



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

Camila Campello

**PERFIL DE UTILIZAÇÃO DO CANAL 0800 DO TELESSAÚDERS POR MÉDICOS
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre

2016

Camila Campello

**PERFIL DE UTILIZAÇÃO DO CANAL 0800 DO TELESSAÚDERS POR MÉDICOS
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Carlos André Aita Schmitz

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Campello, Camila
Perfil de Utilização do Canal 0800 do TelessaúdeRS
por Médicos de Atenção Primária à Saúde do Rio Grande
do Sul / Camila Campello. -- 2016.
23 f.

Orientador: Carlos André Aita Schmitz.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Enfermagem, Curso de Saúde Coletiva, Porto Alegre,
BR-RS, 2016.

1. TelessaúdeRS. 2. Canal 0800. 3. Atenção
Primária. 4. Teleconsultoria. 5. Serviços de
Telessaúde. I. Aita Schmitz, Carlos André, orient.
II. Título.

DEDICATÓRIA

Mãe, sem ti nada disso seria possível. Obrigada pelo apoio, carinho, compreensão, por sempre acreditar que tudo seria possível e, apesar das adversidades, nunca ter desistido de mim.

Essa vitória não é só minha, é nossa!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao mundo, por constantemente mudar as coisas e os seres, por nunca fazê-las serem da mesma forma, nos dando a oportunidade da descoberta diária e a possibilidade de mudarmos de ideia a todo instante.

Ao Curso de Saúde Coletiva da UFRGS, e às pessoas com quem convivi nesses espaços ao longo desses anos. As experiências de uma produção compartilhada com amigos e colegas nesses espaços foram a melhor experiência da minha formação acadêmica. Ao João Vinícius e Paulo Cezar, grandes amigos que a jornada acadêmica me proporcionou, por todos os momentos de apoio, de repreensão e de incentivo (que não foram poucos ao longo dos anos).

À professora Luciana Barcellos pelo apoio excepcional na reta final do curso, mesmo quando eu a “enlouquecia” com repetidas mensagens ao longo dos dias. Ao professor Ricardo Ceccim, pelas monitorias, ensinamentos e por sempre me dar motivos para acreditar que meu potencial é muito maior do que aquele que eu enxergo. Da mesma forma, agradeço a todos os professores do curso por nos mostrarem uma nova visão do mundo e por nos plantarem a semente de que os esforços coletivos realizam pequenas mudanças – às vezes imperceptíveis em um primeiro momento – mas que em longo prazo provocam grandes mudanças na vida das pessoas e na forma como elas enxergam e trabalham na saúde.

A todos os amigos que torceram por mim nessa jornada e que compreenderam minhas ausências, irritabilidades e excesso de loucura, por vezes. Karine, obrigada por sempre me mostrar o lado bom das coisas, pessoas e que a vida é muito maior do que nossos olhos conseguem enxergar.

À família TelessaúdeRS por todo o tempo em que estive como colaboradora deste projeto maravilhoso que tanto contribui para a resolutividade dos problemas da Atenção Básica no país. Ao Lucas Matturro, por ter sido um verdadeiro gestor no período em que trabalhamos juntos e por ter sempre acreditado no meu potencial e na minha personalidade, como pessoa e como colaboradora da instituição. À toda equipe do Canal 0800 pelo tempo em que trabalhamos juntos, crescendo constantemente e adquirindo conhecimentos aplicáveis à jornada profissional e pessoal. Elise, Laura, Ellen, Taiane, Lígia e Elisa: obrigada pelas conversas diárias, por me acalmarem e me mostrarem que, mesmo que a gente não tenha a melhor

relação com o mundo, ele sempre pode nos surpreender positivamente. Dimitris, obrigada por ser essa pessoa tão abençoada e querida que és.

