a importância da adesão dos profissionais ao programa, pois irão contribuir com essa estratégia que traz benefícios à sociedade como um todo, atendendo a mais um princípio da DUBDH: a responsabilidade social e saúde.

Este princípio depende da sociedade encontrar soluções para seus problemas com base em critérios de justiça e equidade. Existem necessidades básicas que devem ser fornecidas a todos para se obedecer ao princípio da igualdade, justiça e equidade (86). Os investimentos e as ações destinados à promoção das necessidades básicas trazem maior ganho para a saúde das pessoas, contribuem para a redução das desigualdades e asseguram os direitos humanos. Mas, para isso é preciso abordar os valores morais que norteiam o comportamento dos indivíduos e das comunidades, assim como os valores morais e as prioridades que devem orientar as políticas públicas sobre estas questões (86).

Há necessidade de definir quem é responsável nesse processo, visto que o governo se responsabiliza, mas suas ações de forma isolada tendem a não ter êxito. Para procurar definir responsáveis passa a ser importante refletir sobre os deveres recíprocos entre as pessoas, assim como os deveres das instituições e dos grupos sociais. Os deveres podem ser perfeitos quando são exigidos por lei, mas são imperfeitos quando, embora sejam obrigações morais, não podem ser exigidos por lei. A responsabilidade social vai muito além dos deveres perfeitos, pois abarca também os imperfeitos na medida em que envolve a solidariedade (84), compreendida não como caridade, mas sim como ações compartilhadas entre quem faz e quem recebe, de modo a reduzir as diferenças, empoderar as pessoas para reduzir suas vulnerabilidades e melhorar a qualidade de vida da sociedade (64).

Moralmente, todos são obrigados a prestar assistência mútua em situação de necessidade, mas esta obrigação não pode ser exigida por lei. Assim, tanto os indivíduos, como todos os setores da sociedade, têm deveres morais que extrapolam o que é legalmente exigido, tornando a responsabilidade social em uma tarefa moral (84).

O princípio da responsabilidade social e saúde da DUBDH prevê que a promoção da saúde e do desenvolvimento social é um objetivo central dos governos, mas que todos os setores da sociedade compartilham (43). Então é responsabilidade de todos, ou seja dos setores público e privado, do governo, de órgãos não governamentais, da sociedade e de cada cidadão (86).

O governo deve agir na promoção da saúde e no desenvolvimento social, mas para que esses objetivos sejam plenamente atingidos é preciso que todos os setores participem (43, 66, 67), inclusive atendendo a constituição brasileira, quando indica o trabalho conjunto entre Estado e sociedade para promover transformações sociais que beneficiem a todos os cidadãos (87).

No caso do Programa Telessaúde Brasil Redes, para que tenha êxito, faz-se necessário que os profissionais de saúde participem ativamente. Não basta o Ministério da Saúde lançar estratégias para incentivar as ações do programa, assim como não basta os gestores locais apoiarem as iniciativas de trabalho em telessaúde, se não houver profissionais suficientes para realizar esse trabalho.

Ao se graduar, todo profissional de saúde assume compromissos com a sociedade, compromissos estes que tem força legal, não só pela justiça como pelo

seu conselho profissional. No entanto, há coisas que o profissional pode fazer que, independente de ajudar a garantir o seu sustento, irão beneficiar a sociedade.

Outra informação é o fato de algumas solicitações de teleconsultoria ocorrerem por mero cumprimento de tarefa, não tendo coerência e desconsiderando o trabalho do teleconsultor. A existência de metas é relevante, pois para poder participar do programa, os interessados tiveram que elaborar projetos (17). Talvez por isso, outra informação complementar colocada por participantes foi a necessidade de ajustes no programa. O profissional pode se sentir obrigado a cumprir as metas estabelecidas devido às relações de poder que se estabelecem nas equipes de saúde (12), bem como demonstrar sua competência (35). A tecnologia empregada na saúde tem causado a perda dos valores humanísticos e éticos; é preciso que o profissional usufrua os benefícios da tecnologia, mas que preserve a interação (40), pois assim terá consideração com o teleconsultor. Dessa forma, atenderá completamente o princípio da solidariedade e cooperação, pois não participará por obrigação, mas sim por reconhecer os benefícios de sua atuação para a sociedade.

Houve sugestões de uso de aplicativos *mobile* como celular e *tablet*, além do computador, e de inclusão de telemonitoramento, recursos que podem melhorar a infraestrutura. A falta de infraestrutura necessária para utilização da telessaúde é um fato importante e foi apontada várias vezes pelos participantes no decorrer das respostas ao questionário, inclusive nas informações complementares, tema ratificado pelo estudo de Oliveira (23). Esta autora identificou no núcleo da UFPE, como ponto fraco, a conexão de internet de alto custo e baixa qualidade, na época em que fez sua pesquisa. A qualidade do atendimento à distância depende da garantia de haver o mesmo padrão do atendimento presencial, portanto, depende da qualidade dos dados transmitidos, assim como da quantidade e da relevância desses dados de modo a serem adequados à análise e à decisão a ser tomada (9). Para isso, são necessários equipamentos e velocidade de conexão satisfatórios aos objetivos do programa, visando a evitar falhas no fornecimento de energia e telefonia (9, 23), assim cumprindo seu papel como estratégia de promoção da equidade.

