



**UNIVERSIDADE SALVADOR - UNIFACS
PROGRAMA DE MESTRADO EM DIREITO, GOVERNANÇA E POLÍTICAS
PÚBLICAS**

ANDRÉA DOS SANTOS REIS

**A TELESSAÚDE NA CONTINGÊNCIA DA COVID-19: USO, ASPECTOS ÉTICOS E
DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DAS SOLUÇÕES DIGITAIS**

Salvador
2022

ANDRÉA DOS SANTOS REIS

**A TELESSAÚDE NA CONTINGÊNCIA DA COVID-19: USO, ASPECTOS ÉTICOS E
DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DAS SOLUÇÕES DIGITAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas (PMDGPP) da Universidade Salvador-UNIFACS como requisito de avaliação para obtenção do título de Mestre em Direito, Governança e Políticas Públicas.

Linha de Pesquisa: Transformação Digital: indústria 4.0, conectividade, inovação e políticas públicas no pós-COVID-19.

Campo de conhecimento: Saúde.

Orientador: Professor Dr. Gustavo Nunes de Oliveira Costa.

Salvador
2022

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da Universidade Salvador - UNIFACS.

Reis, Andréa dos Santos

A telessaúde na contingência da Covid-19: uso, aspectos éticos e desafios para a efetivação das soluções digitais. / Andréa dos Santos Reis. – Salvador: UNIFACS, 2022.

85 f. : il.

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas, da Universidade Salvador - UNIFACS, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Direito, Governança e Políticas Públicas.

Orientador Prof. Dr.: Gustavo Nunes de Oliveira Costa.

1. Direito. 2. Telessaúde. I.Costa, Gustavo Nunes de Oliveira, orient. II. Título.

CDD: 340

ANDRÉA DOS SANTOS REIS

A TELESSAÚDE NA CONTINGÊNCIA DA COVID-19: USO, ASPECTOS ÉTICOS E
DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DAS SOLUÇÕES DIGITAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas (PMDGPP) da Universidade Salvador - UNIFACS como requisito de avaliação para obtenção do título de Mestre em Direito, Governança e Políticas Públicas, a seguinte banca examinadora.

Gustavo Nunes de Oliveira Costa – Orientador _____
Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia – UFBA
Universidade Salvador - UNIFACS

Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres _____
Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia – UFBA
Universidade Salvador - UNIFACS

Mariluce Karla Bomfim de Souza _____
Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia – UFBA

Salvador, 29 de novembro de 2022.

À Deus e à Nossa Senhora, acima de tudo.

Aos meus pais, amores da minha vida, pelos exemplos, pela retidão de caráter, pela presença constante, pela força, pelo apoio incondicional, e, principalmente, porque me tornaram quem eu sou e sempre me ensinaram a lutar incansavelmente pelo que queria.

Aos meus três irmãos, pelo estímulo, amparo e união.

Aos meus sobrinhos, pelo carinho e admiração.

Aos meus cunhados, pelo incentivo.

E ao meu animal de estimação, por tanto amor e lealdade dedicados à minha pessoa, e por caminhar lado a lado comigo nesta luta.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Gustavo Nunes de Oliveira Costa, meu Orientador, pelos ensinamentos, competência e por toda paciência na construção deste trabalho.

À Profa. Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres, pela colaboração e conselhos cruciais durante o planejamento desta Dissertação.

À Profa. Mariluce Karla Bomfim de Souza, pelas ricas contribuições e sugestões para a melhoria e enriquecimento desta pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas da UNIFACS, na pessoa do Coordenador, Prof. Dr. José Gileá de Souza, que, desde o início, ofereceu todo o suporte para que eu chegasse até aqui.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas da UNIFACS, pela qualidade das aulas, pela oportunidade do aprendizado e pela atenção sempre dedicada. E aos funcionários da Instituição, pela presteza e solicitude no atendimento.

Aos colegas da turma de Mestrado 2021.1, pela confiança e conhecimentos compartilhados por todo esse período.

À CAPES, pelo suporte conferido durante esses dois anos.

À minha família, por ser o meu maior tesouro.

Por fim, aos amigos, pelo apoio e incentivo constantes.

“A mente que se abre a uma nova ideia, jamais voltará ao seu tamanho original”.

Albert Einstein

RESUMO

Ante o impacto que a Pandemia da COVID-19 causou no modelo tradicional de atendimento, fez-se necessário o investimento em novas práticas do cuidado, as quais revolucionaram a forma de “fazer saúde”. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar o processo, avanços e desafios da Telessaúde no Brasil em face da contingência da COVID-19. Trata-se de um estudo documental, qualitativo, baseado no exame dos documentos oficiais extraídos dos sites dos Governos Estaduais, Federal, OMS e OPAS, ou de outros meios eletrônicos, e realizado no período de março de 2020 a junho de 2022. Utilizou-se o método de análise de conteúdo proposto por Bardin, sendo realizado em três etapas. Foram selecionados, na pré-análise, 145 documentos, cujo critério de escolha se deu pela busca das versões mais atualizadas, aliado à compatibilidade do conteúdo com o eixo temático da pesquisa. Na etapa de exploração do material, foram escolhidos 86 dentre os 145 documentos, contendo os subscritores “telemedicina e/ou telessaúde”, “teleorientação”, “telemonitoramento”, “teleconsulta” e “teleatendimento”. Já na última etapa, foram verificados, nos 86 documentos, os critérios de escolha “influência da Telessaúde para o Brasil no que tange ao enfrentamento da COVID-19”, “importância das questões éticas no uso da Telessaúde”, e “principais desafios na efetivação dessas soluções digitais no pós pandemia”. Os resultados obtidos mostraram que todos os Estados brasileiros e Organismos Nacional e Internacionais tiveram registros sobre o uso e a diversidade de tecnologias digitais em saúde no combate ao Coronavírus, com destaque para a teleconsulta, o telemonitoramento, a teleorientação e o teleatendimento. Apenas 11 Estados do Brasil apresentaram registros sobre o sigilo e a segurança dos dados no uso da Telessaúde, e nenhum Estado contemplou informações acerca dos desafios na inserção definitiva dessas soluções digitais em um contexto pós crise sanitária.

Palavras-chave: COVID-19, telessaúde, Brasil.

ABSTRACT

In view of the impact that the COVID-19 Pandemic had on the traditional care model, it was necessary to invest in new care practices, which revolutionized the way of “doing health”. Thus, the objective of this work is to analyze the process, advances and challenges of Telehealth in Brazil in the face of the COVID-19 contingency. This is a documentary, qualitative study, based on the examination of official documents extracted from the websites of the State, Federal, WHO and PAHO Governments, or other electronic means, and carried out from March 2020 to June 2022. In the content analysis method proposed by Bardin, being carried out in three stages. In the pre-analysis, 145 documents were selected, whose selection criterion was based on the search for the most up-to-date versions, combined with the compatibility of the content with the thematic axis of the research. In the material exploration stage, 86 were chosen among the 145 documents, containing the subscribers “telemedicine and/or telehealth”, “teleguidance”, “telemonitoring”, “teleconsultation” and “teleservice”. In the last stage, the selection criteria "influence of Telehealth in Brazil in terms of coping with COVID-19", "importance of ethical issues in the use of Telehealth", and "main challenges in the use of Telehealth" were verified in the 86 documents. implementation of these digital solutions in the post-pandemic.” The results obtained showed that all Brazilian States and National and International Organizations had records on the use and diversity of digital technologies in health in the fight against the Coronavirus, with emphasis on teleconsultation, telemonitoring, teleguidance and teleassistance. Only 11 states in Brazil presented records on the secrecy and security of data in the use of telehealth, and no state included information about the challenges in the definitive insertion of these digital solutions in a post-sanitary crisis context.

Keywords: COVID-19, telehealth, Brazil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução histórica das principais normas que regulamentaram a Telessaúde no Brasil ao longo dos anos	35
Figura 2 - Percentual de aplicação dos serviços de Telessaúde mais utilizados no enfrentamento da Pandemia da COVID-19 pelos Governos Estaduais, Federal, OMS e OPAS (2020-2022)	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Desafios para o uso da Telessaúde na resposta da saúde pública à Pandemia da COVID-19 no Brasil.....	40
Quadro 2 - Documentos oficiais que tratam da COVID-19 em cada estado brasileiro, no MS/BR, na OMS e na OPAS (2020 - 2022).....	46
Quadro 3 - Documentos oficiais dos Governos Estaduais, Federal, da OMS e da OPAS que tratam da COVID-19, e abarcam a Telessaúde como solução digital para enfrentamento da crise (2020-2022)	49
Quadro 4 - As três categorias de análise do objeto de estudo desta pesquisa (2020-2022)	52

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Escopo dos serviços de Telessaúde aplicados no enfrentamento da COVID-19 e índice geral de uso por cada Estado brasileiro e Organismos Nacional e Internacionais (2020-2022)	55
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 A PANDEMIA DA COVID-19	19
2.2 A TELESSAÚDE ENQUANTO SOLUÇÃO DIGITAL PARA O ENFRENTAMENTO DA CRISE SANITÁRIA.....	26
2.2.1 Conceitos de Telessaúde.....	26
2.2.2 Histórico da Telessaúde e Marco Normativo no Brasil.....	31
2.2.3 Aplicação da Telessaúde em resposta à Pandemia da COVID-19 e seus principais desafios em um futuro próximo.....	36
3 METODOLOGIA.....	43
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
4.1 ANÁLISE CRÍTICA DO MATERIAL INSTITUCIONAL (PLANOS DE CONTINGÊNCIA ESTADUAIS E FEDERAL; LEGISLAÇÕES; NOTAS TÉCNICAS E RECOMENDAÇÕES) DO BRASIL E ORGANISMOS INTERNACIONAIS (OMS E OPAS).....	46
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	74

1 INTRODUÇÃO

No início de 2020, em decorrência da Pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, o Brasil e o mundo enfrentaram uma emergência sem precedentes na história, de gravíssimas consequências para a vida humana, a saúde pública e a atividade econômica.

Sob essa ótica, convém registrar que a Pandemia da COVID-19 ensejou e continua ensejando uma extraordinária profusão de normas ao redor do mundo, tanto no âmbito nacional, como a nível regional e local – dos estados, das cidades e distritos. São milhares de instrumentos normativos, promulgados especialmente em resposta à crise sanitária, a exemplo da Lei nº 13.979/2020 do Brasil, que regulamentou as medidas de enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) decorrente do Coronavírus. Ditas normas conferiram a instituições, agentes públicos e privados amplos poderes de interferência na vida da população em geral, de grupos específicos e de indivíduos, não apenas impactando significativamente no seu bem-estar, como também limitando direitos fundamentais em vários Estados, quais sejam o da liberdade de ir e vir, de reunião, de protesto, entre outros.

Neste cenário, apesar da grande maioria dos pacientes infectados ser assintomática ou de casos leves, 15% podem experimentar quadros clínicos mais graves e 5% necessitam de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e ventilação mecânica (WU; MCGOOGAN, 2020). A doença apresenta elevada transmissibilidade, com grande contingente de indivíduos infectados e adoecidos ao mesmo tempo, sendo previsível que as capacidades locais de cuidado intensivo fiquem sobrecarregadas, seja pelo desequilíbrio entre a necessidade dos pacientes graves e a oferta dos serviços, seja porque pacientes com quadros graves requerem longo tempo de suporte respiratório, o qual estressa ainda mais os recursos escassos, esperando-se que gere um estrangulamento do sistema de saúde e uma elevação significativa da letalidade da doença.

Em vista disso, o escopo amplo e a flexibilidade das tecnologias digitais, ajustando-se às necessidades em saúde de cada contexto social, proporcionam soluções inovadoras de prestação de serviços de saúde e abre grandes oportunidades para o seu uso no caso das epidemias, mormente a Pandemia da COVID-19 vivenciada neste momento. Daí, a Telessaúde vem sendo considerada um recurso fundamental, dada a sua capacidade de diminuir a circulação de indivíduos em estabelecimentos de saúde, de reduzir o risco de contaminação de pessoas e a propagação da doença, de penetrar em lugares de difícil acesso ou com estrutura deficitária, e de liberar leitos e vagas de atendimento hospitalar em favor de pacientes infectados (PORTNOY; WALLER; ELLIOTT, 2020).

Este estudo é motivado pela necessidade de se aprofundar o conhecimento acerca das principais contribuições da Telessaúde em resposta à crise sanitária em curso, considerando o território brasileiro como referência desta pesquisa, além da reflexão crítica sobre os desafios em um cenário de inserção definitiva das tecnologias digitais nos sistemas de saúde no pós-COVID-19.

Para tanto e por se tratar de um trabalho em que são utilizadas matrizes variadas do conhecimento, avançando-se nas discussões que integram Economia, Tecnologia e Inovação em Saúde, adotou-se como norte teórico desta pesquisa os autores Joseph Schumpeter (1982), Mariana Mazzucato (2016, 2018, 2019), Mariana Mazzucato e Guilio Quaggiotto (2020), Mariana Mazzucato e Rainer Kattel (2020), Carlos Gadelha (2012, 2020, 2021), Érika Aragão e Francisco Rózsa Funcia (2021), Érika Aragão (2022), Mélanie Raimundo Maia, Artur Jorge Correia e Luís Velez Lapão (2015), Luís Velez Lapão, Luiz Ary Messina, Regina Ungere e Francisco Campos (2016), José Luiz Ribeiro Filho, Luiz Ary Messina, Nelson Simões e Wilson Coury (2008), Angélica Baptista Silva e Ilara Hammerli Sozzi de Moraes (2012) e Angélica Silva (2014).

De início, Schumpeter (1982) se mostrou decisivo quando estabeleceu a centralidade da inovação tecnológica para a transformação da estrutura capitalista. A partir dos seus estudos, outros autores alicerçaram os seus trabalhos com base no processo de inovação e seus desdobramentos para o desenvolvimento econômico.

Mais precisamente no campo da saúde, essa relação se mostrou evidente com Gadelha (2012, p.204), ao assegurar

que o encontro de mecanismos, os quais, simultaneamente, estimulem a dinâmica da inovação e mantenham a racionalidade sanitária, incluindo segurança técnica e equilíbrio econômico no sistema, é parte da exigência de sinergia entre as vertentes sócio-sanitária e econômica no complexo da saúde.

Portanto, para Gadelha (2012, p.33),

a saúde se revela como um campo que incorpora grande volume e intensidade de conhecimento e inovação e, principalmente, desenvolve tecnologias estratégicas que exercem impactos interdependentes tanto no Complexo Econômico-Industrial da Saúde, quanto na dinamização do tecido econômico-produtivo.

Na esteira da atual crise sanitária, Gadelha (2021, p.144), também, assinala “que o enfrentamento da Pandemia mobiliza um sistema econômico produtivo, tecnológico e de inovação de alta complexidade, que envolve diversas indústrias e serviços e a organização dos sistemas de saúde como dimensões interdependentes”.

Complementando esta abordagem, alguns autores dispensam um tratamento peculiar ao defender a importância da utilização das soluções digitais, de alguma maneira, pelos países atingidos pelo Coronavírus de acordo com sua disponibilidade. Segundo Lima, Buss e Sousa (2020), “a cobertura e intensidade do uso dessas tecnologias pelos países indicam que a capacidade industrial, o volume de riqueza, a adaptabilidade social e a capacidade de gestão política são os ativos mais importantes a serem mobilizados diante de choques globais de múltiplas dimensões. De certa forma, são sensíveis indicadores de como estão distribuídas as capacidades econômicas e de gestão no nosso planeta”.

Já Medina e outros autores (2020) ressaltam “que o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) para a realização de teleconsulta garante a oferta de ações de forma segura, de modo que não haja descontinuidade e agravamento das condições dos usuários em tratamento”.

Em linhas gerais, Lapão, Messina, Ungere e Campos (2016, p.S66) expõem o aspecto inovador da Telessaúde, quando enfatizam que “a abordagem da Telessaúde utiliza TICs para o intercâmbio de informações, diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, pesquisa e avaliação, e para a educação continuada de profissionais de saúde”. Ainda, referidos autores abarcam, em seu conceito, a dimensão de política pública à luz da Saúde Coletiva, ao elencarem os cinco elementos essenciais que a definem:

1. Oferecer apoio clínico, em forma de segunda opinião especializada;
2. Permitir a monitorização à distância, quer de doentes em tratamento, quer no âmbito da vigilância em saúde pública;
3. Superar as barreiras geográficas, conectando os doentes e profissionais de saúde que não se encontram no mesmo espaço físico;
4. Envolver a combinação de uma diversidade de tecnologias TICs, e;
5. Focar na melhoria do acesso e na melhoria dos cuidados em saúde.

Nestes termos, convém ressaltar que o presente estudo utiliza como referência a definição de Telessaúde apresentada pela *Oxford Academic* (WOSIK, 2020), quando assim preceitua:

O termo Telessaúde refere-se a todo o espectro de atividades usadas para prestar cuidados à distância - sem contato físico direto com o paciente. A Telessaúde engloba as comunicações provedor-para-paciente e provedor-para-provedor e pode ocorrer de forma síncrona (telefone e vídeo), de forma assíncrona (mensagens do portal do paciente, e-consultas) e por meio de agentes virtuais (chatbots) e dispositivos vestíveis. (WOSIK, 2020, p. 957-962).

É notório que os programas de Telessaúde superam as barreiras físicas, proporcionando uma melhora da resposta do sistema de saúde à crise em curso, haja vista que essa tecnologia digital oferece capacidades para triagem, cuidado e tratamento remotos, inclusive permitindo

melhorar os processos de decisão clínica, a exemplo do apoio à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com base no desenvolvimento de programas de monitoração digital (e-ICU, em inglês), que possibilitam que enfermeiros e médicos acompanhem remotamente dezenas de pacientes em UTIs localizadas em hospitais (RAMNATH et al, 2014); ações de vigilância; detecção e prevenção, e ajuda a mitigar os impactos aos cuidados de saúde indiretamente relacionados à COVID-19.

Tecido este panorama, forçoso salientar que o contexto da crise sanitária impôs uma mudança no modelo tradicional de atendimento, de modo que as novas práticas do cuidado revolucionaram a forma de “fazer saúde”. Nesta senda, operaram-se as renúncias por parte das Organizações de Saúde no que tange ao cuidado presencial de rotina, sendo imperioso, desde então, investir em soluções tecnológicas para fazer o acompanhamento clínico “à distância” dos pacientes, seja no sentido da realização dos diagnósticos e tratamentos, ou como fontes de dados- epidemiológicos- para *insights* e melhoria da gestão em saúde.

Ainda, impende mencionar que o mundo e, especialmente, o Brasil não estava preparado para sofrer uma crise sanitária de grandes proporções e, em vista disso, encontrou dificuldades para geri-la. Igualmente, não se pode deixar de considerar os desafios no pós- pandemia, sendo imprescindível um esforço conjunto dos Estados, Governos, Sociedades e Organismos Nacionais e Internacionais, com o fim de administrar os efeitos da crise, além de acompanhar as mudanças decorrentes da Transformação Digital na Saúde, considerando os contextos, as aplicações e os riscos advindos deste processo.

Diante destas considerações, vislumbra-se que, neste momento e no futuro próximo dos serviços de saúde, as tecnologias digitais possam facilitar e melhorar o acesso e a qualidade dos atendimentos, podendo até haver uma reconfiguração do espaço da Telemedicina na prática dos serviços no território. No entanto, não se pode olvidar que a transição para uma fase pós-pandêmica implicará em uma transformação crucial dos sistemas de Telessaúde, ou seja, as soluções provisórias ou não comprovadas, permitidas em uma situação de calamidade pública, começam a ceder espaços para sistemas sustentáveis e seguros, que preservem, de forma adequada, a segurança dos dados e a privacidade do paciente e que ofereçam suporte técnico para atendimento pós-crise.

Cumprido salientar que a escolha por esse trabalho se deveu, conjuntamente, a minha experiência na área assistencial, por ser uma Profissional da Saúde (Enfermeira), assim como o interesse no estudo do tema, tendo em vista o contexto pandêmico pelo qual o país atravessa, ao tempo em que se vislumbra o crescimento e expansão das tecnologias digitais e a

possibilidade de suas aplicações como medidas alternativas de enfrentamento da crise na saúde pública.

Em consonância com os aspectos supracitados, foram levantados os seguintes questionamentos neste trabalho: quais ações foram adotadas pelos Governos Federal e Estaduais em relação à utilização da Telessaúde no Brasil frente à Pandemia provocada pela COVID-19, e se estas soluções serão passíveis de serem adotadas enquanto tecnologias digitais efetivas. Desse modo, o presente estudo teve como objetivo geral analisar o processo, avanços e desafios da Telessaúde no Brasil em face da contingência da COVID-19. A título de objetivos específicos, esta pesquisa buscou descrever o uso e as modalidades da Telessaúde utilizadas no Brasil durante a Pandemia da COVID-19, e identificar os aspectos éticos e os desafios para a efetivação das soluções digitais na contingência da COVID-19 e no pós-pandemia.

Por fim, cumpre mencionar que o presente trabalho foi organizado da seguinte forma: a seção 1 do referencial teórico (capítulo 2) apresenta o contexto da Pandemia da COVID-19; a seção 2 do referido capítulo aborda a Telessaúde, contemplando os conceitos, histórico, marco normativo no Brasil, bem como a sua aplicação em resposta à Pandemia e os seus principais desafios em um futuro próximo; o capítulo 3 faz uma exposição detalhada do procedimento metodológico adotado nesta pesquisa; já o capítulo 4 apresenta uma análise qualitativa dos dados obtidos através do Estudo Documental sobre o material institucional dos Organismos Nacional e Internacionais, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), além de uma discussão sobre as experiências e realidades de outros Países/Sistemas de Saúde utilizados como referência, que podem ter resultados diferentes do Brasil, de maneira a considerar os problemas de pesquisa levantados e os objetivos propostos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A PANDEMIA DA COVID-19

Em dezembro de 2019, foram registrados casos de pneumonia de origem desconhecida em Wuhan (China), tendo sido descoberto, no final deste mês, que a referida doença era causada pelo vírus SARS-CoV-2, pertencente a uma longa linhagem de Coronavírus.

Pode-se dizer que, desde 30 de janeiro de 2020, quando o Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto do novo Coronavírus como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional-ESPII (WHO, 2019), o mundo vem enfrentando um desafio sem precedentes em todos os lugares afetados pela disseminação do vírus, fato este que implicou, também, na atualização do risco global de surto da COVID-19 para “muito alto”. Posteriormente, em 11 de março de 2020, o próprio Diretor Geral da OMS anunciou que a COVID-19 passou a ser caracterizada como uma pandemia, sendo, portanto, a primeira causada por um Coronavírus na história (WHO, 2020b).

É notório que, a partir desta data, o número de casos relatados de COVID-19 no mundo passou de 118 mil para mais de 37 milhões, e o de mortes pela doença de 4.200 para mais de 1 milhão na data de 11 de outubro de 2020 (WHO, 2020a).

