

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

ZAIRA ZAMBELLI TAVEIRA

**IMPLANTAÇÃO DA TELESSAÚDE NA ATENÇÃO À SAÚDE
INDÍGENA**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Magda Duarte dos Anjos
Scherer

BRASÍLIA
2012

ZAIRA ZAMBELLI TAVEIRA

**IMPLANTAÇÃO DA TELESSAÚDE NA ATENÇÃO À SAÚDE
INDÍGENA**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 17 de dezembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer – (presidente)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Antônio José Costa Cardoso
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Luciana Benevides Ferreira
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Selma Aparecida Chaves Nunes – (suplente)
Ministério da Saúde

*Dedico este trabalho aos meus amados pais, Aida e Paulo, grandes fontes
de motivação para a luta em busca dos meus sonhos;
E ao meu amado noivo, Matthew, por estar sempre ao meu lado,
mesmo que distante, e por acreditar em mim.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me guia e propicia oportunidades inusitadas e maravilhosas de realizar meus sonhos.

Aos meus irmãos, que me fortalecem nos momentos de fraqueza, e aos meus familiares, pelo incentivo e pelo carinho.

À minha sobrinha e afilhada, Aída, pelas risadas e pelo amor puro e inocente.

A minha orientadora, professora Magda Scherer, pela atenção dedicada e pelas trocas na construção desta Dissertação.

Aos gestores dos Distritos Especiais Indígenas Alto do Rio Negro e Parintins e do Núcleo de Telessaúde do Amazonas que participaram desta pesquisa.

Aos indígenas, que fazem parte da minha história profissional e pessoal.

À Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Ministério da Saúde, pelo financiamento do Mestrado. Em especial ao Prof. Dr. Sigsfredo Luís Brenelli.

À Secretaria Especial de Saúde Indígena / Ministério da Saúde, pelo apoio para realização deste trabalho. Em especial ao César Dantas e equipe da Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena.

Aos professores do curso, pelos ensinamentos.

Aos meus colegas de turma, que tornaram a caminhada mais prazerosa e que compartilharam minha inquietação no desafio de conciliar o mundo profissional e o acadêmico, com destaque para Camila, Eliane, Érica e Wagner, que me apoiaram na preparação para a defesa, e para Fabiana, Juliana e Mônica, companheiras fiéis.

Aos colegas do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho em Saúde, que fazem parte do meu amadurecimento acadêmico.

Às professoras Luciana Benevides e Selma Nunes, que compartilham comigo a paixão pela saúde indígena.

Ao amigo Tiago Araújo Coelho de Souza, por me despertar para a abertura do processo seletivo deste mestrado.

Aos amigos, pela compreensão nas ausências e pelo incentivo quando o tempo parecia insuficiente. Em especial à Graziane, amiga-irmã, e à Brisa Queiroz, pela ajuda nos últimos detalhes.

"Só há duas opções nesta vida: se resignar ou se indignar.

E eu não vou me resignar nunca."

(Darcy Ribeiro)

RESUMO

A telessaúde é estratégia promissora para expansão da educação permanente em saúde. Além disso, pode auxiliar na fixação dos profissionais de saúde em áreas de difícil acesso geográfico. O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes possui dois Pontos de Telessaúde voltados à saúde indígena. O presente estudo analisou a implantação do Programa na atenção à saúde indígena. Para tanto, descreveu o processo de implantação e funcionamento, identificando suas dificuldades e facilidades. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevistas não estruturadas no ano de 2012. Foram entrevistados dez gestores que faziam parte dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Alto do Rio Negro e Parintins, onde estava a população indígena atendida pelo Programa, e do Núcleo de Telessaúde do Amazonas, que elaborou o projeto de implantação dos dois Pontos, hoje inativos. Os resultados indicam que dificuldades na implantação do Programa relacionam-se às fragilidades da articulação interinstitucional na gestão do programa, à rotatividade dos profissionais de saúde, ao uso da tecnologia e à presença de infraestrutura inadequada à tecnologia. As facilidades, em sua maioria, são relatadas pelos gestores como potencialidades e expectativas de apoio à fixação dos profissionais, ao uso da educação permanente e à redução dos encaminhamentos dos indígenas. Sugere-se o monitoramento, a avaliação e o planejamento para implementação da telessaúde nos Pontos de Telessaúde inativos, considerando-se as dificuldades apresentadas neste estudo e envolvendo todos os sujeitos no processo.

Palavras-chave: Telessaúde; Educação Permanente em Saúde; Saúde de Populações Indígenas.

ABSTRACT

Telehealth is a promising strategy for the expansion of continuing professional development. In addition, it can help hold health professionals in areas with difficult geographic access. The National Telehealth Program has two telehealth points focused in indigenous health care. This work analyzed their implementation, describing the process and identifying its difficulties and facilities. An exploratory descriptive study was conducted, with a qualitative approach. Bibliographic and documental researches and unstructured interviews were used to collect data in the year 2012. Ten managers from two of the Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Special Indigenous Sanitary Districts), where the population cared is located, and from the Telehealth Center of Amazônia, who elaborated the implementation project for the two telehealth points. These points are now deactivated. Results show difficulties at the implementation of the Program are related to fragile institutional articulation for the management of the Program, turnover of the health professionals, the use of technology and the inadequate infrastructure. Most of the facilities were related as potentials and expectations to support the hold of health professionals, the use of continuing professional development and the reduction of the patient's referral. Therefore, this study suggests evaluation and planning for the implementation of telehealth in those deactivated points, considering the difficulties here presented and involving all actors in the process.

Keywords: Telehealth; Continuing Professional Development; Health of Indigenous Peoples.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de localização dos Pontos de Telessaúde	24
Figura 2 – Mapa de localização dos Dsei.....	29
Figura 3 – Organograma do modelo assistencial do SasiSUS.....	29
Figura 4 – Mapa com a localização dos Polos-base Yauaretê e Umirituba.....	39
Figura 5 – Fotos do Ponto de Telessaúde Yauaretê, PEF de Iauaretê	83
Figura 6 – Fotos do Ponto de Telessaúde Umirituba, Polo-base Umirituba.....	83

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Expansão dos Pontos de Telessaúde para aldeias indígenas do Amazonas	38
Tabela 1 – Resumo da análise de conteúdo temática das entrevistas.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDI	Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial
Abrahue	Associação Brasileira de Hospitais Universitários
AIS	Agente Indígena de Saúde
ATA	American Telemedicine Association
APS	Atenção Primária em Saúde
Bireme	Biblioteca Virtual em Saúde
Brand	Broadband for Rural and Northern Development
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Casai	Casa de Saúde do Índio
CBTms	Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde
Cebrap	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CFM	Conselho Federal de Medicina
Cisi	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
Coiab	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
Core	Coordenações Regionais
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Dasi	Departamento de Atenção à Saúde Indígena
Desai	Departamento de Saúde Indígena
Dgesi	Departamento de Gestão da Saúde Indígena
Dsei	Distrito Sanitário Especial Indígena
EAD	Educação à Distância
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
Finep	Financiadora de Estudos e Projetos
Foirn	Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro
Funai	Fundação Nacional do Índio
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
Gesac	Programa Governo Eletrônico Serviço de Atendimento ao Cidadão
ICEA	Instituto de Cirurgia do Estado do Amazonas
IDS	Institute of Development Studies
MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI)
MS	Ministério da Saúde
Nasa	National Aeronautics and Space Administration
NSI	National Satellite Initiatives
Nutes	Núcleo de Telessaúde do Hospital das Clínicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
Opas	Organização Panamericana de Saúde
PEF	Pelotão Especial de Fronteira
Pnaspi	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
Pneps	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PTA	Polo de Telemedicina da Amazônia
PTB	Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes
RNP	Rede Nacional de Ensino e Pesquisa
Rute	Rede Universitária de Telemedicina

SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SciELO	Scientific Electronic Library Online
Seind	Secretaria de Estado para os Povos Indígenas
Sesai	Secretaria Especial de Saúde Indígena
Siasi	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SIGs	Special Interest Groups
Sipam	Sistema de Proteção da Amazônia
Sgtes	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SSL	Associação Saúde Sem Limites
SUS	Sistema Único de Saúde
TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
UEA	Universidade Estadual do Amazonas
Ufam	Universidade Federal do Amazonas
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
VSat	Very Small Aperture Terminal
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 REFERENCIAL TEÓRICO	16
1.1 Tecnologia da Informação e Comunicação.....	16
1.2 Telemedicina e Telessaúde	17
1.3 A Implantação da Telessaúde.....	24
1.4 A Atenção à Saúde Indígena	28
2 OBJETIVOS	41
2.1 Objetivo Geral	41
2.2 Objetivos Específicos.....	41
3 MÉTODOS	42
3.1 Tipo de Estudo.....	42
3.2 Local e Sujeitos da Pesquisa	42
3.3 Procedimentos de Coleta dos Dados.....	43
3.4 Procedimentos de Análise dos Dados	44
3.5 Aspectos Éticos	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1 A Implantação da Telessaúde na Atenção à Saúde Indígena	48
4.2 Os Profissionais de Saúde e o Programa	51
4.3 As Tecnologias da Informação e Comunicação no Programa	56
4.4 A Redução dos Encaminhamentos	59
4.5 Articulação Interinstitucional na Gestão do Programa	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICES	77
Apêndice A - Roteiro para Análise Documental	77
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
ANEXOS	79
Anexo A - Termo de Ciência do Dsei Alto do Rio Negro.....	79
Anexo B – Termo de Ciência do Dsei Parintins	80
Anexo C – Termo de Ciência do Núcleo de Telessaúde da UEA	81
Anexo D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – FS/UnB	82
Anexo E – Fotos dos Pontos de Telessaúde Yauaretê e Umirituba	83

INTRODUÇÃO

Esta dissertação desenvolveu-se a partir de um estudo cujo objeto foi a implantação do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na atenção à saúde indígena. Sem ater-se ao grau de implantação do Programa, analisaram-se, na visão dos gestores, as dificuldades e facilidades encontradas no processo. O interesse por essa temática surgiu da trajetória da pesquisadora, que trabalhou, por quatro anos, nas equipes multidisciplinares de saúde indígena dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Amapá e norte do Pará e de Minas Gerais e Espírito Santo, e hoje faz parte da equipe responsável pela implementação e expansão do Programa Telessaúde Brasil Redes nessa área de atenção à saúde. A oportunidade oferecida pelo Ministério da Saúde para cursar o Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva vinha ao encontro da necessidade de subsidiar o planejamento das ações através de uma análise das experiências existentes neste contexto, inserido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS traz em seus princípios doutrinários a integralidade, a universalidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde. A principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede do SUS é a Atenção Básica, neste documento referida como Atenção Primária em Saúde (APS). Entendida como o mais alto grau de descentralização e capilaridade da Rede, a APS é definida como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012a, p. 1)

São fundamentos e princípios da APS a adstrição de clientela, o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, bem como a coordenação da integralidade, o vínculo entre a equipe e a população e o estímulo à participação dos usuários. Grandes são os desafios para a garantia desses princípios. Os profissionais de saúde precisam estar preparados para atuar na saúde pública em conformidade com esses fundamentos e princípios. A educação permanente em saúde (EPS) é uma ferramenta de gestão nesse sentido, trazendo a formação para o mundo do trabalho, no qual os atores envolvidos aprendem e ensinam na busca pela

qualidade do cuidado à saúde (BRASIL, 2009a). As tecnologias de informação e comunicação (TICs) carregam potencialidades nesse sentido, por serem uma ponte entre os sujeitos: gestores, profissionais, usuários e instituições de ensino. A telessaúde, através do uso das TICs, é ferramenta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) (BRASIL, 2009a). Em 2007, tornou-se um Programa Nacional, que vem apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde, ordenadas pela APS, através da tele-educação, teleconsultoria, telediagnóstico e segunda opinião formativa (BRASIL, 2011a).

Articulado à rede do SUS, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) foi pensado de modo a contemplar as especificidades dos povos indígenas e está sob a gestão da Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde (Sesai/MS) desde 2010. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) são as unidades gestores descentralizadas, que contam com unidades básicas de saúde nas aldeias ou nos polos-base (BRASIL, 2002; SANTOS et al., 2008). Desde sua criação, o Subsistema vem enfrentando problemas de falta de preparação dos profissionais de saúde para a atuação em contextos interculturais, rotatividade dos profissionais e dificuldade de instalação da EPS (CONSÓRCIO IDS-SSL-CEBRAP, 2009a).

O Programa é estratégia promissora para a expansão da educação permanente de maneira eficiente, flexível e com baixo custo. Na atenção à saúde indígena, os profissionais de saúde frequentemente se encontram em situações de isolamento. Ao diminuir a sensação de isolamento, o Programa Telessaúde pode auxiliar na fixação desses profissionais nas localidades (CAMPOS et al., 2006). Outro ponto relevante pode ser atribuído à possibilidade de favorecer a assistência à população indígena pela teleconsultoria e telediagnóstico. Hoje existem Pontos de Telessaúde do Programa que abrangem dois polos-base. Eles foram criados a partir de projeto elaborado pelo Núcleo de Telessaúde do Amazonas.

Considerando o SasiSUS no âmbito da Atenção Primária e o Telessaúde Brasil Redes como um programa de apoio a este nível de atenção à saúde, o presente estudo justifica-se por:

- a) o Ministério da Saúde demonstrar interesse em ampliar a implantação do Programa na Atenção à Saúde Indígena;
- b) escassez de produção científica sobre a temática no Brasil;

- c) possibilitar uma análise crítica sobre o processo de implantação do Programa nos Pontos de Telessaúde localizados em aldeias, a fim de subsidiar os gestores na tomada de decisões;
- d) contribuir com a discussão sobre a importância da incorporação das TICs, suas facilidades e dificuldades, nos serviços de atenção à saúde indígena; e
- e) ampliar a produção bibliográfica acerca do Programa Telessaúde Brasil Redes.

A pergunta condutora desta pesquisa foi: “Quais as dificuldades e facilidades para a implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção à Saúde Indígena?”.

O primeiro capítulo apresenta o referencial teórico, com a apresentação de questões relativas à telessaúde e à saúde indígena. Disserta-se sobre as tecnologias de informação e comunicação; o histórico e o conceito de telessaúde; as dificuldades e facilidades para sua implantação e a atenção à saúde indígena. São descritos o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes e o Núcleo de Telessaúde do Amazonas. O objetivo geral e os objetivos específicos foram elucidados no capítulo seguinte.

O terceiro capítulo trata do percurso metodológico e dos aspectos éticos deste estudo.

No capítulo quatro, são apresentados os resultados e a discussão na forma de cinco subcapítulos, retomando o referencial teórico: (1) a implantação da telessaúde na atenção à saúde indígena, (2) os profissionais de saúde e o Programa, (3) as tecnologias da informação e comunicação no Programa, (4) a redução dos encaminhamentos, e (5) articulação interinstitucional na gestão do Programa.

O último capítulo traz as considerações finais do estudo, no qual se buscou apontar as contribuições para a gestão do Programa no contexto intercultural da saúde indígena, e perspectivas de futuros estudos.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

As tecnologias de informação e comunicação “envolvem todas as tecnologias digitais que facilitam a captura, o processamento, o armazenamento e o intercâmbio de informação” (GAGNON et al., 2012, p. 241, tradução da autora). Com potencial para auxiliar a superar muitos dos desafios que os sistemas de saúde hoje apresentam, suas aplicações se dão na gestão da informação, no acesso aos serviços de saúde, na qualidade e segurança do cuidado, na continuidade dos serviços e na retenção de custos. Com a ampliação do acesso a computadores e à Internet, a expectativa é que elas se tornem parte das ferramentas de trabalho dos profissionais na atenção à saúde (GAGNON et al., 2012).