Uma outra informação foi a de que a telessaúde proporciona a troca entre os profissionais da mesma área e a interdisciplinaridade, o que é essencial no âmbito da saúde. Quando a comunicação é eficiente, ela possibilita o compartilhamento de

vivências e a troca de experiências (30). Ao contrário, a competição por espaços profissionais pode interferir negativamente, na medida em que favorece o boicote à circulação de conhecimentos e de trocas na equipe (33). Mas, de modo geral, a telessaúde proporciona a troca de informações entre serviços e com isto o compartilhamento de soluções já alcançadas em centros mais desenvolvidos (3, 13). Um dos princípios da DUBDH (43) é o compartilhamento de benefícios, pois toda a sociedade deve ser beneficiada com os produtos dos avanços científicos, em especial países em desenvolvimento como o Brasil. O Programa Telessaúde Brasil Redes, que foi iniciativa do governo, cumpre bem esse papel, pois propicia a interação à distância entre pessoas e recursos (18). Esse compartilhamento é realizado por meio da tele-educação, da teleassistência e, especialmente, da segunda opinião formativa, que propociona o empoderamento e a autonomia dos profissionais, já que, além da orientação, lhes é fornecido material para que apliquem no futuro em situações semelhantes. Com isto, atende ao princípio da DUBDH, de solidariedade e cooperação, pois busca transformar os profissionais de locais remotos, oferecendo meios para a liberdade de ação e para se tornarem competentes e qualificados, à semelhança de profissionais mais experientes e com maior conhecimento (43, 63, 64). O produto final beneficia a sociedade como um todo, atendendo também, como já foi dito, o princípio da responsabilidade social e saúde da DUBDH (43).

O princípio da solidariedade e cooperação defende uma dimensão ampliada de cidadania, pois propõe ações transformadoras, que irão diminuir as diferenças, emancipar os vulneráveis por proporcionar-lhes autonomia e o exercício da liberdade (63, 64). Desta forma, ações como o uso da telessaúde, contribuem para melhorar a qualidade de vida e o desenvolvimento social, visto que as populações de locais remotos passam a ser melhor assistidas com acesso a atendimento ou capacitação, que só as pessoas dos centros mais avançados possuem.

Houve uma solicitação para que as vídeo-aulas fossem no horário noturno ou que as aulas fossem gravadas para serem acessadas em qualquer horário. Apesar de haver várias gravações de aulas, conferências e atividades do gênero disponíveis no portal do núcleo, outras de fato são realizadas de modo síncrono (22), tendo que ser assistidas no momento da transmissão. Caso a atividade seja disponibilizada no portal como gravação, portanto de modo assíncrono, impedirá a oferta da interatividade. Sugere-se aos gestores que empreendam ações que

possibilitem ao profissional ficar disponível no momento em que a atividade síncrona for realizada.

Este estudo atende a sugestões feitas por autores que também estudaram o assunto e apontaram a necessidade de aprofundar a análise sobre a utilização da telessaúde, principalmente quanto aos critérios éticos de sua aplicação e a dinâmica de interação que se processa quando de sua utilização (13, 37). As principais questões éticas apontadas na literatura e que merecem destaque são: a falta de contato, o consentimento livre e esclarecido, a confidencialidade, o sigilo e a segurança na transmissão dos dados, a confiabilidade e a vulnerabilidade das pessoas que vivem em locais pouco desenvolvidos (9, 13). A questão do contato profissional é essencial, já que tratar de intervenção em saúde, o que é feito pela telessaúde, não se resume ao conhecimento técnico e ao uso da tecnologia, mas inclui a interação (31).

Outras questões se referem ao consentimento livre e esclarecido, à confidencialidade, ao sigilo e à segurança na transmissão dos dados e à confiabilidade, que não foram citadas em nenhum momento pelos participantes. É possível supor que talvez por não terem contato direto com o paciente não foram valorizadas. No entanto, não podem ser negligenciadas, pois envolvem os princípios da DUBDH (43) de autonomia e responsabilidade individual, de consentimento, de indivíduos sem capacidade para consentir, de privacidade e confidencialidade e, obviamente, de dignidade humana e direitos humanos. Como a teleconsultoria existe em função do paciente estes princípios têm que ser considerados, pois os dados do paciente serão repassados e é o seu problema que estará em pauta.

Toda pessoa por ser humana possui esse valor intrínseco e, por isso, merece ser respeitada e ter os mesmos direitos (45, 46). Quando o profissional solicitante percebe a necessidade de buscar ajuda de alguém mais experiente e com maior conhecimento, ele precisa informar ao paciente e solicitar autorização para comentar sobre seu problema com outro profissional. Se isso não acontecer ele não estará respeitando a autonomia do paciente. Isto é, ele não foi respeitado no seu direito de decidir sobre o que considera melhor para si baseado nas suas crenças e nos seus valores (48) ou, no caso de não ser competente para decidir, o seu responsável (51). Caso o paciente ou seu responsável concorde, pode assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que é o documento que comprova

o respeito à autonomia (49).

Ademais é crucial adotar medidas para evitar o risco da quebra de sigilo na transmissão dos dados (5, 9, 13, 54). As informações fornecidas para subsidiar o estudo de um caso só podem ser repassadas quando autorizadas por quem as forneceu, a quem precisa conhecê-las por fazer parte na consecução do estudo (54). A confidencialidade protege a divulgação dessas informações a quem não tem necessidade de conhecê-las (55). O respeito à autonomia e à confidencialidade geram confiança entre as pessoas que se relacionam.