Agradeço imensamente ao Carlos Aita (colega de Telessaúde e professor da Saúde Coletiva) por ter embarcado nesta loucura de orientação tardia do meu Trabalho de Conclusão de Curso, por ter me orientado de uma forma tão tranquila e por ter feito com que eu conseguisse produzir este trabalho utilizando um serviço no qual acredito e quero que muitas pessoas o conheçam para perceber as maravilhas que ele produz na vida das pessoas, assim como eu percebi. Aita, obrigada também pelos ensinamentos em Word e Excel: vou utilizar estes 'truquezinhos' para impressionar as pessoas assim como fizeste comigo. À Lisiane Hauser e toda sua equipe estatística que produziu (em tempo recorde) as análises de frequências, médias e demais dados matemáticos utilizados neste trabalho.

Aos demais colegas do TelessaúdeRS pela jornada conjunta de trabalho, momentos de descontração e construção de saberes diário com as adversidades que o trabalho nos apresentava. Shayanne, obrigada pela indicação para este projeto e por toda a amizade desde então.

Para finalizar, agradeço novamente e principalmente à minha mãe: Mãe te amo! Todos os momentos de sucesso que tive e terei, com certeza terão tua participação.

Que venham novos desafios com a formatura e com essa nova etapa da vida!

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil das Teleconsultorias solicitadas por médicos da APS do Rio Grande do Sul, no período de janeiro/2014 a dezembro/2015. TelessaúdeRS/UFRGS, Porto Alegre, 2016.....	18
Tabela 2 – Média de teleconsultorias por médico, número de médicos solicitantes e número de teleconsultorias realizadas por macrorregião de saúde do Rio Grande do Sul no período de janeiro/2014 a dezembro/2015. TelessaúdeRS/UFRGS, Porto Alegre, 2016.....	19
Tabela 3 – Número de teleconsultorias categorizadas Classificação Internacional de Atenção Primária – versão 2 no período de janeiro/2014 a dezembro/2015. TelessaúdeRS/UFRGS, Porto Alegre, 2016.....	19
Tabela 4 – Número de teleconsultorias categorizadas Classificação Internacional Doenças – versão 10 no período de janeiro/2014 a dezembro/2015. TelessaúdeRS/UFRGS, Porto Alegre, 2016.....	20

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SUS – Sistema Único de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

MS – Ministério da Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PMM – Programa Mais Médicos

PROVAB – Programa de Avaliação da Atenção Básica

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

EPS – Educação Permanente em Saúde

RS – Rio Grande do Sul

CIAP – Classificação Internacional de Atenção Primária

CID – Classificação Internacional de Doenças

TIC – Tecnologia da Informação e Comunicação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE	10
2.3. PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM)	12
2.4. PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA (PROVAB).....	13
3 TELESSAÚDERS.....	14
4 OBJETIVO.....	16
5 METODOLOGIA.....	16
6 RESULTADOS	17
7 DISCUSSÃO	20
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
9 REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Ao se pensar em Sistema Único de Saúde (SUS), nos vem a ideia de que o acesso universal e equânime aos serviços de saúde é relativamente novo, pois há apenas 28 anos a promulgação pela Constituição Federal tornou público e gratuito o acesso à saúde para todo cidadão brasileiro. Sem dúvida, temos a Constituição de 1988 e o processo da Reforma Sanitária como marco histórico da mudança na saúde brasileira, quando tornou sua gestão descentralizada – deixando de ser exclusiva do Poder Executivo Federal e passou a ser administrada por Estados e municípios. (Ministério da Saúde, 2009).

No período compreendido entre 1988 e 2001, o Ministério da Saúde empreendeu grandes esforços para a consolidação do SUS, organizando as redes assistenciais, ampliando o acesso da população aos diferentes serviços de saúde e ampliando a qualidade e a resolutividade da assistência prestada. Para tanto, o ministério adotou duas linhas de ação estratégicas e fundamentais: a ampliação da atenção básica e a regionalização e organização da assistência à saúde (Brasil, 2004).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia para organizar os Sistemas de Saúde, de maneira a possibilitar o acesso universal aos serviços e a atenção integral e integrada ao longo do tempo (Starfield, 2002; OPAS, 2007). De acordo com Castro et. al. (2012), o número de estudos evidenciando o impacto positivo da APS sobre os sistemas de saúde aumentou muito a partir da década de 1990, embora haja heterogeneidade na qualidade dos serviços prestados.

