

A Integração do Telessaúde nas Centrais de Regulação: a Teleconsultoria como Mediadora entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada

The Integration of Telehealth in Regulation Centrals: the Teleconsulting as a Mediator between Primary Care and Specialized Care

Marcos Aurélio Maeyama^I
Maria Cristina Marino Calvo^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Teleconsultoria.
- Telessaúde.
- Educação Médica.
- Atenção Básica à Saúde.
- Sistema Único de Saúde.

RESUMO

Em 2007, o Ministério da Saúde, com o objetivo de desenvolver ações de apoio às equipes de atenção básica por meio da educação permanente e de tecnologias virtuais, instituiu o Programa Telessaúde Brasil, mais tarde denominado Telessaúde Brasil Redes. Inicialmente, no projetopiloto, foram constituídos nove Núcleos de Telessaúde no Brasil, sendo um deles em Santa Catarina, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina e posteriormente com parceria da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Um dos serviços ofertados pelo Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina é a teleconsultoria, que se trata de consulta registrada e solicitada por profissionais de saúde com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, de gestão e processo de trabalho, realizada por meio de telecomunicação bidirecional à distância. Embora o serviço esteja disponível desde sua implantação, seu uso sempre foi numericamente pequeno, ao passo que há grande quantidade de encaminhamentos desnecessários à atenção especializada com possibilidade de manejo na atenção básica. Este trabalho relata a experiência da implantação de fluxo compulsório de teleconsultoria antes do encaminhamento às especialidades, ocorrida no Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina. O estabelecimento do fluxo compulsório demonstrou que grande parte dos casos apresenta sugestão de manejo na atenção básica, com diminuição importante do número de encaminhamentos às especialidades envolvidas e consequente diminuição do tempo de espera para consulta com o especialista. Além disso, nestes casos de sugestão de encaminhamento, a teleconsultoria possibilita a classificação de risco, a solicitação prévia de exames e o manejo compartilhado, qualificando, desta forma, o acesso à especialidade e o próprio cuidado ao usuário. A teleconsultoria potencializa ainda a qualidade da comunicação entre os pontos de atenção, pois ela passa a ser estratégica na definição do fluxo do usuário, tanto para a referência, quanto para a contrarreferência, com aprendizado mútuo e funcionamento que de fato caracteriza uma rede de cuidados. Quanto à compulsoriedade da teleconsultoria, ainda que cause alguns desconfortos no início do processo, o uso incipiente do serviço quando da modalidade espontânea, o número de encaminhamentos desnecessários às especialidades e a quantidade de teleconsultorias com possibilidade de manejo na atenção básica justificam a decisão como propósito de gestão. Esse conjunto de aspectos tem impacto positivo no cuidado do usuário, que tem suas necessidades atendidas e acompanhadas, seja na atenção básica ou na atenção especializada, em tempo, situação e local oportunos.

^I Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, Santa Catarina, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

KEYWORDS

- Remote Consultation.
- Telemedicine.
- Education.
- Medical.
- Primary Health Care.
- Unified Health System.

ABSTRACT

In 2007, with the aim of developing actions to support primary health care teams through the use of permanent education and virtual technologies, the Health Ministry established the Telehealth Program Brazil, later named the Brazil Telehealth Networks. The pilot project initially involved the establishment of nine Telehealth Centers in Brazil, one of which is in Santa Catarina, and linked to the Federal University of Santa Catarina, and later formed a partnership with the State Health Department (SES). One of the services offered by the Santa Catarina Telehealth Center is teleconsulting, which involves registering and requesting consultation by health professionals in order to clarify questions about clinical procedures, work process and management, by means of two-way remote telecommunication. Despite the service being made available from its implantation, it has always been relatively underused, whereas there is a disproportionately high amount of unnecessary referrals to specialized care that could be managed within Primary Care. This paper reports on the experience of implementing a forced flow through teleconsulting prior to referral to specialists, at the Telehealth Center of Santa Catarina. The established forced flow demonstrated that for most the cases there were possible solutions within Primary Care, resulting in a considerable reduction in the number of referrals to the specialties involved, and a consequently reduced waiting time for consultations with specialists. Furthermore, in these cases where referral was suggested, the teleconsulting allowed for risk assessment, prior request for tests or scans and shared management, thus qualifying the access to the specialist and the actual care of the the patient. Teleconsulting also enhances the quality of communication between the points of care, as it takes on a strategic role in defining the user flow, both for referrals and counter-referrals, with mutual learning and functioning which effectively characterizes a care network. As regards to the compulsory imposition of teleconsulting, although causing some initial discomfort, incipient use of the service implemented spontaneously, coupled with the number of unnecessary referrals to specialties and the quantity of remote consultations that can be handled within primary care justify the decision as a management objective. This combination of factors has a positive impact on the care for whose needs are met and followed up, whether in Primary Care or Specialized Care, in a timely manner and suitable location.

Recebido em: 14/11/18

Aceito em: 10/12/18

INTRODUÇÃO

Após o período de ampliação e consolidação da Atenção Básica à Saúde (ABS) como estratégia estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), a preocupação dos gestores também se volta para a qualificação da atenção à saúde.

Em 2007, visando à melhoria na qualidade da atenção, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Telessaúde Brasil, com o objetivo de desenvolver ações de apoio às equipes de ABS por meio da educação permanente à distância¹.

Inicialmente, foram constituídos nove Núcleos de Telessaúde no Brasil, financiados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do MS, sendo um deles em Santa Catarina, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e à Secretaria Estadual de Saúde (SES)².

Em 2011, o MS, por meio da Portaria nº 2.546/GM/MS, redefine e amplia o Programa Nacional de Telessaúde, que

passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes³. A Portaria define que o Telessaúde Brasil Redes deve ofertar os serviços de Tele-educação, Telediagnóstico, Segunda Opinião Formativa e Teleconsultoria.