A questão da vulnerabilidade das pessoas que vivem em locais pouco desenvolvidos não foi abordada diretamente, mas está contida no objetivo da telessaúde e atende ao princípio da DUBDH (43) de respeito à vulnerabilidade humana e à integridade individual. A telessaúde tem possibilitado o atendimento a pacientes com dificuldades de acesso, capacitação aos profissionais de saúde, e orientação à população em geral (3, 5, 36) e com isso tem beneficiado pessoas vulneráveis residentes em áreas remotas e rurais (10). A dificuldade de acesso aos centros mais desenvolvidos fragiliza as pessoas, tornando-as vulneráveis (52) pelas possibilidades reduzidas de obter assistência em saúde de qualidade. Utilizar a telessaúde é um modo de proteger essas pessoas, dando-lhes maiores possibilidades de obter assistência em saúde de qualidade.

Outros dois princípios da DUBDH (43) também não foram abordados: proteção das gerações futuras e proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade. Isto porque, apesar de os equipamentos eletrônicos utilizarem o nióbio na sua confecção, cujos resíduos são radiativos e tóxicos (88), não há na literatura, até o momento, nada que indique prejuízos às pessoas ou à natureza provocados pelo uso no contexto de um programa como o telessaúde. No entanto, é necessário observar se realmente não trará nenhum prejuízo no decorrer do tempo de uso. Da mesma forma, é preciso ficar atento para novas tecnologias que surjam e suas consequências de modo que, se for o caso, sejam tomadas medidas de proteção às gerações futuras e ao ecossistema, atendendo a esses dois princípios da DUBDH (43, 71, 72).

Apesar dos participantes terem apontado algumas desvantagens e insatisfações, de modo geral expressaram, nas respostas dadas, satisfação com o programa e com sua participação nele. É possível afirmar que a frequência elevada de percepções positivas seja característica do núcleo onde a pesquisa foi

realizada, que apresenta maturidade e tem uma história que atesta seu bom desenvolvimento. Esse aspecto reduz a possibilidade de generalização desses resultados para outros núcleos do país. Por outro lado, o fato de ter sido desenvolvido em uma única instituição aumentou a compreensão das práticas desenvolvidas em ações de telessaúde no contexto do Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco (78). Assim, ainda que esse núcleo tenha sido reconhecido pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) que coordena o Programa Telessaúde Brasil Redes, não se considera que tenha sido suficientemente representativo dos demais núcleos do país (79).

É preciso ressaltar, como ponto forte deste estudo, a confiabilidade na veracidade das respostas, visto que, como a pesquisadora fez contato pessoalmente com cada participante, presencialmente ou por telefone, foi possível explicar a pesquisa e tirar as dúvidas que porventura tivessem. A exposição facilitou a sensibilização desses participantes, que demonstraram prazer em preencher o questionário e intenção em colaborar. Portanto, acredita-se que os mesmos tiveram empenho em dar respostas fidedignas.

Como a pesquisa foi baseada em uma amostra de conveniência, com número reduzido de participantes, sugere-se a realização de estudos sobre os demais núcleos para que se possa conhecer o seu andamento, baseados em reflexões bioéticas a exemplo deste, o que pode apontar pontos positivos e negativos para subsidiar a gestão do núcleo. Ou então, que desenvolvam estudos que consigam abranger um número significativo de participantes dos demais núcleos, que possam trazer informações sobre a implementação do Programa Telessaúde Brasil Redes, implantado há 5 anos e, assim, fornecer subsídios à gestão do programa, com foco nas contribuições bioéticas que proporcionam reflexão sobre as necessidades do outro, a dignidade humana e o bem da coletividade, para continuar o empreendimento de ações que garantam a universalização da saúde.

CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou analisar a telessaúde baseando-se na Bioética, especialmente na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. A escolha da Bioética foi feita em função da crença que discute e reflete melhor os assuntos relacionados às ciências biológicas e da saúde e a DUBDH mostrou-se bastante pertinente para essa discussão, já que contribuiu na análise da interação entre o humano e a tecnologia.

De acordo com a percepção dos integrantes do Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco, há uma discrepância no que se refere à interação entre os profissionais e entre tutor e aluno, sendo considerada, às vezes, como vantagem e, às vezes, como desvantagem. Por isso, sugere-se aos gestores de telessaúde que desenvolvam ações para minimizar possíveis conflitos e para assegurar a qualidade da interação entre os participantes.

Ainda segundo a percepção dos mesmos, são aspectos facilitadores da intervenção por meio da telessaúde a melhora da capacitação profissional, a melhora da prática clínica, a maior efetividade das ações, a diminuição do custo e da distância, a otimização do tempo, o acesso a especialistas e a maior comodidade.

Por outro lado, são aspectos dificultadores a falta de infraestrutura, a falta de apoio da gestão que não proporciona tempo para dedicação ao programa nos pontos, prejudicando a incorporação do programa no processo de trabalho, a pouca valorização das atividades que podem ser desenvolvidas, o limite de tempo das atividades de tele-educação síncronas e a necessidade de dedicação do aluno para que tenha uma participação ativa no processo ensino-aprendizagem.

Com base na aplicação dos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos nos resultados encontrados, constatou-se que a telessaúde promove igualdade, justiça e equidade, protege e colabora para que não haja discriminação nem estigmatização das pessoas que vivem em locais remotos e, por isso, são vulneráveis, pois há compartilhamento de soluções já alcançadas em centros mais desenvolvidos. Foi verificado, também, que há necessidade de ponderar entre os riscos e os benefícios que poderão haver; considerar a diversidade humana; empoderar os alunos, para que sejam parcela

ativa e responsáveis, também, pelo processo ensino-aprendizagem; empreender ações que minimizem as dificuldades e assim garanta maior adesão e maior efetividade nas atividades do programa, estimulando os profissionais a serem corresponsáveis com a saúde e a qualidade de vida da sociedade; solicitar ao paciente (ou ao seu responsável) autorização para compartilhar dados sobre seu problema com outro profissional, respeitando seu direito de escolher o que considera melhor para si; adotar medidas para evitar o risco da quebra de sigilo na transmissão dos dados. Além disso, é preciso atentar para que novas tecnologias não venham a alterar a vida humana e o ecossistema. A satisfação de todos os princípios irá garantir o respeito a dignidade humana e aos direitos humanos.