As tecnologias, segundo Andrade (2011, p. 45), trazem a possibilidade de “gerar e transmitir informações em tempo real”, permitindo o acesso rápido ao conhecimento e a mediação da interatividade entre sujeitos separados no espaço. Na atenção à saúde, esses sujeitos podem ser profissionais de saúde e gestores, profissionais de saúde e pacientes, profissionais de saúde e profissionais de saúde, profissionais de saúde e pesquisadores/professores de instituições de ensino. As possibilidades não se esgotam aí, pois outras combinações envolvendo gestores, pesquisadores/professores e mesmo alunos de graduação de cursos de saúde podem ocorrer.

As TICs aplicadas à educação adquirem um caráter estratégico na medida em que potencializam a disseminação global do conhecimento, permitindo o intercâmbio com o resto do mundo, conduzindo a individualização de seu acesso e aprendizado através dos fluxos que determinam onde, quando, quem e como utilizá-las (BRASIL, 2009a). A educação à distância (EAD) na saúde vem ganhando espaço pelas suas potencialidades, a exemplo da sua contribuição enquanto fator atrativo para a fixação de profissionais e para a formação de um perfil profissional adequado às necessidades e às políticas de saúde do país (CECCIM; PINTO, 2007). Porém, no

Brasil, as iniciativas de educação permanente em saúde à distância ainda são escassas (FARIA, 2009).

Do encontro entre a ciência e a tecnologia surge a telessaúde. Componente primário da telessaúde, os usos das TICs variam de simples (como e-mail) a complexos (como o uso remoto de robôs para cirurgias) (KHOURI, 2003; SOOD et al. 2007). É preciso salientar que o surgimento e a incorporação de novas tecnologias para a telessaúde interfere nas características da atenção à saúde, remodelando-a à medida que cria novos processos e infraestruturas. (GEMERT-PIJNEN et al., 2011). A história da telessaúde se mistura à história das tecnologias de comunicação e informação.

1.2 TELEMEDICINA E TELESSAÚDE

Em breve histórico, Melo e Silva (2006) destacam que, no século XIX, o desenvolvimento dos serviços postais e o uso do telefone propiciaram contribuições iniciais do uso dos meios de comunicação à distância para a prática médica. No século seguinte, houve a difusão da radiocomunicação, que ampliou a divulgação de informações sobre doenças. E ao final da década de 1950, o uso da televisão sob a forma de circuito fechado e para comunicação por vídeo revolucionou a telemedicina. Trabalho em parceria da *National Aeronautics and Space Administration* (Nasa) com o serviço de saúde pública dos Estados Unidos transmitiu eletrocardiogramas e radiografias de uma comunidade indígena no Estado do Arizona para avaliação de especialistas. Nesse país, tornou-se prática comum a transmissão de imagens radiológicas e a realização de consultas psiquiátricas à distância (MELO; SILVA, 2006).

Nos anos 50, conclui-se que diagnósticos remotos eram possíveis com o uso da televisão e que raios X, prontuários médicos e dados laboratoriais tinham insignificante perda de informação na transmissão (KHOURI, 2003). A transmissão via satélite, na década de 1960, estimulada pelo programa espacial da Nasa, possibilitou a expansão para a atuação clínica com a captura de imagens e a transmissão eletrônica de dados. Nos anos 90, quando a Internet ganhou maior

alcance e gerou avanços em telecomunicação no mundo todo, a telessaúde ressurgia, com definição ainda nebulosa, e acumulava experiências de compartilhamento de conhecimento clínico e processos de educação que objetivavam melhorar a qualidade e diminuir os custos da assistência em saúde. No século XXI, todas as áreas da saúde vêm incorporando o uso das tecnologias de informação e comunicação, que transformam os processos de trabalho (KHOURI, 2003; MELO; SILVA, 2006). A dependência existente entre as TICs e a telessaúde justifica a implicação da evolução da primeira sobre a segunda (SOOD et al., 2007).

A universalização dos computadores de mesa e seus programas de utilização simplificada tem destaque junto ao avanço das telecomunicações para a ampliação e os avanços da telessaúde. É a partir da década de 1990 que ocorre uma grande expansão das entidades e publicações dedicadas, especificamente, à telessaúde (KHOURI, 2003).

Há uma variedade de conceitos encontrados na literatura para telessaúde, telemedicina, e-saúde, que se sobrepõem em diversos aspectos e trazem certa confusão (KHOURI, 2003; MELO; SILVA, 2006; SOOD et al., 2007). Pesquisa realizada por Sood et al. (2007) levantou 104 definições de telemedicina e conclui que seu conceito é complexo e várias terminologias descendem dessa da telemedicina de acordo com o grau de interesse em determinado campo.

O termo e-saúde (*e-Health*) tem sido adotado oficialmente por organizações internacionais (MELO; SILVA, 2006). A terminologia e-saúde refere-se a “todos os tipos de tecnologias da informação e comunicação usadas no suporte à atenção à saúde na promoção do bem-estar” (GEMERT-PIJNEN et al., 2011, p. 11 , tradução da autora).

A telemedicina, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2010, p. 9), pode ser definida como:

a prestação de serviços de saúde, na qual a distância é fato crítico, provida por profissionais de saúde, usando tecnologias da informação e comunicação para o intercâmbio de informações válidas para diagnósticos, tratamento e prevenção de doenças e lesões, pesquisa e avaliação, e para educação continuada de provedores de cuidados, tudo no interesse de melhorar a saúde dos indivíduos e de suas comunidades (tradução da autora)

A *American Telemedicine Association* (ATA), por sua vez, conceitua a telemedicina como “a utilização de informação médica transmitida de um local para outro através de meios de comunicação eletrônica, visando o cuidado com a saúde

(...) com propósito de melhorar o cuidado com o paciente” (KHOURI, 2003, p. 91). No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) (2002, p. 1) a define como “o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde”. No entanto, não foi encontrada definição da entidade para o termo telessaúde.

Telemedicina, segundo Gundim (2009), ainda é o termo mais disseminado nacionalmente e telessaúde está começando a ganhar espaço. No uso do termo telemedicina, há maior foco na prática médica, enquanto o conceito de telessaúde engloba a prática dos profissionais de saúde de outras áreas (KHOURI, 2003; ABDI, 2010). Ambas terminologias abrangem o uso das TICs para criar ponte entre os sujeitos envolvidos na atenção à saúde que se encontram separados geograficamente.

Neste estudo, é adotado o termo telessaúde, pela sua amplitude, e no intuito de incentivar a ampliação do seu uso no Brasil.

A aplicação da telessaúde vem se modificando conforme as necessidades e o avanço das ferramentas tecnológicas (MELO e SILVA, 2006; SOOD, 2007). Os processos atuais mais comuns são: teleconsultorias, telediagnóstico, segunda opinião, telecirurgia, telemonitoramento ou televigilância e tele-educação, simulações clínicas, prontuário eletrônico, formação e recuperação de banco de dados, biblioteca virtual de dados, imagens e outros (SANTOS et al, 2006).

Gundim (2009) ressalta as dimensões geográficas do Brasil, seus contrastes socioeconômicos, a heterogeneidade da distribuição de infraestruturas, de profissionais de saúde e de sua qualificação profissional, bem como as dificuldades de acesso geográfico como justificativas para o potencial da telessaúde como alternativa para assistência especializada à distância e para capacitação dos profissionais em suas localidades.

As primeiras iniciativas de telessaúde na saúde pública no Brasil começaram em 2003. Coordenado pelo Departamento de Saúde da cidade de Belo Horizonte e pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), o Projeto BH-Telessaúde partiu da busca por um modelo adaptado e apropriado para a realidade brasileira, com foco na APS. Quando o Projeto foi formulado, teleconsultorias e videoconferências eram utilizadas nas áreas de medicina, enfermagem e odontologia para educação

permanente em saúde. A experiência da Universidade de São Paulo (USP) com o projeto Homem Virtual, que inclui imagens dinâmicas em três dimensões do corpo humano, somada à experiência da UFMG foram referências para a construção do Projeto Telessaúde Brasil, do Ministério da Saúde (SANTOS et al., 2006; SANTOS et al., 2009).

Outra experiência pioneira que merece destaque é a da Rede Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco (Nutes), criada em 2003 e financiada pelo MS. O objetivo principal era aumentar a resolutividade da Estratégia Saúde da Família (ESF) através dos serviços de telessaúde. Inicialmente, quatro municípios da região metropolitana de Recife participaram (SANTOS et al., 2009).

Entre 2003 e 2006, importantes iniciativas em telessaúde na saúde pública ocorreram no Brasil, o que contribuiu para a melhoria das condições de criar e implantar um programa nacional de telessaúde (SANTOS et al., 2009).

A Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial (ABDI) (2010) cita cinco organizações como as mais atuantes no Brasil para Telemedicina e Telessaúde: (1) Rede Universitária de Telemedicina (Rute), iniciativa que visa a apoiar o aprimoramento da infraestrutura para telemedicina já existente em hospitais universitários, bem como promover a integração de projetos entre as instituições participantes. A Rute é uma iniciativa do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), apoiada pela Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários (Abrahue), sob a coordenação da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP); (2) Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde (CBTms), que tem dentre suas finalidades: congregar médicos, profissionais da saúde, bem como entidades e organizações de qualquer natureza jurídica, que se interessam pela telemedicina e telessaúde; propor, analisar, estimular e lutar por normas técnicas, éticas e profissionais em telemedicina e telessaúde junto aos órgãos competentes; estimular pesquisas, estudos, cursos para o público em geral em telemedicina e telessaúde; (3) Quasar Telemedicina, uma empresa de tecnologia com plano de negócios voltado ao desenvolvimento e operação de uma ferramenta de telemedicina que permita aos médicos controlarem a glicemia de seus pacientes à distância; (4) Núcleo de Telessaúde do Amazonas, que faz parte do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes; e (5) Rede Nutes, citada anteriormente.

O foco desse estudo é o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, tratado a seguir.

1.2.1 Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes

A telessaúde é uma das estratégias integrantes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009a). A Pneps, instituída pela Portaria GM/MS Nº198/2004 e atualizada em 2007 pela Portaria GM/MS Nº 1.996/2007, tem o objetivo de orientar a formação e o desenvolvimento de trabalhadores no SUS e de qualificar a atenção e a gestão em saúde.

A educação permanente pode ser compreendida como “a realização do encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (Ministério da Saúde, 2004, p. 10). Para tanto, deve haver articulação entre os gestores e serviços do SUS, as instituições formadoras e as instâncias de controle social em saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005). Dentre os resultados esperados, estão:

a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento. (BRASIL, 2005, p. 13)

De acordo com as diretrizes para a implementação da Pneps, há necessidade de superar as desigualdades regionais, a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde e promover a formação e o desenvolvimento para o trabalho em saúde. É a partir das necessidades de saúde da população, das especificidades regionais, da gestão e do controle social que a educação permanente objetiva transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho (BRASIL, 2009a).

Diante da necessidade de educação permanente das equipes de saúde do SUS, em 16 de março de 2006, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria GM/MS Nº 561, a Comissão Permanente de Telessaúde com diversas atribuições, dentre elas a de desenvolver trabalhos cooperados com vistas à estruturação da telessaúde no Brasil (BRASIL, 2006). Outras justificativas associadas a essa

estruturação foram a dificuldade de fixação dos profissionais de saúde em localidades remotas principalmente pela insegurança diante de situações clínicas e pela sensação de isolamento; altos custos de deslocamento de pacientes – podendo ser 100 vezes maior do que o custo da telessaúde; e a baixa utilização da capacidade de transmissão de dados via Internet (CAMPOS et al., 2006).

O Projeto Piloto Nacional de Telessaúde, ainda chamado Programa Nacional de Telessaúde, foi instituído pela Portaria GM/MS Nº 35, de 4 de janeiro de 2007, visando desenvolver ações de apoio à assistência à saúde e destacando a oferta de educação permanente em saúde à distância na rede de APS. O alcance previsto era de 900 municípios brasileiros (BRASIL, 2007a; SANTOS et al., 2009). Foram incluídas nove universidades que possuíam experiência acumulada em telemedicina e telessaúde no Brasil, cada uma com responsabilidade por 100 Pontos em unidades da ESF. Tiveram papel central na criação do Programa instituições como a UFMG, USP, Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Conselho Federal de Medicina, Organização Panamericana de Saúde (Opas), Ministérios da Ciência, Tecnologia e Inovação (I), da Defesa e das Comunicações. (CAMPOS et al., 2006; SANTOS et al., 2009).

Redefinido e ampliado pela Portaria GM/MS Nº 2.546, publicada dia 28 de outubro de 2011 o Programa, o Projeto passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes e estabelece a estrutura de funcionamento e as normas a serem adotadas para as ações de telessaúde no âmbito do SUS. A Coordenação Nacional é exercida pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Sgtes/MS) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) (BRASIL, 2011a). Na mesma data, publicou-se a Portaria GM/MS Nº 2.554, que instituiu, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (BRASIL, 2011b). Com o uso das TICs, o Programa visa “apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde ordenadas pela Atenção Básica no âmbito do SUS” (BRASIL, 2011^a, p. 1).

Os serviços ofertados são:

I - Teleconsultoria: consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser de dois tipos:

a) síncrona - teleconsultoria realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência; ou

b) assíncrona - teleconsultoria realizada por meio de mensagens off-line;

II - Telediagnóstico: serviço autônomo que utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distância e temporal;

III - Segunda Opinião Formativa: resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS; e

IV - Tele-educação: conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação. (BRASIL, 2011a, p. 1 e 2)

A organização do Programa conta com Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos e Pontos de Telessaúde. Os primeiros são instituições formadoras, de gestão e/ou serviços de saúde, responsáveis pela formulação e gestão de Teleconsultorias, Telediagnósticos e Segunda Opinião Formativa. Os Pontos são onde ocorrem os serviços de saúde, a partir dos quais os trabalhadores e profissionais do SUS demandam os serviços aos Núcleos, localizados nos municípios (BRASIL, 2011a).

Existem atualmente 11 Núcleos de Telessaúde, localizados nas Universidades Estaduais do Amazonas e do Rio de Janeiro e nas Universidades Federais do Ceará, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Tocantins e Mato Grosso do Sul. Conectados em rede, a integração entre essas instituições com áreas de excelência complementares em saúde e educação permite o compartilhamento de conteúdos educacionais e assistenciais. Os Pontos de Telessaúde, por sua vez, recebem a implantação do serviço de informática, a capacitação da equipe para o manuseio dos recursos tecnológicos, além de kit de equipamentos, que inclui computador, impressora, estabilizador, webcam e máquina fotográfica.

O Programa, segundo Santos et al. (2009), contribui para o diálogo entre universidade e serviço, aproximando-os; apresenta iniciativas voltadas ao combate do isolamento dos profissionais e proporciona a melhoria da atenção à saúde, tanto no âmbito assistencial como educacional. A gratuidade das atividades de educação permanente e o acesso assíncrono às teleconferências mostraram-se fatores atrativos para os enfermeiros do Núcleo de Telessaúde do Rio de Janeiro (FARIA, 2009).

Até dezembro de 2011, o Programa contava com 1.563 Pontos de Telessaúde localizados em 1.001 municípios, mais 723 Pontos Extras (em que o próprio município adquiriu o kit de equipamento) e abrangia 6.658 equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2012b). Na Figura 1, podem-se visualizar os estados onde já estão instalados Pontos e os estados onde Núcleos estão sendo implantados.



Figura 1 – Mapa de localização dos Pontos de Telessaúde
 Fonte: Brasil, 2012b.

Entre 2007 e 2009, o governo brasileiro, principalmente através do Ministério da Saúde e do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, investiu R\$36 milhões em pesquisa no Programa, resultando em uma cobertura aproximada de 20% dos municípios brasileiros e envolvendo cerca de 30 mil profissionais de saúde (TAKETA, 2012; ABDI, 2010).