Diante deste cenário, é imprescindível correlacionar as bases políticas e econômicas mundiais com as questões socio-sanitárias. Para Lima, Buss e Sousa (2020), “a pandemia da COVID-19 evidenciou uma profunda mudança nas relações entre espaço, tempo e doenças infecciosas. Percebeu-se que o mundo estava mais vulnerável à ocorrência e à disseminação global, tanto de doenças conhecidas, como novas”. De acordo com os seus pontos de vista, “a integração das economias em todo o planeta permitiu um grande aumento de circulação de pessoas e de mercadorias; promoveu o uso intensivo e não sustentável dos recursos naturais, e acentuou mudanças sociais favoráveis ao contágio das doenças infecciosas, condições essas que permitiram o desenvolvimento da “globalização da doença” como a COVID-19”. (LIMA; BUSS; SOUSA, 2020),

Vale mencionar que o momento pelo qual o mundo atravessa exige a adoção de estratégias eficazes de respostas às crises sanitária e humanitária principalmente. Com relação a esse aspecto, Mazzucato (2016, p.140-156) aborda que “a crise da COVID-19 sublinhou a importância da capacidade e capacidades do setor público para lidar com emergências e as capacidades específicas necessárias para resolver os desafios sociais – mais visivelmente a proteção da saúde pública”. Na mesma linha, Drechsler e Kattel (2020, p.549-551) defendem

que, “durante as pandemias, os governos devem responder às emergências organizando respostas rápidas e mobilizando recursos”. Sob as suas óticas, “a governança eficaz requer capacidades e capacidades para agilidade e resiliência”.

Complementando a abordagem do autor acima descrito, Sarti e outros autores (2020, p.2) afirmam que “a crise não se resume a uma questão sanitária, mas possui relação estreita com os campos político, social e econômico, que exigem um conjunto de medidas que vão além da imediata contenção da cadeia de transmissão do vírus”.

Em vista deste contexto sistêmico, não se pode olvidar que outras ações, igualmente, devem ser vistas como de caráter emergencial, a exemplo daquelas que protegem os mais vulneráveis, incluindo idosos e pessoas com condição médica subjacente (como diabetes, obesidade, asma, etc.), bem como os profissionais da saúde, os quais são expostos com mais frequência e são vitais para a resposta. Sob esse prisma e considerando que o mundo está cada vez mais complexo e imprevisível, Sarti e outros autores (2020, p.2), ainda, “apresentam o desafio de se pensar em qual modelo social e sistema de saúde se almeja para a proteção da vida, sobretudo, a dos mais vulneráveis”.

Feita essa breve análise acerca da conjuntura do surgimento e evolução da COVID-19 pelo mundo, torna-se imperioso trazer à baila as informações, orientações e recomendações gerais da doença preconizadas pela OMS, a saber:

A doença do Coronavírus (COVID-19) é uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2. A maioria das pessoas infectadas com o vírus apresentará doença respiratória leve a moderada e se recuperará sem precisar de tratamento especial. No entanto, alguns ficarão gravemente doentes e exigirão atenção médica. Os idosos e aqueles com condições médicas subjacentes, como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas ou câncer, são mais propensos a desenvolver doenças graves. Qualquer pessoa pode ficar doente com COVID-19, e ficar gravemente doente ou morrer em qualquer idade.

[...] Para prevenir a infecção e retardar a transmissão da COVID-19, faça o seguinte: 1. Vacine-se quando uma vacina estiver disponível para você; 2. Fique a, pelo menos, 1 metro de distância dos outros, mesmo que eles não pareçam estar doentes; 3. Use uma máscara devidamente ajustada quando o distanciamento físico não for possível ou quando estiver em ambientes mal ventilados; 4. Escolha espaços abertos e bem ventilados em vez de fechados. Abra uma janela se estiver dentro de casa; 5. Lave as mãos regularmente com água e sabão ou limpe-as com álcool em gel; 6. Cubra a boca e o nariz ao tossir ou espirrar; 7. Se você se sentir mal, fique em casa e se isole até se recuperar.

[...] A COVID-19 afeta pessoas diferentes de maneiras diferentes. A maioria das pessoas infectadas desenvolverá doença leve a moderada e se recuperará sem hospitalização.

Sintomas mais comuns: febre; tosse; cansaço; perda de paladar ou olfato.

Sintomas menos comuns: dor de garganta; dor de cabeça; dores e dores; diarreia; uma erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés; olhos vermelhos ou irritados.

Sintomas graves: dificuldade em respirar ou falta de ar; perda de fala ou mobilidade, ou confusão; dor no peito.

Procure atendimento médico imediato se tiver sintomas graves. Sempre ligue antes de visitar seu médico ou unidade de saúde.

Pessoas com sintomas leves que são saudáveis devem gerenciar seus sintomas em casa.

Em média, leva de 5 a 6 dias a partir do momento em que alguém é infectado com o vírus para que os sintomas apareçam, no entanto, pode levar até 14 dias. (WHO, 2020a).

Em face do exposto e tomando-se como referência mundial a experiência da China, que aplicou medidas severas de restrição da circulação de pessoas em toda a província de *Hubei*, restou demonstrada a efetividade do distanciamento social rigoroso. Essa medida, combinada com testagem em massa, isolamento dos casos e rastreamento intensivo de contatos, interrompeu a cadeia de transmissão, o que chegou a controlar o surto (LAU, et al, 2020).

Com o distanciamento social- proveniente da adoção de medidas, tais como o fechamento de unidades de ensino, locais de trabalho, estabelecimentos comerciais ou religiosos, a restrição dos meios de transporte públicos e o cancelamento de eventos com aglomeração de pessoas- buscou-se a redução das interações interpessoais e, como consequência, a diminuição da transmissão do SARS-CoV-2, do número de casos, dos óbitos e da saturação do sistema de saúde. Em todo o mundo, pelo menos 186 países implementaram vários graus de restrições à circulação de pessoas, chegando ao *lockdown* em 82 deles (HAN, et al, 2020).

Mazzucato (2018) faz uma afirmação bastante pertinente no que diz respeito à estratégia supramencionada quando assinala que “um amplo conjunto de capacidades pode ser rapidamente ativado em tempos de “experimentação forçada” induzida por crises e transformado em experimentação intencional para fins de recuperação de longo prazo por meio de uma abordagem orientada por desafios”.

Registre-se que, embora estas medidas extremas tenham tido impacto efetivo, é de se asseverar que suas sustentações, a longo prazo, têm demandado um alto custo econômico e social, impulsionando estratégias de reabertura e flexibilização. Contudo, evidências

acumulam-se de que uma flexibilização prematura pode desencadear o ressurgimento de infecções.

Nessas circunstâncias, vários países do mundo se voltaram para a descoberta e consequente produção de vacinas como medida de enfrentamento e controle da doença, no sentido de um abrandamento dos sintomas- caso a pessoa se contamine com o Coronavírus- de uma diminuição do número de casos graves e de óbitos, e de uma possível erradicação futura. As primeiras vacinas administradas datam de 08 dezembro de 2020 no Reino Unido. De lá até 06 de julho de 2022, com dados correspondentes à atualização epidemiológica semanal (27 de junho-03 de julho 2022), um total de 12.037.259.035 doses de vacina foram administradas em todo o mundo (WHO, 2022).¹

Considerando as mais variadas estratégias adotadas pelas Nações ao redor do mundo no que diz respeito ao combate ao Coronavírus, Lima, Buss e Sousa (2020) asseguram que, “como em todas as crises, cada país tende a mobilizar seus melhores ativos para lidar com o problema”. E, para eles, “nesse percurso, obviamente, as fraquezas dos países também são evidenciadas, de forma que é no confronto dessas forças antagônicas que vidas são ganhas ou inutilmente perdidas”.

Reportando-se ao Brasil, registre-se que as primeiras medidas começaram a ser tomadas no início de 2020, com o acionamento do Centro de Operações de Emergência (COE), em 22 de janeiro, visando o monitoramento e planejamento da situação epidemiológica no país, com a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, no mês de fevereiro, por meio da Portaria nº 188, e com a promulgação da Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, a qual dispõe sobre as medidas de enfrentamento desta crise sanitária decorrente do novo Coronavírus. Destaca-se, dentre os seus dispositivos, algumas medidas de contenção da doença, a exemplo da quarentena, da determinação de realização compulsória de exames médicos, do isolamento, do uso obrigatório de máscaras de proteção individual, da realização de testes laboratoriais de detecção do vírus SARS-CoV-2, da vacinação, dentre outras a serem determinadas pelas autoridades no âmbito de suas competências.

Sobre o assunto, é oportuno colacionar a definição dada pelo Ministério da Saúde do Brasil referente à COVID-19. Veja-se:

A Covid-19, doença causada pelo patógeno SARS-CoV-2, pode se manifestar de forma leve, com sintomas parecidos com um resfriado, ou de forma mais grave, podendo causar até mesmo a morte. Alguns dos sintomas mais comuns são: febre, tosse, coriza e dor de garganta. A principal forma de transmissão

¹ Dados extraídos do Painel da OMS sobre o Coronavírus no endereço eletrônico: <https://covid19.who.int/>.

do novo coronavírus é pelo contato com as gotículas que são expelidas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Em vista do exposto e dando continuidade, frise-se que, por volta de 30 dias após a confirmação do primeiro caso de COVID-19 no Brasil, ocorrido em 26 de fevereiro de 2020, houve o reconhecimento da transmissão comunitária do vírus e estratégias de mitigação foram adotadas.

No que tange às estratégias utilizadas pelas autoridades no âmbito federal, estadual e municipal para controle da transmissão do novo Coronavírus, convém reportar a um entendimento na literatura, com as precisas lições de Werneck e Carvalho (2020) sobre o tema:

A estratégia de controle de transmissão do novo coronavírus pode ser dividida em quatro fases: **Fase de contenção**: trata-se da primeira fase. É aplicada quando há o conhecimento da existência de uma doença altamente transmissível, mas ainda não há registros de casos no país ou em determinada região. É nessa fase que os países começam a se preparar para enfrentar um possível surto epidêmico; seu principal objetivo é evitar ou retardar a transmissão comunitária, e, para isso, é feito um rastreamento ativo de todos os passageiros vindos de outros países. **Fase da mitigação**: essa segunda fase é aplicada quando já há registros de transmissão comunitária e não é mais possível saber a origem da contaminação. Tem como objetivo apenas diminuir os níveis de transmissão, especialmente para os grupos de risco. Para tanto, é instituído o isolamento vertical (isolamento apenas dos grupos de risco) e o cancelamento de eventos, suspensão das aulas, fechamento dos shoppings e teatros, com a finalidade de “achatar a curva”. Para que a fase de contenção e mitigação dê certo, é fundamental o rastreamento e o isolamento das pessoas infectadas. **Fase da supressão**: essa terceira fase é instituída quando as outras medidas não foram suficientes para diminuir a transmissão do vírus. O objetivo dessa etapa é evitar o colapso do sistema de saúde. Para reduzir a transmissão, é implantado o isolamento horizontal (isolamento de toda a população). A adoção desse tipo de isolamento é bem controversa, por causa de seus impactos econômicos, sociais e psicológicos. E, por último, é aplicada a **Fase de recuperação**. Essa última fase é aplicada quando o número de infectados diminui drasticamente e a pandemia apresenta sinais de involução. Nessa etapa, ocorre a reestruturação econômica e social do país através de medidas adotadas pelo Estado. A implantação dessas medidas deve ser sempre acompanhada de uma análise constante dos casos de infecção. Por ter uma alta taxa de transmissão, novos surtos podem acontecer mesmo quando as estratégias adotadas foram capazes de reduzir a transmissão do vírus. (WERNECK; CARVALHO, 2020, p.1-4).

No caso do Brasil, vislumbra-se que, embora a realidade vivenciada por grande parte da população brasileira represente um óbice ao cumprimento das ações básicas de cuidado e de higiene pessoal como formas de prevenção e de enfrentamento do novo Coronavírus, o resultado das medidas adotadas em face da contingência da COVID-19 teve um saldo positivo. A uma, pelo fato de que, conforme as lições supra de Werneck e Carvalho (2020), o país conseguiu implementar as quatro fases (Fase de contenção; fase da mitigação; fase da supressão

e fase de recuperação) utilizadas como estratégia de controle de transmissão da doença, mesmo que o modo e o período de suas implementações tenham variado de região para região, levando-se em conta as disparidades regionais existentes. Em segundo lugar, por ter sido possível fazer a transição de cada fase, alcançando-se, no momento atual, a Fase de Recuperação, na qual vivencia-se a diminuição do número de casos ativos, a diminuição do número de pessoas internadas nas unidades hospitalares, especificamente nas UTIs, a regressão do número de óbitos, a adoção de medidas de flexibilização, o avanço da vacinação na população, incluindo a cobertura vacinal com as duas doses e mais duas de reforço, e a reestruturação econômica e social do país.

Vale exemplificar, consoante dados extraídos do *site* do Ministério da Saúde² que o Brasil registra 32.358.018 (trinta e dois milhões, trezentos e cinquenta e oito mil, e dezoito) casos acumulados de COVID-19 desde o início da Pandemia até 30 de junho de 2022, data esta considerada como o termo final da coleta de dados desta pesquisa. Desses, 75.139 (setenta e cinco mil, cento e trinta e nove) foram registrados nos sistemas nacionais nas últimas 24 horas, e, em relação aos óbitos, o país tem um acumulado de 671.416 (seiscentos e setenta e um mil, quatrocentos e dezesseis) mortes por Coronavírus, sendo que, nas últimas 24 horas, nesta mesma data, foram registrados 291 (duzentos e noventa e um) óbitos nos sistemas oficiais.

Dando continuidade, impende ressaltar que o país só conseguiu atingir a Fase de Recuperação, pela qual está atravessando, devido à ação conjunta de todos os atores envolvidos, de forma a pôr em prática as medidas de enfrentamento de uma crise sanitária de grandes proporções como esta, consoante esposado acima, aliado a uma campanha de educação e conscientização da população acerca da importância da imunização neste momento de pandemia.

Neste diapasão, repousa o posicionamento de Lima, Buss e Sousa (2020) quando entendem “que uma das lições já aprendidas com a pandemia em curso é a necessidade de valorizarmos a gestão pública e o tempo de resposta nos critérios de aferição da capacidade instalada para o enfrentamento de crises sanitárias e humanitárias emergenciais”. Sob suas óticas, “a resposta rápida, consistente e sustentável de lideranças políticas também foi fundamental nos países que apresentaram os melhores resultados no combate à COVID-19.” (LIMA; BUSS; SOUSA, 2020).

Posto isso e tendo em vista todas as dificuldades enfrentadas pelo Brasil no que tange a um atraso no início da vacinação, às dificuldades com relação à compra dos insumos e dos

² Esses dados refletem a situação epidemiológica do Brasil com relação à COVID-19 na data de 30 de junho de 2022.

imunizantes, à escassez de vacinas nos primeiros meses de aplicação, à falta de recursos econômicos para suprir a demanda populacional, à resistência de algumas pessoas concernente à adesão à campanha, dentre outros, pode-se dizer que, atualmente, no geral, o país tem uma ampla cobertura vacinal, com percentuais que diferenciam em cada Estado, sem evidenciar dados tão discrepantes de uma região para outra. A prova disso é que, até 30 de junho de 2022, de acordo com os dados atualizados extraídos do *site* do Ministério da Saúde (2022b),³ mais de 166 milhões de brasileiros já foram imunizados com as duas doses da vacina.

Com o avanço da campanha de vacinação contra a COVID-19 no país e um maior controle desta crise sanitária, o Ministro da Saúde assinou, em 22 de abril de 2022, a Portaria nº 913, que declara o fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) causada pela Pandemia da COVID-19 no Brasil, passando a entrar em vigor 30 dias após- em 22 de maio de 2022. E dentre os fundamentos apresentados estão a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS), a melhora no cenário epidemiológico do país e o avanço da campanha de vacinação. Para o Ministério da Saúde, os critérios epidemiológicos, com parecer das áreas técnicas da Pasta, indicam que o país não está mais em situação de emergência de saúde pública nacional, confirmando-se que um dos impactos do fim da condição de emergência recai sobre as medidas de restrição e prevenção, como a obrigatoriedade do uso de máscaras, definida por Estados e Municípios. Um outro efeito previsível corresponde à exigência do comprovante de vacinação para acesso aos locais fechados.

Convém assinalar que a supracitada Portaria revoga o texto que está em vigor desde fevereiro de 2020. Segundo anunciou o Ministro da Saúde do Brasil, a ESPIN foi um ato normativo que resultou na criação de uma série de medidas de prevenção, controle e contenção adotadas para o enfrentamento da Pandemia. No entanto, o Ministério reforça que nenhuma política pública de saúde será interrompida. A Pasta mantém diálogo aberto com todos os estados e municípios e irá orientar a continuidade das ações que compõem o Plano de Contingência Nacional, com base na avaliação técnica dos possíveis riscos à saúde pública brasileira e das necessárias ações para o seu enfrentamento.

De encontro ao posicionamento do Brasil, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ainda mantém a COVID-19 como sendo uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), assim como o status de Pandemia para a referida doença, anunciando que a tomada de decisão considerou a recomendação do Comitê de Emergência de não alterar o nível de alerta em relação à COVID-19.

³ Dados epidemiológicos sobre a COVID-19 extraídos do site: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/informes-diarios-covid-19/covid-19-situacao-epidemiologica-do-brasil-nesta-quinta-feira-30>

Insta salientar que, ante um cenário emergencial e de extrema sensibilidade e dificuldade pelo qual o mundo atravessa, cabe a adoção de medidas que sejam postas em prática de forma célere e eficaz, sob um modelo convergente e com diálogo fluido e cooperativo, para que se construam pontes firmes e comuns. E, na verdade, o que se tem vislumbrado na grande maioria das iniciativas que estão sendo levadas a contento responsabilmente pelos atores dos setores público e privado, principalmente à nível nacional, é o senso de solidariedade, o espírito humanista e o paradigma da ética e da integridade.

Destarte, para além do aspecto socio-sanitário, em meio à crise em curso, diversas outras ações ainda podem ser realizadas por parte dos gestores e demais atores do processo, haja vista que a pandemia exacerbou várias “subcrises” dentro de um só sistema. Em vista disso, existe a preocupação de alguns autores, como Aragão (2022), ao afirmar que “a ação integrada das autoridades fiscal e monetária confere ao governo brasileiro as condições de financiar um plano emergencial de combate à crise e instituir regime fiscal compatível com um modelo de crescimento inclusivo, baseado em mudanças produtivas, tecnológicas, sociais e ambientais para as quais o SUS tem papel central”. Igualmente, Gadelha (2020) menciona que

economistas da saúde têm defendido que a ativação e priorização de um complexo médico industrial da saúde, adequadamente desenhado e implantado, pode ser parte da solução, trazendo dinamismo econômico e melhorando a capacidade de resposta a problemas sanitários existentes, que prejudicam a população, e a outras epidemias que possivelmente virão.

2.2 A TELESSAÚDE ENQUANTO SOLUÇÃO DIGITAL PARA O ENFRENTAMENTO DA CRISE SANITÁRIA

2.2.1 Conceitos de Telessaúde

Novos modelos de atendimento, que evitem o contato pessoal entre profissionais de saúde e pacientes, representam estratégias que podem ser úteis na situação pandêmica em curso.

Daí porque a Telessaúde, tida como uma estratégia nacional de saúde digital, pode ser utilizada para manter os doentes fora dos serviços de saúde, retendo aqueles assintomáticos ou com sintomas moderados em casa, e encaminhando os casos mais graves para as unidades, o que permite ganhar tempo e evitar sobrecarga nos serviços de saúde. Por outro lado, o uso de contatos virtuais ou de *softwares* baseados em telefone, que detecta e registra os dados dos pacientes, como alguns sinais vitais (temperatura; frequência cardíaca, etc) e sintomas, pode impedir consultas presenciais desnecessárias para pacientes com queixas leves. E, a depender da gravidade dos sintomas, os usuários podem ser encaminhados no momento do contato virtual

com um médico ou outro profissional de saúde, que poderão orientá-los a visitarem um serviço de saúde, a permanecerem em suas casas e a monitorarem os seus sintomas, além das alternativas mais específicas para cada situação.

A Telessaúde, em suas múltiplas e diversificadas aplicações no campo da promoção à saúde, assistência e educação, conforme esposado acima, pode ser uma ferramenta de grande potencial para o enfrentamento da Pandemia do novo Coronavírus.

Nesta senda, vários foram os conceitos formulados sobre a Telessaúde no decorrer dos anos, desde o seu surgimento enquanto Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) até os dias atuais, passando por uma reformulação na sua definição, precipuamente com a eclosão da crise sanitária causada pelo vírus SARS-CoV-2.

Dito isso, o presente trabalho vai abordar adiante alguns dos principais conceitos acerca da Telessaúde colhidos da literatura, utilizando os referenciais teóricos de escolha, assim como dos Organismos Nacional e Internacionais diretamente envolvidos com a Pandemia.

A princípio, no ano de 2003, em um mapeamento pioneiro das iniciativas de Telessaúde (CITEL/OEA, 2003), que foi realizado pela Organização dos Estados Americanos (OEA), Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e pela União Internacional de Telecomunicações, por demanda da Cúpula Mundial da Sociedade da Informação, o termo Telessaúde é fortemente associado à incorporação das TICs nos sistemas de saúde das Américas. Em sua definição, sugere-se uma taxonomia com quatro grandes áreas: a Telemedicina; a teleducação sanitária ou em saúde; as redes de investigação e a telepidemiologia; e as redes de administração e gestão em saúde.

Frise-se que os avanços tecnológicos e a aplicação de recursos digitais à saúde trouxeram novos termos, dentre eles a Telessaúde e a Telemedicina. Sobre este pensamento, Alkmim (2010, p.13), ao fazer uma análise sobre os serviços de Telessaúde de Minas Gerais, parte do princípio de que a Telessaúde, e-saúde e Telemedicina têm em comum o uso das “Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na saúde, quando os atores envolvidos estão distantes um do outro”. Com o mesmo posicionamento, Gundim (2009, p.7), em pesquisa sobre a sustentabilidade dos serviços de Telemedicina, associa o termo à Telessaúde, afirmando que Telemedicina/Telessaúde englobam “as atividades educacionais, assistenciais e de pesquisa em saúde”.

O que se depreende, na verdade, é a ausência de consenso na literatura em relação aos conceitos de Telessaúde e Telemedicina, sendo os termos empregados muitas vezes como sinônimos, enquanto outros autores defendem diferentes usos e significados daqueles.

Reportando-se, ainda, às definições de Telessaúde extraídas da literatura, é de se asseverar que, na maioria das conceituações do termo apresentadas pelos teóricos, há uma ênfase no aspecto tecnológico, mas sem perder de vista que o seu eixo de observação é a necessidade expressa pelos pacientes. Desta forma, Silva (2014, p.17-45) “assegura ser possível observar dois elementos estruturantes em termos de significado da palavra Telessaúde: a interlocução para o cuidado em saúde e a distância como barreira a ser transposta para que o cuidado se realize”. Nas lições de Eysenbach e outros autores (2001, tradução nossa), o termo Telessaúde foi concebido como sendo uma nova maneira de pensar os processos de saúde, quebrando a barreira da distância, usando as tecnologias da informação e a telecomunicação. Carroll e outros autores (2010, p.107-111, tradução nossa) conceituam Telessaúde como sendo uma das práticas e saberes da atenção à saúde que, por mediações tecnológicas, materializa-se no ecossistema de informação e conhecimento em saúde.