Em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi instituída no Brasil, objetivando a reorganização do modelo de assistência à saúde a partir da atenção primária, em conformidade com os princípios do SUS. Além disso, o Ministério da Saúde afirma que a ESF deve: prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais. (Silva, 2013).

Em 2007 o Ministério da Saúde lançou o Programa Telessaúde Brasil Redes como estratégia para auxiliar os profissionais atuantes na APS no que tange a qualificação do trabalho realizado junto aos usuários e como forma de educação permanente para os profissionais dentro de suas equipes. O Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul – TelessaúdeRS/UFRGS, com base no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, iniciou suas atividades no Programa Telessaúde Brasil Redes em 2007 e em 2011 passou a receber apoio da Secretaria Estadual de Saúde. Além de fornecer suporte assistencial para médicos da APS via Internet, em 2013 o TelessaúdeRS/UFRGS, como forma de ampliação do acesso, iniciou atividades via telefonia fixa e móvel, por meio do Canal 0800. A partir de abril de 2014, isso foi estendido para todos os médicos da APS brasileira – com a inclusão dos profissionais de enfermagem do RS em agosto de 2014 e do Brasil em janeiro de 2016.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Educação Permanente

Conforme aponta Ceccim (2005), após a consolidação do SUS como política pública, o significado do trabalho em saúde começou a exigir outras práticas e modos de pensar a saúde. Conforme Ceccim (2005, p, 168):

O trabalho não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia, profilaxia das doenças e agravos; deve, também, buscar o desenvolvimento de condições e atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, o desenvolvimento da gestão setorial e o desenvolvimento do controle social em saúde.

O SUS tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva. Tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender

sem que, entretanto, se tenha formulado uma forte potência aos modos de fazer formação. No máximo se interpuseram fatores críticos, ao se revelar a necessidade de reformar os profissionais para atuar no SUS. As demandas para educação em serviço não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização, e considerando ainda a necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e solidariedade intersetorial. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho — em cada serviço de saúde — que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas. A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

De acordo com Peduzzi et al. (2009), a Educação Permanente em Saúde está fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, centrada: no exercício cotidiano do processo de trabalho, na valorização do trabalho como fonte de conhecimento, na valorização da articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social, e no reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores; voltada à multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade, com estratégias de ensino contextualizadas e participativas, e orientada para a transformação das práticas. Os trabalhadores da saúde - componente indispensável para se alcançarem os objetivos dos serviços e a finalidade dos processos de trabalho - precisam buscar e acessar constantes espaços de reflexão sobre a prática, a atualização técnico-científica e o diálogo com usuários/população e demais trabalhadores que integram os serviços.

Os diversos núcleos de Telessaúde espalhados pelo Brasil – aprofundaremos mais o núcleo de Telessaúde gaúcho, a seguir – atuam como educadores para o trabalho, auxiliando que os trabalhadores possam reconfigurar seus processos de trabalho, adequando-se às necessidades de saúde dos usuários e da população local, fortalecendo assim a atenção primária como principal acesso dos usuários e como porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

2.2. Programa Mais Médicos (PMM)

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em julho de 2013 pelo Governo Federal, após estudos apontarem que o Brasil tinha uma proporção de médicos por habitante significativamente inferior à necessidade da população e do SUS. Com o intuito de melhorar o atendimento aos usuários das periferias dos grandes centros e regiões mais isoladas (em muitos municípios, não havia sequer um médico), o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação, e residência médica para qualificar a formação desses profissionais. Assim, o programa busca resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também cria condições para continuar a garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam cotidianamente o SUS. Além de estender o acesso, o programa provoca melhorias na qualidade e humaniza o atendimento, com médicos que criam vínculos com seus pacientes e com a comunidade (Ministério da Saúde, 2015).