1.3 A IMPLANTAÇÃO DA TELESSAÚDE

A adoção das TICs está relacionada a fatores multidimensionais, complexos e variados nos níveis individual e organizacional. Gagnon et al. (2012), em sua revisão sistemática dos fatores que influenciam positivamente e negativamente a adoção

das TICs pelos profissionais de saúde em situações clínicas, verificou que a maioria dos fatores facilitadores tendem a se relacionar às características da TIC adotada e aos aspectos organizacionais. Os dificultadores, por sua vez, também se relacionam às características da tecnologia adotada, mas foram encontrados nos níveis individual, profissional e organizacional. Assim, nem todos os fatores podem ser categorizados dentro de um ou outro grupo porque o que um grupo descreve como facilitador pode ser um dificultador para outro grupo (GAGNON et al., 2012).

O inquérito realizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) com 144 países, que não incluiu o Brasil, apontou quatro mecanismos que facilitam a implantação de iniciativas de telessaúde: governança, política ou estratégia, desenvolvimento científico e avaliação. A governança e o suporte institucional são fatores potencialmente críticos no planejamento e na implantação de serviços de telessaúde. Parcerias e colaboração intersetorial se fazem necessárias. O documento da OMS destacou como boa prática a existência de um órgão para gerir e regular a telessaúde. Políticas e estratégias de telessaúde, por sua vez, provavelmente aumentam as chances de sucesso da implantação ao proporcionar suporte e guia para o planejamento e o desenvolvimento dos serviços. Além disso, podem trazer referências para avaliação dos resultados.

Dos países que participaram do estudo, poucos desenvolveram e implantaram uma política nacional de telessaúde e apenas metade dos que não possuíam uma tinha perspectivas de elaboração até 2013. Em relação ao envolvimento de instituições como universidades e hospitais universitários, alguns benefícios são: o desenvolvimento e a avaliação das iniciativas em telessaúde; o estímulo à prática de avaliação nos serviços, o fato de formarem a nova geração de profissionais de saúde, e a facilidade de documentar e disseminar informações, que contribui com o desenvolvimento e o uso da telessaúde. O estudo mostrou que há uma maior proporção dos países que envolvem instituições de cunho científico nas atividades de telessaúde do que daqueles que adotam uma política de telessaúde. O processo de avaliação foi destacado como importante pela escassez de evidências empíricas sendo utilizadas. Dados confiáveis podem somar para a melhoria da eficiência da implantação da telessaúde (WHO, 2010).

Em relação aos fatores que potencialmente dificultam o uso da telessaúde, o inquérito apresentou aos países participantes dez potenciais barreiras e o

documento mostrou as mais prevalentes. Algumas análises foram feitas considerando seis regiões: África, Américas, Sudeste Asiático, Europa, Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental. 60% dos países apontaram os altos custos envolvidos, o que foi a barreira mais prevalente. Segundo a OMS (WHO, 2010), isso pode se dar pela falta de comprovação da relação custo-efetividade ou da melhoria do acesso e da qualidade pelos serviços de telessaúde em comparação com os modelos tradicionais. Com base nisso, a necessidade eminente de futuras avaliações sobre seu custo-benefício são indicadas pela OMS. A segunda barreira mais relatada globalmente foi a falta de diretrizes ou políticas legais sobre a privacidade das informações dos pacientes na telessaúde, o que se trata de uma questão ética. No entanto, esse fator foi citado entre os mais prevalentes em apenas três regiões, incluindo a das Américas. A terceira foi a presença de culturas organizacionais desabitadas ao uso das TICs para o compartilhamento de habilidades e conhecimentos com profissionais e pacientes em áreas remotas. Este fator não variou com a renda do país e pode estar ligada a um desconforto ou falta de consciência por parte dos sujeitos envolvidos no processo e pode estar ligado ao embasamento legal. Em quatro regiões, a inexistência de uma política ou estratégia nacional que inclua a telessaúde como ferramenta em potencial foi citada como barreira. A infraestrutura deficiente foi citada pelas Regiões das Américas, África e Sudeste Asiático, por exemplo, a instabilidade das fontes de alimentação, redes de comunicação deficientes, conectividade de Internet inadequada ou instável com largura de banda baixa. A competitividade com outras prioridades nos seus sistemas de saúde que acabam por derrotar a telessaúde foi a mais citada por países desenvolvidos. Em geral, esses países possuem uma gama maior e mais ampla de iniciativas em saúde competindo. No entanto, essa barreira se destacou na Região das Américas. Resumidamente, os quatro fatores dificultadores mais prevalentes na Região das Américas são alto custo, infraestrutura deficiente, falta de embasamento legal e competição com outras prioridades. Em países em desenvolvimento, soma-se a esses a falta de força de trabalho com expertise para suporte, que limita a abrangência e o nível de uso da telessaúde (WHO, 2010).

Gemert-Pijenen et al. (2011) destaca que a introdução de tecnologias no sistema de saúde requer coordenação e comunicação entre os profissionais de saúde, os pacientes e outros. Além desses, todos os parceiros devem estar a par

das complexas relações existentes entre tecnologia, pessoas, seu ambiente sociocultural e a organização da infraestrutura para o cuidado em saúde. As responsabilidades de cada um geralmente não estão bem definidas antecipadamente.

Os profissionais de saúde e pacientes, na maioria das vezes, são marginalizados no desenvolvimento das TICs. Isso pode estar relacionado ao baixo impacto dos serviços de telessaúde, uma vez que eles não utilizam tecnologias que correspondem de alguma forma à realidade daquela comunidade. As pessoas carregam uma bagagem psicológica, seus hábitos e rituais, suas habilidades sociais, que afetam seu ambiente pessoal e profissional e sua habilidade em interagir com a tecnologia. O desenvolvimento com a participação dos profissionais de saúde e da comunidade alvo resulta em melhor adesão às tecnologias e diminuição de erros (GEMERT-PIJENEN et al., 2011)

Diante da conjugação de vários fatores envolvidos na implantação da telessaúde, Gemert-Pijenen et al. (2011) acreditam na abordagem holística, que parte do todo e da interdependência das partes e evita a análise fragmentada das partes.

O entendimento das vantagens relacionadas à adoção das TICs e a facilidade do seu uso foram os fatores facilitadores mais frequentes na revisão sistemática de literatura realizada por Gagnon et al. (2012), na base Cochrane de 01/01/1990 a 01/10/2007. Segundo esses autores, os principais ingredientes para o sucesso da estratégia de implantação seriam: o envolvimento dos profissionais nas diferentes etapas; a identificação e o suporte de projetos bem sucedidos ou de pessoa responsável para liderar o projeto e promover o uso da TIC; a oferta de treinamento e suporte adequado; e o monitoramento do uso da tecnologia nos estágios iniciais da implantação. Por outro lado, a restrita disponibilidade de tempo e a lacuna entre a aplicabilidade da TIC e as práticas de serviço foram barreiras frequentemente encontradas.

1.4 A ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

Dentre os princípios do SUS, a universalidade implica no acesso à saúde por parte de todos os brasileiros, inclusive os indígenas. Os indicadores de saúde das populações indígenas se mostram piores do que os da população nacional (SANTOS et al., 2008). Esta desigualdade nos remete a outro princípio do SUS, o da equidade.

Atendendo aos princípios do SUS e ao disposto na Constituição Federal de 1988 sobre as especificidades dos povos indígenas, instituiu-se o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena pela Lei Arouca (Lei N° 9.836/1999), como componente do SUS. No mesmo ano, foi transferida a responsabilidade de gestão da atenção à saúde indígena da Fundação Nacional do Índio (Funai) para a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão vinculado ao Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnspi), que orienta ainda hoje o SasiSUS, foi aprovada em 2002 pelo Ministro da Saúde (BRASIL, 2002). No âmbito da Funasa, as principais instâncias que estavam envolvidas na formulação, articulação e execução da Pnspi eram o Departamento de Saúde Indígena (Desai) e as Coordenações Regionais (Core) (CONSÓRCIO IDS-SSL-CEBRAP, 2009a).

Com o Decreto N° 7.336, de 19 de outubro de 2010, ocorreu a transição da gestão do Subsistema, da Funasa para a Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde. Além da coordenação e avaliação das ações do SasiSUS, cabe à Sesai a promoção, articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena. Sua estrutura administrativa conta com dois departamentos: Departamento de Gestão da Saúde Indígena (Dgesi) e Departamento de Atenção à Saúde Indígena (Dasi) (BRASIL, 2010).

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas são o modelo de organização de serviços adotado cujo funcionamento deve ocorrer de forma integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. Eles contemplam um conjunto de atividades técnicas e administrativo-gerenciais

necessárias à prestação da assistência. Criados em 1999, eles são hoje 34 distritos distribuídos por todo o país (SANTOS et al., 2008).

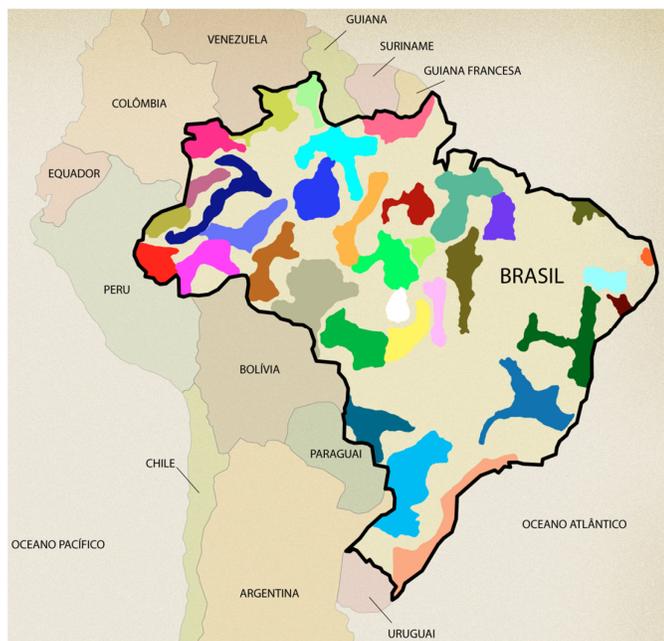


Figura 2 – Mapa de localização dos Dsei

Fonte: Brasil, 2012c.

A rede de serviços dos distritos prevê unidades básicas de saúde nas aldeias ou em polos-base. Cada polo-base cobre um conjunto de aldeias, onde a equipe assiste a população, capacita e supervisiona os Agentes Indígenas de Saúde (AIS). As Casas de Saúde do Índio (Casai) integram a rede de referência do Subsistema, abrigando pacientes e seus acompanhantes que precisam de cuidados durante tratamentos na rede referência do SUS (SANTOS et al., 2008).

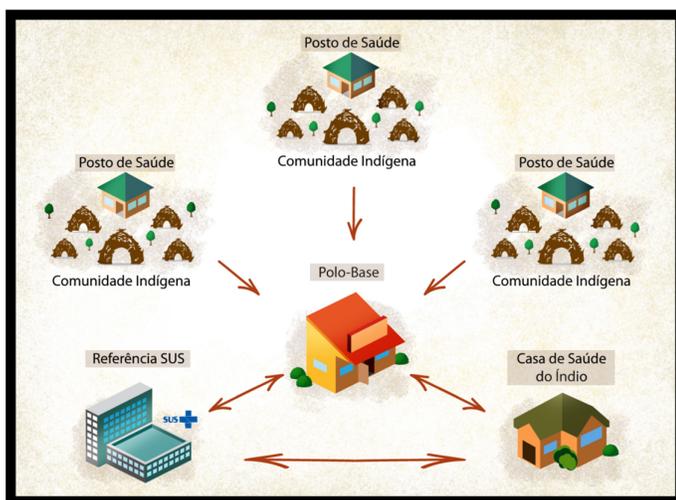


Figura 3 – Organograma do modelo assistencial do SasiSUS

Fonte: Brasil, 2012c.

A autonomia de gestão dos distritos foi pleiteada pelas lideranças na IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2006 (BRASIL, 2007b), e oficializou-se pelo Decreto Nº 6.878, assinado em 18 de junho de 2009, que estabeleceu que os Dsei estivessem em plena capacidade operacional até 31 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2009b). As competências dos Dsei são: planejar, coordenar, supervisionar, monitorar, avaliar e executar as atividades do SasiSUS, nas suas respectivas áreas de atuação, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais; e desenvolver as atividades de execução orçamentária, financeira e contábil relativas aos créditos sob a gestão específica de cada Distrito (BRASIL, 2012d).

O controle social surge como parte do SasiSUS e passa, atualmente, pelos seguintes órgãos colegiados: conselhos locais, conselhos distritais e Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Os conselhos locais, de caráter permanente e consultivo, têm como atribuições manifestar-se sobre as ações e os serviços de atenção à saúde indígena necessários às respectivas comunidades; avaliar a execução das ações de atenção à saúde indígena nas comunidades; eleger conselheiros representantes das comunidades indígenas para integrarem os Conselhos Distritais de Saúde Indígena; e encaminhar propostas aos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Os conselhos distritais têm caráter deliberativo e suas atribuições são participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena e acompanhar e avaliar sua execução; avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena; e apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas do Subsistema. Por último, o Fórum, de caráter consultivo, tem por atribuições: participar da formulação e do acompanhamento da execução da Pnspi, bem como zelar pelo seu cumprimento, e promover o fortalecimento e a articulação do controle social no âmbito do SasiSUS (BRASIL, 2012e). Ainda no nível nacional, merece destaque a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi), órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Em 2000, foi criado o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), visando coletar, processar e analisar as informações para o monitoramento e avaliação da saúde dos povos indígenas. Os relatórios produzidos pela Funasa, através do Siasi, sugeriam baixa confiabilidade das informações (SANTOS et al., 2008).

A saúde dos povos indígenas vem sofrendo transformações de grande impacto, desde seu perfil epidemiológico até a mudança da gestão do modelo de atenção à saúde, entre outras. Apesar da fragilidade dos dados, estima-se que as taxas de morbidade e mortalidade sejam três a quatro vezes maiores que as da população brasileira em geral. As condições de saneamento e habitação precárias corroboram para que as doenças infecciosas ainda sejam as mais prevalentes. Apesar disso, as doenças crônicas não transmissíveis têm ganhado espaço, bem como a ocorrência de suicídio, alcoolismo, drogadicção e mortes por causas externas (SANTOS et al., 2008).

Atuando nesta realidade, encontram-se as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), que seguem os moldes da Estratégia Saúde da Família. São compostas por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de enfermagem, de higiene bucal e agentes indígenas de saúde. São elas que devem prestar atenção primária em saúde à população indígena aldeada. A preparação dos trabalhadores para atuação em contexto intercultural é uma das diretrizes da Pnspi.

1.4.1 A Educação Permanente em Saúde no SasiSUS

Como estratégia estruturante para a consolidação dos Dsei e da atenção à saúde indígena, a Pnspi apresenta o processo de formação de agentes indígenas de saúde. O detalhamento deste processo considera a formação em serviço, de forma continuada, com a colaboração de outros profissionais de saúde, de lideranças e organizações indígenas (BRASIL, 2002).

Nos anos de 2008 a 2009, o Consórcio entre Associação Saúde Sem Limites (SSL), Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) e *Institute of Development Studies* (IDS) realizou consultoria à Funasa e ao Projeto Vigisus II da Funasa. Dentre os objetivos da consultoria, estava a realização de diagnóstico situacional da saúde indígena e a proposição de modelo de gestão do SasiSUS (CONSÓRCIO IDS-SSL-CEBRAP, 2009a).

No diagnóstico situacional do Consórcio, consta duplicação de funções de gerenciamento, articulação e implementação das ações de EPS entre várias áreas

do Desai, das Core e dos Dsei, apesar dessas funções constarem no organograma da Funasa como de responsabilidade da Coordenação de Educação em Saúde da Assessoria de Comunicação Social do Desai. Além disso, a estrutura da equipe do Desai foi insuficiente para realização do proposto (CONSÓRCIO IDS-SSL-CEBRAP, 2009a).

No Relatório de Gestão/Funasa 2007 não foi feita referência à EPS. O processo geralmente não está instalado nos Dsei e é entendido como realização de capacitações pontuais e/ou sequenciadas. Esse apontamento pode estar associado à pequena autonomia gestora dos Dsei, à dependência administrativa destes em relação às Core e à grande centralização de decisões na instância central, que era a Funasa (CONSÓRCIO IDS-SSL-CEBRAP, 2009a).