Para Hersh e outros autores (2001, p.1-32, tradução nossa), a Telessaúde é apontada como uma alternativa, a fim de se garantir que a assistência à saúde chegue a todos, ao menor custo possível, vencendo a barreira da distância e do isolamento geográfico. Já Santos e outros autores (2006, p.22) definem “a Telessaúde como sendo o uso das tecnologias de informação e comunicação para transferir informações de dados e serviços clínicos, administrativos e educacionais em saúde, abrangendo todos os profissionais que atuam na área de saúde”.

Há de se observar, ainda, que alguns autores apresentam conceitos mais amplos acerca do termo Telessaúde. Nesta seara, Scott e Lee (2005, p.225-229, tradução nossa)

abarcam, em sua definição, aspectos tecnológicos, socio-sanitários e humanitários, ao afirmarem que a Telessaúde (Telehealth) é referente à ‘entrega’ direta (videoconsulta) ou indireta (*website*) de informação e cuidados aos clientes, e traz a perspectiva da saúde globalizada, com vistas a aumentar a equidade na entrega e no acesso aos serviços para populações mal assistidas, além de incrementar o desenvolvimento profissional e pesquisas científicas.

Em contrapartida, Silva e Moraes (2012, p.1211-1235) apontam outras dimensões que podem vir a subsidiar indicadores de desempenho/ resultado/ efetividade específicos para os serviços de Telessaúde, quais sejam: a inovação que este serviço introduz ou aperfeiçoa; a inclusão digital dos atores envolvidos nele, e a interoperabilidade dos sistemas de TICs utilizados no serviço de Telessaúde.

Feitas essas considerações da literatura a respeito do tema, impende salientar que o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou algumas Resoluções que trouxeram, no decorrer dos anos, alterações acerca da Telemedicina/Telessaúde. No que concerne à primeira norma a tratar do assunto, qual seja a Resolução nº 1643/02, tem-se que uma das suas principais

contribuições fora a conceituação e a delimitação da Telemedicina, como sendo “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”, (CFM, 2002), ficando determinado que “os serviços de Telemedicina devem obedecer às normas técnicas do Conselho Federal de Medicina (CFM) no que se refere à guarda, manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e garantia de sigilo profissional”. (CFM, 2002).

É de se inferir que o referido instrumento regulatório não foi tão abrangente, e nem disciplinou a relação médico-paciente, no sentido, por exemplo, de tratar acerca da prática da Telemedicina para a realização das teleconsultas, dos telediagnósticos, da consultoria e de uma orientação médica à distância.

Levando-se em conta essas deficiências na norma em comento, foi então que, em 13 de dezembro de 2018, o CFM (2018) publicou a Resolução nº 2.227/18, sendo esta mais completa, de modo que definiu a Telemedicina como “forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias”; revogou a Resolução CFM nº 1643/02; regulamentou, por exemplo, a teleconsulta, estipulando regras, procedimentos, orientações e disciplinando a utilização da prescrição eletrônica, quando necessário; tratou de questões vitais para o sucesso do atendimento remoto, como a segurança e privacidade dos envolvidos, a orientação da gravação e armazenamento de todos os atendimentos, e o envio de um relatório ao paciente ao final de cada consulta. Por fim, o CFM (2018) definiu que “os dados e imagens dos pacientes devem trafegar na internet com infraestrutura que assegure a guarda, o manuseio, a integridade, a veracidade, a confidencialidade, a privacidade e a garantia do sigilo profissional das informações”.

Como se não bastasse, o CFM, em 2019, publicou uma nova Resolução de nº 2.228, revogando a anterior, antes mesmo de sua entrada em vigor, e restabelecendo a Resolução nº 1643/02. Na verdade, o que se pode extrair desse contexto é o fato de que a revogação da Resolução nº 2.227/18 demonstra uma repercussão além da esperada com a regulamentação da relação médico-paciente através da Telemedicina.

Registre-se, por oportuno, que, até 2019, a Telemedicina era definida e regulamentada pelo CFM pelo uso de métodos interativos de comunicação de áudio e vídeo, porém, tão somente com o objetivo de assistência, pesquisa em saúde e educação, no sentido da possibilidade de realização de teleconsultas, telecirurgias e telediagnósticos pelos profissionais da área.

A nível internacional, não se pode deixar de mencionar a definição de Telemedicina apresentada pela Organização Mundial da Saúde (WHO), quando assim preceitua:

oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, nos casos em que a distância é um fator crítico. Tais serviços são providos por profissionais da área de saúde, usando tecnologias de informação e de comunicação para o intercâmbio de informações válidas para diagnósticos, prevenção e tratamento de doenças e a contínua educação de provedores de cuidados com a saúde, assim como para fins de pesquisa e avaliações. O objetivo primeiro é melhorar a saúde das pessoas e de suas comunidades. (WHO, 2019b).

Correlacionando o conceito supra apresentado pela OMS com as definições de Telessaúde/Telemedicina extraídas da literatura, nota-se a semelhança daquele com os de alguns autores que abordaram conceitos amplos sobre o termo, de forma a reconhecer, nesta tecnologia digital em saúde, o seu potencial para atingir vários níveis, incluindo a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a vigilância em saúde pública.

Por outro lado, no que tange ao conceito de Telessaúde descrito pela *Oxford Academic* (WOSIK, 2020), impende ressaltar que a presente pesquisa o adotou como referência, conforme acima alhures, pelo fato de ser uma definição completa, clara, que abarca vários termos atuais sobre as tecnologias digitais, além de explicitar as suas várias formas de uso. Veja-se:

Telessaúde se refere a todo o espectro de atividades usadas para prestar cuidados à distância - sem contato físico direto com o paciente; a Telessaúde engloba as comunicações provedor-para-paciente e provedor-para-provedor e pode ocorrer de forma síncrona (telefone e vídeo), de forma assíncrona (mensagens do portal do paciente, e-consultas) e por meio de agentes virtuais (chatbots) e dispositivos vestíveis. (WOSIK, 2020, p.957-962).

Relativo à conceituação acima, Lee e outros autores (2000, p.15-30 apud SILVA, 2014), em suas considerações, quando se fala em serviços de saúde e tecnologia da informação,

classificam a Telemedicina, utilizando-se dos mesmos elementos conceituais supramencionados, de maneira que a definem como o uso de áudio, vídeo e outros recursos tecnológicos de telecomunicação e de processamento eletrônico de informações para transmissão de mensagens e dados relevantes para a diagnose e tratamento médicos, a fim de prover serviços de saúde ou fornecer cuidados salutares pessoais em locais distantes.

Dando continuidade, no ano de 2020, quando então eclodiu uma das maiores crises sanitárias da história, a Pandemia da COVID-19, o Presidente da República Federativa do Brasil sancionou a Lei nº 13.989/2020, a qual prevê o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção da saúde.

Como visto anteriormente, ainda que os espaços e possibilidade de aplicação da Telessaúde sejam múltiplos e diversificados na pandemia em curso, é relevante mencionar que, até o surgimento da COVID-19, este campo ainda estava em constituição no país. É cediço que iniciativas e normativas já vinham se multiplicando muito antes desta crise da Saúde Pública,

porém este processo ainda não estava plenamente consolidado e inexistia, até a Lei nº 13.989/2020, um marco regulatório totalmente definido para a Telemedicina/Telessaúde no Brasil. Se considerar o plano internacional, mesmo assim pode-se perceber que a situação de implantação é desigual e existem diversas barreiras.

Em face de todo o exposto, convém registrar que a Telessaúde e/ou Telemedicina, mais do que um recurso tecnológico para proporcionar a realização de atividades à distância, adquire efetividade quando está associada a planos estratégicos, os quais incluem um processo de logística de distribuição de serviços de saúde. Sua vinculação com estratégias é devido à necessidade de a Telessaúde /Telemedicina estar inserida dentro de um plano global de ação, considerando-se fatores como tempo (momento) e espaço (local geográfico).

Seguindo esse entendimento, Albuquerque e Cassiolato (2002, p.134-151) tecem considerações, entendendo

ser imprescindível que haja um movimento que fortaleça internamente a rede de instituições envolvidas na produção, difusão e utilização de inovações de forma articulada com o setor produtivo, a fim de promover o desenvolvimento tecnológico no setor saúde em consonância com as necessidades nacionais, sem olvidar que o setor público tem um importante papel no delineamento da capacidade inovativa do setor saúde.

Por fim, isso significa que a Telessaúde /Telemedicina, precipuamente neste momento de crise sanitária pela qual o país atravessa, deve estar contextualizada em relação a esse período histórico e às características das localidades onde foi e está sendo implantada, para se definir as atividades postas em prática.

2.2.2 Histórico da Telessaúde e Marco Normativo no Brasil

No Brasil, a Telemedicina começou a ser evidenciada a partir da década de 1990, mais precisamente no final desse período, tanto no setor público como no privado. Eram projetos autônomos e independentes e, na maioria dos casos, ligados a instituições de ensino universitárias. Pode-se dizer que, neste momento histórico, a Telemedicina foi a especialidade médica que mais cresceu no mundo, tratando-se da aplicação das tecnologias de informática e telecomunicação na saúde, e permitindo a prática da medicina à distância. Na verdade, não dizia respeito apenas à prática da profissão médica, mas de tudo que dizia respeito à Saúde, incluindo o seu grande componente educacional.

Posteriormente, em 2005, o Ministério da Saúde (MS) adotou a Telessaúde como ferramenta para promover a qualificação das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF)

e aumentar a resolubilidade da Atenção Primária à Saúde, com vistas a fortalecer o modelo de APS como porta de entrada e ordenadora do sistema.

No ano de 2006, foi criada a Comissão Permanente de Telessaúde pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 561 de 16 de março de 2006- a qual foi revogada pela Portaria GM/MS nº 452, de 04 de março de 2010- e o Comitê Executivo de Telessaúde. Em janeiro de 2007, houve a formalização do Programa Nacional de Telessaúde⁴ através da Portaria nº 35 de 04 de janeiro de 2007. Referido programa, como uma ação nacional, pretendia melhorar a qualidade do atendimento e da atenção primária no SUS, integrando ensino (centros universitários) e assistência (equipes de ESF por meio de ferramentas de TIC). Ainda, neste mesmo ano, teve início o desenvolvimento do Projeto da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE)⁵ da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP).

Nas lições de Ribeiro Filho, Messina e Simões (2008), resta claro a importância da criação da RUTE no que concerne ao apoio aos projetos de Telemedicina existentes e ao incentivo ao surgimento de novos trabalhos, haja vista que, "em suas considerações, essa Rede faz uso da infraestrutura de TIC de alta capacidade da RNP e provê parte dos equipamentos de informática e comunicação para os grupos de pesquisa, promovendo integração e conectividade e disseminando atividades de planejamento e desenvolvimento nas instituições participantes".

Em continuidade, na data de 27 de outubro de 2011, a nova Portaria nº 2546/GM/MS redefiniu e ampliou o Programa Telessaúde Brasil, estabeleceu a estrutura de funcionamento, bem como as normas para as ações de Telessaúde no SUS, previu a inclusão dos estabelecimentos que fazem teleconsultoria e telediagnóstico no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), além de modificar o nome do programa para Telessaúde Brasil Redes. Ademais, a Portaria nº 2554/GM/MS, de 28 de outubro de 2011, introduziu a informatização e integrou o Telessaúde Brasil Redes no Programa de Qualificação das Unidades Básicas de Saúde.

Pode-se afirmar, portanto, que os fomentos governamentais associados a legislações específicas evidenciam a Telemedicina como uma ferramenta estratégica para melhoria do atendimento no SUS.

Durante toda essa evolução histórica, resta demonstrado que, até o ano de 2019, a prática da Telemedicina era regulada pelo CFM com fulcro na supracitada Resolução nº 1.643/2002. Esta apenas definia e disciplinava a prestação de serviço de Telemedicina no Brasil, sem

⁴ Informações sobre este Programa estão disponíveis através do site: <http://www.telessaudebrasil.org.br>

⁵ Sobre a Rede Universitária de Telemedicina, consultou-se o seguinte endereço eletrônico: <https://rute.rnp.br/arute>

descrever qualquer modalidade. Na data de 06 de fevereiro de 2019, o CFM estabeleceu a Resolução nº 2.227/2018, a qual permitia aos médicos a realização de consultas *on-line*, bem como telecirurgias e telediagnóstico, entre outras formas de atendimento médico à distância. Todavia, essa Resolução foi revogada em 22 de fevereiro do mesmo ano, sob a alegação de terem surgido inúmeras propostas dos próprios médicos para que fossem alterados os termos deste dispositivo legal, além da necessidade de tempo para a sua devida apreciação, o que culminou novamente na subordinação da prática da Telemedicina aos termos da Resolução nº 1.643/2002.

Forçoso reconhecer que a Pandemia do SARS-CoV-2 mudou consideravelmente o cenário da Telemedicina no Brasil, pelo fato de que as medidas restritivas para contenção do contágio (quarentena; distanciamento social; isolamento, dentre outras) levaram os governantes, os conselhos de classes, as empresas e outras instituições a criarem métodos alternativos até então não explorados ou pouco explorados, com o propósito de atender às necessidades da população. Dentre as medidas adotadas pelo CFM, encontra-se o endereçamento de um Ofício, em 19 de março de 2020, ao Ministério da Saúde reconhecendo a possibilidade e a eticidade do uso da Telemedicina no país, como exceção à Resolução CFM nº 1643/02, e, excepcionalmente, durante o combate à Pandemia da COVID-19. De mais a mais, o Ofício reconhecia o uso da Telemedicina nas seguintes categorias: teleorientação (orientação e encaminhamento à distância de pacientes em isolamento); telemonitoramento (monitorização, à distância, dos parâmetros de saúde e/ou doença, sob supervisão ou orientação médica), e teleinterconsulta (que abrange a troca de informações e opiniões exclusivamente entre médicos, com o fim de auxílio diagnóstico ou terapêutico).

Do exposto, ressalte-se que o teleatendimento ou consulta médica à distância, a princípio, permaneceu fora da aprovação mencionada no Ofício supra, por ser um tema mais polêmico sobre a adoção da Telemedicina no Brasil e por encontrar inúmeras resistências, até mesmo por parte do CFM e dos Conselhos Regionais de Medicina (CRM), sob o fundamento de que esta prática configuraria desrespeito ao Art. 37 do Código de Ética Médica, que proíbe “prescrever tratamento e outros procedimentos sem exame direto do paciente”. (CFM, 2019a, p.28).

Em paralelo, tramitava, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei nº 696/2020, o qual autorizava o uso da Telemedicina em quaisquer atividades da área de saúde no Brasil, incluindo a teleconsulta, enquanto perdurasse a crise da COVID-19, sendo aprovado pela Câmara dos Deputados em 25 de março de 2020 e, seis dias após, pelo Senado Federal. Em 15 de abril de 2020, o referido Projeto foi sancionado pelo Chefe de Estado na forma da Lei nº 13.989/2020,

com autorização de realização de consultas médicas à distância, sem a necessidade de ter um profissional de saúde junto ao paciente, ou mesmo para uma consulta prévia durante o período de duração da crise sanitária.

Observa-se que a Lei em destaque fora mais abrangente do que a recomendação do CFM, via Ofício ao Ministério da Saúde. Vale destacar, também, que esse instrumento legal recebeu dois vetos da Presidência da República, quais sejam: o primeiro deles fora no parágrafo único do art. 2º relativo à autorização da utilização de prescrições digitais (com e sem assinatura eletrônica), dispensando apresentação física. Dito veto foi justificado pelo risco iminente de fácil adulteração, que poderia trazer graves problemas sanitários e de saúde pública quando do uso indiscriminado de medicamentos que não foram devidamente prescritos; o segundo veto refere-se ao art. 6º no que tange à atribuição da regulamentação da Telemedicina ao CFM no pós-Pandemia. O veto consistiu no fato de que a regulação deve ocorrer, em termos gerais, por meio de Lei, e não por instrumento do CFM.

Na data de 25 de março de 2022, foi publicada a Resolução nº 2.306 do CFM, que aprova o novo Código de Processo Ético Profissional Médico, merecendo destaque o art.2º, § 5º, o qual versa sobre a competência nos casos de instauração da Sindicância e de tramitação do Processo Ético Profissional (PEP) relativo ao atendimento por Telemedicina. Eis o teor do dispositivo legal:

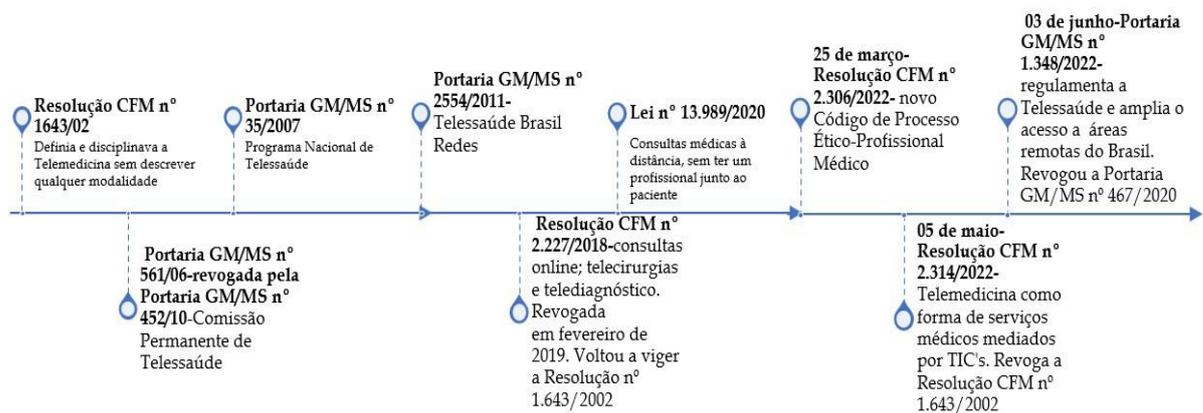
Art.2º- a competência para julgar infrações éticas é do CRM em que o médico esteja inscrito ao tempo da ocorrência do fato punível. **§ 5º**- no atendimento por Telemedicina, a instauração e apreciação da Sindicância e a tramitação do PEP ocorrerão no CRM com jurisdição no local onde o paciente foi atendido virtualmente. O julgamento do PEP será no CRM onde o médico tiver inscrição primária à época dos fatos e, em caso de inscrição secundária, nesta jurisdição, se o evento tiver ocorrido na mesma. (CFM, 2022a).

Recentemente, em 05 de maio de 2022, foi publicada a Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022, que define e regulamenta a Telemedicina como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Referida norma recém-aprovada foi adotada para substituir a Resolução CFM nº 1.643/2002 e traz, em seu teor, alguns pontos importantes, com destaque para a diferenciação entre a Telemedicina e a Telessaúde, a regulamentação das modalidades de uso da Telemedicina, além das questões que envolvem preceitos éticos quando da utilização das TIC's em saúde, precipuamente aqueles relacionados com a segurança digital dos dados/informações (confidencialidade; privacidade e integridade dos dados) e com a preservação do paciente.

Outra grande e recente medida foi adotada pelo Governo Federal, na data de 02 de junho de 2022, com a assinatura e posterior publicação no Diário Oficial da União (de 03 de junho de 2022) da Portaria GM/MS nº 1.348, a qual regulamenta a Telessaúde e amplia o acesso à saúde em áreas remotas do Brasil. Com a entrada em vigor deste instrumento legal, fica revogada a Portaria GM/MS nº 467, de 20 de março de 2020. O Ministro da Saúde afirmou que referido Ato Normativo estabelece critérios, normas e parâmetros para os atendimentos por meio da tecnologia da informação, seguindo as diretrizes de órgãos competentes como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Acrescentou que uma das prioridades é garantir que os atendimentos à distância tenham o mesmo padrão e cumpram os mesmos requisitos e preceitos éticos dos presenciais, garantindo a qualidade para o paciente. E concluiu, dizendo que a utilização de tecnologias da informação fará a verdadeira revolução no sistema de saúde.

Por tudo quanto exposto, convém destacar as principais normas que regulamentaram a Telessaúde enquanto Tecnologia de Informação e Comunicação na área da saúde ao longo destes anos no País, primordialmente àquelas editadas durante a crise sanitária ainda em curso, conforme demonstrado na Figura 1, a seguir.

Figura 1 - Evolução histórica das principais normas que regulamentaram a Telessaúde no Brasil ao longo dos anos



Fonte: Elaboração da própria autora dessa Dissertação, com base nas referências: CFM (2002), CFM (2018), CFM (2022), BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) e BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Face a todo esse panorama, é notório que a situação pandêmica e a Lei nº 13.989/2020 promoveram uma aceleração e antecipação das discussões acerca da Telessaúde, o que oportunizou à sociedade brasileira a experienciar o atendimento médico à distância. Na visão de Cunha, Barros e Pereira (2020, p.10), “todos os estados do Brasil vêm se estruturando, adaptando-se às novas tecnologias, integrando os procedimentos e preparando-se para uma evolução digital que chegou agora com a pandemia”. Ainda sobre os seus pontos de vista,

nunca foi tão útil e reconhecida a prática da Telemedicina, vez que cresce a importância e o papel dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) na gestão local dos serviços das redes de saúde no País, de forma a contribuir para a cobertura universal de saúde, e a garantir que todas as pessoas tenham acesso de qualidade aos serviços, sem que sofram prejuízos tanto agora, quanto no futuro. (CUNHA; BARROS; PEREIRA, 2020, p.10).

Em suma, não se pode negar que a Telessaúde e suas tecnologias estão evidenciadas como interesses econômicos e como soluções para os problemas atuais.

2.2.3 Aplicação da Telessaúde em resposta à Pandemia da COVID-19 e seus principais desafios em um futuro próximo

Após compreender conceitualmente a Telessaúde, o seu histórico e algumas experiências nacionais de seu uso, é imprescindível considerar as suas múltiplas oportunidades de aplicação para o enfrentamento da Pandemia em curso.

Conforme esposado anteriormente, mesmo antes da eclosão da COVID-19, a Telessaúde já vinha sendo, cada vez mais, adotada para levar cuidados especializados à casa de pacientes doentes e suas famílias. Em face disso, desde os momentos iniciais da pandemia causada pelo Coronavírus, diversas iniciativas relacionadas à Telessaúde estiveram presentes no Brasil, inclusive fazendo parte de alguns Planos Estaduais de Contingência da crise sanitária no que tange à assistência, comunicação e capacitação dos profissionais de saúde.

Paralelamente, várias ações relacionadas à Telessaúde têm sido desenvolvidas, também, no âmbito da Saúde Suplementar. Exemplificando, infere-se que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em conformidade com a declaração de ESPIN, regulamentou em março de 2020, por meio da Nota Técnica (NT) nº 3, o uso da Telessaúde pelas agências de seguro e prestadores de serviços de saúde. Vale dizer que essa decisão teve o apoio de diversos Conselhos profissionais da área da saúde, os quais autorizaram profissionais como Médicos, Psicólogos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos e Nutricionistas a exercerem suas atividades, de modo remoto, usando as TICs. A Nota Técnica em comento destaca, ainda, que os

procedimentos codificados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) já incluem atendimentos, consultas e sessões realizados pelos profissionais da área da saúde, sem que haja ressalva de restrições quanto ao tipo de atendimento que será realizado para o procedimento ou evento.