Sugere-se aos gestores do Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco que possibilitem a reflexão sobre estes resultados entre todos os participantes e aos gestores de outros núcleos e do programa que também analisem esses resultados, pois podem representar situações semelhantes às encontradas em seu local.

Sugere-se, ainda, aos interessados que desenvolvam pesquisas nos demais núcleos para que se possa ter uma visão mais precisa do desenvolvimento do programa em todo Brasil.

REFERÊNCIAS

- 1) Santos AF, Souza C, Alves HJ, Santos SF, organizadores. Telessaúde – um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG; 2006.
- 2) Lima CMAO, Monteiro AM, Ribeiro EB, Portugal SM, Silva LS, Junior MJ. Videoconferências. Sistematização e experiência em telemedicina. Radiol. Bras. 2007;40(5):341-4.
- 3) Wen CL, Haddad AE. Telemática e Telemedicina em apoio à atenção primária no Brasil: ação nacional é parceria entre Ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia [acesso em 02/02/2010]. Disponível em: <http://www.telessaude.org.br/telessaude/artigo.aspx>
- 4) Barros, KAAL, Cardoso, AMP. Avaliação da usabilidade dos sistemas de teleconsultoria médica usados na atenção primária em Belo Horizonte. Textos de la Cibersociedad. 2008.
- 5) Hjelm NM. Benefits and drawbacks of telemedicine. J Telemed Telecare. 2005;11:60–70.
- 6) Bernardez-Braga GRA. Comparação das medidas com microfone sonda realizadas face a face e via teleconsulta [dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2008.
- 7) Wen CL. Telemedicina e telessaúde – um panorama no Brasil. Inform. públ. 2008;10(2):7-15.
- 8) Ribeiro MNS, Diniz CX, Souza CRS, Lima LS, Behring LP, Castro FF, Ribeiro HS. Tecnologias de Informação e Telecomunicação: por que utilizá-las na saúde? In: 5º Congresso Brasileiro e Internacional de Telemedicina e Telessaúde: Anais do 5º Congresso Brasileiro e Internacional de Telemedicina e Telessaúde; 2011;

Manaus. Manaus: UFAM; 2011. p. 43.

9) Jack C, Mars M. Telemedicine a need for ethical and legal guidelines in South Africa. SA Fam Pract [internet]. 2008 [acesso em 08/06/2014];50(2). Disponível em: http://reference.sabinet.co.za/webx/access/electronic_journals/mp_saftp/mp_saftp_v50_n2_a13.pdf.

10) Campos B. Telepsychology & telehealth counselling conducted in a technology environment. cphJournal. 2009; 5(1): 26-59.

11) Salles AA. Transformações na relação médico-paciente na era da informatização. Rev. bioét. 2010;18(1):49-60.

12) Wen CL. Telemedicina e Telessaúde valorizam a humanização da relação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares [acesso em 29/01/2014]. Disponível em: <http://www.chaowen.med.br/artigos/artigo2.aspx>

13) Rezende EJC, Melo MCB, Tavares EC, Santos, AF, Souza C. Ética e telessaúde: reflexões para uma prática segura. Rev Panam Salud Publica [internet] 2010 [acesso em 19/10/2011];28(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892010000700009>.

14) Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 35 de 4 de janeiro de 2007. Diário Oficial da União 5 de jan de 2007; 4(1): 85.

15) Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 402 de 24 de fevereiro de 2010. Diário Oficial da União 25 de fev de 2010; 37(1): 36.

16) Brasil, Ministério da Saúde. Telessaúde Brasil Redes [Internet]: Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 03/12/2013]. Disponível em <http://www.telessaudebrasil.org.br/>.

17) Figueiredo M, Guedes TAL. Contexto e perspectivas do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. In Ribeiro Filho JL, Messina LA, Lopes PRL. RUTE 100 -

As 100 primeiras unidades de Telemedicina no Brasil e o impacto da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). Rio de Janeiro: E-papers Serviços Editoriais; 2014. p. 39-51.

18) Simões N, Coury W, Ribeiro JL, Araújo G, Caetano D, Veiga A, Messina LA, Lopes P, Meireles L, Rosalem V, Moraes M, Verde TL. A implantação de 100 unidades de telemedicina, novos avanços e perspectivas tecnológicas e a Gestão da Comunidade na Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). In Ribeiro Filho JL, Messina LA, Lopes PRL. RUTE 100 - As 100 primeiras unidades de Telemedicina no Brasil e o impacto da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). Rio de Janeiro: E-papers Serviços Editoriais; 2014. p. 13-25.

19) Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546 de 27 de outubro de 2011 [internet]. 2011 [acesso em 2013 março 9]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html

20) Núcleo de Telessaúde Hospital das Clínicas – UFPE [internet]. Recife (PE): UFPE [acesso em 09/11/2015]. Disponível em: <http://www.nutes.ufpe.br/index.php/institucional>.

21) Rede de Núcleos de Telessaúde de Pernambuco [internet]. Recife (PE): UFPE [acesso em 09/11/2015]. Disponível em: http://www.telessaudebrasil.org.br/agendas/seminac/public/documents/Nucleo_Pernambuco-111904.pdf.