Os profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena, desde 1999, tiveram contratação temporária, por meio de terceiros, por licitação ou convênio, o que acarretou evasão precoce e rotatividade acelerada de profissionais. Houve, assim, desperdício de investimentos em formação e em EPS. Além disso, a ausência prolongada de profissionais compromete a relação de confiança com os usuários e a assiduidade dos serviços do subsistema (CONSÓRCIO IDS-SSL-CEBRAP, 2009a).

A legislação promulgada entre 1999 e 2008 demonstra preocupação crescente com a formação de recursos humanos na saúde indígena. A Portaria GM/MS Nº 1.235, de 26 de junho de 2008, criou a Comissão de Estudo para elaboração de uma Política de Recursos Humanos para o Subsistema de Saúde Indígena. Essa portaria precisa ser revista e retomada (CONSÓRCIO IDS-SSL-CEBRAP, 2009a).

Na proposta de modelo de gestão do Consórcio IDS-SSL-CEBRAP (2009b), preconizou-se, dentro do Eixo Estruturante III - Recursos Humanos, o Eixo Política de Educação Permanente em Saúde Indígena. Propõem-se a instauração do processo de EPS, norteado pela elaboração de uma matriz de competências para gestores distritais; a criação de uma equipe matricial mínima no nível central responsável pela gestão desse processo e pela prestação de assessoria aos Dsei; a constituição do Módulo de Recursos Humanos no Siasi para acompanhamento daqueles que receberam capacitações e foram incluídos no processo de EPS; entre outras. A capacitação da força de trabalho é apontada como instrumento

fundamental para adequação da atenção à saúde do SUS às especificidades da saúde indígena e à realidade do novo modelo de gestão. A telessaúde é uma ferramenta em potencial na promoção da educação permanente em saúde.

1.4.2 Telessaúde na Saúde Indígena

No Brasil, trabalhos científicos que investiguem ou discorram sobre a telessaúde voltada às populações indígenas são escassos. Serão abordadas duas iniciativas a seguir.

A preparação dos profissionais de saúde para atuação em contexto intercultural, como já mencionada, é fundamental para qualificar a atenção prestada às populações indígenas. Iniciativa da USP, em parceria com a Funasa, o “Projeto Huka-Katu – a FORP-USP no Xingu” oferece estágio voluntário acadêmico aos graduandos de odontologia no Parque do Xingu. Neste Projeto, a teleodontologia é utilizada para preparação dos alunos através de módulos com conteúdos de sociologia, antropologia, promoção de saúde, políticas públicas, em especial, voltando-se para a temática da saúde indígena, em especial, da saúde bucal indígena (MESTRINER JUNIOR et al., 2011).

A Rede Universitária de Telemedicina possui Grupos de Interesse Especial (do inglês *Special Interest Groups* – SIGs) que promovem debates, discussões de casos, aulas e diagnósticos através de uma agenda de videoconferências. Dentre seus mais de 40 SIGs, está o SIG Saúde Indígena, coordenado pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Com objetivo de contribuir na estruturação do SasiSUS através da difusão e atualização dos conhecimentos técnico-científicos, ele realiza reuniões mensais, tendo como público alvo os profissionais da saúde indígena na APS e na gestão do Subsistema, além dos pesquisadores da temática. Dentre as Universidades participantes está a Universidade Estadual do Amazonas. As próprias ações da Sesai foram tema do grupo em 2012 (RUTE, 2012).

Com a Sesai à frente da gestão da saúde indígena, há expectativas de uma maior aproximação dos programas nacionais coordenados por setores do Ministério

da Saúde com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, inclusive no que se relaciona ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.

Diante da baixa cobertura e qualidade dos serviços de saúde e da prática do modelo biomédico ocidental (SANTOS et al., 2008), a telessaúde é uma ferramenta promissora para a melhoria do acesso e da qualidade da APS aos povos indígenas, bem como para a adequação dos profissionais ao modelo adotado pelo SUS. Os profissionais de saúde frequentemente se encontram em situações de isolamento. O Programa objetiva auxiliar na fixação dos profissionais ao diminuir a sensação de isolamento, inclusive através da expansão da educação permanente proporcionada de maneira eficiente, flexível e com baixo custo. Outro ponto relevante pode ser atribuído à possibilidade de favorecer a assistência à população indígena pela teleconsultoria e telediagnóstico.

Dos indígenas que têm acesso aos serviços de telessaúde, a maioria acessa somente em áreas urbanas. Apenas indígenas de dois Polos-base têm acesso ao Programa Nacional Telessaúde Brasil na aldeia. A instalação dos Pontos de Telessaúde em unidades básicas de saúde ou em hospitais municipais envolve os gestores das Secretarias Municipais de Saúde. Portanto, de maneira análoga, no modelo de atenção à saúde indígena, os gestores dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deveriam estar inseridos no planejamento e na implantação dentro de seu território.

Estudo realizado no Canadá afirma que os desafios para a implantação da telessaúde não estão apenas nas comunidades indígenas, mas podem envolver questões culturais, políticas e jurídicas diferenciadas. Muttitt, Loewen e Vigneault (2004) afirmam que muitos dos desafios na implantação da telessaúde em comunidades indígenas, no Canadá, são atribuíveis à geografia. Comunidades isoladas não possuem bom acesso rodoviário, o que aumenta os custos com o transporte de equipamentos e/ou recursos para e das aldeias. Os autores estimam que o custo seja 40% maior na implantação em comunidades mais ao norte do país, e o acesso irregular do transporte aumenta ainda mais o tempo requerido.

Outro desafio relaciona-se à infraestrutura técnica. Das 625 comunidades *First Nations*, apenas 28 têm acesso a serviços de banda larga de Internet e muitas ainda usam conexão de linha discada (*dial-up*). Isso está relacionado às barreiras geográficas e aos poucos incentivos financeiros para o setor privado instalar redes

de comunicação nessas áreas, além de baixa demanda por parte dos consumidores: os indígenas. No Canadá, as estimativas são de que 2 a 5% dos indígenas possuam computadores em suas casas. O satélite tornou-se uma alternativa viável e tem sido implantado nas comunidades rurais e isoladas através da *Broadband for Rural and Northern Development* (Brand) e *National Satellite Initiatives* (NSI). Como o financiamento é governamental, os autores acreditam que não pode ser considerada uma iniciativa estável para crescimento contínuo da telessaúde (MUTTITT; LOEWEN; VIGNEAULT, 2004).

No Canadá, para cada ponto de telessaúde há um coordenador, frequentemente um enfermeiro ou outro profissional de saúde. A saída deste tem grande impacto sobre os serviços de telessaúde e pode mesmo cessá-los. Como alternativa para a sustentabilidade dos serviços de telessaúde é citado o exemplo de um programa que treina tecnicamente todos os profissionais de saúde da comunidade (MUTTITT; LOEWEN; VIGNEAULT, 2004).

O governo federal canadense oferece atenção à saúde dentro da reserva indígena e a Província ou Território o fazem fora. O uso da telessaúde com teleconsulta a especialistas interfere nos limites dessa jurisdição. A assinatura de um memorando de entendimento com a Província tem sido uma alternativa utilizada por um programa de telessaúde, mas se ressalta a necessidade eminente de empenho em novos acordos jurisdicionais a fim de reconhecer que as TICs fazem da saúde não uma questão de limites geográficos, mas de melhoria da atenção à saúde das comunidades (MUTTITT; LOEWEN; VIGNEAULT, 2004).

Outra questão ressaltada pelos autores para o sucesso das ações de telessaúde é a percepção da necessidade sentida e da aceitação dos indígenas em se adaptar aos desafios da adoção e utilização dos serviços de telessaúde. Dessa forma, a seleção das comunidades que terão ponto de telessaúde deve ser feita cautelosamente. O Projeto *National First Nations TeleHealth Research*, criado em 1998, atentou-se a esse aspecto, mas não houve continuidade em todas as comunidades. Das que obtiveram sucesso, identificou-se que havia necessidade da telessaúde, parceiros atuantes e boa conectividade disponível (MUTTITT; LOEWEN; VIGNEAULT, 2004).

Outra experiência exitosa foi da instituição *Keewaytinook Okimakanak Telehealth*, que realiza reuniões com a comunidade indígena para introduzir o

conceito de telessaúde, identificar oportunidades e responder aos receios, buscando o empoderamento da comunidade sobre a telessaúde (MUTTITT; LOEWEN; VIGNEAULT, 2004).

Por fim, Muttitt, Loewen e Vigneault (2004) atrelam o sucesso da telessaúde à sua integração dentro do sistema de saúde como alternativa viável para a prestação de serviços em locais adequados. Além da tecnologia, o local e os processos de trabalho precisam se adaptar para o uso diário da ferramenta, o que requer parcerias.

No Brasil, segundo Haddad (2012), a implantação do Telessaúde nos Dsei é um desafio. Há um grande número de etnias, com enorme diversidade sociocultural. No Estado do Amazonas, dificuldades geográficas afetam a expansão do Telessaúde pela baixa conectividade e pelo alto custo dos acessos via rádio e satélite (HADDAD, 2012).

O projeto dos Pontos de Telessaúde existentes na saúde indígena partiu do Núcleo de Telessaúde do Amazonas. Por isso, o Núcleo é foco deste estudo.

1.4.3 Núcleo de Telessaúde do Amazonas

O Núcleo de Telessaúde do Amazonas está localizado no Polo de Telemedicina da Amazônia (PTA), na Universidade do Estado do Amazonas (UEA). O Projeto PTA foi instituído pelo termo de cooperação técnica entre as instituições USP, UEA e CFM, assinado em 14 de dezembro de 2004. Posteriormente, o Sistema de Proteção da Amazônia (Sipam) ingressou na cooperação técnica, o que tornou possível interligar localidades remotas da Amazônia através do Sistema VSat (*Very Small Aperture Terminal*) (COSTA et al., 2006).

Junto a outras oito instituições na área da saúde do país, o PTA participa do Projeto de Estação Digital Médica - Estratégia de Implementação e Ampliação da Telemedicina no Brasil, coordenado pela Faculdade de Medicina da USP, um dos 34 aprovados pelo Programa Institutos do Milênio, iniciativa do MCTI executada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que visa financiar a pesquisa científica e o desenvolvimento tecnológico em temas

específicos considerados prioridades estratégicas nacionais, entre eles a telemedicina (COSTA et al., 2006).

O Polo desenvolve o Programa de Educação Continuada para Médicos do Interior do Amazonas e o Programa Teletrauma de Educação Continuada em Cirurgia do Trauma e Emergência para Médicos do Instituto de Cirurgia do Estado do Amazonas (ICEA) e comunidade acadêmica. Além disso, ele oferece suporte aos programas de Internato Rural com Telemedicina da UEA e Universidade Federal do Amazonas (Ufam), desde agosto de 2005 (COSTA et al., 2006).

A transferência de pacientes do interior do Estado do Amazonas para Manaus é bastante dispendiosa para os gestores locais de saúde, pois é comum a necessidade de transporte aéreo, especialmente em casos de urgência. O Programa Telessaúde se justifica pelo aprimoramento das decisões de remover ou não o paciente, decisões que impactam na qualidade de vida e da atenção à saúde (COSTA et al., 2009).

Em 2008, existiam 22 municípios contemplados pelo Programa Telessaúde, cerca de um terço dos municípios do Estado do Amazonas. Foram beneficiadas 145 equipes de Saúde da Família, realizadas 356 teleconsultorias através da segunda opinião formativa e 1.320 exames de suporte, o que evitou quase 1 mil remoções para Manaus. Comparado aos outros oito Núcleos, em 2008, o do Amazonas foi aquele com mais número de ações em tele-educação e o terceiro maior em teleconsultorias, sendo que sua maior demanda foi na especialidade de dermatologia (COSTA et al., 2009).

Cooperação técnica do Ministério da Saúde com o Ministério das Comunicações possibilitou que o Programa Governo Eletrônico Serviço de Atendimento ao Cidadão (Gesac) disponibilizasse 17 pontos em municípios do interior do Estado do Amazonas como referências de conectividade para o Núcleo. As antenas estão localizadas em escolas estaduais e o sinal é transmitido aos Pontos de Telessaúde usando sinal wireless por rádio. Como a conexão do Gesac é de 256Kbps e o Programa precisa de 1 Mbps para desenvolver suas atividades, era preciso aumentar a conectividade durante dias e horas específicas. Em 2008, houve uma perda de 61% das solicitações de conexão via satélite Gesac por problemas técnicos, insuficiência de banda, problemas climáticos, ausência do médico ou do

paciente etc. Seriam necessárias 50 novas antenas VSat para cobertura de todos os municípios do estado (COSTA et al., 2009).

Segundo Costa et al. (2009), a conectividade pode ser considerada o fator mais crítico para implementação da telessaúde no Estado do Amazonas e o envolvimento do governo estadual e municipal é fundamental para o funcionamento do Programa.

O Núcleo Amazonas elaborou projetos de implantação de Pontos de Telessaúde em comunidades indígenas. Em um desses, evidencia que a seleção baseou-se em pactuação junto à Sesai (Quadro 1).

Quadro 1 - Expansão dos Pontos de Telessaúde para aldeias indígenas do Amazonas
(continua)

Microrregião	Comunidade/ Referência	Etnia	Município	Quantidade Kit Telessaúde/ Antena
Rio Juruá	-	Deni	Itamarati	01
Alto Madeira	BR-230	Djahui, Itenharin	Humaitá	01
Alto Madeira	BR-230	Parintintin	Humaitá	01
Dsei-Vale do Javari	Curuçá	Marubo, Mati, Kanamari, Kulina e Mayoruna	Atalaia do Norte	01
Dsei-Vale do Javari	Ituí	Marubo, Mati, Kanamari e Mayoruna	Atalaia do Norte	01
Alto Rio Negro	Maturacá no Rio Cauburis	Yanomami	São Gabriel da Cachoeira	01
Alto Rio Negro	Rio Maiá	Yanomami	Santa Isabel do Rio Negro	01
Alto Rio Negro	Comunidade Pari-Cachoeira no Rio Tiquié	Yanomami	São Gabriel da Cachoeira	01
Alto Rio Negro	Tunuí no Rio Içana	Yanomami	-	01
Alto Rio Negro	São Joaquim no Rio Içana	Yanomami	-	01
Alto Rio Negro	Yauaretê	Yanomami	São Gabriel da Cachoeira	01
Alto Rio Negro	Uterari no Rio Uaupés	Yanomami	-	01
-	Umirituba (Dsei Parintins)	Sateré-Mawé	Barreirinha	01
-	Caçauá	Iskhariana	Nhamundá	01

Quadro 2 - Expansão dos Pontos de Telessaúde para aldeias indígenas do Amazonas
(continuação)

Microrregião	Comunidade/Referência	Etnia	Município	Quantidade Kit Telessaúde/Antena
Calha do Rio Negro	Cucuí	-	-	01
-	Uapuí-Cachoeira	-	-	01
Alto Solimões	Ilha do Bom Intento	Ticuna	Benjamin Constant	03
Alto Solimões	Nova Aliança	Cocama	Benjamin Constant	01
TOTAL				20

Fonte: PTA, s.n.t.

Em 2009 e 2010, houve a implantação de dois Pontos de Telessaúde em áreas indígenas no Estado do Amazonas, localizados em:

- a) Pelotão Especial de Fronteira (PEF) de Iauaretê, no distrito de Iauaretê do município de São Gabriel da Cachoeira (Anexo E). O Polo-base Iauaretê se encontra no mesmo distrito e pertence ao Dsei Alto do Rio Negro. Localiza-se na região conhecida como "Cabeça do Cachorro" (Figura 4). Agrega dez comunidades indígenas, compreendendo cerca de 15 etnias, maioria de origem Tariano e Tukano. Considerada de grandes proporções nas Terras Indígenas do país, sua concentração populacional é de 3.137 indígenas¹; e
- b) Polo-base Umirituba, referenciado ao município de Barreirinha e ao Dsei Parintins. Está situado às margens do rio Andirá-Marau (Figura 4) (Anexo E) e possui 1.343 índios².