Por teleconsultoria, objeto deste relato, a Portaria define como consulta registrada e solicitada por trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, realizada por meio de telecomunicação bidirecional, nas modalidades síncrona (em tempo real) ou assíncrona (por meio de mensagem *off-line*)³.

Com a ampliação do escopo dos serviços de Telessaúde, o MS também ampliou o financiamento por meio do Departamento de Atenção Básica, induzindo principalmente o desenvolvimento das teleconsultorias clínicas, com a finalidade de aumentar a resolubilidade da ABS.

Esse direcionamento é justificado por dados extraoficiais, que demonstram que a resolubilidade na ABS no Brasil, gira em torno de 70%, abaixo da capacidade resolutive da Atenção Primária à Saúde em países com sistema consolidado, que gira entre 85% e 90%^{4,5}.

Esse contexto nacional de baixa resolubilidade pôde ser evidenciado em levantamento realizado em 70 unidades de saúde de 19 Estados, que observou excessivo número de encaminhamentos, o que acarreta sobrecarga para a atenção especializada (AE), com transferência de responsabilidades em casos que poderiam ter resolução na ABS⁵.

A dificuldade de acesso à AE é ainda corroborada pela oferta insuficiente de consultas em algumas especialidades e pelo processo de regulação ainda incipiente em muitas regiões do País⁶.

Desta forma, o processo de educação permanente ganha importância central para a qualificação da atenção, principalmente no âmbito da ABS, permitindo, assim, que esta atinja seu máximo potencial de resolubilidade. Neste sentido, o Telessaúde, em especial a Teleconsultoria, se apresenta como uma ferramenta de gestão e apoio à atenção à saúde para melhoria da qualidade.

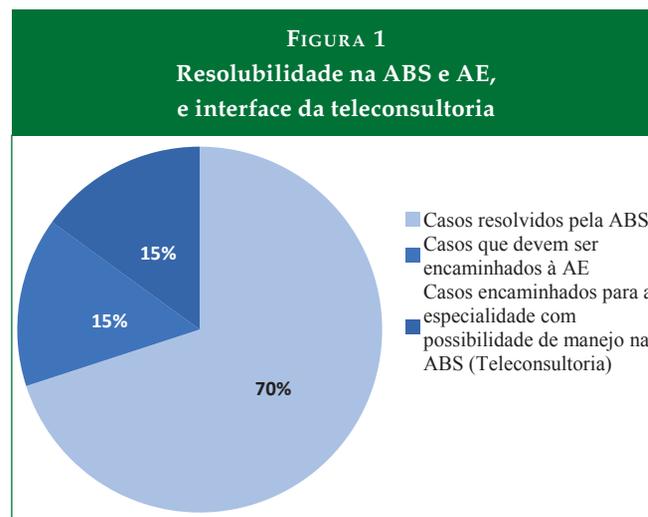
O objetivo deste artigo é relatar a experiência do uso da teleconsultoria articulada às centrais de regulação, desenvolvidas no Telessaúde SC.

A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO DA TELECONSULTORIA ÀS CENTRAIS DE REGULAÇÃO

O Telessaúde SC, desde 2009, já ofertava teleconsultorias a profissionais da ABS, porém, mesmo com divulgação em órgãos colegiados – como a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), Comissão Intergestoras Regionais (CIR), encontros e congressos de ABS realizados no Estado – e divulgação por meio eletrônico, sua utilização sempre foi pequena, mesmo com quadro aparente de baixa resolubilidade na ABS e excesso de encaminhamentos às especialidades. A mesma dificuldade de adesão ao uso foi relatada por outros Núcleos de Telessaúde quando da modalidade de utilização espontânea do serviço de teleconsultoria⁷.

A partir de 2015, com a aproximação com Centrais de Regulação e Centros de Especialidades, passa-se a discutir a obrigatoriedade da utilização de teleconsultoria entre o fluxo da ABS e AE, principalmente pela percepção dos profissionais especialistas de que muitos casos referenciados poderiam ser manejados na ABS, num contexto de filas numerosas e dificuldade de acesso ao especialista em tempo oportuno. Estes casos correspondem à diferença entre a média de 70% de resolubilidade real e a média de resolubilidade esperada para a ABS

(85% a 90%). É exatamente nestes casos que a teleconsultoria se encaixa no processo de qualificação da ABS, dando apoio, com orientações baseadas em evidência, a situações que de fato são de competência da ABS. Isto significa dizer que, em algumas situações (entre 10% e 15%), ainda será necessário o encaminhamento para a AE, conforme a Figura 1.



Fonte: Telessaúde SC.

O histórico de experiências dos vários Núcleos de Telessaúde no Brasil tem demonstrado que a simples oferta de teleconsultoria não tem levado profissionais a utilizar o serviço. A criação de fluxo compulsório com a utilização de teleconsultoria é uma decisão de gestão, que, apesar de ter que ser participativa, não deve abrir mão de considerar a baixa resolubilidade da ABS e a identificação de encaminhamentos desnecessários (com possibilidade de manejo e resolução na ABS).

Também é importante considerar que a teleconsultoria é uma estratégia de educação permanente. Por um lado, é responsabilidade do gestor municipal realizar a sua oferta, e, por outro, é atribuição do profissional de saúde realizar atividades para sua qualificação.

Outra clareza necessária à implantação do fluxo se refere ao que de fato é compulsório. A obrigatoriedade refere-se à solicitação de teleconsultoria antes do encaminhamento, mas a decisão de seguir com o caso na ABS ou encaminhar para a AE cabe ao médico assistente (que solicitou a teleconsultoria), seja qual for a orientação ou sugestão do teleconsultor. Isto significa que a teleconsultoria não representa uma barreira para o acesso à especialidade, mas, sim, uma ferramenta potencial para qualificação da ABS e do acesso à AE.