De 2013 até hoje, o PMM conseguiu implantar e colocar em desenvolvimento os seus três eixos pilares: a estratégia de contratação emergencial de médicos, a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do país, e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica, além de ações voltadas à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde. O Programa conta com 18.240 médicos atuando em 4.058 municípios – 72,8% das cidades brasileiras – e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Com isso, atualmente, mais 63 milhões de brasileiros estão sendo beneficiados nas localidades que mais precisam de atendimento médico. São estes os motivos que fazem com que o PMM, dentro da Nova Política da Atenção Básica, tenha contribuído para o aumento significativo no acesso à Atenção Básica, sendo extremamente resolutivo e garantindo a qualidade do serviço tanto para o primeiro acesso como para os encaminhamentos a níveis secundários e terciários – tanto públicos quanto privados (Ministério da Saúde, 2015).

Mesmo com o aumento do atendimento médico à população brasileira, houve muita resistência de alguns setores da sociedade, em especial a corporação médica. Alegações como “o programa não oferece convalidação para que os profissionais possam criar raízes no país”, “irá continuar faltando médicos de carreira no sistema” e “o incentivo ao trabalho dos MM não resolve a falta de recursos nas unidades de atendimento do SUS” foram algumas das justificativas do Conselho Federal de Medicina para ir contra o programa implantado pelo Governo Federal. (SIDNEI FERREIRA, 2015)

2.3. Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)

Por iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, foi criado o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica – PROVAB, com o objetivo fundamental de ampliar o acesso à Saúde à população carente, incentivando profissionais da saúde recém-formados a trabalhar em regiões marcadas pela escassez de médicos. Assim, o PROVAB surgiu como uma forma de ampliar e melhorar a qualidade do atendimento médico, disponibilizando profissionais de saúde para localidades do país marcadas pela pobreza, tais como periferias das grandes metrópoles, populações ribeirinhas, quilombolas, indígenas, além de áreas remotas da Amazônia legal e do semiárido nordestino (Ministério da Saúde, 2014).

O profissional recém-formado que se disponibilizar a trabalhar no PROVAB tem por obrigação cumprir 32 horas semanais de prática nas unidades de saúde e 8 horas de atividades acadêmicas no curso de especialização da Atenção Básica (desenvolvido pela Universidade Aberta do SUS). Para isso, o profissional recebe uma bolsa mensal do Governo Federal, além de acrescer pontuação adicional às provas de residência médica se aprovados nas avaliações realizadas durante o período participante. Sendo assim, o PROVAB se constitui como um dos maiores programas de interiorização de médicos (juntamente com o PMM), visando estimular e capacitar o profissional recém-formado a trabalhar em equipes atuantes em áreas mais remotas – e, em sua maioria, mais necessitadas de profissionais (Ministério da Saúde, 2014).

Pode-se considerar como um fator contra o PROVAB o fato de exatamente o Programa se utilizar de recém-formados para atuar na AB: A maioria destes fica por apenas um ano ou dois, somente para obter a pontuação necessária para outras residências. Repetindo o que nos traz Starfield (2002), a APS é uma estratégia para organizar os Sistemas de Saúde, de maneira a possibilitar o acesso universal aos serviços e a atenção integral e integrada ao longo do tempo, ou seja, muitos conselhos foram contra o PROVAB por achar que ele fere gravemente o princípio da longitudinalidade: como ter atendimento contínuo e estabelecer vínculos com os médicos das unidades, se eles ficarão por pouco tempo? Foi veemente alegado que o programa ia contra os profissionais que estariam realmente interessados na residência em Atenção Primária (MÁRCIO AMARAL, 2015).