Contudo, a ANS esclarece, por intermédio da Nota Técnica nº 4, de 31 de março de 2020, que, relativo ao aspecto funcional, a operadora e o prestador terão de ajustar a rotina para viabilizar a Telessaúde e/ou o Teleatendimento, e que “não é suficiente indicar apenas o código TUSS do procedimento, mas necessário informar que foi realizado em regime de urgência, e o fator de acréscimo ou redução, se houver” (ANS, 2020b). Por fim, em 2 de abril, com o propósito de definir o debate acerca da necessidade de inclusão dos procedimentos no rol da saúde suplementar, a ANS, em nova Nota Técnica nº 6, declarou explicitamente que os atendimentos médicos por meio de Telemedicina já eram de cobertura obrigatória pelos planos de saúde, na forma autorizada pelo CFM.

No dia 06 de abril de 2020, foi publicado um documento intitulado “Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19” (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a), que recomenda um conjunto de iniciativas relacionadas à utilização da Telessaúde no combate à Pandemia. A primeira das recomendações diz respeito ao uso do TeleSUS, o qual é composto de duas ferramentas para orientação da população e monitoramento dos casos, com vistas a evitar o risco de contágio local entre os pacientes e os profissionais nas unidades de saúde: (i) aplicativo Coronavírus SUS (<https://www.gov.br/pt-br/apps/coronavirus-sus>), que fornece informações sobre a doença e permite resposta a um questionário de avaliação da saúde, informando com base neste sobre as medidas a serem seguidas, e (ii) Chat on-line (<https://coronavirus.saude.gov.br/>), apresentado como instrumento, para que o paciente informe a sua sintomatologia e receba orientações no sentido de permanecer em isolamento domiciliar ou de procurar um serviço de saúde. Dita Recomendação do MS menciona, ainda, que o TeleSUS, além dessas orientações, realizará o monitoramento dos pacientes que estão em isolamento domiciliar, de forma a acompanhar o desenvolvimento dos seus sintomas, sem que seja necessária a saída da pessoa de sua casa.

Também, foi disponibilizado pelo Ministério um número para atendimento telefônico (136) e um canal de comunicação via *WhatsApp* (+55 61 9938-0031), com o fito de favorecer a comunicação entre o paciente e o serviço de saúde, minimizando, com isso, os riscos de exposição e contágio.

À nível estadual, destaca-se como exemplo o “Tele-Coronavírus 155”, fruto de uma parceria entre o Governo da Bahia, a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e a Fundação

Oswaldo Cruz (Fiocruz). Referido serviço digital é gratuito, está disponível das 07h às 19h, e conta com a participação de mais de 1.200 (hum mil e duzentos) estudantes dos cursos de Medicina, os quais prestam trabalho voluntário de orientação à população, sob supervisão dos médicos, visando reduzir a procura de serviços de saúde por pessoas assintomáticas ou com sintomas leves, o que diminui o risco de contágio (SESAB, 2020).

Em continuidade, a 7^a (sétima) versão do “Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde”, publicada em abril de 2020, refere que as equipes poderão utilizar estratégias de Teleatendimento na identificação, no manejo e acompanhamento de pacientes com sintomas suspeitos de síndrome gripal (item 3.1), com intervalo diferenciado para indivíduos dos grupos de risco e de não risco, até que se completem os 14 dias do início dos sintomas, de forma protocolizada (presente no anexo 2 - Fast-Track de Teleatendimento para APS - Fluxo Rápido) e com formulário específico de identificação e acompanhamento (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a) .

Corroborando com as estratégias de prestação dos serviços em saúde disponibilizadas pelas tecnologias digitais e elucidadas anteriormente, McLean e outros autores (2009, p.1, tradução nossa) classificam o cuidado em Telessaúde em cinco tipos de intervenção, quais sejam:

ligações por vídeo ou telefone com profissionais de saúde ao vivo ou gravadas; sistemas de cuidado, usando recursos da internet (como, por exemplo, *Skype* ou *e-mail*); aplicações ligadas em rede para telemonitorização e avaliação respiratória; outros sistemas remotos; intervenções complexas em que a Telessaúde é um dos elementos, e sistemas de prescrições à distância.

Ao analisar as vantagens do uso da Telessaúde, precipuamente neste período complexo pelo qual o país atravessa, aduz-se que esta tecnologia digital pode ser vista como um componente crítico para aumentar a capacidade de combater o Coronavírus e, ao mesmo tempo, manter os serviços de saúde funcionantes e mais seguros. Além disso, é de fácil percepção se tratar de uma alternativa eficaz às visitas presenciais de pacientes com outras necessidades de cuidados de saúde, o que ajuda a preservar os serviços para aqueles que mais necessitam de cuidados pessoais.

Alguns teóricos reforçam esse entendimento, a exemplo de Lapão, Messina, Ungere e Campos (2016, p.S67), quando dizem que

o uso adequado da Telessaúde tem um grande potencial para aumentar o acesso a serviços de saúde, já que atendimentos e diagnósticos que antes só eram possíveis em centros de maior complexidade, podem, com o advento desta tecnologia, ser realizados em nível local e mesmo comunitário.

Outro destaque é Teixeira e outros autores (2020, p.3-4) quando afirmam que “as ferramentas digitais asseguram a manutenção das ações rotineiras, como às de vigilância, de acordo com suas especificidades”. Ademais, entendem que,

dada a oportunidade, elas deverão constituir a base de um novo *modus operandi* da Vigilância Epidemiológica e da Atenção Primária à Saúde junto às comunidades, inclusive favorecendo maior participação social e otimização no uso dos equipamentos sociais. (TEIXEIRA et al, 2020, p.3-4).

Outro ponto crucial de benefício está relacionado ao fato de que a Telessaúde diminui os custos de deslocamento por parte dos pacientes e profissionais de saúde, reduz o tempo de atendimento, e proporciona melhorias na qualidade da assistência, pelo fato de possibilitar o acesso a especialistas por profissionais de saúde não especializados de áreas remotas.

Dado o reconhecimento acerca das vantagens do uso dessas tecnologias digitais, evidencia-se, na literatura, uma preocupação com relação à necessidade de ampliação dos usos destes serviços no Sistema Único e Universal da Saúde. Daí, a contribuição de Sarti e outros autores (2020, p.3) ao ressaltarem que “os benefícios das ferramentas de Telessaúde para o sistema apontam para a importância de que estas sejam adotadas de forma mais abrangente no SUS e, em especial, de forma integrada à APS.” Sob a ótica destes autores,

[...] tal medida, se devidamente implementada nesse nível de atenção, pode levar a resultados positivos em termos de acesso, resolubilidade, integralidade e abrangência de cuidados, comodidade para as pessoas e qualificação do monitoramento de portadores de doenças crônicas já acompanhados nas unidades de saúde. (SARTI et al, 2020, p.3).

Outrossim, vale destacar o papel social que essas medidas alternativas de prestação dos cuidados à saúde também vêm desempenhando no curso desta pandemia especificamente. A respeito do assunto, Silva (2014, p.45) assinala que

a Telessaúde, como modalidade de serviço da rede de atenção e pelo fato de impactar diretamente no acesso da população ao sistema de saúde, configura-se como mais um elemento nos estudos sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, a ser colocada a serviço da redução das iniquidades em saúde.

Destarte, para além das benesses, é necessário ter em mente os desafios e, sobretudo, os riscos envolvidos, os quais incluem o comprometimento da qualidade da atenção, o desrespeito à privacidade, e a divisão digital entre aqueles com e sem acesso à internet, dentre outros. De pronto, o uso da Telessaúde não deve comprometer a segurança do paciente, a qualidade do atendimento ou a igualdade de acesso, com ressalva para o exame físico, que é o único aspecto aceitável diferenciador entre o atendimento presencial e o atendimento por meio da tecnologia digital. Mesmo assim, convém que sejam realizados rigorosos estudos avaliativos do

desempenho dos serviços oferecidos via Telessaúde, para que, na hipótese de confirmação da expectativa positiva, planeje-se a expansão do seu uso em todas as modalidades possíveis.

Ainda sobre o assunto, urge apontar alguns desafios particulares apresentados por especialistas da área no que diz respeito à Pandemia da COVID-19, os quais, também, são aplicados, para que a Telessaúde seja usada no cenário brasileiro na perspectiva do SUS, consoante descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Desafios para o uso da Telessaúde na resposta da saúde pública à Pandemia da COVID-19 no Brasil

DESCRIÇÃO	GRAU DE IMPLANTAÇÃO
Integração da Telessaúde/Telemedicina nas diretrizes nacionais para a preparação em saúde pública, em conformidade com o Regulamento Sanitário Internacional e os Planos Nacionais de Contingência da Epidemia.	baixo
Definição de regulamentos nacionais e estruturas de financiamento para a Telessaúde/Telemedicina no contexto de emergências de saúde pública.	baixo/médio
Estratégias para definir, de forma rápida, cenários de uso e estruturas de Telessaúde/Telemedicina.	médio
Desenvolvimento de diretrizes clínicas para a assistência mediada pela Telessaúde /Telemedicina nas várias áreas de saúde.	médio
Padronização de questionários automáticos de triagem e algoritmos de monitoramento remoto de pacientes.	baixo
Estabelecimento de mecanismos de compartilhamento de dados para integrar os dados de provedores de Telessaúde com a vigilância epidemiológica.	baixo
Desenvolvimento de ferramentas de comunicação para informar e educar a população sobre o uso recomendado de Telessaúde /Telemedicina.	médio

Fonte: Elaboração própria da autora desta dissertação, com base em Ohannessian e outros autores (2020).

Seguindo essa linha de raciocínio, pesquisadores em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira em Saúde Coletiva elaboraram um documento intitulado “Incorporação de recursos de Telessaúde na APS no Brasil” (ABRASCO, 2021), com alguns aconselhamentos pela inclusão das ações de Telessaúde para reforço do modelo assistencial brasileiro, situando-se na perspectiva de se ter um avanço considerável no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no país. Para tanto, na ótica dos especialistas, é necessária a elaboração de um Plano Nacional de Telessaúde no âmbito do SUS, que incorpore, de forma célere, essas ações na APS; fortaleça as atividades de teleconsultas pelas Equipes de Saúde da Família; insira a realização de teleconsultorias como forma de acesso aos outros níveis de complexidade do sistema de saúde, de maneira a ofertar telediagnóstico (o qual contribui para a ampliação do rol de ofertas no âmbito da APS), e a propiciar um processo de formação contínua das Equipes de Saúde da Família através da relação entre as Universidades e os serviços.

Dito isso, dentro do contexto de desenvolvimento da Telessaúde no Brasil, a comissão de pesquisadores supra elencou algumas recomendações que podem ser vistas como principais desafios na efetivação da Telessaúde enquanto solução digital para um futuro próximo na

perspectiva do SUS, quais sejam: 1) Integrar as ações de Telessaúde ao processo de Atenção Primária à Saúde implementado no âmbito do SUS; 2) Estruturar um modelo de gestão das ações de Telessaúde vinculadas à estruturação das redes assistenciais de saúde; 3) Utilizar recursos de Telessaúde para contribuir na estruturação das redes assistenciais em saúde, potencializando a realização de teleconsultorias e/ou outras ações/funcionalidades de acordo com a demanda; 4) Estruturar uma forma contínua de financiamento para as ações de Telessaúde no âmbito do SUS; 5) Estruturar o processo de formação das Equipes de Saúde da Família para a realização de teleconsultas e/ou outras ações/funcionalidades de acordo com a demanda das ESF, e para a incorporação de ações de Telessaúde no âmbito do SUS; 6) Retomar outras propostas vinculadas à tele-educação; 7) Adensar a estrutura tecnológica com equipamentos e redes de conectividade que permitam aperfeiçoar diagnósticos e atividades de Telessaúde na APS; 8) Vincular a implantação das ações de Telessaúde ao processo de informatização das Unidades Básicas de Saúde; 9) Construir parâmetros de avaliação da qualidade dos serviços de Telessaúde no âmbito da APS; 10) Estruturar projeto-piloto, vinculando utilização de inteligência artificial em APS-ações de Telessaúde e atendimento presencial.

Então, reportando-se ao quanto explicitado acima, é de se assinalar que os desafios a serem enfrentados quando da aplicabilidade da Telessaúde em face da contingência da COVID-19, na perspectiva do SUS, são grandes. Ressalte-se a intensidade de iniciativas desencadeadas em curto espaço de tempo, e que, em sua maioria, estão condicionadas a normativas que sistematicamente destacam a excepcionalidade deste momento pandêmico. Nessa esteira, Cruz, Maldonado e Gadelha (2020, p.10) sinalizam que

os desafios que se colocam para os órgãos de governo, prestadores de serviços, indústria, instituições de ensino e pesquisa, entre outros, requer unir esforços para o desenvolvimento de novos estudos e soluções customizadas às características deste país de extensão continental que sejam orientados, simultaneamente, para a melhoria da sustentabilidade do SUS, avanço na prestação dos serviços de saúde e desenvolvimento da indústria nacional e do complexo econômico-industrial da saúde, inclusive em relação aos serviços já ofertados pela Telessaúde na perspectiva da economia política da saúde.

Ainda que exista muito a ser construído e operacionalizado no país para que a Telessaúde possa efetivamente ocupar os vários espaços, é razoável imaginar que, passada esta crise sanitária, o campo adquira uma nova configuração que venha a fortalecer o sistema único e universal que se possui e no qual cerca de 212 (duzentos e doze) milhões de habitantes possam depositar os seus direitos e as suas esperanças.

Acrescente-se a isto o fato de que o uso imediato e a aplicação bem-sucedida, até então, da Telessaúde no enfrentamento deste desafio global de saúde pública desencadearão, provavelmente, respostas positivas, no sentido de uma maior aceitação pública e governamental de tais tecnologias digitais para outras áreas da saúde no futuro, incluindo doenças crônicas em todo o mundo e, primordialmente, no Brasil.

Acerca do exposto, segundo Gadelha (2012, p.169),

o futuro não apenas do hospital, mas do conjunto dos serviços, envolvendo diagnóstico, monitoramento e mesmo terapias (inclusive cirúrgicas) remotas com base em TICs já é em parte uma realidade e sobretudo uma tendência inexorável.

Por outro lado, não se pode olvidar que, também, existem alguns limites concretos ao uso da Telessaúde, sobretudo em termos de assistência necessária a este período de Pandemia. O fato é que, embora as visitas virtuais sejam mais céleres que as visitas pessoais, não diagnosticam nada, uma vez que nenhum aplicativo de Telessaúde pode dizer, de modo conclusivo, a um paciente se ele está infectado com o Coronavírus; pelo contrário, os doentes selecionados “virtualmente” ainda necessitam se submeter a testes presenciais para detectar o vírus SARS-CoV-2. Outro ponto importante é a questão da consulta mediada por TIC nas residências não ser apropriada para pacientes gravemente doentes ou quando comorbidades ou distúrbios cognitivos (como a Doença de Alzheimer ou sequelas de Acidente Vascular Encefálico-AVE, etc.) afetarem a sua capacidade para fazer uso da tecnologia. Por último, destaca-se o aspecto de que algumas consultas requerem exames físicos, que podem ter suas execuções prejudicadas remotamente (por exemplo, uma ausculta), e métodos diagnósticos auxiliares (obtenção de imagens e culturas) impossíveis de serem realizados à distância.

Enfim, tecido todo este panorama, é compreensível que, ainda, paire uma dúvida na sociedade não só para o momento atual pelo qual o país atravessa, como também para um futuro próximo, no sentido de se questionar se o uso da Telessaúde através de teleconsultas representa uma oportunidade para aumentar o acesso a serviços de saúde, reduzir os deslocamentos de pacientes, diminuir os custos em saúde, aproximar os especialistas à população de regiões remotas, ou se trata de uma ameaça à assistência médica e de outros profissionais da saúde, com aumento da possibilidade de diagnósticos equivocados, de utilização em demasia das TICs, de insegurança de dados e informações privadas e de um possível vetor de desemprego dos profissionais da área da saúde.

3 METODOLOGIA

Para atender aos objetivos deste estudo e para entendimento acerca do desenvolvimento da Telessaúde no enfrentamento da crise sanitária causada pelo Coronavírus, bem como dos principais desafios que o Sistema de Saúde brasileiro vem enfrentando em decorrência das transformações oriundas do uso das tecnologias digitais na prestação dos serviços, tanto para o momento atual, quanto para o futuro pós COVID-19, utilizou-se como procedimento metodológico a Pesquisa Documental sobre o tema. Dita metodologia baseou-se no exame dos documentos oficiais, almejando-se a análise das principais ações tomadas pelos Governos Federal e Estaduais e os Organismos Internacionais adotados como referência neste trabalho, além de uma discussão sobre os resultados encontrados no País com os da experiência internacional, utilizando-se como amostragem algumas Nações de escolha.

De antemão, é importante trazer à baila a definição de Pesquisa Documental, sob o magistério de Pádua (1997), quando diz:

Pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências [...]. (PÁDUA, 1997, p.62).

Ademais, trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, delineada sobre o exame do conteúdo do material institucional extraído dos sites oficiais ou de outros meios eletrônicos.

Neste sentido, Martinelli (1999) assim preceitua:

A pesquisa qualitativa se insere no marco de referência da dialética, direcionando-se, fundamentalmente, pelos objetivos buscados. O desenho da pesquisa qualitativa deve nos dar uma visibilidade muito clara do objeto, objetivo e metodologia, de onde partimos e onde queremos chegar. (MARTINELLI, 1999, p.115).

No presente estudo, incluiu-se como documentos normativos os Planos de Contingência, as Legislações (Decretos, Portarias, Resoluções e outras), as Notas Técnicas e as Recomendações elaborados por cada Estado Brasileiro, pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS/BR), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre o eixo temático desta pesquisa, considerando como marco temporal os anos de 2020, 2021 e 2022 até o dia 30 do mês de junho. Ainda acerca do tema, foi apresentada uma discussão sobre as experiências e realidades de outros Países/sistemas de saúde com os resultados encontrados no Brasil, elegendo-se a Argentina, Austrália, Canadá, Itália, Reino

Unido, Índia e China. Vale dizer que o critério utilizado na escolha destas Nações levou em consideração dois aspectos examinados cumulativamente, quais sejam o geográfico, dada a seleção de, pelo menos, 1 (hum) País de cada Continente, e o socio-sanitário, levando-se em conta aqueles que tiveram maior destaque no combate à Pandemia, seja positivamente ou de forma negativa.

No que tange à análise dos dados, foi adotado o método de análise de conteúdo, com a utilização das três etapas de organização propostas por Bardin (2002).

Na pré-análise, etapa de seleção e organização do material a ser trabalhado, houve a definição e seleção de 145 (cento e quarenta e cinco) documentos extraídos dos sites oficiais das Secretarias Estaduais de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil (MS/BR), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Neste momento, a escolha do referido material institucional se deu com base na triagem dos Planos de Contingência, Legislações, Notas Técnicas e Recomendações de cada Estado, do MS/BR, da OMS e da OPAS, buscando-se as versões mais atualizadas, para as hipóteses de existirem mais de uma versão, aliada à observância de compatibilidade do conteúdo documental encontrado com as ações de enfrentamento da crise na Saúde Pública em curso.

Em relação à segunda etapa, descrição analítica ou etapa de exploração do material, realizou-se a categorização do material anteriormente coletado, buscando identificar, em seus respectivos conteúdos, informações relativas à Telessaúde, consoante descrição no Quadro 3. Para tanto, foram selecionados 86 (oitenta e seis) documentos dentre os 145 (cento e quarenta e cinco) da etapa anterior, contendo os subscritores “Telemedicina e/ou Telessaúde” ou “teleatendimento” ou “teleconsulta” ou “teleorientação” ou “telemonitoramento”. Vale dizer que a categorização corresponde a um procedimento de agrupar dados, considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo.

Em sendo assim, com base nos objetivos propostos com este estudo documental e nos dados extraídos desta fase, foram consideradas as seguintes categorias para análise na próxima etapa, seguindo-se dos seus respectivos desdobramentos. São elas:

- a) Influência da Telessaúde para o Brasil no que tange ao enfrentamento da COVID-19;
- b) Importância das questões éticas no uso da Telessaúde, e
- c) Principais desafios na efetivação dessas soluções digitais em um futuro próximo.

No que concerne à última etapa propriamente dita, foi feita uma análise mais profunda dos 86 (oitenta e seis) documentos selecionados pela etapa anterior, de forma a se verificar a abordagem dos critérios de escolha supramencionados pelos Estados Brasileiros e pelos Organismos Nacional e Internacionais, conforme apresentado no Quadro 4, na Tabela 1 e na Figura 2. Em seguida, deu-se início à interpretação, utilizando-se os dados como ponto de partida e visando construir uma compreensão dos fenômenos investigados.

Por derradeiro, convém ressaltar que o presente estudo dispensou a submissão ao Comitê de Ética, pelo fato de fazer uso de fonte documental e de acesso livre, gratuito.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ANÁLISE CRÍTICA DO MATERIAL INSTITUCIONAL (PLANOS DE CONTINGÊNCIA ESTADUAIS E FEDERAL; LEGISLAÇÕES; NOTAS TÉCNICAS E RECOMENDAÇÕES) DO BRASIL E ORGANISMOS INTERNACIONAIS (OMS E OPAS)

Na discussão sobre os resultados encontrados na pesquisa, cumpre ressaltar que foram considerados os dados coletados desde março de 2020 até 30 de junho de 2022, sendo feita a análise neste intervalo temporal.

A seguir, o Quadro 2 aborda a existência ou não de documentos oficiais dos Governos Estaduais, Federal, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que instituem medidas de combate à Pandemia causada pelo SARS-CoV-2 em prol da sociedade. Considerando a dimensão da amostra, optou-se por destacar as ausências dos referidos documentos nos Estados do Brasil, Ministério da Saúde, OMS e OPAS, com o fito de se ter uma melhor visibilidade do resultado menos prevalente obtido deste exemplar nesta etapa.

Quadro 2 - Documentos oficiais que tratam da COVID-19 em cada estado brasileiro, no MS/BR, na OMS e na OPAS (2020 - 2022)

continua

Estados brasileiros MS/BR, OMS e OPAS	Plano de contingência (PC)	Legislações (L)	Notas técnicas (NT)	Recomendações (R)
RR	Sim	Sim	Sim	Sim
AM	Sim	Sim	Sim	Sim
AP	Sim	Sim	Sim	Não
AC	Sim	Sim	Sim	Sim
RO	Sim	Sim	Sim	Não
PA	Sim	Sim	Sim	Sim
TO	Sim	Sim	Sim	Sim
MA	Sim	Sim	Sim	Sim
PI	Sim	Sim	Sim	Não
CE	Sim	Sim	Sim	Sim
RN	Sim	Sim	Sim	Sim
PB	Sim	Sim	Sim	Não
PE	Sim	Sim	Sim	Sim
AL	Sim	Sim	Sim	Não
SE	Sim	Sim	Sim	Sim
BA	Sim	Sim	Sim	Sim
MT	Sim	Sim	Sim	Sim

Estados brasileiros MS/BR, OMS e OPAS	Plano de contingência (PC)	Legislações (L)	Notas técnicas (NT)	Recomendações (R)
GO	Sim	Sim	Sim	Sim
MS	Sim	Sim	Sim	Sim
DF	Sim	Sim	Sim	Sim
MG	Sim	Sim	Sim	Sim
ES	Sim	Sim	Sim	Sim
RJ	Sim	Sim	Sim	Não
SP	Sim	Sim	Sim	Sim
PR	Sim	Sim	Sim	Sim
SC	Sim	Sim	Sim	Sim
RS	Sim	Sim	Sim	Sim
MS/BR	Sim	Sim	Sim	Sim
OMS	Sim	Sim	Sim	Sim
OPAS	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Sites oficiais das Secretarias Estaduais de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil (MS/BR), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2020-2022).