O MS orienta que, para escolha da especialidade com fluxo compulsório de teleconsultoria, devem ser considerados os

seguintes aspectos: demanda reprimida e tempo excessivo de espera para a consulta; especialidade com casos clínicos sensíveis à ABS e à teleconsultoria; disponibilidade de profissionais potencialmente teleconsultores⁸.

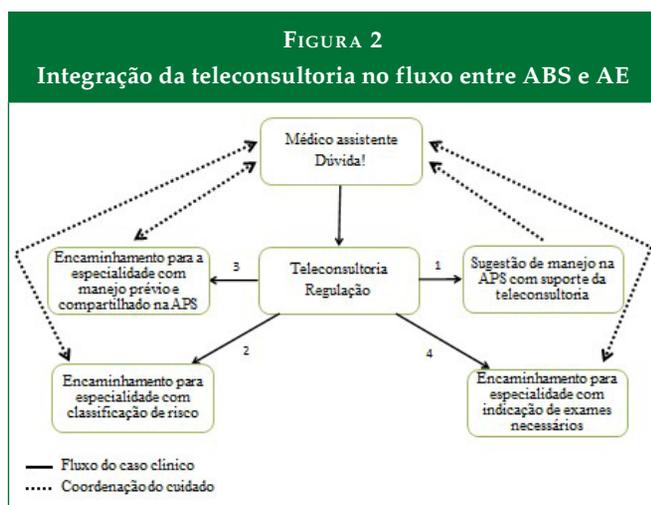
Além disso, a Portaria GM/MS 2.546/2011 expandiu o Telessaúde para além da ABS, abrangendo os demais níveis de atenção e colocando como responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde promover a articulação do Telessaúde Brasil Redes com as Centrais de Regulação, em parceria com a gestão municipal e federal, de forma compartilhada e articulada com os pontos de atenção da rede³.

A Regulação da assistência à saúde tem a função primordial de regular o acesso às ações e aos serviços de saúde em tempo oportuno, em especial as consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos de pacientes com maior risco, necessidade, vulnerabilidade e/ou indicação clínica⁶. Assim, os sistemas de regulação devem realizar a logística dos encaminhamentos e a organização da fila de espera dos usuários, considerando o risco do paciente e a agenda de oferta de consultas e exames dos serviços de saúde⁶.

Desta forma, a construção de fluxo entre ABS e AE, além de incluir o Telessaúde, deve se articular também com os sistemas de Regulação, qualificando ainda mais o acesso às especialidades.

DESDOBRAMENTOS POSSÍVEIS A PARTIR DA DEFINIÇÃO DE FLUXO COMPULSÓRIO DE TELECONSULTORIA

O estabelecimento da teleconsultoria de forma compulsória entre o fluxo da ABS e AE pode apresentar os desdobramentos indicados na Figura 2.



Fonte: Telessaúde SC.

A partir da dúvida postada, existem quatro possibilidades de fluxo:

- Situação 1: o médico teleconsultor especialista poderá devolvê-la em forma de teleconsultoria quando o caso for passível de resolução na ABS. Desta forma, pode evitar o encaminhamento ao especialista e ainda qualificar o médico assistente, para este e outros casos similares futuros, sem necessidade de encaminhamento ou de nova teleconsultoria. O especialista se orienta pelo risco em cada caso, de acordo com as evidências científicas na área, e pelas necessidades de cada usuário, possibilitando o manejo seguro na ABS pelo médico assistente, com seu apoio e respaldo ao propor cuidados possíveis;
- Situação 2: o médico teleconsultor especialista considera que o acompanhamento deve ser realizado no nível especializado, com classificação do risco;
- Situação 3: o médico teleconsultor especialista considera que o acompanhamento deve ser realizado no nível especializado, porém, pelo baixo risco do caso, utilizando o critério da equidade, pode sugerir, por teleconsultoria, o manejo provisório pelo médico da ABS, indicando as condutas possíveis e seguras enquanto o usuário aguarda a consulta com o especialista;
- Situação 4: o médico teleconsultor especialista considera que o acompanhamento deve ser realizado no nível especializado e pode indicar ao médico da ABS a solicitação prévia de exames necessários à avaliação do caso para que, quando do acesso ao especialista, este já possa ter em mãos informações que facilitem o diagnóstico e tratamento, evitando nova consulta de confirmação de exames complementares.

No processo de avaliação da dúvida enviada pelo médico solicitante, o teleconsultor já tem condições de realizar o trabalho de regulação, pois, com a descrição do caso e vista a necessidade de encaminhamento para a AE, ele já pode realizar a classificação de risco, determinando o acesso em tempo oportuno. A integração com os sistemas de regulação pode ser feita de forma direta ou indireta.

Na forma direta, o teleconsultor é o próprio regulador do sistema. Quando há necessidade de encaminhamento, ele próprio pode determinar o tempo do acesso de acordo com o risco avaliado e inserir no sistema de regulação. Esta forma de organização se aproxima do modelo sugerido pelo MS, no qual uma central de regulação tanto realiza a regulação dos casos de encaminhamento à AE, quanto atende as solicitações de teleconsultoria².

Na forma indireta, o teleconsultor não faz parte da central de regulação. Neste caso, apesar de realizar a classificação

de risco e poder indicar a necessidade do tempo de acesso, ele apenas encaminha a recomendação à central de regulação, que, por meio de seus reguladores, realiza o agendamento do paciente. Há nesse processo mais um fluxo de comunicação necessário, mas que, se for articulado e cooperativo, pode qualificar o acesso à AE.