3. TELESSAÚDERS

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, por seu estabelecimento de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

Desde 2007, o Programa Telessaúde Brasil Redes está em expansão com suas atividades voltadas, principalmente, ao suporte assistencial da APS e com foco na qualificação permanente dos profissionais de saúde. Esse Programa usa Tecnologias da Informação e Comunicação, de forma a auxiliar os profissionais através de teleconsultorias feitas por telefone, vídeo e via Plataforma de Telessaúde. (Schmitz e Harzheim, 2012).

O TelessaúdeRS, mais especificamente, conta com serviços de TeleConsultoria (Canal 0800, RegulaSUS e Plataforma de Telessaúde), TeleDiagnóstico (RespiraNET e EstomatoNET), desenvolvimento de aplicativos de apoio à decisão para dispositivos móveis, Teleducação (disponibiliza cursos

frequentes de capacitação para os profissionais da AB) e apoio à informatização e implantação de novos núcleos em diversas localidades do Brasil. Falando-se mais especificamente sobre o Canal 0800, podemos classifica-la como a principal ferramenta de auxílio aos médicos: mesmo nas regiões mais distantes e que não contam com bibliotecas adequadas e nem sinal de internet. O profissional pode entrar em contato através do telefone fixo ou celular (de forma totalmente gratuita), realizando assim uma consulta registrada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho – neste caso, sendo uma teleconsulta síncrona (Ministério da Saúde, 2014).

A equipe do Canal 0800 atende profissionais médicos da APS (integrantes de programas como PMM, PROVAB, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ), enfermeiros e profissionais do programa Melhor em Casa de todo o Brasil, através de uma equipe que conta com 19 médicos de família e comunidade (MFC), três enfermeiras e 25 especialistas focais – que auxiliam os MFC e enfermeiros na resolução da dúvida do solicitante. O solicitante pode enviar, via Internet, resultados de exames e demais imagens complementares que julgar pertinente à discussão do caso. Se necessário, são enviados pelos teleconsultores materiais complementares que irão qualificar ainda mais a discussão feita via telefone e que servirão como base de estudo para melhor resolução do problema apresentado pelo profissional. A auditoria das teleconsultorias é realizada por um MFC em uma amostra aleatória de 5% das chamadas telefônicas, visto que todas são gravadas, além de ser disparada por eventos sentinela relacionados à avaliação pelo solicitante e ao tempo de realização (Schmitz e Harzheim., no prelo).

Independente do nível de atenção à saúde em que se encontra o médico solicitante, o suporte assistencial deve ser adequado ao contexto demográfico e epidemiológico da população atendida. Sendo assim, os teleconsultores MFC, além de proteger o paciente de ser atendido pelo especialista errado, também protegem o especialista de atender o paciente errado. No caso da APS, o teleconsultor MFC é especialmente importante para evitar que teleconsultores especialistas focais forneçam suporte assistencial para médicos da APS em casos pouco diferenciados

e não filtrados, evitando sobrediagnóstico e sobretratamento (Jamouille e Roland, 2005).

Nesse sentido, o presente trabalho busca gerar subsídios para um melhor entendimento do uso do Canal 0800.

4 OBJETIVO

Descrever a utilização do Canal 0800 de teleconsultorias do TelessaúdeRS por médicos do Rio Grande do Sul.

5 METODOLOGIA

Delineamento: estudo descritivo. Para a análise estatística descritiva foi levantada uma série histórica de 24 meses (janeiro de 2014 a dezembro de 2015) do uso por médicos do RS, das ações de teleconsulta síncronas via telefone (Canal 0800). O perfil de uso foi avaliado em relação ao turno da chamada, à participação do médico solicitante em programas do Ministério da Saúde e localização do mesmo por macrorregião de saúde. Além disso foram averiguados os percentuais de satisfação, adequação do tempo de discussão e de evitação de encaminhamento para outros níveis assistenciais, bem como assuntos de discussão, classificados pela Classificação Internacional de Atenção Primária – CIAP, versão 2 e pela Classificação Internacional de Doenças – CID, versão 10.