22) Novaes MA. Padrões para e Saúde - A experiência do Núcleo de Telessaúde da UFPE na integração de sistemas para telessaúde [internet]. Recife (PE): UFPE [acesso em 09/11/2015]. Disponível em: http://ciis.fmrp.usp.br/orah/files/iasis2014/Sessao7_eSaude_Magdala.pdf.

23) Oliveira DG. Análise do grau de implantação da telessaúde na estratégia saúde da família em Pernambuco: estudo de casos [dissertação]. [Internet]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2010. 2016 [acesso 31 jan 2016]. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010/oliveira-dg.pdf>.

24) Traverso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. Cad. saúde pública. 2004; 20(1):80-8.

25) Cyrino AP, Nakamoto E, Rollo GLG, Andrade M, Freire P. O projeto "cuidando do cuidador": a experiência de educação permanente em saúde do Centro de Saúde Escola de Botucatu. Trab. educ. saúde. 2004;2(2):367-79.

26) Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev latinoam enferm. 2005;13(1):105-11.

27) Silva ID, Silveira MFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. Ciênc. saúde coletiva. 2011;16(1):1535-46.

28) Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc. saúde coletiva. 2004; 9(1):7-14.

29) Ferreira J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. Saúde Soc. (2005);14(3),111-18

30) Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. Trab. educ. saúde. 2011;9(3): 479-503.

31) Ayres JR. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface: comum. saúde educ. 2004;8(14):73-91.

32) Formozo GA, Oliveira DC, Costa TL, Gomes AMT. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. Rev. enferm. UERJ. 2012; 20(1):124-7.

33) Pinho, MCG. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. Ciênc. Cogn. 2006;8:68-87.

- 34) Neves MCP. A Bioética e sua evolução. *Mundo saúde*. 2000; 24(3):211-22.
- 35) Tavares MS. Aspectos éticos da quebra da relação médico-paciente. *Rev. bioét.* 2008;16(1):125-31.
- 36) Porto D. Tecnologia & Ideologia: os dois lados da moeda que produz vulnerabilidade. *Rev. bras. bioét.* 2006;2(1):63-86.
- 37) Onor ML, Misan S. The clinical interview and the doctor-patient relationship in telemedicine. *Telemed J E Health*. 2005;11(1):102-5.
- 38) Gouveia RSV, Lins ZMB, Lima TJS, Freires LA, Gomes AIASB. Bem-estar afetivo entre profissionais de saúde. *Rev. bioét.* 2009;17(2):267-79.
- 39) Pessini L. *Bioética: um grito por dignidade de viver*. São Paulo: Paulinas; 2009.
- 40) Biller-Andorno N. Bioethics in a globalized world – creating space for flourishing human relationships. *Bioethics*. 2011;5(8):430-6.
- 41) Nunes L. A humanização na saúde: estratégia de marketing? A visão do enfermeiro. *Rev. bras. bioét.* 2006;2(3):313-27.
- 42) Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde Soc.* 2004;13(3):30-35.
- 43) Unesco. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights [internet]. 2005 [acesso em 21/03/2013]. Disponível em:
http://portal.unesco.org/en/ev.php+7URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- 44) Andorno R. Global bioethics at Unesco: in defence of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. *J Med Ethics*. 2007;33(3):150-154.
- 45) Barros CB. Bioética global y derechos humanos: ¿una posible fundamentación

universal para la bioética? problemas y perspectivas. Acta bioeth. 2009;15(1):46-54.

46) Oliveira AAS. Interface entre bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. Rev. bioét. 2007;15(2):170-85.

47) Figueroa G. Bioética de la anorexia nerviosa ¿autonomía, beneficencia o responsabilidad? Rev. Méd. Chile [Internet]. 2008 [acesso em 24/06/2014];136(5):659-65. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000500017&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000500017>.

48) Araújo AA, Brito AA, Novaes M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? Rev. bioét. 2008;16(1):117-24.

49) Etchells E, Sharpe G, Walsh P, Williams JR, Singer PA. Bioethics for clinicians: 1. Consent. Can Med Assoc J. 1996;155(2):177-80.

50) Jorge Filho I. O consentimento esclarecido em cirurgia. Rev. Col. Bras. Cir [Internet]. 2010 [acesso em 29/06/2014];37(6):384-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912010000600001&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912010000600001>.

51) Miziara I D. Ética para clínicos e cirurgiões: consentimento. Rev. Assoc. Med. Bras [Internet]. 2013 [acesso em 29/06/2014];59(4): 312-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000400005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.06.007>.

52) Almeida CMT, Rodrigues Vitor MCP. The representations of human vulnerability held by health workers - development and validation of a scale. Rev. latinoam. enferm. [Internet]. 2013 [acesso em 30/06/2014];21(spe):29-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700005.+7>

- 53) Santos II, Garrafa V. Análise da declaração universal sobre bioética e direitos humanos da Unesco à luz da ética de Paulo freire. *Rev Redbioética/Unesco*. 2011;1(3),130-5.
- 54) Cunha L, Patrício ZM. Confidencialidade e privacidade em planos de saúde. *Rev. bioét.* 2008;16(1):141-54.
- 55) Seoane AF, Fortes PAC. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. *Saude soc.* [Internet]. 2009 [acesso em 01/07/2014];18(1):42-49. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100005&lng=en) &lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100005>.
- 56) Rawls J. *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.
- 57) Villas-Bôas ME. Justiça, igualdade e equidade na alocação de recursos em saúde. *Rev. bras. bioét.* 2010;6(1-4):29-52.
- 58) Garrafa V, Porto D. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(Supl.1):719-29.
- 59) Godoi AMM, Garrafa V. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. *Saude soc.* [Internet]. 2014 [acessado em 08/03/2014];23(1):157-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-2902014000100157&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000100012>.
- 60) Becker H.S. *Outsiders – estudo da Sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar; 2008.
- 61) Lorenzo CFG. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. *Rev. bioét.* 2011;19(2):329-42.
- 62) Unesco. Declaração universal sobre a diversidade cultural [internet]. 2002 [acesso em 08/06/2015]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127160por.pdf>.