Entende-se que a articulação do Telessaúde com a regulação assistencial representa um grande passo para que a Regulação seja efetivamente uma Tecnologia de Gestão, que tem suas aplicações no âmbito do cuidado, dos serviços e do sistema de saúde, envolvendo a regulação do acesso e a microrregulação (coordenação do cuidado)⁶.

REVISÃO DA FILA DE ESPERA

A inserção da teleconsultoria no fluxo de entrada dos sistemas de regulação permite uma prospecção de acesso à especialidade com base de fato na necessidade, o que tende a diminuir progressivamente a entrada de casos desnecessários e, portanto, a fila.

Porém, devido ao acúmulo histórico de solicitações de encaminhamento (algumas desnecessárias), a fila de espera em diversas especialidades se tornou incontrolável, com tempo de espera que em muitos casos levava o paciente a buscar outros meios, com número elevado de absenteísmo e agravamento da situação de saúde dos que permaneciam à espera da consulta.

Para os casos que já se encontram no sistema de regulação, a teleconsultoria tem o potencial de realizar uma revisão. Aqueles passíveis de serem conduzidos na ABS podem ser devolvidos sob a forma de orientação, para manejo seguro ou manejo provisório, até a data de acesso ao especialista, qualificando, assim, o cuidado do usuário e o acesso à especialidade. Este processo de revisão da fila de espera, além de excluir os casos já solucionados (pacientes que buscaram outros meios), retira da fila os que forem assumidos pela ABS, diminuindo ainda mais o tempo de espera para os que de fato necessitam.

Outra possibilidade de revisão refere-se a alguns casos já acompanhados pelos serviços de referência, que, por meio da teleconsultoria, também podem ser acompanhados na ABS ou com atenção compartilhada entre os dois serviços. Essa possibilidade também otimiza o serviço da AE e acelera o acesso de outros casos potencialmente mais necessários, também diminuindo o tempo de espera geral.

A sugestão para revisão dos casos pode seguir os seguintes passos:

- Listagem de todos os pacientes inseridos no sistema de regulação, por mês (iniciando pelos que estão no final da fila);

- Envio da lista de pacientes e comunicação aos municípios e/ou médicos assistentes para que solicitem teleconsultoria dos respectivos casos, com descrição completa;
- Em caso de possibilidade de manejo na ABS e resolução do problema, o médico assistente deverá solicitar a retirada do encaminhamento do sistema de regulação;
- Em caso de necessidade de AE, mantêm-se apenas o encaminhamento no sistema de regulação, e, segundo a descrição clínica do caso, o teleconsultor especialista pode rever a classificação de risco e modificar a posição na lista de espera;
- Nos casos em que os pacientes não mais necessitem da AE, o médico assistente deverá solicitar a retirada do encaminhamento do sistema de regulação, diminuindo, assim, o absenteísmo.

O início da revisão da fila de espera pode ser tanto simultâneo quanto posterior à criação do fluxo compulsório de teleconsultorias. O importante é que esse fluxo seja instituído. A revisão da fila pode ser importante para acelerar o equilíbrio entre oferta e necessidades, mas, independentemente da revisão, este equilíbrio poderá ser alcançado.

EXPERIÊNCIAS DA IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS COMPULSÓRIOS E ALGUNS RESULTADOS PRELIMINARES

Ainda que o histórico de implantação de fluxos compulsórios de teleconsultoria iniciada a partir de 2015 não seja muito longo, algumas experiências no Estado de Santa Catarina já apontam resultados animadores. Vejamos alguns:

- Gerência dos Complexos Reguladores / Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina: apesar do curto espaço de tempo da implantação do fluxo compulsório para as especialidades de Endocrinologia e Reumatologia, a análise do mesmo período do ano anterior em comparação ao período após a implantação do fluxo demonstra uma queda de inserções no sistema de regulação, de mais de 70% na Endocrinologia e mais de 50% na Reumatologia. Já se analisarmos o total de teleconsultorias solicitadas para discussão de casos via Telessaúde e compararmos com as solicitações de encaminhamento ao nível especializado via sistema de regulação, o percentual de casos discutidos que seguiram para o nível especializado foi de 20% na Endocrinologia e de 58% na Reumatologia⁹.
- Município de Joinville: em pesquisa realizada entre janeiro e março de 2016, cerca de 40% dos casos discutidos por teleconsultoria – Endocrinologia e Ortopedia – retornaram para manejo com apoio na ABS. Entre os indicados para encaminhamento ao nível especializado, houve

orientações para manejo até o atendimento, solicitação de exames necessários e indicação de risco, com qualificação e otimização do acesso ao nível especializado, inclusive evitando a necessidade de uma primeira consulta com o especialista apenas para solicitação de exames. Relatos dos profissionais da regulação e do nível especializado indicam que, num período aproximado de seis meses, a fila de espera para a primeira consulta, que era de seis meses para a Endocrinologia e de dois anos para a Ortopedia, foi zerada para a Endocrinologia e reduzida a um mês para a Ortopedia. Porém, o tempo de espera para retornos ainda é maior do que a necessidade dos pacientes, e já existe planejamento para reduzir o tempo¹⁰.

- Município de Jaraguá do Sul: após a implantação do fluxo compulsório em Endocrinologia, a fila de quatro meses para a primeira consulta foi zerada, e o município já está revisando a fila de espera das consultas de retorno; os casos em que o manejo puder ser realizado na ABS com apoio da teleconsultoria ou de forma compartilhada serão discutidos com os profissionais.

Outros estudos realizados no Brasil também revelaram a efetividade das teleconsultorias na qualificação da atenção, como na experiência do Telessaúde RS, que demonstrou que, a cada duas teleconsultorias solicitadas por profissionais médicos, um encaminhamento de paciente para outros níveis de atenção foi evitado¹¹.