Nota: MS/BR (Ministério da Saúde do Brasil); OMS (Organização Mundial da Saúde); OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde); RR (Roraima); AM (Amazonas); AP (Amapá); AC (Acre); RO (Rondônia); PA (Pará); TO (Tocantins); MA (Maranhão); PI (Piauí); CE (Ceará); RN (Rio Grande do Norte); PB (Paraíba); PE (Pernambuco); AL (Alagoas); SE (Sergipe); BA (Bahia); MT (Mato Grosso); GO (Goiás); MS (Mato Grosso do Sul); DF (Distrito Federal); MG (Minas Gerais); ES (Espírito Santo); RJ (Rio de Janeiro); SP (São Paulo); PR (Paraná); SC (Santa Catarina); RS (Rio Grande do Sul).

Dito isso, verifica-se, da análise do Quadro 2, que os 26 (vinte e seis) Estados brasileiros, acrescido do Distrito Federal (DF), elaboraram os seus Planos de Contingência para o enfrentamento da crise sanitária provocada pelo Coronavírus, criaram suas Legislações correlatas ao tema, a exemplo das Leis, Decretos, Portarias, Atos Normativos e Resoluções, bem como apresentaram as Notas Técnicas acerca das medidas adotadas em face da contingência da COVID-19. No que diz respeito às Recomendações, infere-se que foram formuladas por 21 dentre os 27 Estados do Brasil, fato este bastante positivo, vez que induz à conclusão de que, na maior parte dos Estados do País, houve a adoção de iniciativas mais eficazes e completas por parte dos Gestores e demais atores envolvidos, visando uma maior orientação/educação sobre as formas de prevenção da doença e, conseqüentemente, um maior controle sobre a disseminação do vírus na população. No mais, todas as Recomendações relativas às medidas de combate ao vírus SARS-CoV-2 ficaram a cargo do Organismo Nacional o Ministério da Saúde do Brasil (MS/BR) - e dos Organismos Internacionais, a exemplo da OMS e da OPAS.

Por outro lado, o fato dos 06 (seis) restantes Estados brasileiros (AP; RO; PI; PB; AL e RJ) não apresentarem o referido documento, por si só, não pode levar ao entendimento de que esses Governos não tiveram uma postura proativa no tocante à tomada de decisões que visam a contenção da propagação do vírus e o oferecimento de suporte assistencial necessário à sociedade, uma vez que vários outros documentos oficiais fazem parte e podem ter sido escolhidos como “essenciais” para compor o “Painel de Transparência COVID-19”.

Convém que se reconheça que, embora o mundo não estivesse preparado para uma crise na Saúde Pública de tamanha proporção como essa, houve uma tomada de iniciativa célere por parte dos governantes, com a regulamentação de várias medidas excepcionais de enfrentamento da Pandemia através dos seus instrumentos normativos oficiais.

É notório que as dificuldades existiram desde os momentos iniciais, especialmente porque o Brasil é um País bastante heterogêneo e com diferenças regionais acentuadas, além do fato de que uma crise desta magnitude atinge também diversos outros setores (econômico; cultural; social, etc.) que precisam ser considerados e bem geridos. Coadunando do mesmo entendimento, Gadelha (2012, p.14) é enfático ao dizer que “a estratégia de investimento em saúde passa, necessariamente, por uma forte articulação analítica e normativa entre as dimensões da inovação, da base produtiva e do bem-estar social”. E complementa a assertiva, assegurando que “o grande desafio para a análise econômica é a necessidade de acoplar uma visão sistêmica da área da saúde que dê conta, simultaneamente, da lógica econômica e da lógica socio-sanitária, captando as tensões e as interfaces existentes entre elas”. (GADELHA, 2012, p.14).

Ainda debatendo sobre o tema, Aragão e Funcia (2021) trazem, em suas considerações, um trecho de destaque da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2020), através do documento “Panorama da Saúde Latino-americana e do Caribe 2020”, no qual foi abordado o fato de que

a Pandemia da COVID-19- a maior crise mundial desde a década de 1930- deixa claro que ter capacidade científica, tecnológica e industrial voltada às necessidades de saúde, bem como sistemas de saúde com infraestrutura e financiamento adequados são garantias de vida, além de tornar mais evidente a necessidade de aumento dos gastos sociais, ações estas implementadas na maior parte dos Países Centrais e em alguns Países da América Latina. (OCDE, 2020 apud ARAGÃO; FUNCIA, 2021, p.2).

Portanto, levando-se em consideração todos os aspectos discutidos, não se pode negar que a chegada da emergência sanitária afetou vários países de forma desproporcional, tendo em vista os diferentes graus de preparação, previsão e capacidade do setor público para orientar a atividade econômica e alinhar as necessidades sociais. No caso do Brasil, ainda que uma

justaposição de debilidades tenha se potencializado com a eclosão da crise na Saúde Pública em curso, pode-se afirmar que os resultados negativos apresentados nesta fase da Pesquisa representaram uma parcela ínfima incapaz de desconstituir o quanto realizado por cada Estado brasileiro e pelo Governo Federal por meio das autoridades, agentes públicos e privados e demais atores envolvidos.

Dando continuidade, o Quadro 3 mostra a existência ou não de documentos oficiais dos Governos Estaduais, Organismos Nacional e Internacionais que regulamentam a Telessaúde enquanto solução digital para o enfrentamento da crise sanitária em voga. Mais uma vez, utilizou-se a marcação de destaque para as ocorrências negativas relativas ao objeto de análise, visando facilitar a visualização dos resultados obtidos nesta extensa amostra.

Quadro 3 - Documentos oficiais dos Governos Estaduais, Federal, da OMS e da OPAS que tratam da COVID-19, e abarcam a Telessaúde como solução digital para enfrentamento da crise (2020-2022)

continua

Estados brasileiros, MS/BR, OMS e OPAS	Plano de contingência com Telessaúde (PCT)	Legislações com Telessaúde (LT)	Notas técnicas com Telessaúde (NTT)	Recomendações com Telessaúde (RT)
RR	Sim	Não	Não	Não
AM	Sim	Sim	Não	Não
AP	Sim	Sim	Sim	Não
AC	Sim	Sim	Sim	Sim
RO	Não	Não	Não	Sim
PA	Sim	Sim	Sim	Sim
TO	Sim	Sim	Sim	Sim
MA	Sim	Sim	Sim	Não
PI	Não	Sim	Não	Não
CE	Sim	Sim	Sim	Sim
RN	Sim	Sim	Sim	Sim
PB	Não	Sim	Sim	Sim
PE	Não	Sim	Sim	Sim
AL	Não	Sim	Não	Não
SE	Sim	Não	Não	Não
BA	Sim	Sim	Sim	Sim
MT	Não	Sim	Não	Não
GO	Sim	Sim	Sim	Sim
MS	Sim	Sim	Sim	Sim
DF	Sim	Sim	Sim	Sim
MG	Sim	Sim	Sim	Sim
ES	Sim	Sim	Sim	Sim
RJ	Sim	Sim	Não	Não
SP	Sim	Sim	Sim	Sim

Estados brasileiros, MS/BR, OMS e OPAS	Plano de contingência com Telessaúde (PCT)	Legislações com Telessaúde (LT)	Notas técnicas com Telessaúde (NTT)	Recomendações com Telessaúde (RT)
PR	Sim	Sim	Sim	Sim
SC	Sim	Não	Sim	Sim
RS	Sim	Sim	Sim	Sim
MS/BR	Não	Sim	Sim	Sim
OMS	Não	Sim	Sim	Sim
OPAS	Não	Sim	Sim	Sim

Fonte: Sites oficiais das Secretarias Estaduais de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil (MS/BR), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) (2020-2022).

Nota: MS/BR (Ministério da Saúde do Brasil); OMS (Organização Mundial da Saúde); OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde); RR (Roraima); AM (Amazonas); AP (Amapá); AC (Acre); RO (Rondônia); PA (Pará); TO (Tocantins); MA (Maranhão); PI (Piauí); CE (Ceará); RN (Rio Grande do Norte); PB (Paraíba); PE (Pernambuco); AL (Alagoas); SE (Sergipe); BA (Bahia); MT (Mato Grosso); GO (Goiás); MS (Mato Grosso do Sul); DF (Distrito Federal); MG (Minas Gerais); ES (Espírito Santo); RJ (Rio de Janeiro); SP (São Paulo); PR (Paraná); SC (Santa Catarina); RS (Rio Grande do Sul).

O supracitado Quadro 3 retrata o resultado de uma análise de 86 (oitenta e seis) documentos, resultado esse extraído do total inicial de 145 (cento e quarenta e cinco) documentos, que contiveram, em seus Planos de Contingência, Legislações, Notas Técnicas e Recomendações, orientações e regulamentações acerca da Telessaúde/Telemedicina/teleconsulta/teleatendimento/teleorientação/telemonitoramento como medidas alternativas para o enfrentamento da Pandemia da COVID-19. Observa-se, de imediato, que o resultado foi bastante equilibrado e positivo entre os Estados brasileiros no que concerne a todos esses materiais institucionais, haja vista que 21, 23, 19 e 18 Estados de um total de 27 contiveram, respectivamente, em seus Planos de Contingência, Legislações, Notas Técnicas e Recomendações, diretrizes que abarcaram as Tecnologias Digitais como mais uma possibilidade de prestação dos serviços de saúde em prol do combate ao Coronavírus.

Em se tratando dos Organismos Nacional e Internacionais, só não foram detectados os subscritores acima nos respectivos Planos de Contingência. Uma análise coerente deste aspecto diz respeito ao fato de que, no geral, os Planos de Contingência foram elaborados no período inicial da pandemia, ou seja, entre março e abril de 2020 e, muitas vezes, não havendo versões posteriores, o que explica a falta de abordagem sobre a Telessaúde, tema esse que teve sua regulamentação provisória e de forma extraordinária a partir de julho do mesmo ano.

Relativo aos dados encontrados no Quadro 3 em questão, merecem destaque algumas interpretações. Em primeiro lugar, resta demonstrado que a OMS, a OPAS e o Ministério da Saúde apresentaram diversas iniciativas associadas à Telessaúde, em seus documentos oficiais, no que se refere à assistência, à comunicação e à capacitação dos profissionais da área desde os

momentos iniciais de eclosão da Pandemia da COVID-19. Isso reforça o fato de que o cenário da Telessaúde, principalmente no Brasil, mudou a partir da crise sanitária em curso, quando as autoridades passaram a adotar métodos alternativos não explorados ou pouco explorados até então para atender às necessidades da população.

Como segunda interpretação, ao se reportar aos Estados brasileiros, observa-se que tanto a regulamentação, quanto a aplicação dos recursos digitais à saúde como alternativas adotadas para combater o vírus SARS-CoV-2 aconteceram de forma gradativa e heterogênea. A uma, porque se trata de um País com grandes dimensões territoriais e subdividido por regiões altamente distintas em termos demográficos, econômicos, culturais, etc. Por conta disso, as suas regiões são diferenciadas e com diversos níveis de desenvolvimento. Nesta linha de interpretação, Mazzucato e Quaggiotto (2020, tradução nossa, p.1) defendem que,

quando se trata de dados e digital, os governos também tiveram um desempenho muito diferente na crise da COVID-19, mostrando mais uma vez que investir dinheiro no problema não é uma solução viável se as capacidades e capacidades essenciais não estiverem lá ou forem terceirizadas.

Ainda sobre o tema, Mazzucato (2019, p.2, tradução nossa) conclui, ressaltando que “o principal risco a esse potencial oferecido pela inteligência artificial e outras tecnologias não está no ritmo dos seus desenvolvimentos, mas em como e para que finalidade são projetadas e implantadas”.

Alusivo ao Quadro 3 e em consonância com as informações obtidas, pode-se dizer que as regiões menos desenvolvidas, como o Norte (RO; RR; AM e AP) e o Nordeste (PI; PB; PE; AL e SE), foram às que mais se destacaram em termos de ausências documentais atinentes à utilização dos recursos das Tecnologias de Informação e Comunicação como opções de assistência à saúde neste momento de crise. Todavia, isso não quer dizer necessariamente que tais Estados não apliquem, na prática, essas medidas, considerando-se que a falta de registros, em muitas das vezes, não implica em uma falta de utilização.

Além disso, fazendo-se outra interpretação sobre o contexto em tela, deve-se considerar que a Telessaúde vai além de um mero recurso tecnológico para proporcionar a realização de atividades à distância, posto que só adquire efetividade quando está associada a planos estratégicos que incluam um processo de logística de distribuição de serviços de saúde, ainda que se trate de uma situação emergencial como à da Pandemia da COVID-19.

A esse respeito, Gadelha (2012, p.45-46) apresenta um discurso mais amplo, sem, contudo, divergir desta abordagem, ao entender que

a saúde, como um direito a ser protegido e garantido, manifesta-se de forma clara nas políticas regulatórias, sobretudo no campo sanitário (segurança e

eficácia da produção em saúde); da propriedade intelectual (polarização entre o reforço da apropriação privada dos resultados da inovação e a garantia de acesso dos cidadãos aos bens em saúde), e na política de incorporação tecnológica dos novos produtos e procedimentos nos sistemas nacionais: o peso público no mercado da inovação em saúde obriga o Estado a analisar a custo-efetividade dos novos produtos para aceitar sua incorporação nas práticas e no sistema de saúde, mesmo nos sistemas universais mais avançados.

Em suma, quaisquer ações de Telessaúde necessitam de adequação, de treinamento da equipe, recursos humanos e uma estratégia de logística de acesso a serviços de saúde. Deste modo, sua aplicação e efetiva implantação devem acontecer com uma avaliação criteriosa dos diversos fatores que podem agregar valor a uma determinada atividade, dentre eles o fato de possuir custos de implantação e custos de manutenção (equipe, tecnologia e comunicação) por envolver recursos tecnológicos. Portanto, seu uso deverá estar em sincronia com os benefícios que traz, de forma que possa ser sustentada a partir da economia financeira proporcionada, resultante da otimização de processos.

Adiante, o Quadro 4 aborda as três categorias de análise do objeto de estudo desta Pesquisa, quais sejam a Influência da Telessaúde no que tange ao enfrentamento da COVID-19 pelos Governos Estaduais, Federal, OMS e OPAS; a importância das questões éticas no uso da Telessaúde pelos Estados brasileiros e Organismos Nacional e Internacionais, e os principais desafios a serem enfrentados na efetivação dessas soluções digitais em um futuro próximo. Levando-se em consideração, novamente, o tamanho da amostra, aplicou-se o destaque, desta vez, para os registros positivos relativos à 2ª (segunda) e 3ª (terceira) categorias de análise, os quais representaram resultados de menor prevalência, objetivando-se uma melhor visibilidade destes exemplares.

Quadro 4 - As três categorias de análise do objeto de estudo desta pesquisa (2020-2022)

continua

Estados brasileiros /MSBR/ OMS / OPAS	Influência da Telessaúde no enfrentamento da COVID-19 (IT)-1ª categoria	Importância das questões éticas no uso da Telessaúde (QET)-2ª categoria	Principais desafios na efetivação das soluções digitais no futuro (DF)-3ª categoria
ES	Sim	Sim	Não
PB	Sim	Não	Não
PI	Sim	Não	Não
SE	Sim	Não	Não
PA	Sim	Sim	Não
AL	Sim	Não	Não
MT	Sim	Sim	Não
MA	Sim	Sim	Não
RR	Sim	Sim	Não
AM	Sim	Não	Não

Estados brasileiros /MSBR/ OMS / OPAS	Influência da Telessaúde no enfrentamento da COVID-19 (IT)-1ª categoria	Importância das questões éticas no uso da Telessaúde (QET)-2ª categoria	Principais desafios na efetivação das soluções digitais no futuro (DF)-3ª categoria
AP	Sim	Sim	Não
AC	Sim	Não	Não
TO	Sim	Não	Não
RO	Sim	Não	Não
CE	Sim	Não	Não
RN	Sim	Sim	Não
PE	Sim	Sim	Não
BA	Sim	Sim	Não
GO	Sim	Não	Não
MS	Sim	Não	Não
DF	Sim	Não	Não
MG	Sim	Não	Não
RJ	Sim	Sim	Não
SP	Sim	Sim	Não
PR	Sim	Não	Não
SC	Sim	Não	Não
RS	Sim	Não	Não
MS/BR	Sim	Sim	Sim
OMS	Sim	Sim	Sim
OPAS	Sim	Sim	Sim

Fonte: Sites oficiais das Secretarias Estaduais de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil (MS/BR), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). (2020-2022)

Nota: IT (Influência da Telessaúde no enfrentamento da COVID-19); QET (Importância das questões éticas no uso da Telessaúde); DF (Principais desafios na efetivação das soluções digitais no futuro); MS/BR (Ministério da Saúde do Brasil); OMS (Organização Mundial da Saúde); OPAS (Organização Pan-americana da Saúde); ES (Espírito Santo); PB (Paraíba); PI (Piauí); SE (Sergipe); PA (Pará); AL (Alagoas); MT (Mato Grosso); MA (Maranhão); RR (Roraima); AM (Amazonas); AP (Amapá); AC (Acre); TO (Tocantins); RO (Rondônia); CE (Ceará); RN (Rio Grande do Norte); PE (Pernambuco); BA (Bahia); GO (Goiás); MS (Mato Grosso do Sul); DF (Distrito Federal); MG (Minas Gerais); RJ (Rio de Janeiro); SP (São Paulo); PR (Paraná); SC (Santa Catarina); RS (Rio Grande do Sul).

Quando se analisa o Quadro 4 acima, o qual traz informações acerca das três categorias consideradas para análise dos dados deste estudo, vislumbra-se contextos distintos que merecem interpretações individualizadas.

Em relação à 1ª (primeira) categoria de análise do objeto de estudo desta pesquisa, “influência da Telessaúde no que tange ao enfrentamento da COVID-19”, infere-se que todos os 27 Estados brasileiros apresentaram, em seus documentos, registros dos serviços de Telessaúde utilizados no Brasil para o enfrentamento da Pandemia. Este resultado reflete o esforço de cada Estado, na figura dos seus Governantes em trabalho conjunto com os demais atores envolvidos, para se adequar às novas mudanças impostas pela emergência em Saúde

Pública e para oferecer à população a continuidade da prestação assistencial. Obviamente que as dificuldades de implantação e adequação desta nova forma de “fazer saúde” foram muitas e peculiares, especialmente porque se trata de uma Nação com vários contextos e discrepâncias, porém o imprescindível foi e está sendo feito por cada canto e cada região do país.

É notório que alguns Estados utilizaram muitos serviços de Telessaúde como medidas alternativas de prestação dos cuidados, outros fizeram uso de alguns deles, e poucos aplicaram uma pequena quantidade dessas modalidades. No caso do Ministério da Saúde do Brasil, da OMS e da OPAS, é de se observar que todos eles, igualmente, abordaram esse tópico em seus materiais oficiais no marco temporal escolhido, seja regulamentando-os de forma extraordinária, seja discriminando os vários tipos de atividades e suas aplicações.

Em continuidade, faz-se necessário trazer à baila, por meio da Tabela 1, as principais modalidades de Telessaúde utilizadas como medidas alternativas de prestação dos cuidados à saúde no combate à Pandemia, assim como o índice geral de uso desses serviços por cada Governo Estadual, Federal, OMS e OPAS, as quais representam um desdobramento da 1ª categoria de análise anteriormente explicitada através do Quadro 4.

Tabela 1 - Escopo dos serviços de Telessaúde aplicados no enfrentamento da COVID-19 e índice geral de uso por cada Estado brasileiro e Organismos Nacional e Internacionais (2020-2022)

Estados brasileiros /MSBR/ OMS/OPAS	Tele orientação	Tele monitoramento	Tele atendimento	Tele consulta	Tele diagnóstico	Tele agendamento	Tele educação	Tele consultoria	Percentual geral de uso
ES	X	X	X	X		X	X		75%
PB		X	X		X				38%
PI	X	X		X				X	50%
SE	X	X		X			X		50%
PA	X	X	X	X	X				63%
AL	X		X	X					38%
MT	X						X	X	38%
MA	X	X	X	X			X		63%
RR	X	X							25%
AM	X		X	X			X		50%
AP	X	X	X						38%
AC	X	X	X				X		50%
TO	X						X		25%
RO	X		X						25%
CE		X	X	X					38%
RN	X	X	X	X	X		X		75%
PE	X		X	X			X		50%
BA	X	X	X	X			X		63%
GO	X		X				X		38%
MS	X			X			X		38%
DF	X	X		X					38%

Estados brasileiros /MSBR/ OMS/OPAS	Tele orientação	Tele monitoramento	Tele atendimento	Tele consulta	Tele diagnóstico	Tele agendamento	Tele educação	Tele consultoria	Percentual geral de uso
MG	X	X		X	X		X		63%
RJ	X	X	X	X			X		63%
SP	X	X	X	X			X		63%
PR	X	X	X	X					50%
SC	X	X	X						38%
RS	X	X	X	X				X	63%
MS/BR, OMS e OPAS*	X	X	X	X	X		X		75%

Fonte: Sites oficiais das Secretarias Estaduais de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil, da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-americana da Saúde (2020-2022).

Notas:

MS/BR (Ministério da Saúde do Brasil); OMS (Organização Mundial da Saúde); OPAS (Organização Pan-americana da Saúde); ES (Espírito Santo); PB (Paraíba); PI (Piauí); SE (Sergipe); PA (Pará); AL (Alagoas); MT (Mato Grosso); MA (Maranhão); RR (Roraima); AM (Amazonas); AP (Amapá); AC (Acre); TO (Tocantins); RO (Rondônia); CE (Ceará); RN (Rio Grande do Norte); PE (Pernambuco); BA (Bahia); GO (Goiás); MS (Mato Grosso do Sul); DF (Distrito Federal); MG (Minas Gerais); RJ (Rio de Janeiro); SP (São Paulo); PR (Paraná); SC (Santa Catarina); RS (Rio Grande do Sul).

*Nota: o cálculo do percentual geral de uso referente à última coluna da Tabela foi obtido da seguinte maneira: dividiu-se a quantidade de modalidades de Telessaúde aplicadas por cada Estado brasileiro, MS/BR, OMS e OPAS pelo total de modalidades de tecnologias digitais mais utilizadas, o que correspondeu a 8 (oito) ou 100%. Daí, chegou-se ao resultado individual de uso, sob a forma de percentagem.

Primeiramente, quando se analisa o desdobramento da categoria “influência da Telessaúde para o Brasil no enfrentamento da COVID-19”, está-se diante das diversas possibilidades de aplicação das Tecnologias Digitais como recursos alternativos de assistência à saúde no combate ao Coronavírus.