63) Selli L, Garrafa V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. Rev. saúde pública. 2005;39(3):473-8.

64) Garrafa V, Soares SP. O princípio da solidariedade e cooperação na perspectiva bioética. Bioethikos. 2013;7(3):247-58.

65) Cruz MR, Oliveira SLT, Portillo JAC. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – contribuições ao Estado brasileiro. Rev. bioét. 2010;18(1):93-107.

66) Garrafa V. Inclusão social no contexto político da Bioética. Rev. bras. bioét. 2005;1(2):122-32.

67) Unesco. Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC) on social responsibility and health [internet]. 2010. [acesso em 28/10/2014]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001878/187899E.pdf>

68) Semplici S. A ética na pesquisa clínica comitês de bioética: uma visão geral pelo mundo. Bioethikos. 2012;6(2):200-4.

69) Brasil. Resolução CNS nº 466/2012 [internet]. 2012 [acesso em 28/10/2014]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

70) Schroeder DR. Benefit sharing: it's time for a definition. J Med Ethics. 2007;33(4):205-9.

71) Santos ACJ, Ferraro VAL. Da vida humana e seus novos paradigmas: a manipulação genética e as implicações na esfera da responsabilidade civil. Scientia Iuris. 2009;10(0):39-57.

72) Varsi Rospigliosi E. La Bioética en las Constituciones del Mundo. Acta Bioeth [Internet]. 2002 [acesso em 17/11/2014]; 8(2):239-53. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2002000200006 & lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2002000200006>.

73) Brasil, Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização (Série B. Textos Básicos de Saúde) Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

74) Oliveira R, Andrade M, Silva JLL. A importância do relacionamento entre o enfermeiro e a população adscrita: implicações para promoção da saúde no PSF. Informe-se em Promoção da Saúde. 2009; 5(2): 16-8, 2009.

75) Sá AL. Ética Profissional. São Paulo: Atlas; 2001.

76) Pfeiffer ML. Ética y derechos humanos – hacia una fundamentación de la bioética. Rev. bras. bioét. 2006; 2(3): 281-98.

77) Garrafa V. Bioética e Ciência – até onde avançar sem agredir. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G. (org.). Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 99-110.

78) Fulgêncio CAA. Bioética de intervenção e a justiça social [dissertação]. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. [Internet]. 2013 [acesso 02 dez 2014]. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15239/1/2013_CristianeAlarcaoFulgencio.pdf.

79) Gonçalves, ER; Ramos, FRS; Garrafa, V. O olhar da Bioética de Intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família (PSF) Rev. bioét. 2010;18 (1):225-39.

80) Guzzo, GB; Souza CSBN. Perspectiva discente sobre a qualidade das aulas a distância no ensino semipresencial. Rev. educ. escrito. 2012 Dez; 3(2):30-41.

81) Santos TD, Pedrosa V, Behlau M. Comparação dos atendimentos fonoaudiológicos virtual e presencial em profissionais do telejornalismo. Rev. Cefac. 2015 Mar-Abr;17(2):385-395

82) Miguel, PAC. Estudo de caso na administração: estruturação e recomendações para sua condução. Produção. 2007 Jan./Abr; 17(1):216-229.

83) Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.

84) Unesco. 2009 - Draft report on social responsibility and health [internet]. 2009 [acessado em 17/03/2016]. Disponível em: http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/Draft-Report-SocialResponsibility_en.pdf

85) d'Empaire G. Article 10: equality, justice and equity. "In": ten Have HAM; Michèle S. Jean MS, editores. The Unesco universal declaration on bioethics and human rights background, principles and application. [Internet]. [acesso em 29/03/2016]; Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization 7; 2009. p. 173-85. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001798/179844e.pdf>.

86) Martínez-Palomo A. Article 14: social responsibility and health. "In": ten Have HAM; Michèle S. Jean MS, editores. The Unesco universal declaration on bioethics and human rights background, principles and application. [Internet]. [acessado em 29/03/2016]; Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization 7; 2009. p. 219-30. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001798/179844e.pdf>.

87) Rocha RS. O princípio da solidariedade: uma abordagem sociológica. [acesso 29/03/2016]. Rev Faculdade Direito Universidade Federal Uberlândia (UFU). 2011;39(1):229-43. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/18391/9848>.

88) China detém 15% da produção brasileira de Nióbio, metal raro e estratégico [internet]. Jornal do Brasil. 2012 jan 01; c. Economia [acesso em 27/03/2016]. Disponível em: <http://www.jb.com.br/economia/noticias/2012/01/20/china-detem-15-da-producao-brasileira-de-niobio-metal-raro-e-estrategico/>

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO, BRASÍLIA - DF
TELEFONE (061) 3107-1947
E-mail: cepfs@unb.br
<http://fs.unb.br/cep/>

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo **“Telessaúde à Luz da Bioética: subsídios na busca pela universalidade de acesso à saúde”**, que será realizado pela pesquisadora **Neyla Arroyo Lara Mourão**, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Bioética pela Universidade de Brasília.