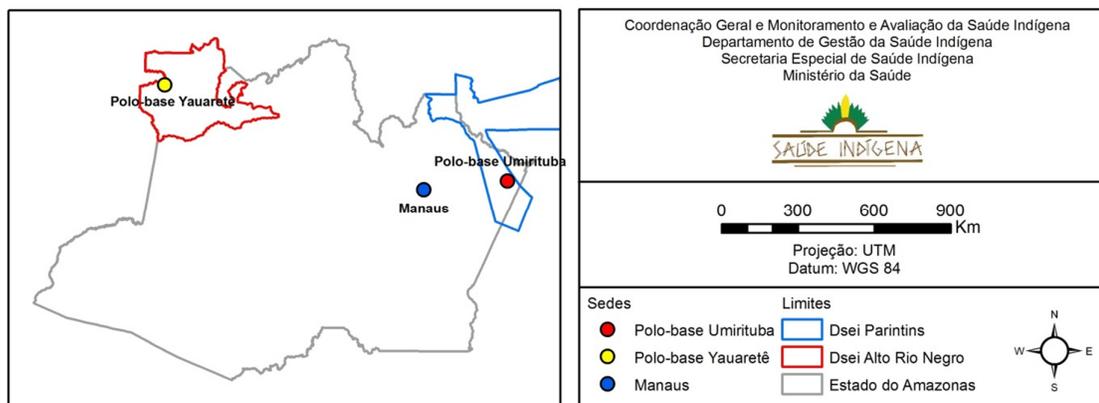


Figura 4 – Mapa com a localização dos Polos-base Iauaretê e Umirituba

Fonte: Cedido pela Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2012.

¹ Fonte: Siasi, setembro de 2012.

² Fonte: Siasi, setembro de 2012.

Foi assinado, pelos Ministérios de Saúde do Brasil e Canadá, em 2009, um Memorando de Cooperação que inclui a telessaúde no contexto indígena como um dos seus itens (HADDAD, 2012). No âmbito deste Memorando e no âmbito dos Termos de Cooperação Técnica 8/57 e 41, respectivamente da Unidade Técnica de Políticas de Recursos Humanos em Saúde e do Programa de Cooperação Internacional em Saúde da Opas/OMS, foi realizada missão conjunta de representantes dos dois Ministérios para conhecer o Ponto de Telessaúde de Yauaretê e o Núcleo de Telessaúde do Amazonas. Houve a participação da Funasa (OPAS, 2012).

Durante o I Fórum Regional: Recursos Humanos de Saúde para os Povos Indígenas Gestores, que ocorreu de 21 a 23 de novembro de 2011, no Panamá, discutiu-se a renovação do Memorando. O encaminhamento dado foi de futuramente finalizarem o novo documento de cooperação (BRASIL, 2012f).

O Projeto *Brazil-Canada Telehealth Collaboration – Amazon Indigenous Peoples and Remote Communities – Perspectives and Realities in the Amazon Towards – Canadian Sustainable Collaboration* é citado por Costa et al. Seus objetivos são fomentar, enriquecer, sustentar e ampliar a atuação da UEA junto às comunidade remotas e povos indígenas da Amazônia, somando o conhecimento canadense, e criar um canal para aproximar e efetuar trocas de conhecimentos entre os povos indígenas dos dois países (COSTA et al., 2006; COSTA et al., 2009).

O Programa Telessaúde Brasil vem ampliando os Pontos de Telessaúde pelo país, somando experiências promissoras do uso da educação permanente para a melhoria da atenção à saúde. Com apenas dois Pontos de Telessaúde na atenção à saúde indígena, ambos inativos e com expansão prevista, o presente estudo busca se aproximar do conhecimento dessas experiências para contribuir com sua implementação em busca do ambicioso objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das populações indígenas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes na atenção à saúde indígena.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o processo de implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção à Saúde Indígena; e
- b) Identificar as dificuldades e as facilidades no processo de implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção à Saúde Indígena.

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo é descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Como o tema é pouco explorado, a pesquisa exploratória visa proporcionar uma aproximação com o tema, de modo a obter-se uma visão geral, torná-lo mais explícito e delimitado. Seu planejamento é bastante flexível, possibilitando estudar o assunto sob vários aspectos relativos ao fenômeno estudado. Por sua vez, a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características deste ou o estabelecimento das relações entre as variáveis (GIL, 2002).

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2001, p.22):

(...) responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, como um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operações de variáveis.

3.2 LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nos distritos onde se localizam os dois polos-base (Yauaretê e Umirituba) atendidos pelo Programa Telessaúde Brasil Redes: Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto do Rio Negro, que engloba os municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos, no noroeste amazônico; e Distrito Sanitário Especial Indígena de Parintins, que abrange os municípios de Barrerinha, Nhamundá, Parintins e Maués. O Núcleo de Telessaúde do Amazonas foi incluído por ter apresentado o projeto de implantação dos dois Pontos de Telessaúde em questão.

Os sujeitos da pesquisa foram dois gestores de cada Dsei, totalizando quatro, e seis gestores do Núcleo de Telessaúde do Amazonas, compondo um total de 10 sujeitos. A amostra foi do tipo intencional, na qual a seleção dos participantes ocorre

de acordo com as características consideradas relevantes para o estudo. A intencionalidade, como afirma Gil (2002, p. 145) “torna uma pesquisa mais rica em termos qualitativos”. Foram incluídos atores-chave da gestão que são portadores do conhecimento que se busca construir.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Para a construção dos dados, utilizou-se das seguintes estratégias metodológicas: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevistas não estruturadas.

Para a pesquisa bibliográfica, a busca foi realizada principalmente no portal de periódicos da Capes, no banco de dados SciELO e no Google Acadêmico, com seleção de artigos publicados nos últimos dez anos, pertinentes aos temas centrais de análise desta pesquisa: tecnologias de informação e comunicação em saúde, telessaúde, EPS, educação à distância, saúde indígena. A seleção dos artigos voltou-se à contextualização do objeto deste estudo e ao marco teórico para discussão dos resultados.

Quanto à pesquisa documental, Gil (2002, p. 145) explica que “baseia-se em materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa”. A pesquisa bibliográfica, por sua vez, “é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 2002, p. 44-45).

A pesquisa documental ficou prejudicada por não haver disponibilidade ou sistematização dos documentos existentes. Projetos, ofícios, relatórios, atas, publicações e outros documentos referentes à implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foram solicitados às instituições envolvidas neste estudo. Dois projetos de telessaúde voltados à saúde das populações indígenas, elaborados pelo Núcleo de Telessaúde do Amazonas, foram localizados.

Esta pesquisa também utilizou como fonte de informações entrevistas não estruturadas focalizadas. De acordo com Gil (2002, p. 119-120), este tipo de

entrevista "só se distingue da simples conversação porque tem como objetivo básico a coleta de dados", e sua recomendação recai "nos estudos exploratórios que visam abordar realidades pouco conhecidas pelo pesquisador ou então oferecer visão aproximativa do problema pesquisado", além do fato de se tratar de um tema específico.

Este estudo não incluiu os indígenas como sujeitos da pesquisa devido ao moroso processo para aprovação de pesquisas que os envolvem e pelo curto período de tempo disponível neste mestrado. Este também é o motivo dos profissionais de saúde, do Ministério da Saúde e de outras instituições parceiras também não terem sido incluídas.

As entrevistas tiveram a seguinte questão norteadora: "*Quais as dificuldades e facilidades para a implantação e o funcionamento do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção à Saúde Indígena?*". Intervenções posteriores foram feitas para obter maiores esclarecimentos ou detalhes relacionados. As entrevistas foram agendadas, gravadas com um gravador digital com a permissão dos entrevistados e transcritas na íntegra pela pesquisadora.

3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dois projetos de telessaúde voltados à saúde das populações indígenas, elaborados pelo Núcleo de Telessaúde do Amazonas, foi realizada com base no roteiro previamente elaborado (Apêndice A). Suas informações constarão no subcapítulo "Implantação do Programa na Atenção à Saúde Indígena", de caráter descritivo.

Os dados das entrevistas foram organizados e analisados através da Análise de Conteúdo que, segundo Minayo (2010, p. 204-205), "visa a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica em relação à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação".

Recorreu-se à Análise de Conteúdo Temática, na qual o exercício de desmembramento do texto em categorias foi trabalhado a partir das seguintes etapas:

1ª. Etapa – Pré-análise, compreendida por (1) leitura flutuante para impregnação do conteúdo do texto; (2) constituição do corpus, observando as normas de validade qualitativa da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; (3) formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.

2ª. Etapa – Exploração do material, recortando as unidades de registro, determinando as unidades de contexto e, de acordo com a maior frequência dessas, delimitando as categorias e os temas.

3ª. Etapa – Interpretação dos resultados, propondo inferências a partir da interpretação e do confronto com a literatura.

Quanto à análise dos dados, Mostafa (1996, p. 1 e 2) retrata bem a complexidade sentida pela autora:

A realidade nunca se nos oferece plena e completa, apesar de ser plena e completa. Mas o espírito humano aspira à totalidade do real. (...) O homem se aproxima da realidade. O seu movimento será sempre o de aproximação. Ao cortar pedaços, geram-se contradições. Tanto no interior dos pedaços recortados, quanto na relação dos recortes, entre si. Pois sempre é possível recortar pedaços de quaisquer tamanhos. A realidade é sempre empírica e contínua. O saber é sempre descontínuo e teórico na medida em que as ciências segmentam e recortam os seus objetos.

O exercício de recortar a realidade para se compreender uma totalidade é um exercício que deixa lacunas, que traz pedaços. E os pedaços podem ser recortados sob vários olhares. Reforça essa ideia Minayo (2010) ao apontar que não há ciência neutra, pois perpassa interesses e visões de mundo historicamente criadas, sendo as pesquisas qualitativas guiadas por preocupações científicas e circunstâncias socialmente postas.

Diante das várias possibilidades de percurso de interpretação dos resultados, após a Análise de Conteúdo Temática, emergiram os temas e as categorias presentes na Tabela 1, que permitiram compreender as facilidades e dificuldades de implantação do Programa, segundo os sujeitos entrevistados. No tema “Os profissionais de saúde e o Programa”, há três categorias, com um total de 44 unidades de contexto. A primeira categoria trata da rotatividade dos profissionais, a

segunda, da tele-educação e a terceira, da diminuição da sensação de isolamento dos profissionais.

O segundo tema faz referência às tecnologias da informação e comunicação, com desdobramento em duas categorias, com um total de 33 unidades de contexto. Uma categoria refere-se à falta de infraestrutura adequada, enquanto a outra diz respeito ao uso da tecnologia.

O terceiro tema aborda a redução dos encaminhamentos dos pacientes indígenas, somando um total de 23 unidades de contexto.

O último tema, com 43 unidades de contexto, é a articulação intersetorial na gestão do programa.

Tabela 1 – Resumo da análise de conteúdo temática das entrevistas.

TEMAS	CATEGORIA	f	%
1. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O PROGRAMA	1. Rotatividade dos profissionais	18	13
	2. Tele-educação	16	11
	3. Diminuição da sensação de isolamento dos profissionais	10	07
Subtotal da primeira Categoria		44	31
2. AS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NO PROGRAMA	4. Falta de infraestrutura adequada	19	13
	5. O uso da tecnologia	14	10
Subtotal da segunda Categoria		33	23
3. A REDUÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS	-	23	16
Subtotal da terceira Categoria		23	16
4. ARTICULAÇÃO INTERINSTITUCIONAL NA GESTÃO DO PROGRAMA	-	43	30
Subtotal da quarta Categoria		43	30
TOTAL DE UNIDADES DE CONTEXTO		143	100

f = frequência

Os temas e suas categorias serão apresentados e discutidos na forma de subcapítulos dentro do capítulo de Resultados e Discussão. Mas antes disso, um subcapítulo dedica-se à descrição do processo de implantação do Programa nos Pontos de Telessaúde Yauaretê e Umirituba a partir das informações coletadas na pesquisa documental e nas entrevistas.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, aprovado sob o Parecer N° 97/2012. Buscando atender a Resolução N°196/96, do Conselho Nacional de Saúde, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) pelos gestores, garantindo-lhes sigilo e anonimato sobre as informações prestadas. Para referenciar os entrevistados, preservando seu anonimato, utilizou-se a letra “E” seguida de um número (entre 1 e 10).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificar fatores que dificultam e facilitam o processo de implantação e a gestão do Programa Telessaúde pode contribuir para o planejamento, organização e coordenação das ações e para a melhoria da eficácia da telessaúde, ou seja, para o alcance dos resultados esperados (GUNDIM, 2009).

As facilidades apontadas pelos entrevistados, em sua maioria, expressam as expectativas de cada um deles, congruentes com os objetivos e com aquilo que acreditam ser potencialidade do Programa. As dificuldades relatadas estão ligadas às barreiras que foram encontradas para o funcionamento do Programa, em especial àquelas atreladas à inatividade dos Pontos.

Os participantes da pesquisa são de meia idade (35 a 50 anos); em sua grande maioria possuem formação na área da saúde (exceto por dois); 50% possuem experiência na saúde indígena há mais de dois anos e a mesma proporção estava presente na implantação do Programa. Por meio das entrevistas e das informações extraídas das pesquisas documental e bibliográfica, resultaram quatro temas, apresentados a seguir, que expressam as dificuldades e facilidades percebidas por esses gestores, em relação à implantação e funcionamento do Programa.

4.1 A IMPLANTAÇÃO DA TELESSAÚDE NA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

O Núcleo de Telessaúde do Amazonas elaborou e enviou à Sgtes/MS dois projetos voltados à implantação de Pontos de Telessaúde na atenção à saúde indígena, descritos a seguir.

O Projeto Telessaúde de Apoio à Saúde das Populações Indígenas no Estado do Amazonas foi enviado pelo Núcleo de Telessaúde do Amazonas a Sgtes/MS em outubro de 2010. O outro projeto, intitulado Projeto Telessaúde no Apoio à Saúde das Populações Indígenas e de Fronteira no Estado do Amazonas, não apresenta data de formulação ou envio (PTA, 2010, s.n.t).

A instituição executora dos dois projetos é o Polo de Telemedicina da Amazônia. No entanto, a instituição beneficiária do primeiro é a Fundação de Apoio Institucional Muraki e do segundo, a Universidade do Estado do Amazonas. As responsabilidades dessas instituições não são apresentadas (PTA, 2010, s.n.t).

A justificativa para implantação dos Projetos é baseada nas características do Estado do Amazonas e as populações indígenas são mencionadas como “populações localizadas em áreas remotas e culturalmente diversas” (PTA, s.n.t). No capítulo intitulado “Apoio ao Subsistema de Saúde Indígena”, constam dados de algumas etnias do Amazonas e um esboço da caracterização epidemiológica com as doenças mais prevalentes. Menciona-se a importância de se considerar a diversidade cultural, o entendimento diferenciado do processo saúde-doença e a medicina tradicional das populações indígenas do Estado. Diferentemente do primeiro, o segundo projeto inclui, além das populações indígenas, as populações fronteiriças do estado. Neste refere-se à expansão da telessaúde para cinquenta Pontos de Telessaúde, vinte desses em comunidades indígenas (Quadro 1). O primeiro projeto não elucida as aldeias ou polos-base onde seriam instalados os Pontos (PTA, 2010, s.n.t).

Em consonância com o Programa Nacional, os referidos projetos objetivam melhorar a qualidade da atenção primária em saúde. Os serviços abrangem tele-assistência, tele-educação e segunda opinião formativa (PTA, 2010, s.n.t).