Uma diferença importante da experiência do Telessaúde RS é que a solicitação das teleconsultorias é realizada de forma espontânea pelo médico da ABS, o que, *a priori*, sinaliza que este compreende que o caso pode ser resolvido na ABS.

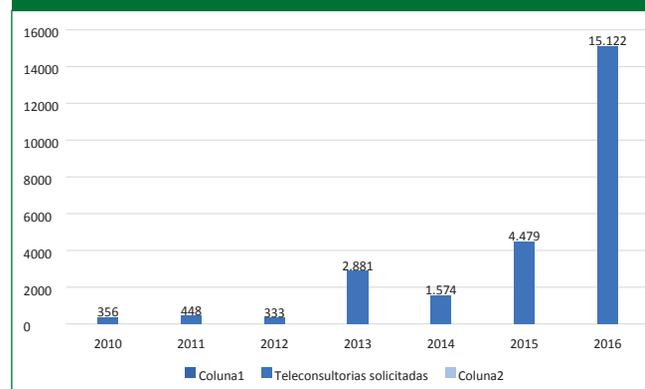
As experiências do Telessaúde SC referem-se ao estabelecimento de fluxo compulsório, o que, *a priori*, implica dizer que o médico da ABS, quando da solicitação, tem o desejo de encaminhar ao especialista e, portanto, considera que deveria ser resolvido pelo especialista e não na ABS, o que torna os resultados ainda mais significativos¹⁰.

O histórico de solicitações do número de teleconsultorias demonstra a importância do estabelecimento de fluxo compulsório, iniciado em 2015, com aumento expressivo após sua implementação, conforme a Figura 3. Isto implica dizer que muitas dessas teleconsultorias gerariam encaminhamentos desnecessários, caso não fossem realizadas.

O estabelecimento do fluxo compulsório da teleconsultoria implica também uma mudança na descrição dos casos, que precisam ser mais bem relatados, transformando o cenário de falta de informações que comumente fazia parte dos casos

inseridos nos sistemas de regulação. Os casos inseridos com informações incompletas são devolvidos ao médico com pedido de informações complementares, servindo inclusive como processo educativo para o solicitante.

FIGURA 3
Histórico de solicitações de teleconsultorias do Telessaúde SC



Fonte: Telessaúde SC.

A descrição adequada do caso permite ainda que a Central de Regulação cumpra de fato seu papel, com possibilidade de classificação de risco, substituindo a lógica de agendamento por ordem cronológica de solicitação por um formato que considere o risco e respeite a equidade, qualificando o acesso à AE.

Outro aspecto interessante percebido pelos especialistas após a implantação da teleconsultoria é que os casos que chegam à AE são de fato problemas complexos, cujo manejo exige conhecimentos e tecnologias mais específicos da especialidade¹⁰.

Este conjunto de fatos demonstra que a teleconsultoria tem cumprido seu papel de aumentar a resolubilidade da ABS e qualificar o acesso à AE, o que implica encaminhar o usuário que de fato necessita, no momento certo e com as informações suficientes⁶.

Em outros países que utilizam o Telessaúde como serviço de apoio, a teleconsultoria tem contribuído para reduzir encaminhamentos desnecessários por meio da qualificação dos médicos da Atenção Primária à Saúde integrada aos serviços especializados¹², ratificando os resultados evidenciados no Telessaúde SC em parceria com as centrais de regulação.

ESTRUTURA E CONDIÇÕES PARA ESTABELECIMENTO DO FLUXO COMPULSÓRIO DE TELECONSULTORIAS

É possível implantar o fluxo compulsório de teleconsultorias em qualquer município ou região de saúde (ou centrais de re-

gulação) que tenha demanda reprimida ou tempo excessivo de espera para consulta do especialista, cujos casos sejam sensíveis à resolução na ABS e, ainda, que tenha disponibilidade de profissionais da própria rede, que podem dedicar parte de seu tempo para realizar as teleconsultorias, garantindo sustentabilidade ao processo.

A disponibilização de teleconsultor especialista pelo próprio município, dedicando parte de sua carga horária a este trabalho, é extremamente positiva porque ele conhece a rede loco-regional de atenção e faz parte da equipe de especialistas que recebe o paciente, evitando possíveis choques de condutas entre teleconsultor e especialista¹³.

As experiências demonstram que, mesmo com a disponibilização de carga horária do especialista para a realização de teleconsultorias, com consequente diminuição da carga horária destinada à assistência, o tempo de espera e a fila de espera ao especialista diminuem. Isto porque menos casos entram na fila de agendamento, pois grande parte dos pacientes passa a ser manejada na ABS. Porém, o ideal é que, nos casos de demanda reprimida ou grande tempo de espera, a oferta de teleconsultorias seja iniciada sem diminuir o número absoluto de ofertas de consultas, até que o acesso ao especialista represente de fato os casos necessários, ou seja, é importante inicialmente disponibilizar tempo extra para a realização das teleconsultorias.

Quanto à carga horária a ser destinada às teleconsultorias, é necessária uma avaliação da série histórica de solicitações de encaminhamentos, utilizando como base 20 minutos para cada teleconsultoria. O total de carga horária distribuída entre os vários profissionais teleconsultores deverá ser revista frequentemente, uma vez que, após um período de adaptação inicial, a tendência é que haja uma estabilização na solicitação de teleconsultorias, quando os profissionais já adquirem maior segurança e autonomia para solucionar os casos que antes apresentavam dúvidas ou insegurança¹⁴; por outro lado, o grupo de teleconsultores passa a compor um banco de dados de situações que invariavelmente se repetem, o que agiliza o tempo de resposta da teleconsultoria, mesmo respeitadas as individualidades de cada caso.