6 RESULTADOS

Cerca de um terço, 34,5% (n=420) dos médicos solicitaram apenas uma teleconsultoria no período, sendo responsáveis por 4,0% do total de solicitações. Na mesma linha, 26,7% (n=326) dos médicos realizaram de duas a três solicitações, perfazendo 7,4% das solicitações (n=770). Em contrapartida, 38,8% (n=473) dos solicitantes pediram quatro ou mais teleconsultorias, totalizando 88,6% das solicitações (n=9.225).

A Tabela 1 mostra que houve pouca diferença no turno em que são realizadas as discussões. A maioria (58,4%) dos médicos solicitantes não está ligada a nenhum programa governamental, embora 41,5% se enquadrem nessa situação. Mais de um terço das chamadas foram avaliadas. O nível de satisfação geral foi alto com 99,2% dos solicitantes declarando-se entre satisfeitos e muito satisfeitos com 95% das suas dúvidas esclarecidas e satisfeitos com a duração do atendimento (média de nove minutos por discussão). Em 59,4% das 3.261 discussões em que o solicitante referiu intenção de encaminhar o paciente para outros níveis assistenciais, houve evitação desse encaminhamento em 61,9% das discussões avaliadas.

A Tabela 2 traz os dados de acordo com as macrorregiões de saúde do RS, mostrando que as macrorregiões Metropolitana (9,8), Serra (9,4) e Vales (8,4) obtiveram a maior média de teleconsultorias por profissional. Porém, a distribuição dos dados não permitiu verificar a significância dessas diferenças.

A Tabela 3 mostra que ocorreram solicitações distribuídas em todos os 17 capítulos da CIAP. As doenças epiteliais (14,2%), dos sistemas endócrino, metabólico e nutricional (14,2%) e doenças de causas gerais e inespecíficas (9,5%), computaram o maior número de solicitações. Da mesma forma, a Tabela 4 mostra que também todos os 22 capítulos constantes na CID foram discutidos nas teleconsultorias, ganhando destaque os assuntos dos capítulos 04 – doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (13,7%), 18 – sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados (10,1%) e capítulo 01 – algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,1%).

Tabela 1 – Perfil das Teleconsultorias solicitadas por médicos da APS do Rio Grande do Sul, no período de janeiro/2014 a dezembro/2015. TelessaúdeRS/UFRGS, Porto Alegre, 2016.

Característica	n	%
Turno		
Manhã	5.023	48,3
Tarde	5.377	51,7
Total	10.400	
Programas		
Não se aplica	6.086	58,4
Mais Médicos	2.619	25,1
PROVAB	1.700	16,3
Melhor em Casa	10	0,1
Total	10.415	
Satisfação Geral		
Muito Satisfeito	3.520	93,6
Satisfeito	210	5,6
Indiferente	11	0,3
Insatisfeito	9	0,2
Muito Insatisfeito	10	0,3
Total	3.760	
Dúvida respondida		
Sim	3.385	95,3
Parcialmente	149	4,2
Não	17	0,5
Total	3.551	
Duração da Teleconsultoria		
Adequada	3.173	95,1
Parcialmente Adequada	154	4,6
Inadequada	11	0,3
Total	3.338	
Intenção de Encaminhar		
Não	1.325	40,6
Sim	1.936	59,4
Total	3.261	
Evitação do Encaminhamento		
Não	704	38,1
Sim	1.145	61,9
Total	1.849	

Tabela 2 – Média de teleconsultorias por médico, número de médicos solicitantes e número de teleconsultorias realizadas por macrorregião de saúde do Rio Grande do Sul no período de janeiro/2014 a dezembro/2015. TelessaúdeRS/UFRGS, Porto Alegre, 2016.