O objetivo desta pesquisa é analisar as práticas desenvolvidas em ações de telessaúde, tendo como base a Bioética.

A sua participação será por meio de resposta a um questionário de forma presencial ou por e-mail, com perguntas destinadas a verificar como se estabeleceu a interação tutor-aluno (profissional em locais remotos) e profissional-profissional, em ações de teleconsultoria ou tele-educação, assim como se houve êxito nos procedimentos (intervenção eficaz e proveito no processo ensino-aprendizagem). O tempo estimado de resposta é de 10 (dez) minutos. Por se tratar de aplicação de questionário, a pesquisa apresenta riscos mínimos, no que se refere à quebra de confidencialidade e possíveis constrangimentos em responder algumas perguntas. No entanto, todos os cuidados possíveis serão tomados para que o sigilo dos dados pessoais seja mantido. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e durante a pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Tanto o questionário quanto uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ficarão em poder da pesquisadora responsável, que usará os dados colhidos apenas neste estudo e serão incinerados após 05 (cinco) anos. Informamos que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, bem como desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração, nem gastos.

A participação neste projeto contribuirá para acrescentar à literatura dados referentes ao tema e trará como benefício a discussão de aspectos da prática em ações de telessaúde, a fim de garantir a qualidade do atendimento utilizando este recurso, que promete minimizar as dificuldades de promoção da equidade em saúde, provocadas pelas grandes distâncias e pelas dificuldades de acesso.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no banco de dissertações e teses da Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor

telefone para a pesquisadora responsável, Neyla Arroyo Lara Mourão, pelo telefone (91) 9984-1744, em qualquer horário, ou entre em contato pelo e-mail n_lara4@yahoo.com.br.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa, após ser devidamente assinado pela pesquisadora e pelo participante da pesquisa. Também constaram em todas as páginas do TCLE as rubricas dos mesmos.

_____, ____ de _____ de _____

Nome / assinatura
Participante da Pesquisa

Neyla Arroyo Lara Mourão
Pesquisadora Responsável

- Baseado no modelo apresentado no *link* do CEP da Faculdade de Ciências da Saúde no *site* da UnB.

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA APLICAÇÃO AOS PROFISSIONAIS
ENVOLVIDOS EM TELECONSULTORIA**

Idade: _____ Sexo: () M () F

Profissão: _____

Nível de formação: () ensino médio () superior () especialização () mestrado
() doutorado

Tempo em que atua em telessaúde: _____ anos _____ meses

1. Qual a abrangência de sua atuação em telessaúde (pode marcar mais de uma alternativa)

() Telediagnóstico () Teleconsultoria () Tele-educação

() Segunda opinião formativa () Outro: _____

2. Cite o que considera vantagens do Programa Telessaúde Brasil Redes no que se refere a ações de teleconsultoria, telediagnóstico, tele-educação ou segunda opinião formativa:

3. Cite o que considera desvantagens do Programa Telessaúde Brasil Redes no que se refere a ações de teleconsultoria, telediagnóstico, tele-educação ou segunda opinião formativa:

4. Qual sua percepção sobre o uso das ferramentas da informação e comunicação no trabalho em telessaúde? Assinale apenas uma alternativa.

() São oferecidas as mesmas condições técnicas/tecnológicas nas duas situações (presencial e à distância).

() As condições técnicas/tecnológicas oferecidas presencialmente são melhores.

() As condições técnicas/tecnológicas oferecidas à distância são melhores,

Por favor, justifique a sua resposta.

5. Como se sente na interação/comunicação com o outro profissional, de modo geral, quando presta/recebe consultoria por meio da telessaúde? (pode marcar mais de uma alternativa).

() Da mesma forma que quando a interação/comunicação é presencial.

() Mais à vontade por não estar face a face, já que a ação é à distância.

() Não se sente à vontade por não estar face a face no atendimento em telessaúde.

() Não se sente bem recebido pelo outro profissional por ter contato por meio de uma máquina.

() Sente-se bem recebido pelo outro profissional por poder trocar experiências.

() Sente-se constrangido por não conhecer o outro profissional.

() Sente-se à vontade por estar em interação/comunicação com outro profissional.

() Sente dificuldades e prejuízos na atuação porque não conhece os costumes locais.

() Sente que o fato de não conhecer os costumes locais não interfere negativamente nas suas orientações.

() Sente-se satisfeito por poder fornecer/solicitar orientações a outro profissional.

() Sente-se constrangido por fornecer/solicitar orientações a outro profissional.

() Sente dificuldade pelo outro não captar o que você quer transmitir.

() Sente facilidade pelo outro captar o que você quer transmitir.

() Outro. Qual? _____

6. Com relação à obtenção de dados e informações para a atuação em teleconsultoria (assinale apenas uma alternativa):

() Considera que os dados obtidos presencialmente são mais completos que à distância.

() Considera obter todos os dados necessários tanto à distância quanto presencialmente.

() Considera que consegue captar dados mais completos à distância do que presencialmente.

7. Considerando, de modo geral, as ações realizadas a distância por você, você afirmaria que:

() Todos os casos foram resolvidos

() A maioria foi resolvida

- () Uma minoria foi resolvida
- () Nenhum caso foi resolvido
- () Não sabe dizer

8. Você gostaria de fazer algum comentário sobre telessaúde, em especial teleconsultoria, sobre aspecto não abordado neste questionário?

Obrigada pela sua participação nesse estudo!