Essa organização do trabalho segue a sugestão do MS, segundo a qual, quando da integração com os Núcleos de Telessaúde, os profissionais especialistas podem exercer funções de consulta direta, de regulação e apoio à ABS, entre outras possibilidades⁶.

A disponibilização de teleconsultor pelo próprio município também garante sustentabilidade ao processo. O Telessaúde, ainda que tenha sido ratificado enquanto programa, é financiado via publicação de editais. Assim, dispõe de recursos limitados e, portanto, sem possibilidade de financiamento

amplo de fluxos em todas as centrais de regulação e nas diversas especialidades que poderiam fazer parte do fluxo em todo o Estado. Neste sentido, é fundamental que gestores estaduais e municipais compreendam que a teleconsultoria deve fazer parte do fluxo dos serviços de saúde, pois otimiza e qualifica a atenção à saúde, e não seja encarada como um projeto isolado, sujeito a financiamento federal.

Ainda quanto à estrutura para implantação dos fluxos, a limitação de acesso à internet em algumas unidades de saúde não deve ser fator limitador. Inicialmente, para as unidades sem acesso à internet, as solicitações de teleconsultoria podem ser feitas em ambiente externo à unidade, ou por meio de *tablets* ou *smartphones*, ou ainda em papel e devolvidas da mesma forma. Ocorre que a implantação do fluxo, mesmo ainda sem as condições plenas e completas, também obriga e acelera o movimento de provimento de estrutura e qualificação para as unidades de saúde, representando tensionamento positivo para o processo.

A introdução do Telessaúde na rotina dos serviços tem favorecido a inclusão digital de diversos municípios, tanto na aquisição de equipamentos quanto no acesso à internet¹⁵, o que significa que a falta de estrutura inicial não pode ser um fator impeditivo, mas, sim, um aspecto a superar.

A implantação do fluxo compulsório de teleconsultorias envolve vários setores da Secretaria Municipal de Saúde e regional, como ABS, regulação, AE, setor de informática, gestão municipal, além do próprio Telessaúde e usuários. Como ocorre em todo processo de mudança, várias dificuldades e resistências aparecem ao longo do processo de implantação e consolidação dos novos fluxos. Neste sentido, reuniões e discussões de alinhamento são fundamentais à consolidação do processo, bem como a designação de um profissional de referência no município que realize a interlocução principal com o Núcleo de Telessaúde, podendo, quando necessário, acionar os setores envolvidos nas dificuldades, sem lhes tirar a autonomia no desenvolvimento das atividades rotineiras.

Além disso, é fundamental que a gestão acompanhe o processo, avaliando os casos que ainda são encaminhados sem a suposta necessidade, ou possíveis casos em que o usuário fica perdido no sistema, sem atenção de nenhum serviço. Buscar outras estratégias de qualificação da atenção também é válido e necessário.

O PAPEL TÉCNICO-CIENTÍFICO DO NÚCLEO DE TELESSAÚDE NO DESENVOLVIMENTO DAS TELECONSULTORIAS

Os Núcleos de Telessaúde apresentam diversas competências e responsabilidades dentro dos quatro pilares instituídos pelo

Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Especificamente nos serviços de teleconsultoria, deve ofertar ações de orientação, desenvolvimento, apoio, monitoramento e avaliação do processo, a saber:

- Apoio técnico-científico na estruturação do fluxo de teleconsultorias e integração com a central de regulação: embora o Programa de Telessaúde já esteja inserido há bastante tempo no Estado, ainda existe desconhecimento por parte de técnicos e gestores sobre suas ferramentas e possibilidades. A apresentação e explicação de potencialidades, funcionamento e perspectivas de qualificação da atenção, bem como apoio na estruturação e implantação de fluxos que envolvem a teleconsultoria são fundamentais à consolidação do processo. Apesar da possibilidade de uso das tecnologias de comunicação à distância, a presença *in loco* no município no processo de implantação é necessária, pois nesta etapa surgem muitas dúvidas, relacionadas tanto ao sistema quanto ao próprio caráter da teleconsultoria.
- Formação de teleconsultores especialistas e apoio longitudinal: a formação ofertada pelo Telessaúde SC é realizada por meio de curso à distância e prevê a discussão do papel dos especialistas para o fortalecimento da ABS como coordenadora do cuidado; objetivos e serviços do Programa Telessaúde Brasil Redes; utilização da plataforma virtual; e ênfase na formulação de respostas das teleconsultorias quanto a sua estrutura, objetividade, evidências, caráter formativo, e atividade prática de teleconsultoria. Além disso, existe suporte longitudinal para melhoria contínua da qualidade das respostas do profissional.
- Cadastramento dos profissionais que ainda não possuem *login* e senha ativos no Telessaúde SC dos municípios.
- Capacitação dos profissionais para uso do Telessaúde e implantação do fluxo de teleconsultoria/regulação: a sensibilização dos profissionais potencialmente usuários é fundamental para a legitimação da implantação do fluxo. O início do processo de implantação, em geral, gera resistências de alguns profissionais, com alegações sobre a legalidade do processo e o acúmulo de responsabilidades dos médicos da ABS. A apresentação do cenário visto na regulação e na AE, com excesso de encaminhamentos, deve ser confrontada com o potencial de resolubilidade da ABS, no sentido da responsabilização. Quanto à legalidade, a teleconsultoria é autorizada tanto pelo MS quanto pelo Conselho Federal de Medicina, ficando impedida apenas a modalidade de teleconsulta, que se refere à interação à distância entre profissional e paciente². É importante que os profissionais de saúde tenham consciência de que a teleconsultoria é, acima de tudo, uma oferta de educação permanente e apoio ao profissional.
- Serviço de telerregulação: refere-se à distribuição das teleconsultorias para os teleconsultores cadastrados, de acordo com a região do Estado ou município, especialidade ou tipo de pergunta e escala de trabalho, que é realizada por telerreguladores do Núcleo.
- Monitoramento e qualificação das respostas de teleconsultorias: a avaliação da qualidade das teleconsultorias pode ser realizada na própria plataforma do Telessaúde pelo solicitante, que, ao receber a resposta do teleconsultor, pode indicar se ela foi suficiente para a resolução do caso, por intermédio de um ícone de avaliação. O Telessaúde monitora a avaliação da qualidade das respostas, em especial as apontadas como insuficientes. O desdobramento ocorre em forma de devolutiva aos teleconsultores, apontando possíveis inconsistências no padrão de respostas, de acordo com as diretrizes do MS e do Telessaúde SC.
- Elaboração de relatórios de utilização dos serviços: semanalmente, a equipe do Telessaúde emite relatórios de utilização de teleconsultoria por especialidade e produção de teleconsultores, e monitora o tempo de resposta, estipulado para um tempo de até 72 horas. Esses relatórios são utilizados pelo próprio Núcleo de Telessaúde e pelos municípios para avaliação do processo e correção de possíveis problemas e planejamento de novas ações.
- Disponibilização, manutenção e atualização da plataforma virtual: o uso da teleconsultoria exige plataforma específica e ambiente seguro. Desde o início da implantação de fluxos compulsórios, houve diversas adequações e inclusões de recursos na plataforma para atender as necessidades de utilização, monitoramento e avaliação. Estas adequações são extremamente importantes, pois o sistema deve ser amigável e de fácil utilização para os solicitantes, bem como atender as necessidades de gestão no acompanhamento do processo.
- Suporte técnico-científico na elaboração de protocolos clínicos e de acesso: a construção de protocolos clínicos e de protocolos de acesso à especialidade também ajuda a otimizar o uso dos serviços e a qualificar a atenção ofertada. Os protocolos clínicos descrevem a prática assistencial à saúde baseada em evidências para subsidiar as decisões terapêuticas¹⁶, que passam por processo de validação dos diversos atores envolvidos no processo de cuidado, definidas com critérios para o diagnóstico da doença ou agravo à saúde, tratamento preconizado, mecanismos de acompanhamento clínico e verificação dos resultados terapêuticos⁶. Já os protocolos de acesso à especialidade são ferramentas de gestão que auxiliam a central de regulação na verificação de necessidade de indicação clínica para encaminhamento ao serviço especializado, orientam os ca-

os que devem ter prioridade no acesso à especialidade e orientam a ABS na qualificação do cuidado prévio quando há necessidade de encaminhamento⁶.

- Elaboração de atividades de tele-educação para suporte das atividades de teleconsultoria: o Telessaúde SC tem um setor de tele-educação que dá suporte ao desenvolvimento das atividades de teleconsultoria por meio da oferta de minicursos e webconferências, guiados por informações de outros serviços e pelas necessidades dos municípios parceiros, relacionados a temas clínicos, fluxo das teleconsultorias, utilização de protocolos e formação de teleconsultores, entre outros.

O PAPEL FORMATIVO DA TELECONSULTORIA

No curto prazo, uma teleconsultoria pode evitar um encaminhamento. No longo prazo, por meio do seu processo formativo, com informações complementares sobre “o que fazer”, “por que fazer” e “como fazer”, a teleconsultoria tem o potencial de evitar outros encaminhamentos futuros que seriam gerados caso o profissional não recebesse apoio e formação para isto. Nesse sentido, uma única teleconsultoria pode evitar vários outros encaminhamentos. O Quadro 1 ilustra esse grande potencial formativo, apresentando um exemplo de teleconsultoria que evitou encaminhamento à especialidade.

QUADRO 1 Exemplo de teleconsultoria com potencial formativo	
Dúvida – Médico Solicitante	
Caso: Mulher, 60 anos, 79 kg, DN: 17/04/1955.	
História de hipertensão, asma e diabetes <i>mellitus</i> tipo II. Em tratamento com:	
Hidroclorotiazida 25 mg, AAS 100 mg, Beclometasona 250 mcg, Salbutamol <i>spray</i> , Ibesartana 300 mg, Zaidis 10 mg, Glifage XR 500 mg, 2 cps após café e 2 cps após jantar. Tratamento anterior com Metformina 500 mg, apresentando episódios de cólicas abdominais e diarreia. Troquei a Metformina 500 mg por Glifage XR, continuando com os mesmos sintomas, sugerindo uma intolerância à Metformina. Glicemia (exame sangue): 176 mg e hemoglobina glicosilada (HbA1c): 8,70%. Como manejar? A paciente prefere utilizar a insulina como última opção. É aconselhável iniciar o tratamento com Sulfonilureias ou Bigamias? Elas promoverão o controle da glicose?	
Resposta – Teleconsultor	
Trata-se de paciente diabético sem controle, com sintomas de intolerância à Metformina mesmo quando utilizado XR com liberação prolongada. Uma possibilidade para essa paciente é reduzir a dose do Glifage XR, deixando somente 1 g/dia e associar uma Sulfonilureia, como a Gliclazida. De acordo com a HbA1c, para chegar à meta glicêmica, é preciso deixar dose 90 a	