Em face disso, de antemão, é relevante fazer uma síntese do escopo⁶ dos serviços de Telessaúde mais utilizados, com fulcro na Tabela 1, aliados às atividades correspondentes: teleorientação (fornecimento de informações/orientações acerca da doença COVID-19, principais sintomas, formas de prevenção, formas de contágio e tratamento; tudo isso pode ser feito por meio de telefone, chats, aplicativos de mensagens, e-mails, chamadas de vídeo, e outros); telemonitoramento (monitoramento à distância de parâmetros de saúde e/ou doenças de pacientes, incluindo coleta de dados clínicos, transmissão, processamento e manejo por profissional de saúde. Pode-se usar chamada telefônica; envio de mensagens por aplicativos; utilização de aplicativos próprios de monitoramento dos sintomas, etc); teleatendimento (atendimento de pessoas para esclarecimento de dúvidas acerca do Coronavírus e realização de breves consultas por meio de telefone, *WhatsApp* ou outras plataformas de chamadas de vídeo); teleconsulta (realização de consulta médica ou de outro profissional de saúde por intermédio das TICs); tele-educação (aulas, cursos, webpalestras, *podcasts*, vídeos ou disponibilização de objetos de aprendizagem interativos sobre a COVID-19); telediagnóstico (utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação em serviços de apoio ao diagnóstico por meio de distâncias geográficas e/ou temporais, o qual inclui telerradiologia, telepatologia, teleeletrocardiograma, e outros); teleconsultoria (consulta realizada e registrada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área da saúde, visando esclarecer as dúvidas sobre os procedimentos clínicos, as ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho) e teleagendamento (realização, via telefone ou aplicativos de mensagens, de agendamentos de consultas, exames, teste para detecção da COVID-19, dentre outros).

Retomando a análise da Tabela 1 supra, o que se denota é a grande variedade dos serviços digitais na área da saúde tratados pela totalidade dos Estados do Brasil e mais pelo Governo Federal, OMS e OPAS em seus documentos oficiais, sendo um resultado bastante satisfatório no geral. A respeito do assunto, Lima, Buss e Sousa (2020, p.2) entendem

que essas tecnologias são agregadas a um aparato contemporâneo desenvolvido a partir do final do século passado, como: *reverse transcription polymerase chain reaction* (RT-PCR), *smartphones*, biotecnologia genômica,

⁶ Informações extraídas do site do Programa Telessaúde Brasil Redes (<https://www.saude.gov.br/telessaude>).

big data, inteligência artificial, câmeras de monitoramento, geolocalização, drones e Telemedicina.

Assim, os resultados encontrados só ratificam o empenho e o esforço coletivo dos governantes, autoridades, administradores, sociedade e demais atores, com o propósito de se buscar opções plausíveis de prestação dos serviços de saúde e atendimento das necessidades da população em meio a uma crise de Saúde Pública. Daí, deve-se levar em conta, outrossim, todo o plano estratégico utilizado por cada Estado e Nações para se adequarem às novas mudanças impostas e aos novos desafios enfrentados diariamente com a implantação destas ferramentas inovadoras de oferecimento dos cuidados à saúde.

No caso de alguns Estados, como Rondônia, Roraima e Tocantins, todos da Região Norte, verifica-se uma menor variedade de serviços de Telessaúde tratados em seus instrumentos normativos. Sobre este aspecto, pode-se considerar dois entendimentos diferentes: o primeiro é que, na melhor das hipóteses, existem as ações que foram implementadas por estes Estados, utilizando-se das tecnologias digitais, porém sem registros nos seus documentos institucionais, ou, em uma hipótese mais pessimista, entender que os governantes reconheceram a Telessaúde como uma medida alternativa de enfrentamento da crise em Saúde Pública, mas não disponibilizaram, na prática, uma oferta mais ampla dessas atividades. Acerca desta última possibilidade, autores como Lapão, Messina, Ungere e Campos (2016, p.S67) firmam seus posicionamentos, no sentido de que,

em regiões com infraestrutura limitada, a Telessaúde, apesar de sua grande aplicabilidade, não está sendo utilizada em larga escala, devido a uma série de barreiras, como a baixa conectividade, o fornecimento irregular de eletricidade, equipamentos de comunicação que não se adequam ao clima tropical, fatores culturais, questões legais e poucos estudos de avaliação de seu custo-benefício e efetividade, além dos custos com equipamento, transporte, manutenção e formação de recursos humanos em saúde.

Com relação ao Governo Federal, à Organização Mundial da Saúde e à Organização Pan-Americana da Saúde, foi observado um rol de variedades dos serviços de Telessaúde constantes em seus registros, assim como disponibilizados para os usuários, o que só confirma o quanto esposado acima em sede de referencial teórico.

Ainda, atinente à Tabela 1 em comento, é de se verificar que, em sua última coluna, abordou-se o percentual geral⁷ de utilização das Tecnologias Digitais para enfrentamento da crise sanitária pelos Governos Estaduais, Federal, OMS e OPAS nos anos de 2020 a 2022. Dito

⁷ Esse resultado foi obtido da seguinte maneira: posteriormente à seleção dos serviços de Telessaúde mais utilizados e extraídos dos documentos oficiais, pesquisou-se em cada Estado quais deles se encontravam nos registros institucionais e, ao final, chegou-se a este percentual, ou seja, a quantidade de modalidades regulamentadas nos materiais dos sites sobre o total dos serviços mais utilizados.

resultado reflete a quantidade de modalidades de Telessaúde aplicadas em termos percentuais, o que difere das outras colunas da mesma Tabela 1, já que o resultado se apresenta sob a forma de contagem numérica. Optou-se, neste caso, por dar destaque ao índice geral, para que o resultado seja melhor assimilado.

Então, ao se fazer uma interpretação puramente técnica sobre esse contexto, notou-se que os índices de utilização dos recursos digitais por cada Governo Estadual, com base no que foi regulamentado expressamente, mostraram-se bem diversificados, existindo Estados com percentuais altos (75%-RN e ES; 63%-MA, BA, PA, MG, RJ, SP e RS), outros com índices médios (50%- PE, AM, AC, SE, PR e PI; 38%- MS, DF, AP, GO, MT, SC, AL, CE e PB) e poucos com percentuais baixos (25%-RO, RR e TO).

Se se considerar os percentuais altos e médios, vê-se que 24 (vinte e quatro) dentre os 27 (vinte e sete) Estados do Brasil se enquadram nesta categoria, sendo este um panorama bastante positivo para o país, por conta de todas as dificuldades não só regionais, como também individuais vivenciadas cotidianamente.

Em termos regionais, a Região Norte obteve índices médios e baixos, com exceção do Estado do Pará, o qual teve percentual de 63%, considerado alto para esta pesquisa. No que se refere à Região Nordeste, observam-se percentuais médios, com destaque para o Estado do Rio Grande do Norte (de maior percentual-75%) e o da Bahia, cujo valor ficou, igualmente, na categoria de percentual elevado (63%). Em se tratando da Região Centro-Oeste, todos os seus Estados obtiveram índice médio de 38%. Para a Região Sudeste, o resultado refletiu na interpretação de que todos os Estados apresentaram percentuais altos (63%), destacando-se o ES, com índice de 75%. No caso da Região Sul, cada Estado obteve um percentual distinto (PR-50%; SC-38% e RS-63%), estando na margem dos índices médio e alto respectivamente.

Salvo as exceções pontuais, o que se pode concluir é uma predominância da aplicação dos recursos digitais pelos Estados da Região Sudeste, que se destaca, no país, com relação ao desenvolvimento, seja econômico-financeiro, seja sociocultural, etc. Em contrapartida, apenas Estados que fazem parte da Região Norte apresentaram percentuais de utilização dos serviços de Telessaúde abaixo da média, fato este que pode ser justificado ante os inúmeros obstáculos e dificuldades enfrentadas nesta região, desde os mais simples e de fácil resolução até os mais complexos e de difícil controle.

No mais, as outras Regiões (Nordeste, Centro-Oeste e Sul) demonstraram resultados intermediários, sem muitas discrepâncias, sendo compatíveis com os avanços e alguns retrocessos próprios dessas localidades.

Por derradeiro, nota-se que o Ministério da Saúde do Brasil, a OMS e a OPAS mantiveram os seus percentuais altos, não só referentes à aplicação dos serviços de Telessaúde, como também com relação à inserção desta regulamentação em seus registros.

Registre-se que, ao se ater a uma nova forma de interpretação acerca da prevalência dos serviços de Telessaúde mais utilizados pelas Regiões do Brasil, notam-se pequenas discrepâncias do resultado apresentado acima, o qual apenas reuniu os percentuais dos Estados distintamente considerados que compõem a sua região, com o resultado do Grupo propriamente dito. Para esta análise, procurou-se agregar os Estados em suas respectivas Regiões, discriminar as atividades de Telessaúde disponibilizadas por cada Estado e escolher as modalidades mais frequentes pelos Estados. Deste modo, chegou-se ao seguinte entendimento: as regiões brasileiras apresentaram resultados mais ou menos equilibrados, no sentido de que não houve divergências relevantes com relação ao quantitativo e ao tipo de serviço digital ofertado.

Como resultado, as Regiões Nordeste e Sudeste apresentaram uma oferta considerável de Tecnologias Digitais (63%), índice este visto como alto para o estudo, seguidas das Regiões Norte e Sul, ambas com percentual médio de 50%, ao passo que a Região Centro-Oeste apresentou a menor oferta de serviços, alcançando-se o índice médio de 38%.

O que se observa desta análise é que esse diferencial, ainda que ínfimo, está muito mais relacionado com o fato de se usar a técnica do “denominador comum” para se chegar ao resultado, no momento em que se opta pelo agrupamento de elementos (Estados) na formação das Regiões. Com esta técnica, perdem-se alguns itens quando se trabalha em grupo comparado a uma opção por divisão individualizada.

Destarte, para além de uma discussão sobre os resultados encontrados dentro do território nacional, foram analisadas, também, as experiências e realidades de alguns Países/sistemas de saúde (SESAB, 2020) no que concerne ao uso das tecnologias digitais em face da crise na Saúde Pública, elegendo-se a Argentina, Austrália, Canadá, Itália, Reino Unido, Índia e China, consoante critérios de escolha descritos anteriormente.

A título de resultados encontrados nesta pesquisa bibliográfica, a maioria destes Países fez e continua fazendo uso de vários serviços de Telessaúde para assistência da população durante o contexto pandêmico, com destaque para o Brasil e o Reino Unido (GREENHALGH; KOH; CAR, 2020) (*National Health Service (NHS)*- serviços telefônicos; verificador de sintomas online; site NHS 111 *online*- <https://111.nhs.uk/>), uma vez que utiliza quase todas as modalidades discriminadas, ao passo que a Austrália (rastreamento digital de contatos da COVID-19, usando a força do sinal *Bluetooth* para inferir a distância entre smartphones e definir o status da exposição) e a Itália (canal telefônico “Disk 0800”; teleconsulta e

mapeamento da capacidade e disponibilidade tecnológica das pessoas em suas casas; vigilância remota dos pacientes suspeitos ou infectados pela COVID-19; serviço de prescrição eletrônica interligado às farmácias) não oferecem tantos recursos digitais em saúde para atender às necessidades dos seus povos neste momento crítico.

Quanto à Argentina (guias de cuidados; guias de serviços que podem ser utilizados em caso de agravamento do quadro clínico; aplicativos de comunicação e orientação à tomada de decisão do usuário; aplicativos de autodiagnóstico; geolocalização dos casos ativos e estruturação da rede de Telessaúde para ofertar orientação médica e gratuita em tempo real), Canadá (rastreamento digital de contatos da COVID-19, usando a força do sinal *Bluetooth* para inferir a distância entre smartphones e definir o status da exposição), Índia (SARBADHIKARI; SARBADHIKARI, 2020) (aplicativo que mensura o risco de infecção com base em outros casos positivados para o novo Coronavírus- *bluetooth*, algoritmos e inteligência artificial; *Chatbot*-robô de bate-papo) e China (WANG; DING; XIONG, 2020; LIN; WU, 2020) (aplicativo “*WeChat*”-rastreamento e isolamento precoce de possíveis fontes de infecção; desenvolvimento de estratégias para o diagnóstico por imagem e Telemedicina; recursos de inteligência artificial e base de dados para o rastreamento de casos e para a logística do País com relação à distribuição de suprimentos médicos), mantiveram-se com uma oferta mediana de serviços digitais.

Tecidas essas observações, passa-se a análise: nas posições individuais⁸, tiveram relevância na primeira colocação o Brasil (86%) e o Reino Unido (86%). Partindo-se para uma análise por bloco continental⁹, verificou-se que, dentre os Continentes de escolha, a América do Norte, composta nesta amostragem exclusivamente pelo Canadá, teve o melhor desempenho, visto que mostrou um índice de aplicação dos serviços digitais na prestação dos cuidados à saúde em torno de 71%. Em segundo lugar, está a América do Sul, representada pelo Brasil e Argentina, com porcentagem de 57%. Na terceira colocação, encontram-se a Oceania (Austrália), a Europa (Itália e Reino Unido) e a Ásia (Índia e China), todos com índice de utilização das soluções digitais na saúde.

Com isso, evidenciam-se algumas diferenças no que diz respeito às primeiras classificações. Por exemplo, sobre a mesma técnica interpretativa de prevalência dos serviços de Telessaúde mais utilizados, notam-se discrepâncias no resultado individual se confrontado

⁸ Para fins desse cálculo, contabilizou-se as modalidades de Telessaúde mais utilizadas pelos Países de escolha; em seguida, foi feita a contagem do total dos serviços aplicados por cada País, e, ao final, dividiu-se o total de cada País pelo total geral das soluções digitais .

⁹ Esse resultado foi obtido através das modalidades de Telessaúde que se mostraram comuns entre os países, quando se tratar de mais de uma Nação para o Continente, ou, então, dos serviços específicos do respectivo país que se encontra isolado em seu Continente, conforme amostragem selecionada.

com o resultado do grupo/Continente. Enquanto, nas posições individuais, tiveram relevância na primeira colocação o Brasil (86%) e o Reino Unido (86%), em termos de grupo, o destaque recaiu para a América do Norte (Canadá) com 71%.

No entanto, é provável que esse diferencial, assim como afirmado em termos de resultado nacional, tenha correlação com o fato de que, ao se agruparem elementos, usa-se a técnica do “denominador comum” para se chegar ao resultado, fato este que aconteceu em alguns agrupamentos de países- na formação dos respectivos Continentes- escolhidos como amostragem válida para este trabalho. Através desta técnica, perdem-se alguns itens quando se trabalha em grupo comparado a uma opção por divisão individualizada.

Feitas todas essas análises, algumas considerações são necessárias como síntese do quanto exposto acima: primeiramente, o Mundo todo passou por dificuldades e adaptações às inovações digitais como formas alternativas de “fazer saúde” ante a contingência da COVID-19. Nessa esteira, segundo Warner (2008, p.163-174), “talvez de forma um tanto contraintuitiva, o investimento em habilidades e capacidades de longo prazo dentro de organizações públicas fornece fontes de agilidade e capacidade de resposta durante crises profundas e suas consequências”.

Em segundo lugar, por mais que existam Países com nível de desenvolvimento avançado na área das tecnologias digitais (a exemplo do Reino Unido, Índia e China), os resultados expostos acerca da utilização destes recursos em saúde não se mostraram tão divergentes entre Países desenvolvidos, em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, com raras exceções a respeito.

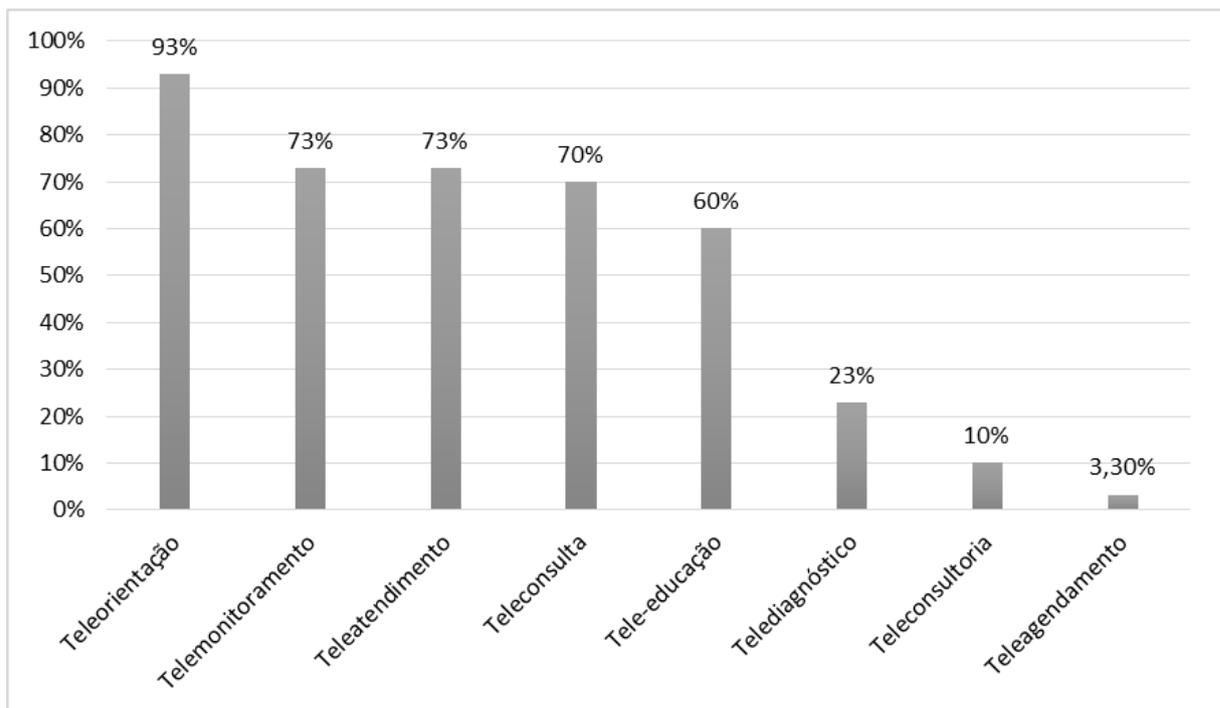
Quando se considera o Brasil nesta discussão, é evidente que se está diante de um país em que as iniciativas estão na direção das inovações em saúde impulsionadas pela Pandemia, haja vista a diversidade de ações realizadas e divulgadas envolvendo a Telessaúde no combate à COVID-19, quais sejam a implantação de tecnologias para atendimento pré-clínico não presencial; a Telemedicina; a autoavaliação dos sintomas; os canais de Chat; os canais telefônicos, o recrutamento e treinamento dos recursos humanos, dentre outros.

Por fim, ao se interpretar o contexto de uma forma mais integrativa, dando conta de aspectos que envolvam o sistema econômico, tecnológico e o processo de inovação em saúde, convém mencionar as considerações de Gadelha (2012, p.143) quando diz que, “referente ao setor mais especificamente sanitário, o segmento de serviços encontra-se configurado sob a forma de sistemas de saúde em boa parte dos países desenvolvidos, para fazer frente à diversidade de demandas por maior eficiência e eficácia”. Em vista disso, “requer articulação sistêmica, sob a forma de rede de serviços estruturada em torno de princípios diversos, entre os

quais se destaca a concepção de níveis de complexidade tecnológica e escala econômica, que permita responder às diferentes demandas assistenciais”. (GADELHA, 2012, p.143).

A seguir, a Figura 2 sintetiza, de forma genérica, o percentual de aplicação dos serviços de Telessaúde mais utilizados para enfrentamento da crise na Saúde Pública, considerando todos os Estados brasileiros, o Governo Federal e os Organismos Internacionais (OMS e OPAS) durante o período compreendido entre março de 2020 a 30 de junho de 2022.

Figura 2 - Percentual de aplicação dos serviços de Telessaúde mais utilizados no enfrentamento da Pandemia da COVID-19 pelos Governos Estaduais, Federal, OMS e OPAS (2020-2022)



Fonte: Elaboração própria, com conteúdo extraído dos documentos oficiais dos sites das Secretarias Estaduais de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil, da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-americana da Saúde.

Notas: Eixo vertical- Teleorientação (93%); Telemonitoramento (73%); Teleatendimento (73%); Teleconsulta (70%); Tele-educação (60%); Telediagnóstico (23%); Teleconsultoria (10%) e Teleagendamento (3,3%).

Os percentuais apresentados foram encontrados da seguinte forma: em um primeiro momento, foram separados os serviços de Telessaúde mais mencionados pelo montante total do material institucional selecionado; seguidamente, foi feita a contagem de prevalência de cada uma dessas atividades em cada Estado do Brasil e Organismos Nacional e Internacionais, e, por fim, obteve-se o percentual de frequência de cada serviço sobre o total da amostra (a qual corresponde ao número 30, ou seja, 27 Estados + MS/BR + OMS + OPAS).

Ao se reportar à Figura 2, a princípio, vale destacar que esse resultado, por algumas situações, pode abrir margem de interpretação que vai de encontro à uma análise objetiva e técnica, visto que, em muitas das vezes, o conteúdo dos documentos não traduz fidedignamente a realidade prática, de forma que pode haver registro de utilização das modalidades das Tecnologias de Informação e Comunicação, sem que sejam implantadas na prática ou vice-versa.

Dito isso, observa-se que o índice de aplicação das modalidades de Telessaúde pelos Governos Estaduais, Federal, OMS e OPAS como medidas alternativas de enfrentamento da

crise sanitária tem se mostrado bastante elevado de uma forma geral, o que reflete em uma eficiente capacidade de adequação às mudanças imprevisíveis que alguns acontecimentos exigem, precipuamente este momento de Pandemia pelo qual o mundo atravessa. Na contramão desta análise e com posicionamento divergente com relação aos dados encontrados nesta fase do estudo, é importante registrar as considerações de Cruz, Maldonado e Gadelha (2020, p.9) quando ressaltam que

o País está atrasado em relação aos benefícios da telemedicina em geral, acrescentando que aprender com experiências de outros Países, analisar as restrições regulatórias e aspectos legais, as questões de segurança e as tecnologias mais apropriadas para a realidade brasileira, bem como desenvolver Planos de Contingência são exemplos de questões que necessitam ser discutidas e aprofundadas em novos estudos.

Retomando-se a interpretação da Figura 2, basta verificar que alguns destes serviços (teleorientação; telemonitoramento; teleatendimento; teleconsulta e tele-educação) foram e continuam sendo muito utilizados enquanto recursos digitais de continuidade da prestação dos cuidados à saúde pelo País e Organismos Internacionais. Esse percentual considerável pode ser justificado pelo fato de que referidas modalidades são de fácil entendimento, com nível baixo de complexidade de aplicação e têm uma gama de possibilidades de acesso e de propagação das informações. Daí porque sejam vistos como “serviços de primeira escolha” em quase todos os cantos do Brasil e do mundo.

As demais modalidades constantes na Figura 2 acima e que não obtiveram um índice de utilização tão elevado durante o período considerado para esta pesquisa, quais sejam o telediagnóstico, a teleconsultoria e o teleagendamento, principalmente as duas primeiras, podem ser consideradas atividades com nível de complexidade e exigência tecnológica mais altos, além do fato de serem realizadas por médicos ou outros profissionais com grau de conhecimento mais avançado, o que diferencia um pouco dos serviços de maior destaque, já que estes podem, também, ser executados por outros profissionais da área da saúde que não tenham formação superior (ex.: auxiliares de enfermagem; técnicos de enfermagem; agentes comunitários de saúde; agentes de combate a endemias, etc.).