Macrorregião de saúde do município da unidade de saúde do solicitante	n teleconsultorias	n médicos	média teleconsultorias / médico
METROPOLITANA	6.629	679	9,8
SERRA	973	104	9,4
VALES	1.032	123	8,4
CENTRO-OESTE SUL	386	68	5,7
MISSIONEIRA	451	80	5,6
NORTE	421	78	5,4
Total	10.415	1.243	8,4

Tabela 3 – Número de teleconsultorias categorizadas Classificação Internacional de Atenção Primária – versão 2 no período de janeiro/2014 a dezembro/2015. TelessaúdeRS/UFRGS, Porto Alegre, 2016.

Capítulo CIAP	n	%
Pele	1.379	14,2%
Endócrino, metabólico e nutricional	1.374	14,2%
Geral e inespecífico	924	9,5%
Aparelho circulatório	806	8,3%
Aparelho digestivo	739	7,6%
Aparelho urinário	626	6,4%
Gravidez e planejamento familiar	625	6,4%
Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos	562	5,8%
Aparelho respiratório	554	5,7%
Sistema musculo-esquelético	502	5,2%
Aparelho genital feminino (incluindo mam.	447	4,6%
Psicológico	377	3,9%
Sistema nervoso	339	3,5%
Aparelho genital masculino	289	3,0%
Olhos	85	0,9%
Ouvidos	53	0,5%
Problemas sociais	28	0,3%
Total	9.709	100,0%

Tabela 4 – Número de teleconsultorias categorizadas Classificação Internacional Doenças – versão 10 no período de janeiro/2014 a dezembro/2015. TelessaúdeRS/UFRGS, Porto Alegre, 2016.

Capítulo CID	n	%
04 - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1.234	13,7%
18 - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em	914	10,1%
01 - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	912	10,1%
12 - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	888	9,8%
14 - Doenças do aparelho geniturinário	796	8,8%
21 - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	699	7,7%
09 - Doenças do aparelho circulatório	623	6,9%
02 - Neoplasias [tumores]	493	5,5%
13 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	390	4,3%
10 - Doenças do aparelho respiratório	307	3,4%
05 - Transtornos mentais e comportamentais	306	3,4%
11 - Doenças do aparelho digestivo	279	3,1%
15 - Gravidez, parto e puerpério	247	2,7%
06 - Doenças do sistema nervoso	234	2,6%
03 - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	204	2,3%
19 - Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	184	2,0%
20 - Causas externas de morbidade e de mortalidade	87	1,0%
17 - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	74	0,8%
07 - Doenças do olho e anexos	58	0,6%
08 - Doenças do ouvido e da apófise mastóide	56	0,6%
16 - Algumas afecções originadas no período perinatal	49	0,5%
22 - Códigos para propósitos especiais	1	0,0%
Total	9.035	100,0%

7 DISCUSSÃO

Os níveis de satisfação com o serviço e evitação de encaminhamentos são compatíveis com a literatura (Umpierre, 2009; Castro Filho, 2011; Andrade et al., 2011, Schmitz e Harzheim, no prelo). A pouca diferença de solicitações entre os turnos de trabalho e a satisfação quanto ao tempo das chamadas permite dizer que não há necessidade de alterações no fluxo de trabalho. Porém, adequações talvez sejam necessários para reduzir o tempo médio de ligação no caso de aumento de demanda ao serviço, posto que, como demonstram a Tabela 3 e a **Erro! Fonte de referência não encontrada.** e em consonância com Schmitz e Harzheim (no prelo) o grupo de teleconsultores está capacitado para cobrir uma ampla gama de assuntos em saúde.