120 mg (3-4 cps de 30 mg por dia – pode fracionar 2 antes do café e 2 antes do almoço). Se mesmo assim a paciente persistir com queixas gastrointestinais com Glifage, tentar substituir por outro antidiabético via oral, como os inibidores de DPP4 (Trayenta 5 mg, Galvus 100 mg, Januvia 100 mg, Ongliza 5 mg, Nesina 25 mg) ou inibidores de SGLT2 (Forxiga 10 mg, Invokana 300 mg ou Jardiance 25 mg). Estes últimos, além de promoverem controle glicêmico, levam à perda de peso, mas só podem ser utilizados se clre > 60 ml/min. Caso esta possibilidade não seja viável, manter Gliclazida com uma dose de insulina *bed time* também deverá promover o controle. Após introduzir medicações, repetir os exames em três meses para avaliar melhora na HbA1c. Lembrar da importância da triagem das doenças microvasculares, solicitando mapeamento de retina, microalbuminúria e exame dos pés anualmente. Sempre estimular controle dietético e prática de atividade física, medidas que ajudam muito no controle da doença. Se após realizar tais medidas a HbA1c se mantiver acima de 7%, pode reencaminhar o caso via teleconsultoria para que possamos reorientar o tratamento.

Evidências e referências:

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015. São Paulo – AC Farmacêutica, 2015. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/>.
2. Macedo G, Moura F, Soriano EA, Ribas DF, Andrada NC. Projeto Diretrizes: Insulinização, 2011.

Fonte: Telessaúde SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de implantação da teleconsultoria no fluxo entre ABS e AE tem se mostrado muito importante na educação permanente dos profissionais, pois tem oferecido aprendizado significativo em termos de tempo e necessidades do serviço.

O processo de qualificação dos médicos da ABS realizado pela teleconsultoria tanto aumenta a resolubilidade na ABS, quanto qualifica o acesso à AE (seja pela regulação do caso com classificação de risco, solicitação prévia de exames ou manejo compartilhado). Além disso, a qualidade da comunicação entre os pontos de atenção se potencializa, pois ela passa a ser estratégica na definição do fluxo do usuário, tanto para a referência, quanto para a contrarreferência, com aprendizado mútuo e funcionamento que de fato caracteriza uma rede de cuidados.

Quanto ao estabelecimento de fluxo compulsório de teleconsultoria, ainda que cause alguns desconfortos no início do processo, tem se mostrado uma decisão fundamental, pois as solicitações de teleconsultorias clínicas, quando de seu uso espontâneo, eram insignificantes numericamente falando. Entretanto, após a implantação de fluxo compulsório como propósito de gestão, sua utilização teve crescimento exponencial, e as resistências iniciais em razão da obrigatoriedade foram desaparecendo com a utilização da ferramenta e o surgimento de resultados.

Esse conjunto de aspectos tem impacto positivo no tempo de espera para AE e, mais do que isso, tem impacto no cuidado do usuário, que tem suas necessidades atendidas e acompanhadas, seja na ABS ou na AE, em tempo, situação e local oportunos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 35 de 4 de Janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.546, de 27 de Outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
5. Gervas J, Fernández MP. Como construir uma atenção primária forte no Brasil: É possível transformar o círculo vicioso de má qualidade em um círculo virtuoso de boa qualidade, no trabalho clínico e comunitário na atenção primária no Brasil. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Custeio dos Núcleos de Telessaúde: manual instrutivo [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
7. Araujo KS, Correia IB, Silva KCL. Integração Telessaúde e Regulação no apoio à Atenção Primária. In: XIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2012, Curitiba. Anais do XIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde; 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional do Programa Telessaúde Brasil Redes. Nota Técnica nº 5/2015 – DEGEG/SGTES/MS. Diretrizes para oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
9. Cortese M, Nilson LG, Maeyama MA, Leopoldo KCG, Silva TE, Calvo MCM. Avanço da teleconsultoria no Estado de Santa Catarina: uma parceria da Regulação do Estado com o Núcleo Telessaúde. Revista Catarinense de Saúde da Família 2017; 7(14)6-10.
10. Maeyama MA, Giarretta, ALS, Pupim B, Machado DC, Luardelli GK, Nilson LG, Calvo MCM, Oliveira MB, Damas TB.. Integração do Telessaúde no fluxo entre Atenção Básica e Atenção Especializada no Município de Joinville – SC. Revista Catarinense de Saúde da Família 2016; 6(13)107-14.
11. Castro Filho ED, Harzheim E, Schmitz CAA, Siqueira AC. Telessaúde para Atenção Primária. v. 1. In: Gusso G, Lopes, JMC (Org.) Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 395-403.
12. Oliveira DG, Frias PG, Vanderlei LCM, Vidal SA, Novaes MA, Souza WV. Análise da implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos. Cad. Saúde Pública 2015; 31(11)2379-89.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.554, de 28 de Outubro de 2011. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde de Brasil Redes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
14. Haddad AE. Experiência Brasileira do Programa Nacional Telessaúde Brasil. Ana Estela Haddad. In: Mathias I, Monteiro A (orgs). Gold book [recurso eletrônico]: inovação tecnológica em educação e saúde. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2012.
15. Marcolino MS, Alkmin MB, Assis TGP, Sousa LAP, Ribeiro ALP. Teleconsultorias no apoio à atenção primária à saúde em municípios remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. Rev Panam Salud Publica, Washington 2014; 35(5/6)345–52.
16. Ferri SMN, Ferreira JBB, Almeida EF, Santos JS. Protocolos Clínicos e de Regulação: Motivações para Elaboração e Uso. In: SANTOS JS et al. Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 9-21.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram da concepção e desenho do estudo, da análise e interpretação dos dados, bem como da redação e revisão final deste texto.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses de ordem pessoal, comercial, acadêmica, política ou financeira na produção do manuscrito.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDENCIA

Marcos Aurélio Maeyama
Rua Delfino Conti, s/no
Trindade – Florianópolis
CEP 88040-370 – SC
E-mail: marcos.aurelio@univali.br



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.