As etapas previstas foram quatro: (1) contratação de equipe e aquisição dos equipamentos; (2) viagens às localidades selecionadas; (3) capacitações técnicas das equipes de saúde e de apoio para utilização das ferramentas; (4) monitoramento mensal e suporte contínuo dos serviços de segunda opinião formativa e tele-educação. Destaca-se que na primeira etapa do segundo projeto estava prevista a contratação de empresa para disponibilizar conectividade nos Pontos (PTA, 2010, s.n.t).

O cronograma de implantação de ambos os projetos limitava-se às datas previstas para início e fim dos projetos: de março de 2011 a março de 2012. E somente o primeiro projeto apresentava orçamento, previsto em R\$300.364,00 (PTA, 2010).

Os dois projetos almejavam a cooperação com o SasiSUS, embora não haja apontamentos para articulação com os gestores, indígenas e instâncias de controle

social. O envolvimento dos profissionais de saúde está previsto nas capacitações, não descrevendo outro tipo de interação em momento anterior ou posterior (PTA, 2010, s.n.t).

No segundo projeto, verifica-se referência à articulação interinstitucional junto à USP. O Projeto Homem Virtual da Faculdade de Medicina da USP é mencionado como uma ação da tele-educação e as ações de tele-assistência envolvem, além da Faculdade, seu hospital (PTA, 2010, s.n.t).

Em relação aos resultados esperados pelos projetos, a redução da mortalidade infantil e o aumento da resolutividade da APS são aqueles explicitamente colocados (PTA, 2010, s.n.t).

A avaliação das ações de telessaúde e de seu impacto junto às comunidades indígenas ocorreria, em ambos os projetos, pela caracterização socioeconômica, cultural e ambiental (PTA, 2010, s.n.t). Contudo, não são explicitados: as abordagens (quanti ou qualitativa ou ambos), as técnicas (entrevistas, grupos focais, inquéritos, etc), a dimensão temporal e os sujeitos envolvidos. No segundo projeto, além dessa avaliação, prevê-se o uso de indicadores monetários e não monetários (PTA, s.n.t). Mais uma vez, não são descritos os indicadores e não é detalhado o processo.

Embora o segundo projeto apresente previsão de Pontos de Telessaúde a serem instalados em Umirituba e Yauaretê, relatos dos entrevistados apontam que eles foram instalados anteriormente à data de início prevista para o projeto em questão. A data de ativação do Ponto de Umirituba foi 31/03/2010 (BRASIL, 2012g) e, em Yauaretê, no ano anterior. Não foi possível identificar o custo da implantação desses Pontos de Telessaúde.

Dois entrevistados afirmam que a articulação com ONGs indígenas e com a Secretaria de Estado do Amazonas colaborou com a escolha das localidades para criação dos Pontos. Três relataram ainda que a intenção do Núcleo Amazonas teria sido a busca por comunidades indígenas de difícil acesso geográfico com alta concentração populacional. Yauaretê é o Ponto de Telessaúde mais longínquo do Programa Telessaúde e uma “mega aldeia” [E4]. Umirituba está em uma calha do rio Andirá-Marau “que conflui várias comunidades indígenas daquele entorno” [E6].

Em Yauaretê, a instalação dos equipamentos foi no Pelotão Especial de Fronteira, e não na unidade de saúde do Polo-base Yauaretê. Justificativas,

segundo três entrevistados, abarcam ausência de: espaço adequado para a instalação do equipamento, de fornecimento constante de energia elétrica e da presença diária de algum profissional de saúde. A escolha do PEF foi questionada por três entrevistados devido ao histórico de confrontos da população brasileira com o exército, que, segundo eles, gerou desconforto na relação.

O deslocamento para instalação dos equipamentos no PEF foi realizado através de avião da Força Aérea Brasileira. Para Umirituba, o deslocamento foi descrito como “difícil”. Segundo site do Programa Nacional de Telessaúde (BRASIL, 2012g), ele foi de quase seis horas: uma hora e quinze minutos de voo de Manaus até Parintins e quatro horas e meia de deslocamento fluvial, com “boa recepção da população” e expectativa de atendimento a mais de cinco mil indígenas.

Atualmente ambos os Pontos estão inativos. Entrevistado [E2] contou que, em Umirituba, funcionou por cerca de seis meses. Outro entrevistado assinalou que o Ponto de Yauaretê foi pouco utilizado: “O que eu posso te afirmar é que ele foi muito pouco utilizado, se é que foi” [E4].

Não se obteve, nesta pesquisa, acesso a outros documentos que pudessem tratar do processo de seguimento dos projetos, detalhando a implantação, a data de ativação do Ponto Yauaretê, as atividades desenvolvidas e a avaliação previstas. A ausência desses registros foi confirmada junto aos Dsei Alto do Rio Negro e Parintins. Os registros de dados e informações nos processos de implantação e funcionamento de um programa permitem o conhecimento futuro do histórico daquele programa na localidade, o que é fundamental na tomada de decisão dos gestores.

4.2 OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O PROGRAMA

Atores chaves na atenção à saúde, os profissionais de saúde são alvo dos objetivos do Programa Telessaúde Brasil. Fixá-los em regiões de difícil acesso geográfico é um desafio crítico para a atenção primária, pois o vínculo profissional-paciente é preconizado. A educação permanente é “estratégia de gestão” que reorienta o modelo de atenção e proporciona enfrentamento desse e de outros

desafios presentes no processo de trabalho, qualificando os serviços ofertados (BRASIL, 2012a). O Programa Telessaúde Brasil objetiva contribuir com a fixação dos profissionais através da educação permanente à distância.

Neste estudo, as categorias relacionadas aos profissionais de saúde tratam fundamentalmente de aspectos ligados à rotatividade profissional, tele-educação e diminuição da sensação de isolamento dos que atuam em áreas remotas, apresentadas a seguir.

4.2.1 Rotatividade dos profissionais

Associada a diversas dificuldades na implantação e no funcionamento do Programa Telessaúde, a rotatividade dos profissionais não é problema exclusivo da saúde indígena. Nos municípios do Estado do Amazonas, foi associada a troca de profissionais às mudanças políticas decorrentes da eleição de novo gestor:

Em se falando de Amazonas, nós temos uma rotatividade muito grande de profissionais aqui, só que ela tem um período um pouco maior. Ao invés de um ano, como é lá no Distrito, ela é de quatro anos, é o período eleitoral. [E7]

Pesquisa realizada na Rede Nutes, por Oliveira (2010), aponta que o êxito da implantação do Programa depende, dentre outros, do enfrentamento da rotatividade de profissionais e de gestores no âmbito municipal.

Quando a Funasa assumiu a gestão da atenção à saúde indígena, a contratação dos profissionais de saúde foi realizada mediante parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGs) e associações indígenas. Posteriormente, também se fixou parcerias com prefeituras municipais (FERREIRA, 2012). O relato abaixo aponta que a rotatividade dos profissionais estava relacionada ao intervalo das contratações.

(...) naquela época, todo final de ano tinha que esperar um novo convênio e, enquanto isso, os profissionais eram todos desligados, esperando uma nova assinatura pra daí serem recontratados. Nessa questão da espera, muita gente acabava indo embora, procurando outros locais porque o convênio acaba, mas as tuas contas não. Você tem que trabalhar. [E7]

Faria (2009) identificou forte relação entre a precarização dos vínculos de trabalho dos enfermeiros e a descontinuidade nos processos educativos do

Programa no Núcleo Rio de Janeiro. O mesmo foi observado por Andrade (2011) em relação aos agentes comunitários de saúde também no Núcleo Rio de Janeiro.

A rotatividade dos militares do PEF também foi relatada como problemática. Neste caso, ela é associada ao modelo de gestão do próprio exército e vista como inevitável.

As consequências da rotatividade dos profissionais de saúde, descritas pelos participantes da pesquisa, foram: irregularidade na oferta de ações de saúde à população, perda dos profissionais com experiência em saúde indígena; perda dos profissionais já capacitados e experientes no uso das ferramentas da telessaúde, com necessidade de novo processo de capacitação (ilustrada nos relatos abaixo); dificuldade de manutenção dos equipamentos da telessaúde; e dificuldade para planejamento das atividades de educação permanente.

(...) teria que estar sempre capacitando novos profissionais. [E7]

Então tem que fazer um esforço de capacitar novamente, de conversar com as pessoas, de saber o que essas pessoas tão a frente. [E8]

Os profissionais de saúde passam um período e depois saem e chega outro. Tem que tá sempre também renovando o que é telessaúde, qual a importância do telessaúde pra sua comunidade, quais são as ferramentas do telessaúde que podem lhe apoiar e tudo mais. Tem que dar o treinamento de novo. [E9]

A necessidade de capacitar novos profissionais, segundo Andrade (2011), gera gasto elevado aos gestores.

A possibilidade dos profissionais de saúde já capacitados atuarem como multiplicadores para novos profissionais contratados para os polos-base é, por vezes anulada pela alta rotatividade dos mesmos.

Profissionais da época que tinham esse conhecimento com o telemedicina, com o telessaúde eles não se encontram mais no Distrito. [E1]

Foi relatado ainda que o Núcleo de Telessaúde do Amazonas não é avisado pelos gestores dos Dsei sobre a saída ou a contratação de profissionais de saúde para as equipes localizadas nos polos-base assistidos, de modo que há atraso no planejamento de nova capacitação.

O enfrentamento do problema da rotatividade requer ações múltiplas e intersetoriais. Investimentos na força de trabalho perpassam a execução de um concurso público (já em discussão na Sesai), com a criação de um bom Plano de Cargos, Carreira e Salários; a provisão de infraestrutura e insumos necessários no processo de trabalho; e a educação permanente em saúde, discutida na próxima categoria.

4.2.2 Tele-educação

Um dos serviços ofertados pelo Programa Telessaúde Brasil é a tele-educação através de conferências, aulas e cursos, com a inclusão não só da educação permanente à distância como das capacitações (BRASIL, 2011a).

As capacitações, muitas vezes vinculadas à transmissão de conhecimentos, nem sempre são convertidas em ação (BRASIL, 2009a). Educação continuada, outro termo utilizado, objetiva atualizar conhecimentos específicos, de maneira descendente, geralmente no formato de cursos (BRASIL, 2005). A educação permanente, por outro lado, busca a aprendizagem no trabalho e encontra-se embasado na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformação das práticas profissionais. Os conhecimentos e experiências dos profissionais são considerados e o processo de educação parte da problematização do processo de trabalho e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2009a). Os conceitos de capacitação, educação permanente e educação continuada são frequentemente confundidos. É importante considerar a possibilidade de isso acontecer com os gestores entrevistados.

A preparação para atuação em contexto intercultural deveria ser premissa para o ingresso dos profissionais de saúde no SasiSUS. No entanto, ela nunca ocorreu sistematicamente (FERREIRA, 2012). O telessaúde seria uma ferramenta para ajustar essa situação: “é uma capacitação à distância muito boa aprender a reconhecer as especificidades de cada comunidade indígena, de cada população indígena” [E8].

Apenas um entrevistado aponta para a não existência de educação continuada para os trabalhadores. Os demais relatos não apontam para dificuldades neste sentido e sim para potencialidades que a telessaúde traz como ferramenta para ações de tele-educação. Desta forma, afirmam que a equipe poderia receber capacitação para prevenção, identificação de sintomas, diagnóstico precoce e tratamento de doenças prevalentes na localidade, diminuindo os índices de mortalidade e morbidade da população.

É considerado como uma vantagem do uso da telessaúde o fato da educação permanente à distância, através de videoconferências, evitar o deslocamento da equipe para fora das comunidades.

O agente indígena de saúde foi o público alvo mais citado pelos entrevistados para as ações de tele-educação, acompanhando o previsto na Pnspi, que destaca o processo de formação dos AIS como estratégia estruturante do SasiSUS (BRASIL, 2002).

Embora os fatores facilitadores dos serviços de tele-educação tenham sido abordados nas entrevistas, percebe-se que não houve relato de caso acerca da utilização desses serviços quando os equipamentos estavam funcionando. Os benefícios foram elencados como prováveis, não como dedutíveis da vivência. Ao longo dos resultados, foi possível observar a distância entre o relato de expectativas e o de observações feitas a partir da realidade vivida, o que recai sobre a discussão do trabalho real e do prescrito. Os objetivos definidos, as regras existentes e os procedimentos para obtenção dos resultados esperados aplicam-se à prescrição, oriunda da instituição, da sociedade ou dos próprios trabalhadores. O real apresenta-se como uma reapropriação do prescrito, vivido cotidianamente (SCHERER, PIRES, SCHWARTZ, 2009). O prescrito prevaleceu em diversas falas dos gestores, que retratam facilidades da telessaúde. Nele observa-se congruência com os objetivos e os resultados traçados pelo Programa no âmbito nacional. A única facilidade retratada dentro da vivência foi a de um caso onde a comunicação à distância permitiu orientações diante da grave situação de saúde de uma paciente e que foi entendido pelos entrevistados como uma tele-assistência.

4.2.3 Diminuição da sensação de isolamento dos profissionais

Além da educação permanente em saúde, o Programa Telessaúde Brasil tem em seus objetivos o auxílio à fixação de profissionais em municípios isolados ou com dificuldade de acesso (CAMPOS et al., 2006; BRASIL, 2012a). O Programa possibilita um diálogo próximo entre as evidências científicas recentes, as universidades e o mundo acadêmico com os profissionais de saúde e o mundo do

trabalho (SANTOS et al., 2009). Os entrevistados confirmam a aproximação entre os dois mundos no uso de expressões como *suporte de um profissional, eu me sentiria mais tranquilo(a), não se sentirem abandonados, apoio aos profissionais, diminuir a dificuldade de conhecimentos*.

Para um dos participantes, a simples oferta contínua dos serviços de telessaúde gera confiança no profissional: “Eu acredito que a partir do momento que as pessoas vislumbrem o telessaúde como fato, vai facilitar a fixação desse profissional nessa localidade” [E10].

A criação de um vínculo pessoal entre as equipes do Núcleo e dos Pontos também é citada como estratégia positiva para a diminuição da sensação de isolamento dos profissionais.

4.3 AS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NO PROGRAMA

O uso de tecnologias da informação e comunicação no Brasil é recente (GUNDIM, 2009). O próprio Programa de Telessaúde é recente. Ainda mais embrionários são os Pontos de Telessaúde na atenção à saúde indígena. A presença de culturas organizacionais desabitadas ao uso das TICs para compartilhamento de habilidades e conhecimentos com profissionais e pacientes em áreas remotas foi uma das barreiras mais significativas para a implantação dos serviços de telessaúde, segundo inquérito realizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010).

No contexto deste estudo, os principais elementos abordados pelos sujeitos da pesquisa, para descrever o tema das tecnologias da informação e comunicação no Programa estruturam-se em duas categorias: falta de infraestrutura adequada e uso da tecnologia.

4.3.1 Falta de infraestrutura adequada

Equipamentos danificados é a causa referida na maioria das entrevistas para o não funcionamento atual do Programa. Os motivos relatados são descargas elétricas constantes e a falta de uso devido à ausência dos profissionais em área por um período prolongado ou à falta de energia elétrica. As dificuldades de funcionamento das tecnologias foram associadas à localização geográfica, coincidindo com o que citam Muttitt, Loewen e Vigneault (2004) a respeito da infraestrutura técnica para implantação da Telessaúde em comunidades indígenas: “a gente tá no extremo noroeste amazônico e a gente sabe que essas tecnologias, elas funcionam com uma certa dificuldade nesta região” [E4].

Um dos entrevistados sugeriu combater este problema com a realização de aterramento elétrico no Ponto: “Talvez uma situação que pudesse beneficiar era ter recurso pra fazer um aterramento lá” [E6].

O custo elevado desta operação relacionado à contratação de engenheiro, à aquisição e instalação de para-raios e a dificuldade de acesso aos locais pode ser o motivo dessa ideia não ter sido concretizada. A busca de financiamento junto aos parceiros pode ser o caminho.