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA APLICAÇÃO AOS ENVOLVIDOS EM TELE-EDUCAÇÃO

Idade: _____ Sexo: () M () F

Profissão: _____

Nível de formação: () médio () superior () especialização () mestrado
() doutorado

Tempo em que ministra cursos por Telessaúde: _____ anos _____ meses

1. Cite o que considera vantagens em ser tutor/aluno ou participar de ações de capacitação por meio da telessaúde:

2. Cite o que considera desvantagens em ser tutor/aluno ou participar de ações de capacitação por meio da telessaúde:

3 Comparando ações de capacitação realizadas presencialmente e aquelas realizadas à distância, você afirmaria que (assinale apenas uma alternativa):

- () São oferecidas as mesmas condições para ensino/aprendizagem nas duas situações.
- () As condições de ensino/aprendizagem oferecidas presencialmente são melhores.
- () As condições de ensino/aprendizagem oferecidas à distância são melhores.

Por favor, justifique sua resposta:

4. Como se sente em relação aos alunos/tutores? (pode marcar mais de uma alternativa)

- () Da mesma forma nas duas situações (presencial e à distância).
- () Mais à vontade por não estar face a face no ensino à distância.
- () Não se sente à vontade por não estar face a face no ensino à distância.
- () Mais à vontade por estar face a face no ensino presencial.

- () Não se sente à vontade por estar face a face no ensino presencial.
 - () Sente dificuldade em acolher o aluno à distância por ter contato por meio de uma tela.
 - () Sente-se satisfeito por fornecer instruções de sua especialidade.
 - () Sente constrangimento por não conhecer o aluno que está a distância.
 - () Sente-se à vontade mesmo não conhecendo o aluno que está a distância.
 - () Sente dificuldade de entender os comentários e as dúvidas do aluno à distância.
 - () Sente dificuldade porque não conhece sua realidade local.
 - () Sente que o fato de não conhecer os costumes locais não interfere nas suas ações de capacitação.
 - () Outro. Qual? _____
-

5. Considerando, de modo geral, o resultado do ensino à distância, você afirmaria que proporciona:

- () um bom processo ensino-aprendizagem
- () um processo ensino-aprendizagem regular
- () um processo ensino-aprendizagem precário
- () Não sabe dizer.

6 Você gostaria de fazer algum comentário sobre telessaúde, em especial tele-educação, sobre aspecto não abordado neste questionário?

Obrigada pela sua participação nesse estudo!

ANEXO



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



50

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELACIONAMENTO PROFISSIONAL EM TELESSAÚDE COM BASE NA BIOÉTICA: subsídio na busca pela universalidade de acesso à saúde.

Pesquisador: NEYLA ARROYO LARA MOURÃO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18290213.5.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 421.082

Data da Relatoria: 26/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de tese de doutorado intitulado "Relacionamento Profissional em Telessaúde com Base na Bioética: subsídio na busca pela universalidade de acesso à saúde", sob responsabilidade da pesquisadora Neyla Arroyo Lara Mourão.

Objetivo da Pesquisa:

A presente pesquisa possui como objetivo geral a análise de como se processa o relacionamento profissional em Telessaúde, tendo como base a Bioética; e como objetivos específicos: conhecer a realidade do funcionamento da Telessaúde no Brasil, verificar como se estabelece o contato entre o profissional que intervém à distância e o paciente, verificar como se processa o relacionamento entre os profissionais que intervém à distância e identificar os facilitadores e os entraves que influenciam a intervenção realizada por meio da Telessaúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora relata que por se tratar de aplicação de questionário, a pesquisa apresenta riscos mínimos, no que se refere à quebra de confidencialidade e possíveis constrangimentos em responder algumas perguntas. No entanto todos os cuidados possíveis serão tomados para que o sigilo dos dados pessoais seja mantido, assim como os participantes da pesquisa serão orientados a não obrigatoriedade em responder a todas as perguntas. Os questionários serão identificados

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



51

Continuação do Parecer: 421.082

apenas com as letras iniciais do nome, não havendo identificação das pessoas que participarão deste estudo. que se entabula na intervenção por meio da Telessaúde, a fim de garantir a qualidade do atendimento utilizando este recurso. E lista ainda como possíveis benefícios a discussão do relacionamento profissional que se entabula na intervenção por meio da Telessaúde, a fim de garantir a qualidade do atendimento utilizando este recurso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia constará de aplicação de questionário aos envolvidos na gestão e aqueles que participaram do planejamento de implantação do programa para identificar possíveis dificuldades e facilidades que surgiram ou que existem neste âmbito e a alunos, pacientes e profissionais oriundos de atendimento ou capacitação realizados por meio da Telessaúde para verificar como se entabulou o relacionamento professor-aluno, profissional-paciente e profissional, assim como se houve êxito nos procedimentos. Propõe-se um estudo de abordagem quanti-qualitativa, autorizado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde que será iniciado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aceite dos sujeitos em participar da pesquisa.

Critério de Inclusão: Serão incluídos os gestores, os professores, os alunos, os profissionais e os pacientes que participam do Programa Telessaúde Brasil Redes.

Critério de Exclusão: Serão excluídos os gestores, os pacientes, alunos e profissionais que não tenham participado de atendimento ou capacitação por meio da Telessaúde.

Número de participantes da pesquisa: 260.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatório restaram devidamente apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências anteriormente identificadas restaram devidamente sanadas, assim como o projeto apresentado amolda-se aos termos dispostos na Resolução CNS 466/2012. Nesse contexto, opina-se pela sua aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



52

Continuação do Parecer: 421.082

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 10 de Outubro de 2013

Assinador por:
Natan Monsores de Sá
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br