No entanto, impende mencionar que, ainda que algumas modalidades de Tecnologias Digitais se destaquem mais do que outras como instrumentos alternativos de assistência à saúde, resta demonstrada a imprescindibilidade da contribuição de cada uma delas como suporte oferecido à população pelos Governos Estaduais e Nacional durante todo esse tempo. Ademais, frise-se que todas essas iniciativas estão sendo bem aceitas na sociedade, ao ponto de se repensar na continuidade deste tipo de serviço, de forma permanente, em um momento Pós-

Pandemia, por mais que os desafios, muitas vezes, cheguem a representar um óbice a este intento.

Em se tratando dos resultados relativos às experiências e realidades de outros Países considerados nesta amostragem, com base na referência supracitada, restou claro que as modalidades de Telessaúde mais aplicadas¹⁰ no combate à crise causada pelo Coronavírus são a “teleconsulta”, o “telemonitoramento”, a “teleorientação” e o “teleatendimento”, alternando apenas as posições entre elas, quando se analisa à nível nacional ou internacional, porém se mantendo com percentuais elevados, destacando-se para este contexto os percentuais de 100% de aproveitamento para as duas primeiras espécies, o índice de 75% para a seguinte e o proveito de 63% para o último serviço digital referido.

Dito resultado justifica-se por essas serem modalidades de acesso simplificado e que não exigem capacitações aos usuários e nem aplicação de altas tecnologias para atendimento das suas necessidades. Outro ponto importante é o fato de serem serviços mais requisitados pelas pessoas, especificamente neste momento de Pandemia, em que determinadas atividades-orientações básicas; esclarecimento de dúvidas; consultas mais simples por parte de especialistas, e monitoramento dos sinais e sintomas dos pacientes- tornam-se imprescindíveis para prevenção, controle e combate à disseminação do vírus entre a população.

Vale dizer, portanto, que o alto índice de utilização dos serviços acima referidos é um fator bastante positivo para os Países como um todo, e que, igualmente, traduz uma eficiente continuidade de prestação dos cuidados à saúde, haja vista que ditas atividades funcionam como “porta de entrada” para a assistência em meio ao contexto pandêmico, de forma que um bom funcionamento dos atendimentos básicos serve de norte para a tomada de decisões por parte dos Gestores nas etapas que se sucederem. Além do mais, restou demonstrado que não importa a localização geográfica do País, a sua classificação mundial, levando-se em consideração o seu nível de desenvolvimento, ou outros aspectos, visto que as espécies de soluções digitais tidas como de “primeira escolha” pelas Nações são as mesmas.

Outro ponto que merece menção é o fato de que o Brasil vem apresentando avanços significativos no que diz respeito à regulamentação, assim como à utilização dos serviços de Telessaúde como meios alternativos de suporte assistencial à comunidade para enfrentamento da crise provocada pelo Coronavírus, de forma a conquistar posições de destaque, consoante exibido no decorrer da presente pesquisa. Tal afirmação encontra amparo nos diversos

¹⁰ Esse resultado foi obtido da seguinte maneira: contabilizou-se quantas vezes cada serviço de Telessaúde foi utilizado pelos 8 (oito) Países de referência deste estudo; do resultado desta soma, procedeu-se à divisão sobre o montante total de oito, chegando-se ao percentual apresentado.

documentos institucionais extraídos dos sites oficiais das Secretarias Estaduais de Saúde, do Governo Federal e dos Organismos Internacionais (OMS e OPAS), como também na análise crítica pormenorizada feita no decorrer deste estudo.

Resta evidenciado, por tudo quanto explicitado, que os Países como um todo vivem um momento de reconstrução do setor saúde, com a incorporação de novas tecnologias, que visam a simplificação dos cuidados, além da melhoria do fluxo das informações de saúde.

Avançando-se na discussão das categorias de análise do objeto de estudo desta pesquisa apresentadas acima pelo Quadro 4, é de se asseverar que a 2ª (segunda) categoria intitulada “a importância das questões éticas no uso da Telessaúde” apresentou um resultado mais ou menos equilibrado, com 11 (onze) Estados brasileiros (ES; PA; MT; MA; RR; AP; RN; PE; BA; RJ e SP) trazendo registros documentais que envolvem o sigilo e a segurança dos dados e informações, bem como a privacidade dos pacientes quando do manuseio dessas Tecnologias Digitais para uso na prestação dos cuidados à saúde. Por outro lado, um total de 16 Estados (PB; PI; SE; AL; AM; AC; TO; RO; CE; GO; MS; DF; MG; PR; SC e RS) não contemplaram, em seus materiais institucionais, esse tipo de abordagem, levando-se em conta o lapso temporal escolhido para esta Pesquisa.

Referente aos Organismos Nacional e Internacionais, vale dizer que foram discutidas, em seus instrumentos normativos, as questões éticas envolvendo a utilização das TICs como medidas alternativas de manutenção da assistência à saúde.

Em vista disso e analisando o problema de forma breve, pode-se chegar ao entendimento de que referidos documentos oficiais foram elaborados dentro de um contexto de emergência sanitária e é de se esperar que haja lacunas acerca de determinados aspectos, como, por exemplo, o das questões éticas que envolvem as tecnologias digitais. Entretanto, o mais correto é pensar que não se deve fazer uso das TICs, sem que se leve em consideração os aspectos éticos que envolvem esse tema. Além do mais, sendo a prática da Telessaúde diferente da forma presencial de interação entre o paciente e o profissional de saúde, é relevante advertir que princípios éticos merecem ser estabelecidos, de maneira que possam ser aplicados e respeitados pelos profissionais e demais usuários que se dispõem a utilizar esta prática.

Frise-se que, com a implementação da Lei nº 13.709/18, a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), os dados relacionados à saúde foram enquadrados na categoria de “dados pessoais sensíveis”, nos moldes do art.5º, inciso II, o que confere uma camada de proteção maior. Deste modo, deve ser ainda mais cauteloso o tratamento das informações dos pacientes obtidas através dos recursos das Tecnologias Digitais em Saúde, de forma que sejam observados

todos os requisitos legais para a preservação da segurança da informação, da privacidade do paciente e da finalidade do tratamento.

Ademais, conforme esposado anteriormente, a Resolução CFM nº 2.314/22, a qual define e regulamenta a Telemedicina como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação, traz no seu bojo, precipuamente nos artigos 3º, 15º, 16º e 18º, que o emprego adequado da Telemedicina/Telessaúde implica na preservação dos dados e imagens dos pacientes, constantes no registro do prontuário. E esse atendimento deve ser registrado em prontuário médico físico ou no Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (SRES) do paciente. Outro ponto importante é o disposto acerca da autorização de contratação de serviços terceirizados de arquivamento das informações, com a ressalva de que a responsabilidade pelo armazenamento dos dados dos pacientes e do atendimento virtual deve ser compartilhada entre o médico e a empresa através de contrato, sendo direito do paciente o recebimento de cópia em mídia digital e/ou impressa dos dados de seu registro.

Ainda, referida norma dispõe, em seu §7º do art.3º, que “os dados pessoais e clínicos do teleatendimento médico devem seguir as definições da LGPD e outros dispositivos legais quanto às finalidades primárias dos dados”. (CFM, 2022b)

Outrossim, a Portaria GM/MS nº 1.348/22 disciplina, em seus artigos 2º e 4º, a possibilidade de realização de atendimentos remotos na área da saúde, desde que restem garantidos a integridade, privacidade, segurança e sigilo das informações, em consonância com o quanto disposto na Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 ("Marco Civil da Internet"), na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 ("LGPD"), na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 “Lei de Acesso à Informação (LAI)” e nos Códigos de Ética profissionais.

Reportando-se à literatura, convém mencionar que foram apontadas algumas dificuldades concernentes à implantação rápida e ampla da Telessaúde, que se acentuam neste momento de crise sanitária, a exemplo dos requisitos de licenciamento dos provedores para atuação e pagamento, do seguro de negligência médica para Telemedicina, da adesão a regulamentos de confidencialidade e segurança, e do estabelecimento de protocolos para gerenciar prescrições e programação.

Pode-se dizer que há um consenso por parte de alguns autores em eleger as questões legais como um dos obstáculos prioritários ao uso das soluções digitais em saúde.

Nesta perspectiva, Lapão, Messina, Ungere e Campos (2016, p. S.67) entendem que se deve, também,

levar em consideração as questões legais, como a elaboração de um regulamento médico internacional que dê suporte aos profissionais de saúde que oferecem serviços de Telessaúde

em diferentes jurisdições e países; a formulação de políticas que regulem a privacidade e confidencialidade do paciente no que diz respeito à transferência e armazenamento de informações; o compartilhamento dos dados entre os profissionais de saúde e jurisdições, e maneiras de se autenticar os profissionais de saúde, principalmente em comunicação por e-mail.

Ao se fazer uma interpretação mais extensiva sobre o assunto, de sorte a integrar Economia, Tecnologia e Inovação em Saúde, é relevante apresentar uma discussão doutrinária contemporânea, na qual existe uma preocupação dos autores com relação à proteção dos dados no mundo digital, chegando-se a um consenso acerca da necessidade de se repensar a governança dos dados. Para Cordella e Paletti (2019, tradução nossa), “os governos, hoje, estão criando plataformas para identificar cidadãos, cobrar impostos e fornecer serviços públicos”. Ainda, ressaltam que,

devido a preocupações nos primórdios da Internet sobre o uso indevido oficial de dados, grande parte da arquitetura de dados atual foi construída por empresas privadas, mas as plataformas governamentais agora têm um enorme potencial para melhorar a eficiência do setor público e democratizar a economia da plataforma. (CORDELLA; PALETTI, 2019, tradução nossa).

Complementando a abordagem, Mazzucato e Kattel (2020, p.549-551, tradução nossa) defendem que, “[...] para realizar o potencial das plataformas governamentais, precisaremos repensar a governança de dados, desenvolver novas instituições e, dada a dinâmica da economia de plataforma, experimentar formas alternativas de propriedade”.

Na visão de Bria (2020, tradução nossa), “a COVID-19 trouxe à tona preocupações de longa data sobre a economia digital: o poder de monopólio das grandes tecnologias, a falta de privacidade, as capacidades governamentais precárias e a divisão digital entre aqueles com e sem acesso”. Sob a sua ótica, “há um vasto potencial para os governos mudarem de rumo e orientarem a digitalização para fins deliberados, e longe dos motivos atuais de propaganda direcionada e modificação de comportamento com base na monetização de informações pessoais”. Segundo a autora, “em um nível fundamental, a digitalização da sociedade deve ser sustentada pela revisão de nossos contratos sociais para a era digital com novos direitos adequados e novas estruturas de governança para defendê-los”. (BRIA, 2020, tradução nossa).

Mais precisamente sob o prisma dos aspectos éticos relativos à utilização das Tecnologias Digitais, e em consonância com o resultado apresentado pelo Quadro 4 em debate, é o entendimento de Lapão, Messina, Ungere e Campos (2016, p.S67) quando assinalam que

todos os países enfrentam inúmeras questões éticas em relação ao profissionalismo, confidencialidade, dignidade e privacidade dos dados, que estão ligadas ao uso das TICs. Daí,

pontuam que uma das grandes discussões é o uso da Telessaúde por profissionais de saúde de diferentes países, de maneira que as dúvidas giram em torno da falta de uma regulamentação internacional e da responsabilidade pelo serviço oferecido.

Ante o exposto, se se considerar o quanto previsto na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e demais legislações correlatas ao tema, denota-se que a insegurança jurídica ainda representa uma das principais dificuldades enfrentadas pela saúde digital. Aliado a isso, vislumbra-se uma necessidade de qualificação de todos os profissionais envolvidos com a utilização das TIC's em saúde, levando-se em conta todo o fluxo de tratamento dos dados (atendimento inicial; consulta; exames diagnósticos, e armazenamento de dados após a consulta).

Em sendo assim, ainda que vários instrumentos legais vigentes estejam regulamentando os preceitos éticos relacionados à utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde, principalmente após a eclosão da COVID-19, urge que as autoridades revisem ou até elaborem novos documentos, considerando a possibilidade de inserção definitiva dessas soluções digitais na prestação dos serviços de saúde em um contexto pós-pandemia, de maneira que sejam implantados programas que se adequem à LGPD para cumprimento de todas essas questões, as quais ainda se apresentam frágeis e incipientes, a fim de que não fiquem comprometidas no campo teórico, e nem no prático.

Em sede de 3ª (terceira) e última categoria de análise, qual seja “os principais desafios na efetivação dessas soluções digitais em um futuro próximo”, observa-se que nenhum Estado brasileiro contemplou, em seus materiais institucionais, esse tipo de discussão quando da realização desta pesquisa. Vislumbra-se deste resultado que, inicialmente, optou-se pelo uso da Telessaúde como recurso digital alternativo para o período pandêmico apenas, pelo fato de que tais medidas foram adotadas de maneira emergencial, sem que se cogitassem a manutenção desta solução digital à saúde no período pós crise sanitária.

Outro ponto fundamental é o fato de que o Brasil, ao longo da Pandemia, está conseguindo se adequar a esse novo modelo de “fazer saúde”, ainda que, continuamente, venha a se deparar com limites concretos ao uso da Telessaúde, sobretudo em termos assistenciais, o que mostra uma tentativa extrema de adaptação por parte da Nação, no sentido de uma transformação crucial dos sistemas de Tecnologias Digitais em saúde, em que as soluções provisórias ou não comprovadas, permitidas em uma situação de calamidade pública, comecem a ceder espaços para sistemas sustentáveis e seguros que preservem, de modo adequado, a segurança dos dados e a privacidade do paciente, e que ofereçam suporte técnico para atendimento pós-crise.

Fazendo-se uma análise mais integrativa que abarque os desdobramentos da Inovação em Saúde em consonância com a categoria em comento, Gadelha (2012, p.26) “entende haver um processo de transformação muito intenso, também influenciado por novas práticas assistenciais e decorrentes das novas tecnologias, que geram novas e diferenciadas demandas”. Sob a sua ótica,

ao tratar de mercado para a saúde no Brasil, destacam-se duas importantes dimensões: a demografia e a epidemiologia, que pesam sobremaneira no surgimento e transformação de necessidades de saúde e, portanto, devem alterar os padrões de demanda, exercendo forte impacto sobre a configuração do sistema produtivo (GADELHA, 2012, p.28).

Ademais, para o autor,

o ponto de partida para se captar a dinâmica dos investimentos no mundo e no Brasil é entender a configuração dos sistemas nacionais de saúde e o contexto do país em que se registra uma forte expansão do mercado e da produção em saúde, tomando-se como referência o pacto político e social vigente na área da saúde (GADELHA, 2012, p.23).

A título de complementação, Gadelha (2012, p.24) acrescenta que “esse contexto de expansão, todavia, traz importantes desafios para o Complexo Econômico Industrial da Saúde, pois está em curso um acentuado processo de transformação nos padrões de demanda, nos padrões tecnológicos e nas forças da concorrência e de regulação”.

Em termos de desafios das Tecnologias Digitais em Saúde a serem considerados para o pós-Pandemia, Sarti e outros autores (2020) apresentam um rol de sugestões, para que a experiência de Telessaúde se torne, de fato, uma realidade na Atenção Primária à Saúde (APS) e no SUS. Desta forma, acreditam ser

necessário um investimento massivo do Ministério da Saúde nessa área, tanto na garantia de acesso à internet nas unidades de saúde, tal como vem sendo anunciado pelo Órgão, quanto na obtenção de computadores e telefones, os quais são fundamentais para o estabelecimento de uma comunicação satisfatória. (SARTI et al, 2020, p.3).

Por outro lado, sob os pontos de vista de Sarti et al (2020, p.3), há de se considerar o fato da “desconfiança de alguns profissionais em relação a esta modalidade de atendimento, da falta de um prontuário eletrônico que tenha interface com o e-SUS e da falta de revisão dos marcos legais que sustentam a prática da Telemedicina no Brasil serem barreiras que precisam ser superadas”.

Neste diapasão, é importante, igualmente, expor o entendimento de Mazzucato e Quaggiotto (2020, tradução nossa), “quando apresentam uma solução global que dê conta de uma melhor preparação, previsão e capacidade dos setores públicos frente aos desafios”. Em

sendo assim, os autores defendem que, “no nível internacional, uma abordagem orientada para o desafio ou para a missão pode abrir caminho para melhores mecanismos de coordenação que acelerem o aprendizado mútuo e a transferência de capacidades”. Para os doutrinadores, “esse quadro também poderia galvanizar um maior nível de coordenação e colaboração entre os governos e desencadear novos investimentos em mecanismos eficazes de governança multinacional”. De acordo com os seus pontos de vista,

o resultado da adoção dessa abordagem será a ampliação progressiva das opções disponíveis para os formuladores de políticas – um pré-requisito essencial para a resiliência em tempos de incerteza”. E concluem, assegurando que, “em tempos de grandes crises (financeiras, climáticas e sanitárias), a falta de opções reduz drasticamente a margem de manobra do setor público. (MAZZUCATO; QUAGGIOTTO, 2020, tradução nossa).

Diante de todo esse contexto, enfatiza-se a importância da consolidação do setor de eHealth no cenário atual brasileiro e mundial como estratégia de melhoria da qualidade assistencial e de expansão do acesso a esses serviços. Como resposta a essa necessidade, Mazzucato e Kattel (2020, p.549-551, tradução nossa) apresentam suas finalizações, perpassando sobre o eixo integrativo economia- tecnologia-inovação em saúde, ao abordarem que “as lições das respostas bem-sucedidas ao COVID-19 mostram que reconstruir melhor e se preparar para crises futuras significa investir nas principais capacidades e capacidades do setor público, incluindo a capacidade de interagir com outros criadores de valor na sociedade – projetando contratos para entregar ao público interesse” [...]. Assim, para os Pesquisadores, “uma crise não deve ser desperdiçada, e espera-se que ela traga uma nova compreensão de como desenvolver as capacidades dinâmicas do setor público – e por que isso é importante”. (MAZZUCATO; KATTEL, 2020, p.549-551, tradução nossa)

Enfim, por tudo quanto exposto e pensando-se em uma transição da Telessaúde- de solução digital adotada provisoriamente para uma fase pós-COVID-19-não se pode deixar de ter em mente que são inúmeros os desafios a serem enfrentados, dentre os quais o estabelecimento de mecanismos de segurança digital; o licenciamento profissional para atendimento em âmbito nacional; as orientações para implantação de tecnologias de cuidado não presencial, com enfoque no treinamento e supervisão de profissionais; a proteção à privacidade, e a avaliação contínua das intervenções realizadas nesse novo modelo de atendimento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Pandemia da COVID-19 evidenciou inúmeros desafios e demandas nos mais diversos cenários da saúde em todo o mundo. Embora essa crise seja uma situação crítica e não desejada, acredita-se que as experiências vivenciadas neste período podem oportunizar a melhoria de processos e fluxos no uso das TICs em saúde.

De mais a mais, as análises críticas apresentadas neste trabalho permitiram concluir que a Telessaúde se mostrou como uma ferramenta importante no contexto pandêmico, tendo em vista as inúmeras vantagens quando da adoção dessas soluções digitais como medidas alternativas de manutenção da assistência à saúde em face da crise da Saúde Pública. Dentre os seus benefícios, é de se assinalar o fato de que favoreceu a organização dos serviços de saúde, com maior efetividade na triagem, cuidado e tratamento remotos; auxiliou o monitoramento dos casos positivados para a doença, contribuindo na redução do trânsito desnecessário dos indivíduos e, com isso, evitando a propagação do vírus e a sobrecarga dos serviços de saúde; contribuiu, sobremaneira, para a vigilância, detecção e prevenção da doença, além de que mitigou os impactos advindos de outras situações assistenciais indiretamente relacionadas à COVID-19.

Espera-se, pois, que, transpostas as necessidades impostas pela atual Pandemia, os serviços de Telessaúde possam se consolidar no contexto brasileiro como um componente das redes de atenção à saúde, qualificando o cuidado e tornando-o mais efetivo, eficiente e equitativo.

Entretanto, não se pode olvidar que, apesar de todos os avanços e conquistas no contexto da saúde digital, ainda são muitas as fragilidades e os desafios a serem superados, sendo de extrema importância a manutenção e o aperfeiçoamento da reflexão sobre o tema, o encorajamento por mais estudos sobre a implementação de novas tecnologias digitais e a maneira adequada e segura de usá-las, assim como uma avaliação mais criteriosa acerca do impacto de suas efetivações nas práticas dos sistemas de saúde.

Por fim, ainda que se considerem todos os óbices apresentados, este estudo justifica sua relevância acadêmica, social e política, logrando-se a intenção inicial desta pesquisa em analisar o processo, avanços e desafios da Telessaúde no Brasil em face da contingência da COVID-19, bem como em descrever o uso e as modalidades de Telessaúde utilizadas no País durante a Pandemia, e em identificar os aspectos éticos e desafios para a efetivação das soluções digitais na crise sanitária e no pós-pandemia. Para tanto, vale dizer que o alcance destes propósitos se deu por meio de uma abordagem e contextualização, de forma crítica, de algumas das mais

importantes iniciativas tecnológicas em saúde adotadas no enfrentamento da doença causada pelo Coronavírus; da discriminação das estratégias implementadas nos mais distintos panoramas do Brasil, abordando-se algumas experiências e realidades de outros Países adotados como amostragem válida para este trabalho, e da discussão sobre as questões éticas no uso da Telessaúde, envolvendo o sigilo, a segurança dos dados e a privacidade dos pacientes, assim como sobre os principais desafios a serem enfrentados quando da inserção definitiva dessas soluções digitais em um contexto pós pandêmico.

REFERÊNCIAS

ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724:2011** Informação e documentação — Trabalhos acadêmicos — Apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. **Incorporação de recursos de Telessaúde na APS no Brasil**. 2021. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/10/DT-incorporacao-de-recursos-de-telessaude-na-APS-.pdf> Acesso em: 29 maio 2022.

ALBUQUERQUE, E. M.; CASSIOLATO, J.E. As especificidades do sistema de inovação do setor saúde. **Rev. Economia Política**, p.134-151, 2002.

ALKMIM, M. B. M. **Fatores associados à utilização de sistema de teleconsultoria na atenção primária de municípios remotos de Minas Gerais**. 2010. Dissertação (Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical) - Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte, 2010.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Nota Técnica nº 3/2020/DIRAD-DIDES/DIDES**. 2020a. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Nota_T%C3%A9cnica_3.pdf Acesso em: 11 abr. 2022.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Nota Técnica nº 4/2020/DIRAD-DIDES/DIDES**. 2020b. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Nota_T%C3%A9cnica_4.pdf Acesso em: 13 abr. 2022.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Nota Técnica nº6/2020/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO**. 2020c. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/NT_TELESSAUDE.pdf Acesso em: 13 abr. 2022.

ARAGÃO, E. **Novo modelo de financiamento do SUS: concepção e diretrizes**. Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, 2022. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/novo-modelo-de-financiamento-do-sus-concepcao-e-diretrizes-artigo-de-erika-aragao/65527/> Acesso em: 7 jul. 2022.