A instalação dos equipamentos no PEF, e não na unidade de saúde do Polo-base Yauaretê, é justificada, nas entrevistas, pela falta de infraestrutura adequada; mais especificamente, pela falta de energia elétrica 24 horas. A energia fornecida no polo vem de um gerador movido a diesel e é de uso racionado devido ao custo. O alto custo para provimento da energia elétrica durante o dia também foi relatado como um problema. O estudo da OMS (WHO, 2010) apontou como a preocupação mais frequente entre os países pesquisados o custo elevado da telessaúde, assim como o deslocamento de equipamentos por via aérea. No caso do Polo-base de Umirituba, a dificuldade é ainda maior, segundo relatado pelos entrevistados, pois o transporte de equipamentos é aéreo e fluvial.

A falta de espaço adequado para a instalação do equipamento e a ausência constante de algum profissional de saúde no Ponto de Telessaúde foram outras justificativas citadas para a não instalação no Polo-base Yauaretê.

Estudos sobre a infraestrutura apropriada aos equipamentos da telessaúde e a compatibilização nas aldeias/polos-base que os receberão é imprescindível para adaptação do local e/ou da tecnologia de modo a não se investir em uma estratégia que não pode ser executada com o mínimo de intermitência possível. No mesmo sentido, o envolvimento e a capacitação e dos profissionais para lidar com as TICs utilizadas é um investimento imprescindível, além do fato que, sem o uso dessas tecnologias, a telessaúde não existe.

4.3.2 O uso da tecnologia

Esta categoria apresenta dificuldades e facilidades. Nos relatos, houve entrevistados que abordaram a capacitação prévia da equipe de profissionais de saúde para lidar com o Programa e seus equipamentos e outros que afirmaram que essa não ocorreu. Gagnon et al. (2012) afirmam que o treinamento quando inadequado ou inexistente é um fator negativamente associado à implantação das TICs, o que tem consistência com os achados deste estudo.

A falta de habilidade para com os equipamentos foi relacionada ao não uso da ferramenta e à danificação dos equipamentos (qualificados como sensíveis). O fator habilidade está relacionado ao treinamento, que está dentre os fatores individuais e associado também aos organizacionais (GAGNON et al., 2012).

Por ser uma novidade a introdução das TICs na atenção à saúde indígena, pode-se considerar que não há uma cultura organizacional habituada a essa inovação. Por si só, essa é uma barreira que precisa ser transposta (WHO, 2010).

A resistência à tecnologia foi relatada. A telessaúde é considerada como uma inovação por introduzir novas tecnologias e novos processos que alteram os processos vigentes até então. A resistência diante da mudança de hábitos trazida com a introdução do Programa pode se dar por “medos infundados, por preconceitos ou pela falta de perspectiva do contexto histórico, tendendo a permanecer no que se convencionou chamar ‘zona de conforto’” (GUNDIM, 2009, p. 15). Segundo a mesma autora, assim como há a resistência, há o interesse. As falas a seguir ilustram os dois sentimentos: “Por que isso, a gente tá entrando num processo dele, de

atendimento, com uma inovação, né? Então a gente sentiu a resistência” [E9]; “Era um projeto inovador e a gente ficou empolgado” [E2].

Acrescentou-se à resistência supracitada a dificuldade de fomentar o uso do Programa. Motivar o profissional quanto ao uso da tecnologia é considerado por Gagnon et al. (2012) um dos principais fatores de sucesso para a implantação da TIC: “a gente tem dificuldade hoje ainda de fomentar que eles usem a ferramenta” [E9].

Em momento algum houve menção pelos entrevistados da participação dos profissionais da saúde indígena no planejamento da implantação do Programa, apenas nas capacitações. Caso tivesse ocorrido, seria um estímulo para a adesão às tecnologias (GEMERT-PIJENEN et al., 2011).

Dos que relataram a ocorrência da capacitação, esta se deu de forma tranquila e logo após a instalação dos equipamentos. O número reduzido de profissionais capacitados e falta de continuidade das capacitações foram dificuldades citadas. Por causa da rotatividade já apontada anteriormente, os profissionais capacitados não se encontram mais no local, segundo relato de um dos entrevistados.

4.4 A REDUÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS

Para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, a APS deve ser resolutiva, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, de cuidado individual e coletivo, de forma a resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2011a).

A Pnapsi afirma que “a maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível”, ou seja, no SasiSUS. Ela reforça a articulação do Subsistema com a rede do SUS para atendimento às demandas não atendidas nos polos-base. Adicionalmente, preconiza que haja definição dos fluxos de referência e contrarreferência. As Casai, localizadas em municípios de referência dos distritos, fazem parte da organização do SasiSUS e destinam-se a serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do SUS (BRASIL, 2002).

Neste tema, um caso foi citado repetidamente: uma indígena apresentou um quadro grave de hemorragia e o profissional de saúde que a socorria na aldeia recebeu orientações do Núcleo por videoconferência. Houve inconsistência entre os detalhes fornecidos nas entrevistas, como a causa da hemorragia, a formação/ocupação do profissional da aldeia, a motivação da busca pelo socorro através da telessaúde, etc. Os relatos sugerem que o caso é considerado emblemático para o uso do Programa na atenção à saúde indígena.

A redução dos encaminhamentos dos indígenas para serviços de referência do SUS contribui, segundo os entrevistados, para a redução dos problemas sociais e para a racionalização dos gastos.

A redução dos encaminhamentos atrelada à redução dos problemas sociais foi relacionada essencialmente ao não deslocamento do indígena do seu território, da sua comunidade, da sua família. Outras terminologias similares utilizadas foram: “ambiente”, “loco”, “núcleo familiar”.

(...) porque aí nem vinha pra cidade, pra CASAI (...) tirava ele da comunidade, de perto da família, toda uma questão social e você conseguindo resolver isso lá na comunidade mesmo, no polo. [E3]

A mistura de etnias dentro das Casai como um problema social foi a segunda unidade de contexto mais citada nesta categoria. Ela foi relacionada às desavenças históricas existentes entre algumas etnias. Além disso, referiu-se à superlotação da Casai e suas condições precárias como um problema gravíssimo. Observe as falas:

E ele vem prá cá e ali ficam várias etnias no mesmo espaço, o que isso também, antropológicamente falando, pode criar situações até sociais bem complicadas porque existem... hoje nós ainda temos etnias indígenas que tem guerras intercâmbicas. [E7]

Tem um outro viés gravíssimo. Se você hoje for na Casa do Índio aqui em Manaus, tem lá 120 índios morando lá, nas condições mais precárias que você possa imaginar. [E6]

A redução dos encaminhamentos ligada à racionalização dos gastos baseou-se na não utilização do transporte, cujo custo é muito alto. O Estado do Amazonas é o de maior dimensão territorial no Brasil, com 1.559.161,682 quilômetros quadrados e de baixa densidade demográfica, 2,23 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2010). No estado, o transporte fluvial é o meio mais utilizado para o deslocamento dos municípios para as aldeias indígenas e vice-versa. No caso dos Polos-base Umirituba e Yauaretê, o tempo usual é de cerca de quatro horas e meia e dois dias, respectivamente. Assim, em caso de remoção de pacientes debilitados ou imobilizados ou de casos urgentes de saúde, o transporte aéreo é o mais indicado

ou mesmo a única opção. Seu alto custo comparado ao fluvial multiplica as despesas do Dsei.

Diminuir os encaminhamentos desnecessários. Se a gente consegue reduzir pelo menos de 1 pra 1. Tipo, eu tenho 100% de encaminhamento, eu consigo cortar pela metade, você imagina num estado continente como é o Amazonas, onde o deslocamento é aéreo, o quanto que economiza. [E6]

Além do transporte, os custos decorrentes da estadia do paciente na Casai foi relacionado à demora de retorno do paciente pela complexidade do sistema regulador da média e alta complexidade.

Quem consegue resolver no telessaúde, no telemedicina, você primeiro, você ganha/otimiza recursos financeiros até porque você trans... leva um paciente pra Manaus, fica... aí você tira ele da aldeia, ele fica seis meses, enfim. Hoje nós temos um sistema de regulação complexo no estado, é muito difícil esse reggae. [E3]

Costa et al. (2009) relatam que a redução dos encaminhamentos é consequência do aprimoramento das decisões de remoção do paciente. Esse aprimoramento com o uso da telessaúde foi abordado na categoria Tele-educação.

4.5 ARTICULAÇÃO INTERINSTITUCIONAL NA GESTÃO DO PROGRAMA

Depois do tema “Os profissionais de saúde e o Programa”, o tema mais enfatizado pelos gestores foi “A articulação interinstitucional na gestão do Programa”, evidenciando o peso da dimensão política no processo.

Proposta desde a Reforma Sanitária Brasileira, a articulação interinstitucional refere-se à participação dos diferentes atores no desenvolvimento das ações de saúde no SUS a fim de alcançar maior efetividade e impacto sobre a saúde de determinado grupo populacional. Na saúde indígena, o conceito ganha maiores proporções devido às especificidades culturais (CHAVES; CARDOSO e ALMEIDA, 2006). A Pnspi prevê atuação coordenada para viabilização das ações e alcance dos seus objetivos, com ampla articulação em nível intra e intersetorial, sendo o órgão executor da política (hoje a Sesai) que promove e facilita esse processo. A Política destaca, na articulação intersetorial, a atuação do órgão indigenista oficial junto ao órgão gestor da política na busca pelas parcerias e, na articulação intrasetorial, o envolvimento dos gestores nacional, estaduais e municipais do SUS no planejamento conjuntamente com os Dsei e o controle social (BRASIL, 2002).

Para a implantação do Programa Telessaúde na atenção à saúde indígena, uma gama de instituições podem ser envolvidas, entre parceiros do Programa Nacional, parceiros do PTA e instituições ligadas às populações indígenas. Algumas delas, já mencionadas anteriormente, são:

- Primeiramente, o Núcleo de Telessaúde do Amazonas, localizado na UEA, e o próprio Ministério da Saúde, à época pela Funasa e agora por meio da Sesai e Dsei autonomamente, além da Sgtes e SAS, coordenadoras nacionais do Programa;
- Um dos Pontos está em um PEF, o que remonta a articulação imprescindível com o Ministério da Defesa;
- A Funai, o órgão indigenista oficial;
- Ligados ao Programa, há uma série de parceiros, como Rute, RNP, MCTI, Ministério das Comunicações, Opas e etc;
- Ligados ao Núcleo de Telessaúde do Amazonas, o Sipam, o CFM e a USP;
- O Memorando de Entendimento com o Canadá trouxe uma cooperação na telessaúde voltada para a atenção aos povos indígenas com o *First Nations*;
- No Estado do Amazonas, existem várias Organizações Não Governamentais (ONGs). A Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab) é sediada em Manaus e possui representação em Brasília, sendo considerada a maior organização indígena brasileira, com 75 ONGs representantes dos nove estados da Amazônia brasileira. Outra grande ONG é a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (Foirn), sediada em São Gabriel da Cachoeira e composta por 89 associações indígenas de base.

A articulação do Núcleo com essas duas ONGs foi citada, em entrevista, como questão forte no planejamento para a implantação dos dois Pontos de Telessaúde em questão. A Secretaria de Estado para os Povos Indígenas (Seind), do governo do Estado do Amazonas também foi mencionada.

Elas participaram interagindo no sentido da construção desse modelo. Ou seja, nós temos um modelo de atenção primária aplicada à telessaúde. Nós precisávamos de aplicar um modelo que fosse razoável para a atenção indígena. E isso aconteceu a partir do momento dessa interlocução com a Seind, com a Foirn e a Coiab. [E6]

A necessidade de haver articulação com o Ministério da Saúde, em especial com a Sesai, para o funcionamento do Programa foi a unidade de contexto de maior frequência, partindo do entendimento de que ela está fragilizada ou mesmo inexistente desde sua criação.

Eu acho que tem que haver essa aproximação, tanto com a coordenação geral do Programa Nacional de Telessaúde, que hoje tá muito a cargo da SAS, enquanto também conversa conosco aqui na parte operacional. [E6]

Porque a Sesai, ela é uma outra Secretaria à parte, existe toda uma estruturação. Então eu penso que agora seria o momento de começar a aproximar as partes e começar aquele namoro mesmo pra seguir a implantação em área indígena, a normativa de como vai funcionar. [E7]

Dialogar com as comunidades indígenas, com o apoio da Sesai, é considerado importante para o funcionamento do Programa.

Precisa fortalecer essa mediação, eu acho que seria interessante ter o apoio da Sesai, né? Essa mediação com as comunidades, com o sistema de saúde, o sistema de saúde indígena, né? Pra que a telessaúde possa se consolidar e retomar as atividades e consolidar as atividades [E8]

O fortalecimento da articulação entre o Núcleo, a Sesai e o exército também foi referido nas entrevistas como imperativo.

Os municípios referência dos Pontos de Telessaúde Yauaretê e Umirituba são São Gabriel da Cachoeira e Barreirinha, respectivamente. O primeiro é composto por 90% de indígenas (maior proporção do Brasil) e dista 852 km de Manaus. Seu prefeito e vice-prefeito são indígenas. O deslocamento para o Polo-base Yauaretê, a 257 km do município, é fluvial e dura cerca de dois dias. O município de Barreirinha, por sua vez, dista 372 km da capital. O deslocamento para Umirituba é fluvial e dura aproximadamente quatro horas e trinta minutos. Existem Pontos de Telessaúde nos dois municípios que, segundo relatos, foram utilizados em ambos os Dsei: “Nós participamos (...). Este equipamento ele fica num Centro de Saúde do município” [E1]; “Tem o serviço aqui na cidade, no município, dentro do município. Eu conheço, eu tive acesso aqui uma vez” [E4].

Destaca-se que a Funai não foi citada durante as entrevistas, bem como não foi mencionada a participação das instâncias de controle social.

Outra dificuldade frequentemente abordada pelos entrevistados foi a falta de clareza na definição dos papéis institucionais fora e dentro do Programa; neste último, especialmente no que se refere à resolução dos entraves existentes tanto no funcionamento quanto na ampliação do Programa. Por exemplo: “Não ficou bem

especificado a quem era incumbida essa responsabilidade, né? Se era do Dsei, se era da Funasa, se era do Desai, se era da UEA” [E2].

Os sujeitos da pesquisa corroboram com o entendimento da WHO (2010), afirmando que parcerias e colaboração intersetorial são importantes para o sucesso de iniciativas em telessaúde em nível nacional. Muttitt, Loewen e Vigneault (2004) citam a importância das parcerias, mas limitam sua atuação à adaptação do local e dos processos para o uso diário da telessaúde. Gemert-Pijnen et al. (2011) por sua vez afirmam que o projeto de implantação precisa prever os papéis, as tarefas e as responsabilidades de cada instituição parceira.

Considerando a vasta gama de instituições que podem atuar conjuntamente para a implantação e o funcionamento da telessaúde no contexto da saúde indígena, é possível acreditar na superação das barreiras colocadas, principalmente as financeiras. Para que essa possibilidade ganhe proporções reais, definições claras sobre a atuação de cada uma das instituições necessitam ser firmadas em um planejamento conjunto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou conhecer as facilidades e dificuldades percebidas pelos gestores na implantação do Programa Telessaúde Brasil nos dois Pontos de Telessaúde voltados para a atenção à saúde indígena. As dificuldades relacionam-se às fragilidades da articulação interinstitucional na gestão do programa, à rotatividade dos profissionais de saúde, ao uso da tecnologia e à presença de infraestrutura inadequada à tecnologia. As facilidades, em sua maioria, são relatadas enquanto potencialidades e expectativas no apoio à fixação dos profissionais, no uso da educação permanente e na redução dos encaminhamentos dos indígenas.

Os fatores dificultadores e facilitadores inter-relacionam-se. Para exemplificar, a educação permanente à distância pode apoiar a permanência dos profissionais, combatendo sua rotatividade. Também a educação permanente pode reduzir o deslocamento dos pacientes ao qualificar os trabalhadores, o que diminui custos, disponibilizando recursos que podem ser investidos na infraestrutura necessária às TICs. E é a articulação interinstitucional na gestão do Programa que potencializa o enfrentamento das barreiras encontradas no processo.