Houve um total de 1.243 solicitantes num estado que possuía, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2.704 Unidades Básicas de

Saúde em 2014 e 2.574 em 2015, mostrando que menos de 50% do público exposto ao serviço realizou ao menos uma solicitação em 24 meses. A baixa utilização de serviços de telessaúde é um achado que se repete na literatura nacional e internacional, apontando para menos de uma solicitação mensal por unidade de saúde (Mars e Scott, 2009; Alkmim, 2010, Schmitz e Harzheim, no prelo). Porém, o percentual considerável de solicitantes que realizaram quatro ou mais solicitações no período, indica a necessidade de estudo do perfil desses solicitantes, de forma a levantar critérios que possam promover o uso de um serviço que é efetivo, mas pouco utilizado. Da mesma forma, estudos mais detalhados sobre diferenças regionais são necessários, posto que as variáveis utilizadas no presente estudo não foram capazes de discriminar diferenças no volume de solicitações.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do Canal 0800 melhora os processos de trabalho nas UBS, é rápida, resolutiva e ocupa pouco tempo do solicitante para entrar em contato com o serviço. É preciso investir em formas de aumentar a percepção de utilidade e de efetividade das ferramentas de telessaúde tanto para profissionais de saúde quanto para gestores.

9 REFERÊNCIAS

Alkmim MBM. Fatores Associados à Utilização de Sistema de Teleconsultoria na Atenção Primária de Municípios Remotos de Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

Andrade MV, Maia AC, Cardoso CS, Alkmim MB, Ribeiro ALP. Custo-benefício do serviço de telecardiologia no Estado de Minas Gerais: projeto Minas Telecardio. Arq. Bras. Cardiol. 2011 Oct; 97(4):307-316.

BRASIL. Governo Federal. Ministério da Saúde. **MAIS MÉDICOS: Conheça o Programa**. 2016. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/CONHECA-PROGRAMA>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 123 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde. MS/SE/DAD/Coordenação-Geral de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde/Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do SUS. Oficina sobre Avaliação de Desempenho do SUS. Relatório Final. Brasília, agosto de 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS democratiza o acesso do cidadão aos serviços de saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/sus-democratiza-o-acesso-do-cidadao-aos-servicos-de-saude>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

Castro Filho E. Telessaúde no apoio a médicos de atenção primária [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 28, n. 9, p.1772-1784, set. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000900015>.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Brasil, v. 9, n. 16, p.161-177, fev. 2005. Semestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.41-65, jun. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312004000100004>.

MÁRCIO AMARAL (Rio de Janeiro). Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **PROVAB: TENTANDO "DECAPITAR" O MÉDICO E A MEDICINA**. 2015. Disponível em: <<http://www.ipub.ufrj.br/portal/ensino-e-pesquisa/ensino/residencia-medica/blog/item/379-provab-tentando-decapitar-o-medico-e-a-medicina>>. Acesso em: 02 jul. 2016

.Mars M, Scott R. Telemedicine service use: a new metric. *J Med Internet Res*. 2012 Dec 19;14(6):e178.

Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da OPAS/OMS. Washington: OPAS; 2007.

PEDUZZI, Marina et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface (botucatu)**, [s.l.], v. 13, n. 30, p.121-134, set. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832009000300011>. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 maio 2016.

Schmitz CAA, Harzheim E. Telessaúde como suporte assistencial para a Atenção Primária à Saúde no Brasil, no prelo.

SIDNEI FERREIRA (Brasília). Conselho Federal de Medicina. **Dois anos do Programa Mais Médicos. É para comemorar?**2015. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25764:2015-09-29-14-25-54&catid=46:artigos&Itemid=18>. Acesso em: 02 jul. 216.

SILVA, Mariana Lobato dos Santos Ribeiro. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, [s.l.], v. 9, n. 30, p.45-53, 2 nov. 2013. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

Umpierre RN. Análise econômica da interiorização do exame de espirometria como forma de qualificar o estadiamento e tratamento de doenças respiratórias crônicas em atenção primária à saúde com suporte do Projeto Telessaúde [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.