ARAGÃO, É. S.; FUNCIA, F. R. Austeridade fiscal e seus efeitos no Complexo Econômico-Industrial da Saúde no contexto da Pandemia da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n.9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100521> Acesso em: 30 jun. 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

ARGENTINA. Ministério da Saúde. **Coronavírus (COVID-19)**. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19> Acesso em: 28 maio 2022.

AUSTRÁLIA. Departamento de Saúde. **Coronavírus (COVID-19)**. Disponível em: <https://www.health.gov.au/health-alerts/covid-19/case-numbers-and-statistics#in-australia>. Acesso em: 23 maio 2022.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). **Diário Oficial da União**, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm#art65 Acesso em 04 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**, 7 fev. 2020a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2). **Diário Oficial da União**, 16 abr. 2020b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113989.htm Acesso em: 22 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm Acesso em: 07 out. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014**. Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112965.htm Acesso em: 07 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Após dois anos, chega ao fim estado de Emergência em Saúde Pública por conta da Covid-19 no Brasil**. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/apos-dois-anos-chega-ao-fim-estado-de-emergencia-em-saude-publica-por-conta-da-covid-19-no-brasil> Acesso em: 22 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus**. 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus> Acesso em: 29 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus**: chat on-line. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/> Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus - SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/apps/coronavirus-sus> Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Covid-19**: situação epidemiológica do Brasil nesta quinta-feira (30). jun. 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/informes-diarios-covid-19/covid-19-situacao-epidemiologica-do-brasil-nesta-quinta-feira-30> Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19**. Brasília, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/search?SearchableText=diretrizes%20para%20diagn%C3%B3stico%20e%20tratamento%20da%20covid-19> Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Governo Federal regulamenta Telessaúde e amplia acesso à saúde em áreas remotas do Brasil.** 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/junho/governo-federal-regulamenta-telessaude-e-amplia-acesso-a-saude-em-areas-remotas-do-brasil> Acesso em: 2 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança canal para atender população no WhatsApp.** 2020c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/marco/ministerio-da-saude-lanca-canal-para-atender-populacao-no-whatsapp> Acesso em: 29 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 913, de 22 de abril de 2022.** Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS nº 188, de 03 de fevereiro de 2020. 2022d. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.348, de 02 de junho de 2022.** Dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2022; 03 de junho, Seção 1, p. 76. Fica revogada a Portaria GM/MS nº 467, de 20 de março de 2020. 2022e. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2022/06/portaria1348.pdf> Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 35/GM/MS, de 04 de janeiro de 2007.** Institui no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/deges/legislacao/2018-e-antes/2007/portaria35-04012007.pdf/view> Acesso em: 6 maio 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. **Diário Oficial da União**, 2020d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20467-20-ms.htm Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 452, de 04 de março de 2010.** Institui no âmbito do Ministério da Saúde a Comissão Permanente de Telessaúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/search?SearchableText=portaria%20561%20de%2016%20de%20mar%C3%A7o%20de%202006> Acesso em: 6 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 561/MS, de 16 de março de 2006.** Institui no âmbito do Ministério da Saúde a Comissão Permanente de Telessaúde. Revogada pela Portaria GM/MS nº 452, de 04 de março de 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/search?SearchableText=portaria%20561%20de%2016%20de%20mar%C3%A7o%20de%202006> Acesso em: 6 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.546/GM/MS 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). 2111a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

br/search?SearchableText=portaria%202.546%20de%2027%20de%20outubro%20de%202021
1 Acesso em: 4 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.554/GM/MS 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 Brasil Redes. 2011b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/search?SearchableText=portaria%202.554%20de%2028%20de%20outubro%20de%202021>
1 Acesso em: 4 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS).** Disponível em: https://rebrats.saude.gov.br/images/MenuPrincipal/Guia_Avaliacao_telessaude_telemedicina.pdf
Acesso em: 22 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resposta nacional e internacional de enfrentamento ao novo Coronavírus.** 2021. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/linha-do-tempo/>
Acesso em: 9 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de manejo clínico da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde (APS).** 7. ed. Brasília, 2020d.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Agência Brasileira de Cooperação.** Disponível em: <https://www.abc.gov.br> Acesso em: 02 maio 2021.

BRASIL. **Portal da Legislação.** Disponível em: <https://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/medidas-provisorias/2019-a-2022>
Acesso em: 22 mar. 2022.

BRIA, F. **Towards a EU Digital Green Deal: A European Alliance on Digital Sovereignty to reconquer democratic control of data and to put tech and innovation at the service of people and the green transition .**2020. Blog do UCL Institute for Innovation and Public Purpose Medium. Disponível em: <https://medium.com/@francescabria/towards-a-digital-green-new-deal-a-european-alliance-on-digital-sovereignty-to-reconquer-ae783ff2cbd5>
Acesso em: 30 jun. 2022.

CANADÁ. (Governo). **Doença do Coronavírus (COVID-19).** Disponível em: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/coronavirus-disease-covid-19.html>
Acesso em: 22 maio 2022.

CARROLL, M. et al. Innovation networks for improving access and quality across the healthcare ecosystem. **Telemedicine and e-Health**, v. 16, n. 1, p. 107-111, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3016866/> Acesso em: 1 jun. 2022.

CENTRO CHINÊS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS. **COVID-19.** Disponível em: <https://www.chinacdc.cn/en/COVID19/> Acesso em: 1 jun. 2022.

CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA. **Plano de Contingência do Estado de São Paulo para infecção humana pelo novo coronavírus, 2019-nCoV.** São Paulo, 2020.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica.** Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e

2.226/2019. Brasília, 2019a. Disponível em:
<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf> Acesso em: 09 maio 2022.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Conselheiros do CFM revogam a Resolução nº 2.227/2018, que trata da Telemedicina.** 2018a. Disponível em:
https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28096:2019-02-22-15-13-20&catid=3 Acesso em: 10 abr. 2022.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.643/2002.** Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. 2002. Disponível em:
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643> Acesso em: 21 abr. 2022.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2227/2018.** Define e disciplina a Telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. 2018b. Disponível em:
<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao222718.pdf>. Acesso em: 11 nov. 21.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2228/2019.** Revogou a Resolução nº 2227/2018 publicada no D.O.U em 06 de março de 2019, Seção I, p. 91, e restabeleceu expressamente a vigência da Resolução CFM nº 1643/2002, publicada no D.O.U de 26 de agosto de 2002, Seção 1, p.205. 2019b. Disponível em: <https://www.telemedecine-360.com/wp-content/uploads/2019/03/Brazil-Telemedicine-2019.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2022.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.306/2022.** Aprova o Código de Processo Ético Profissional (CPEP) no âmbito do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselhos Regionais de Medicina (CRMs). 2022a. Disponível em:
<https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-de-processo-etico-profissional-actual/>. Acesso em: 08 maio 2022.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.314/2022.** Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. 2022b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852> Acesso em: 05 out.2022.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Telemedicina:** CFM reconhece possibilidade de atendimento médico à distância durante o combate à COVID-19. 2020. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/telemedicina-cfm-reconhece-possibilidade-de-atendimento-medico-a-distancia-durante-o-combate-a-covid-19/> Acesso em: 09 maio 2022.

CITEL/OEA. **Telesalud en las Américas 1.** Washington, 2003. Disponível em:
<http://portal.oas.org/LinkClick.aspx?fileticket=mpqg%2baj2zFs%3d&tabid=407> Acesso em: 06 jul. 2022.

CORDELIA, A; PALETTI, A. Government as a platform, orchestration, and public value creation: the italian case. **Government Information Quarterly**, v. 36, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.giq.2019.101409> Acesso em: 29 jun. 2022.

CRUZ, A.; MALDONADO, J.M.S.V.; GADELHA, C.A.G. Telemonitoramento e a dinâmica empresarial em saúde: desafios e oportunidades para o SUS. **Revista de Saúde pública**, v.

54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001996> Acesso em: 30 jun. 2022. Acesso em: 30 jun. 2022.

CUNHA, F. J. A. P.; BARROS, S. S; PEREIRA, H. B. de B. (org.). **Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde: governança e tecnologias**. Salvador: EDUFBA, 2020, p.10.

DRECHSLER, C.; KATTEL, R. Debate: The developed civil servant—providing agility and stability at the same time. **Public Money & Management**, v. 40, n. 8, p. 549-551, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09540962.2020.1729522> Acesso em: 30 jun. 2022.

EYSENBACH, G. et al. What is e-health? **Journal of medical Internet research**, v. 3, n. 2, p. e833, 2001. <https://www.jmir.org/2001/2/e20/> Acesso em: 30 jun. 2022.

GADELHA, C. A. G. (coord.). **A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. e-book. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/6t3hs> Acesso em: 30 jun. 2022.

GADELHA, C. A. G. **O complexo econômico-industrial da saúde no Brasil hoje**. 2020. (Série especial FES-Brasil). Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/O-Complexo-Econ%C3%B4mico-Industrial-da-Sa%C3%BAde-no-Brasil- hoje> Acesso em: 30 jun.2022.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento e pandemia: transformação estrutural para além de um novo normal. In: BUSS, P.M.; FONSECA, L.E. (eds.). **Diplomacia da saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19 Fiocruz; Editora FIOCRUZ, 2020. p. 41-50. (Informação para ação na Covid-19 series). Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080290.0004>. Acesso em: 1 maio 2021.

GADELHA, C. A. G. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde 4.0: por uma visão integrada do desenvolvimento econômico, social e ambiental. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 16, n. 28, p. 25-49, jan.-abr. 2021. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/cadernos%20do%20desenvolvimento.pdf#page=26> Acesso em: 5 jun. 2021.

GREENHALGH, T. ; KOH, G. C.; CAR, J. Covid-19: a remote assessment in primary care. **BMJ**, v. 368, 2020. Disponível em: <https://146.179.12.204/bitstream/10044/1/78612/2/bmj.m1182.full.pdf> Acesso em: 30 jun. 2022.

GUNDIM, R. S. **Gestão dos fatores determinantes para sustentabilidade de centros de telemedicina**. 2009. 185f. Tese (Doutorado em Ciências) - Departamento de Patologia, Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 2009.

HAN, E. et al. Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe. **The Lancet**, v. 396, n. 10261, p. 1525-1534, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7515628/> Acesso em: 30 jun. 2022.

HERSH, W. R. et al. Telemedicine for the Medicare population: pediatric, obstetric, and clinicianindirect home interventions. **Evidence report/technology assessment (Summary)**, n. 24 SUPPL, p. 1, 2001. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0035433550&> Acesso em: 30 jun. 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Centro de Documentação e Disseminação de Informações. **Normas de apresentação tabular**. 3. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 1993.

ÍNDIA. Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar. **COVID-19**. Disponível em: <https://www.mohfw.gov.in/> Acesso em: 22 maio 2022.

ITÁLIA. Ministério da Saúde. **COVID-19-Situação na Itália**. Disponível em: <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?id=5367&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto> Acesso em: 1 jun. 2022.

KLEINMAN, R. A.; MERKEL, C. Digital contact tracing for COVID-19. **CMAJ**, v. 192, n. 24, p. E653-E656, 2020.

LAPAO, L. V.; MESSINA, L. A.; UNGERER, R.; CAMPOS, F. Roteiro estratégico para a telessaúde na CPLP: diagnóstico e prioridades para o desenvolvimento da telessaúde. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, v. 15, supl. p.S65- S73, 2016. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/108/89> Acesso em: 01 jul. 2022.

LAU, H. et al. The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the COVID-19 outbreak in China. **Journal of Travel Medicine**, v. 27, n.3, 2020. Disponível em: <https://covid-19.conacyt.mx/jspui/bitstream/1000/5688/1/1109910.pdf> Acesso em: 30 jun. 2022.

LEE, S. et al. Telemedicine: challenges and opportunities. **Journal of High Speed Networks**, v. 9, n.1, p.15-30, jan. 2000.

LIMA, N. T.; BUSS, P. M.; SOUSA, R. P. A Pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00177020> Acesso em: 30 jun. 2022.

LIN, B; WU, S. COVID-19 (coronavirus disease 2019): opportunities and challenges for digital health and the internet of medical things in China. **Omics: a Journal of Integrative Biology**, v. 24, n. 5, p. 231-232, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/omi.2020.0047> Acesso em: 01 jul. 2022.

MAIA, M.R.; CORREIA, A. J.; LAPÃO, L.V. Telessaúde - Um meio para a saúde global. Um caminho para o acesso universal à saúde. **Policy paper**, Lisboa. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa, out. 2015. Disponível em: <https://www.ihmt.unl.pt/wp-content/uploads/2015/11/policy-paper-telemedicina-13out.pdf> Acesso em: 01 jul. 2022.

MARTINELLI, M. L. (org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Editora Veras, 1999.

MAZZUCATO, M.; KATTEL, R. COVID-19 and public sector capacity. **Oxford Review of Economic Policy**, v. 36, n.1, p.256–269, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/oxrep/graa031> Acesso em: 30 jun. 2022.

MAZZUCATO, M. From market fixing to market-creating: a new framework for innovation policy. **Industry and Innovation**, v. 23, n. 2, p. 140-156, 2016. DOI: 10.1080/13662716.2016.1146124. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13662716.2016.1146124> Acesso em: 30 jun. 2022.

MAZZUCATO, M. **Mission-oriented research & innovation in the European Union**. Luxembourg: European Commission, 2018. Disponível em: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/mazzucato_report_2018.pdf Acesso em: 30 jun. 2022.

MAZZUCATO, M. **Preventing digital Feudalism**. Project Syndicate. 2019. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/terceiros/2019/outubro/19.10-Digital-Feudalism.pdf> Acesso em: 29 jun. 2022.

MAZZUCATO, M.; QUAGGIOTTO, G. **The big failure of small government**. Project Syndicate, 2020. Disponível em: <https://www.project-syndicate.org/commentary/small-governments-big-failure-covid19-by-mariana-mazzucato-and-giulio-quaggiotto-2020-05> Acesso em: 28 jun. 2022.

MCLEAN, S. et al. **Telehealthcare for asthma protocol for a Cochrane review**. 3. ed. New York, EUA: John Wiley & Sons, Ltd; The Cochrane Library, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007717>. Acesso em: 30 jun. 2022.

MEDINA, M.G. et al. Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública**, v. 36, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720> Acesso em: 30 jun. 2022.

MEINERT, E. et al. Agile requirements engineering and software planning for a digital health platform to engage the effects of isolation caused by social distancing: case study. **JMIR public health and surveillance**, v. 6, n. 2, p. e19297, 2020.

MIRANDA, M. C. G. et al. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e a necessidade de educação permanente. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.36, n.1, p.82-89, jan./mar. 2012.

OHANNESSIAN, R. et al. Global telemedicine implementation and integration within health systems to fight the COVID-19 pandemic: a call to action. **JMIR public health and surveillance**, v. 6, n. 2, p. e18810, 2020.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa - COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875 Acesso em: 4 maio 2021.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OCDE); The World Bank. **Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020**. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing, 2020.

PÁDUA, E. M. M. de. **Metodologia da pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Papyrus, 1997.

PORTNOY, J.; WALLER, M.; ELLIOTT, T. Telemedicine in the era of COVID-19. **The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice**, v. 8, n. 5, p. 1489-1491, 2020.

RAMNATH, V. R. et al. Centralized monitoring and virtual consultant models of tele-ICU care: a systematic review. **Telemedicine and e-Health**, v. 20, n. 10, p. 936-961, 2014.

REINO UNIDO. (Governo). **Coronavírus (COVID-19)**. Disponível em: <https://www.gov.uk/coronavirus> Acesso em: 30 maio 2022.

RIBEIRO FILHO, J. L. R.; MESSINA, L. A.; SIMÕES, N. et al. Telemedicina e Telessaúde— a construção de redes colaborativas de ensino, pesquisa e assistência ao diagnóstico e ao tratamento em saúde no Brasil. **Informática Pública**, v. 10, n. 2, p. 97-104, 2008. Disponível em: http://pbh.gov.br/informaticapublica/ANO10_N2_PDF/telemedicina_tesasaude_dossie.pdf Acesso em: 30 jun. 2022.

RUTE. **O que é a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE)?** 2020. Disponível em: <https://rute.rnp.br/arute> Acesso em: 5 maio 2022.

SANTOS, A. de F. dos et al. (org.). **Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

SARBADHIKARI, S.; SARBADHIKARI, S. N. The global experience of digital health interventions in COVID-19 management. **Indian journal of public health**, v. 64, n. 6, p. 117-124, 2020. DOI: 10.4103/ijph.IJPH_457_20. Disponível em: https://www.ijph.in/temp/IndianJPublicHealth646117-5343382_145033.pdf Acesso em: 30 jun. 2022.

SARTI, T. D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n.2, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024> Acesso em: 30 jun. 2022.

SCHUMPETER, J. **A teoria do desenvolvimento econômico**. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

SCOTT, R. E.; LEE, A. E-health and the Universitas 21 organization: 3. Global policy. **Journal of telemedicine and telecare**, v. 11, n. 5, p. 225-229, 2005. DOI: 10.1258/1357633054471867. Disponível em: <https://doi.org/10.1258/1357633054471867>. Acesso em: 30 jun. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA. **COVID-19 na Paraíba**. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus> Acesso em: 26 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE ALAGOAS. **Alagoas contra o Coronavírus**. Disponível em: <https://www.alagoascontraocoronavirus.al.gov.br/> Acesso em: 10 dez. 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS. **Coronavírus em Goiás**. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/coronavirus> Acesso em: 08 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Coronavírus**. Disponível em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/> Acesso em: 19 jan.2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RONDÔNIA. **Transparência COVID-19**. Disponível em: <http://comprasemergenciais-covid19.ro.gov.br/Home/CovidCombate> Acesso em 13 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA. **Roraima contra o Coronavírus**. Disponível em: <https://roraimacontraocorona.rr.gov.br/transparencia/> Acesso em: 14 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Novo Coronavírus**. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/> Acesso em: 28 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **COVID-19**. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/homepage/outros-destaques/covid-19-plano-de-contingencia-boletins-diarios-e-outras-informacoes>. Acesso em: 27 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE. **Sergipe contra o Coronavírus**. Disponível em: <https://todoscontraocorona.net.br/> Acesso em: 30 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE. **Portal de Informações sobre o combate à COVID-19**. Disponível em: <http://covid19.ac.gov.br/> Acesso em: 14 nov. 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAPÁ. **Coronavírus**. Disponível em: <https://www.portal.ap.gov.br/coronavirus> Acesso em: 15 nov. 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAZONAS. **Informações COVID-19**. Disponível em: <http://saude.am.gov.br/painel/fvscovid/> Acesso em: 10 nov. 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Coronavírus Ceará**. Disponível em: <https://coronavirus.ceara.gov.br/> Acesso em: 16 nov. 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO DISTRITO FEDERAL. **Coronavírus (COVID-19)**. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/coronavirus> Acesso em: 14 dez. 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. **Coronavírus**. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/> Acesso em: 05 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO MARANHÃO. **Coronavírus no Maranhão**. Disponível em: <https://www.saude.ma.gov.br/> Acesso em: 12 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO MATO GROSSO. **Painel COVID-19**. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/painelcovidmt2> Acesso em: 18 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL. **Alerta Coronavírus**. Disponível em: <https://www.coronavirus.ms.gov.br/> Acesso em: 22 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ. **Coronavírus**. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/rede-sespa/coronavirus/> Acesso em: 16 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. **COVID-19**. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/> Acesso em: 24 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO. **Pernambuco contra o Coronavírus**. Disponível em: <https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/> Acesso em: 21 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ. **Coronavírus Piauí**. Disponível em: <http://coronavirus.pi.gov.br/> Acesso em: 24 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Painel Coronavírus COVID-19**. Disponível em: <https://painel.saude.rj.gov.br/monitoramento/covid19.html> Acesso em: 17 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. **O RN está alerta para a circulação do Coronavírus.** Disponível em:

<http://www.saude.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=223456&ACT=&PAGE=&PARM=&LBL=MAT%C9RIA> Acesso em: 23 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Coronavírus.**

Disponível em: <https://coronavirus.rs.gov.br/inicial> Acesso em: 09 jan. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO TOCANTINS. **Coronavírus (COVID-19).**

Disponível em: <https://www.to.gov.br/saude/coronavirus-covid-19/5r1g6gtrahlu> Acesso em: 17 jan. 2022.

SESAB - SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **COVID-19 (Novo Coronavírus).**

Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/> Acesso em: 12 nov. 2021.

SESAB - SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Tele Coronavírus 155 começa a funcionar para atender a população gratuitamente na Bahia.** Salvador, 2020.

Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/03/24/tele-coronavirus-155-comeca-a-funcionarpara-atender-a-populacao-gratuitamente-na-bahia/> Acesso em: 10 maio 2022.

SESAB - SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Manual de Organização da APS pelo mundo durante a Pandemia da COVID-19.** 2020. Disponível em:

http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/03/20200716-Manual-de-Organizacao-da-APS_final.pdf Acesso em: 20 maio 2022.

SILVA, A. B.; MORAES, I. H. S. O caso da Rede Universitária de Telemedicina: análise da entrada da Telessaúde na agenda política brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1211-1235, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300019>

Acesso em: 30 jun. 2022.

SILVA, A. B. **Telessaúde no Brasil-conceitos e aplicações.** 1. ed. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2014. p.17-45.

TEIXEIRA, M. G. et al. Reorganização da Atenção Primária à Saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19 [online]. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 2020, p. 3-4.

Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400015> Acesso em: 30 jun. 2022.

WANG, S.; DING, S.; XIONG, L. A new system for surveillance and digital contact tracing for COVID-19: spatiotemporal reporting over network and GPS. **JMIR mHealth and uHealth**, v. 8, n. 6, p. e19457, 2020. Disponível em: <https://mhealth.jmir.org/2020/6/e19457>

Acesso em: 30 jun. 2022.

WARNER, E. U. Revertendo a Privatização, Reequilibrando a Reforma do Governo: Mercados, Deliberação e Planejamento. **Política e Sociedade**, p. 163-174, 2008.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-4, abr. 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1036/a-pandemia-de-covid-19-no-brasil-chronica-de-uma-crise-sanitaria-anunciada>

Acesso em: 7 mar. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report**. Genebra, 2020a. Disponível em: <http://www.who.int/emergências/doenças/novo-coronavírus-2019/situação-reports> Acesso em: 22 abr. 2022.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaração do Diretor-Geral da OMS sobre o Comitê de Emergência do RSI sobre o novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Disponível em: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)) Acesso em: 10 nov. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **DRAFT: Global Strategy on Digital Health 2020-2024**. 2019. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/documents/gd4dh.pdf?sfvrsn=cd577e23_2 Acesso em: 22 abr. 2022.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. Disponível em: <https://covid19.who.int/> Acesso em: 6 jul. 2022.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11. mar. 2020b**. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 20 nov. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO mers global summary and assessment of risk**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326126> Acesso em: 10 mar. 2021.

WOSIK, J. et al. Transformação da Telessaúde: COVID-19 e a ascensão do atendimento virtual. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 27, n.6, p. 957–962, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa067> Acesso em: 11 nov. 2021.

WU, Z.; MCGOOGAN, J. M. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. **JAMA**, v. 323, n. 13, p. 1239-1242, 2020. doi:10.1001/jama.2020.2648. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2762130> Acesso em: 10 mar. 2021.