Os resultados apresentados recomendam o diálogo entre as instituições envolvidas no contexto apresentado. Sugere-se que a Sesai presida o processo de interlocução interinstitucional devido a sua responsabilidade pela articulação do SasiSUS com os setores governamentais e não governamentais que têm interface com a atenção à saúde indígena.

Os projetos do Núcleo de Telessaúde do Amazonas identificados estão voltados à expansão dos Pontos de Telessaúde no contexto indígena. Para maior eficácia dessa expansão, recomendam-se a realização prévia de planejamento, monitoramento e avaliação da implementação do Programa nos Pontos hoje inativos e a identificação de potenciais fatores facilitadores e dificultadores em cada uma das novas localidades.

A comunicação deve ser eixo orientador na telessaúde, tanto para os gestores, como para os profissionais, as instâncias de controle social e a sociedade como um todo. Para que isso ocorra, o registro das informações resultantes dos

processos de implantação, implementação, monitoramento e avaliação precisa existir e ser de fácil acesso.

Como sugestão para futuros estudos e para fundamentar as decisões dos gestores, é necessária a avaliação sistemática do impacto da telessaúde na atenção à saúde indígena, utilizando múltiplos métodos (quantitativos e qualitativos) e envolvendo todos os sujeitos do processo para compreender a distância entre o prescrito pelo Programa e aquilo efetivamente realizado.

Considerando a atuação profissional da autora junto à Sesai e ao Programa Telessaúde Brasil no SasiSUS, a visão acadêmica proporcionada por esta pesquisa soma-se à visão enquanto parte gestora no Ministério da Saúde, rumo ao objetivo maior de qualificar e humanizar a atenção à saúde dos povos indígenas.

REFERÊNCIAS

ABDI. Sistemas Aplicados a Saúde Humana. Brasília: ABDI, 2010. Disponível em: <[http://www.abdi.com.br/Estudo/Caderno%20Tem%C3%A1tico%20TIC%20-%20-4%20\(Vers%C3%A3o%20Final\)-%20Sistemas%20Aplicados%20a%20Sa%C3%BAde%20Humana.pdf](http://www.abdi.com.br/Estudo/Caderno%20Tem%C3%A1tico%20TIC%20-%20-4%20(Vers%C3%A3o%20Final)-%20Sistemas%20Aplicados%20a%20Sa%C3%BAde%20Humana.pdf)>. Acesso em: 24 out 2012.

ANDRADE, C. S. G. C. Agentes comunitários de saúde e os desafios da educação permanente: reflexões sobre a experiência do Programa Telessaúde Brasil – Núcleo Rio de Janeiro. 2011. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BARREIRINHA. Comunidade de Umirituba, comunidade indígena - região do Rio Andirá. Disponível em: < <http://www.baeturismo.net/comunidades/Umirituba.htm>>. Acesso em: 10 out 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nacional_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 29 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Situação atual sobre o Monitoramento do Programa Telessaúde Brasil. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/-profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=34187&janela=1>. Acesso em: 24 out. 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Conheça o Dsei. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1744>. Acesso em: 20 jun 2012c.

_____. Decreto Nº 7.797, de 30 de agosto de 2012. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7797.htm#art8>. Acesso em: 03 out. 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 755, de 18 de abril de 2012. Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/pr-t0755_18_04_2012.html>. Acesso em: 30 set. 2012e.

_____. Ministério da Saúde. Brasil e Canadá mantêm cooperação conjunta em saúde indígena. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38527>. Acesso em 24 out. 2012f.

_____. Espaço Colaborativo Programa Nacional de Telessaúde. Telessaúde Brasil chega a mais uma comunidade indígena: Umirituba. Disponível em: <http://telessaude.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=213>. Acesso em: 10 ago. 2012g.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011a. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html>. Acesso em: 06 mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.554, de 28 de outubro de 2011b. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2554_28_10_2011.html>. Acesso em: 15 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Decreto Nº 7.336, de 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7336.htm>. Acesso em: 06 mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a. 64p.

_____. Decreto Nº 6.878, de 18 de junho de 2009b. Altera e acresce artigo ao Anexo I do Decreto no 4.727, de 9 de junho de 2003, que aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6878.htm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 35, de 4 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria35jan07teles-saude.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

_____. Fundação Nacional de Saúde. 4º Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final. Brasília: Funasa, 2007b. 228p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 561, 16 de março de 2006. Institui no âmbito do Ministério da Saúde a Comissão Permanente de Telessaúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/-Port2006/GM/GM-561.htm>>. Acesso em: 20 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ed. Brasília: Funasa, 2002.

CAMPOS, F. C. et al. Telessaúde em apoio à atenção primária à saúde no Brasil. In: SANTOS, A. F. et al. (Org.). Telessaúde - um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 59-74.

CECCIM, R. B.; PINTO L. F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 266-77, 2007.

CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no polo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 2, p. 295-305, 2006.

CONSÓRCIO IDS-SSL-CEBRAP. Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena - Relatório Inicial (revisado). Funasa, 2009a. Disponível em: <http://www.Funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/vigModSsi_DiagnosticoSSI.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2011.

_____. Modelo de Gestão da Saúde Indígena. Funasa, 2009b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_gestao_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução N° 1643, de 07 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Disponível em: <http://www.sobed.org.br/web/medico/interna.aspx?id_secao=51&-id_conteudo=144>. Acesso em: 20 set. 2012.

COSTA, C. A. et al. Telehealth in the Amazon: development, results and perspectives. *Latin American Journal of Telehealth*, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 170-183, 2009.

COSTA, C. A. et al. Polo de Telemedicina da Amazônia, Universidade do Estado do Amazonas – PTA/UEA. In: SANTOS, A. F. et al. (Org.). Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 264-270.

COSTA, C. A. Núcleo Amazonas Telessaúde. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/agendas/seminac/public/documents/Nucleo_Amazonas-171535.pdf>. Acesso em: 10 outubro 2012.

FARIA, M. G. A. Telessaúde Brasil – núcleo Rio de Janeiro: a educação permanente no trabalho de enfermeiros da atenção básica. 2010. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

FERREIRA, L. B. O controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma reflexão bioética. 2012. 148f. Tese (Doutorado em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.

GAGNON, M. et al. Systematic Review of Factors Influencing the Adoption of Information and Communication Technologies by Health Professionals. *Journal of Medical Systems*, New York, v. 36, p. 241-277, 2012.

GEMERT-PIJENEN, J. E. W. C. et al. A Holistic Framework to Improve the Uptake and Impact of eHealth Technologies. *Journal of Medical Internet Research*, Toronto, v. 13, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://www.jmir.org/2011/4/e1111/>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2002. 175 p.

GUNDIM, R. S. Gestão dos Fatores Determinantes para Sustentabilidade de Centros de Telemedicina. 2009. 185 F. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

HADDAD, A. E. Experiência Brasileira do Programa Nacional Telessaúde Brasil. In: Mathias I and Monteiro A. Gold Book: inovação tecnológica em educação e saúde. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2012. Disponível em: <<http://www.telessaude.uerj.br/goldbook/artigos/>>. Acesso em: 01 out. 2012.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

KHOURI, S. G. Telemedicina: análise da evolução no Brasil. 2003. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MESTRINER JUNIOR, W. et al. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p. 903-912, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700-022>. Acesso em: 26 nov. 2012.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 407 p.

MINAYO, M. C S. Pesquisa Social: teoria método e criatividade. 19.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 80 p.

MUTTITT, S.; VIGNEAULT, R.; LOEWEN, L. Integrating telehealth into aboriginal. Healthcare:the canadian experience. International Journal of Circumpolar Health, Oulu, v. 63, n. 4, p. 401-414, 2004.

OLIVEIRA, D. G. Análise do grau de implantação da telessaúde na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco: estudo de casos. 2010. 125f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

OPAS. Brasil e Canadá realizam missão conjunta em área indígena da Amazônia. Disponível em: <https://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=1039&Itemid=259> Acesso em: 24 set. 2012.

PTA. Projeto telessaúde no apoio à saúde das populações indígenas e de fronteira no Estado do Amazonas. s.n.t. 22 p.

PTA. Telessaúde de apoio à saúde das populações indígenas no Estado do Amazonas. n.p. 2010.

RUTE. SIG Saúde Indígena. Disponível em: <<http://rute.rnp.br/web/sig-saude-indigena>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

SANTOS, A. F. et al. Structuring of the Brazilian Public Health System and the Development of Telehealth Activities in Brazil. *Latin American Journal of Telehealth*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 5-38, 2009.

SANTOS, R. V. et al. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Cebes, 2008. p.1035-1056.

SANTOS, A. F. et al. BH-Telessaúde: a experiência de um modelo de telessaúde de baixo custo voltado para área pública. In: SANTOS, A. F. et al. (Org.). *Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente*. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 75-94.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.43, n.4, p. 721-725, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200900040-0020-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2012.

SIASI. Pesquisa realizada em setembro de 2012.

SOOD, S. et al. What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings. *Telemedicine Journal and E-health*, Spring, n. 13, v. 5, p. 573-90, out. 2007.

TAKETA, M. Telemedicina reduz custo para atender pacientes. Disponível em: <http://telessaude.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=225>. Acesso em: 09 out. 2012.

WHO. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States - report on the second global survey on eHealth, Global Observatory for eHealth series Volume 2. Switzerland: WHO, 2010. Disponível em: <www.who.int/goingoe/publications/goingoe_telemedicine_2010.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

Objetivo: orientar o pesquisador ao fornecer um quadro de questionamentos a serem feitos aos documentos, permitindo uma melhor compreensão e comparação de seus objetivos, concepções e referenciais.

Este roteiro é constituído por duas partes: Dados Gerais e Dados Específicos.

1. Dados Gerais

- Referência bibliográfica
- Tipo de documento: atas de reuniões; leis; portarias; resoluções; planos; projetos; políticas; programas; organogramas e outros documentos oficiais relativos ao programa em análise
- Resumo: destaque para elementos para implantação e funcionamento do Programa na Atenção à Saúde Indígena

2. Dados Específicos

- Identificar as recomendações e determinações propostas na implantação e no funcionamento do Programa na Atenção à Saúde Indígena
- Identificar as indicações de impacto social do Programa na comunidade
- Estão explícitos no documento em análise os objetivos da implantação do Programa nas aldeias, as responsabilidades dos atores e os resultados esperados/obtidos? Há ambiguidades e/ou falta de clareza?
- Qual o cronograma de implantação?
- Há conflitos entre as normativas no que diz respeito à implantação ao Programa na Atenção à Saúde Indígena?
- Existem normativas e/ou documentos editadas em conjunto por diferentes setores governamentais que versem sobre o Programa na Atenção à Saúde Indígena? Há orientação clara sobre a integração entre os setores? Quais os mecanismos de comunicação entre os mesmos?
- Nas atas das reuniões que tratam sobre a temática, quais as dificuldades apontadas?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: Análise da Implantação e do Funcionamento do Programa Telessaúde Brasil redes na Atenção à Saúde Indígena. O objetivo desta pesquisa, de cunho acadêmico, é analisar a implantação e o funcionamento do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção à Saúde Indígena.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação na pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de uma entrevista que o(a) senhor(a) deverá responder em local e data combinados, tendo a possibilidade de ser realizada por telefone, com um tempo estimado para sua realização de 30 a 120 minutos. A entrevista será gravada em MP3 para posterior transcrição, que será guardada por cinco (05) anos e incinerada após esse período. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo 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.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Ministério da Saúde, na Universidade Estadual do Amazonas e na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dra. Zaira Zambelli Taveira, na Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde, telefone (61) 3315-5968, no horário de 08 às 18 horas.

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 através do telefone: (61) 3107-1947.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Zaira Zambelli Taveira
Pesquisador Responsável

_____, ____ de _____ de 2012.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CIÊNCIA DO DSEI ALTO DO RIO NEGRO



UnB

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: cep@unb.br
<http://www.unb.br/cep/>

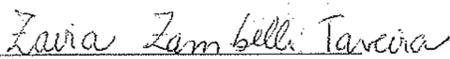
TERMO DE CONCORDÂNCIA

O Sr. Luiz Lopes de Aguiar Neto, chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena de Alto do Rio Negro, está de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa Análise da Implantação e do Funcionamento do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção à Saúde Indígena, de responsabilidade da pesquisadora Zaira Zambelli Taveira, para analisar a implantação e o funcionamento do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção à Saúde Indígena, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O estudo envolve a realização de entrevistas com gestores e profissionais de saúde. Tem duração estimada entre 30 a 120 minutos, com previsão de início para agosto de 2012.

Brasília, 19 de junho de 2012.


 Luiz Lopes de Aguiar Neto
 Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena de Alto do Rio Negro
 Assinatura/carimbo


 Zaira Zambelli Taveira
 Pesquisadora Responsável pelo protocolo de pesquisa
 Assinatura

ANEXO B – TERMO DE CIÊNCIA DO DSEI PARINTINS



UnB

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 CONCORDÂNCIA

A Sra. Paula Cristina Rodrigues Pinto, chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena de Parintins, está de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa Análise da Implantação e do Funcionamento do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção à Saúde Indígena, de responsabilidade da pesquisadora Zaira Zambelli Taveira, para analisar a implantação e o funcionamento do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção à Saúde Indígena, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O estudo envolve a realização de entrevistas com gestores e profissionais de saúde. Tem duração estimada entre 30 a 120 minutos, com previsão de início para agosto de 2012.

Brasília, 19 de junho de 2012.

Paula Cristina Rodrigues Pinto
 Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena de Parintins
 Assinatura/carimbo

Paula Cristina Rodrigues Pinto
 CHEFE DO DSEI / PARINTINS
 PORT 1.888

Zaira Zambelli Taveira
 Pesquisadora Responsável pelo protocolo de pesquisa
 Assinatura

ANEXO C – TERMO DE CIÊNCIA DO NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA UEA**UnB**

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: ceps@unb.br
<http://fs.unb.br/cep/>

TERMO DE CONCORDÂNCIA

O Sr. Cleinaldo de Almeida Costa, coordenador do Núcleo de Telessaúde da Universidade Estadual do Amazonas, está de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa Análise da Implantação e do Funcionamento do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção à Saúde Indígena, de responsabilidade da pesquisadora Zaira Zambelli Taveira, para analisar a implantação e o funcionamento do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção à Saúde Indígena, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O estudo envolve a realização de entrevistas com gestores e profissionais de saúde. Tem duração estimada entre 30 a 120 minutos, com previsão de início para agosto de 2012.

Brasília, 19 de junho de 2012.

Cleinaldo de Almeida Costa
Coordenador do Núcleo de Telessaúde da Universidade Estadual do Amazonas
Assinatura/carimbo

Zaira Zambelli Taveira
Zaira Zambelli Taveira
Pesquisadora Responsável pelo protocolo de pesquisa
Assinatura

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – FS/UNB

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **097/12**

Título do Projeto: “Análise da Implantação e do funcionamento do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção à Saúde Indígena”.

Pesquisadora Responsável: Zaira Zambelli Taveira

Data de Entrada: 22/06/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **097/12** com o título: “Análise da Implantação e do funcionamento do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção à Saúde Indígena”, analisado na 6ª Reunião Ordinária, realizada no dia 03 de julho de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 08 de agosto de 2012.


Prof. Nelson Monsore
Coordenador do CEP-FS/UnB

ANEXO E – FOTOS DOS PONTOS DE TELESSAÚDE YAUARETÊ E UMIRITUBA



Figura 5 – Fotos do Ponto de Telessaúde Yauaretê, PEF de Iauaretê
 Fonte: Costa, 2012.



Figura 6 – Fotos do Ponto de Telessaúde Umirituba, Polo-base Umirituba
 Fontes: Barreirinha, 2012 e Brasil, 2012g.