



Universidade Federal da Bahia

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO**

CARLOS DIÊGO DE BRITO FREITAS

**UMA REFLEXÃO BIOÉTICA ACERCA DA INSERÇÃO DA TELECONSULTA
ESPECIALIZADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO POLÍTICA PÚBLICA DE
SAÚDE NO SUS ARACAJU**

**Salvador/BA
2024**



Universidade Federal da Bahia

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO

CARLOS DIÊGO DE BRITO FREITAS

**UMA REFLEXÃO BIOÉTICA ACERCA DA INSERÇÃO DA TELECONSULTA
ESPECIALIZADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO POLÍTICA PÚBLICA DE
SAÚDE NO SUS ARACAJU**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação stricto sensu em Direito da Universidade Federal da Bahia, exigida como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Direito. Área de Concentração: Direitos Fundamentais e Justiça. Linha de Pesquisa: Direitos Pós-Modernos: Bioética, Cibernética, Ecologia e Direito Animal.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mônica Neves Aguiar

Salvador/BA
2024

Dados internacionais de Catalogação na Publicação

F866 Freitas, Carlos Diêgo de Brito
Uma reflexão bioética acerca da inserção da teleconsulta especializada na atenção primária como política pública de saúde no SUS Aracaju / por Carlos Diêgo de Brito Freitas. – 2024.
139 f. : il. color.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Neves Aguiar da Silva.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Direito, Salvador, 2024.

1. Bioética. 2. Telemedicina. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Acolhimento nos serviços de saúde. 5. Política de saúde - Aracaju (SE). I. Silva, Mônica Neves Aguiar da. II. Universidade Federal da Bahia - Faculdade de Direito. III. Título.

CDD – 174.2

CARLOS DIÊGO DE BRITO FREITAS

**UMA REFLEXÃO BIOÉTICA ACERCA DA INSERÇÃO DA TELECONSULTA
ESPECIALIZADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO POLÍTICA PÚBLICA DE
SAÚDE NO SUS ARACAJU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito (PPGD) da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Direito. Esta dissertação foi submetida à banca examinadora, julgada e assinada pela comissão abaixo.

Aprovada em: 10/07/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Mônica Neves Aguiar da Silva
Presidente

Prof^ª. Dra. Maria Auxiliadora Minahim
Membro Interno

Prof^ª. Dra. Tanise Zago Thomasi
Membro Externo

Salvador/BA
2024

AGRADECIMENTOS

Alcançar a conclusão desta pesquisa, com a titulação de mestre em direito, engajado em um estudo com foco na área da saúde pública, reflete na minha vida pessoal e profissional uma herança ancestral na defesa do SUS e na melhoria da qualidade de vida de uma infinidade de usuários, sedentos por cuidados e acolhimento.

Agradeço a Deus pelo sopro da vida, por nos dar a sabedoria, inteligência e coragem que precisamos para perpassar todas as dificuldades que o mundo nos submete.

À minha esposa, que de forma incansável e resiliente me incentivou durante toda essa jornada, seja com palavras, com gestos de carinho, conforto ou infindáveis motivações. Sem você nada disso seria possível.

Agradeço a todos os meus filhos, e não são poucos, Caio, Dan Raphael, Arthur Gael e Davi Luz, todos muito amados, por vocês eu me esforço, por vocês eu perco noites, por vocês eu enfrento todas as dificuldades que a vida possa colocar no meu caminho, e saibam que continuarei ultrapassando cada uma delas.

À minha avó, Maria Luiza de Brito, uma senhorinha linda e ativa, hoje com 95 anos, que me criou e esteve presente em todos os momentos bons e ruins da minha vida.

À minha mãe, Aida Celeste de Brito, *in memoriam*, que durante toda a sua vida profissional defendeu o Sistema Único de Saúde com garra, dedicação e esperança, sendo para mim espelho de vida. Transmitiu-me em vida o amor pelo SUS, o amor pelo próximo, me passou o bastão para que eu pudesse dar continuidade no trabalho de melhorar a vida das pessoas, em especial aquelas que mais necessitam.

Agradeço ao meu pai, José Carlos Muniz Freitas, *in memoriam*, que vibrava com cada vitória que seu filho alcançava, se emocionava e transbordava emoção com seu olhar marejado e o seu riso extravagante.

Agradeço a minha irmã Ana Luiza Brito de Oliveira, que em muito me lembra a nossa mãe, com sorriso largo e descontraído, que me faz resgatar as origens e não negar a ancestralidade. Te amo minha irmã, a minha caçulinha.

Um agradecimento especial ao meu Tio José Valfran de Brito, e o seu companheiro Tio Sérgio, que sempre esteve preocupado com a minha formação e com a minha vida profissional, que me incentivaram por anos, que ligam incessantemente para saber como anda o desenrolar do curso de mestrado e que aguardam ansiosos pela minha aprovação.

À minha sogra, Selma, e a minha cunhada, Kecinha, que hoje compartilhamos o mesmo teto, passamos pelas mesmas adversidades, mas que também compartilhamos incontáveis momentos de felicidade. Amo vocês, tenham certeza que a força que vocês me deram foi necessária para que eu chegasse até aqui.

Por uma questão de estrutura textual, não posso nominar cada uma das pessoas que gostaria, mas quero nesta oportunidade agradecer também a todos os demais familiares e amigos que direta ou indiretamente compartilham das minhas angústias e alegrias, estando sempre à disposição para colaborar.

Agradeço também à Universidade Federal da Bahia e a Faculdade Pio Décimo que viabilizaram a realização do Curso de Mestrado em Direito, contribuindo assim significativamente para a formação da nossa sociedade e para a consagração da nossa comunidade jurídica.

A todos e todas colegas de turma, que durante esses poucos anos de curso, percorremos juntos esta longa caminhada em busca da qualificação profissional e do conhecimento.

A todos os professores e professoras, que alcançaram o objetivo de compartilhar o saber e a vivência com seus discentes, obrigado por terem disparado o sinal de largada para nossa reflexão crítica e a defesa da justiça e da garantia dos direitos humanos.

Por fim, mas não menos importante, preciso aqui externar a mais imensa gratidão à professora Dra. Mônica Neves Aguiar da Silva, um exemplo a ser seguido de educadora e de ser humano, inteligente, parceira acadêmica que me fez olhar o mundo com outros olhos, os olhos da justiça e do amor. Muito obrigado professora.

*À minha família, refúgio de acalento e
sossego.
Aos amantes do Sistema Único de Saúde, na
esperança de dias melhores.*

O cuidado verdadeiro não é carregado apenas por uma profissão, mas por uma atitude, um estado de espírito. É uma forma de viver e de estar, não apenas de fazer. A verdadeira arte de cuidar é uma forma de amor, que se revela em pequenos detalhes, em pequenos gestos, em pequenas palavras. É um ato de presença, de escuta, de compreensão. É um ato de paciência e compaixão, que nos permite entrar no mundo do outro e compartilhar sua dor. É um ato de humanidade, que nos lembra de que todos somos iguais e merecemos ser tratados com bondade e respeito.

Rachel Naomi Remen

RESUMO

Com a sanção da Lei nº. 14.510 de 27 de dezembro de 2022, a Lei nº. 8.080/90, instituidora do Sistema Único de Saúde, foi alterada para assim autorizar e regulamentar a prática da telessaúde em todo território nacional. O cerne do presente trabalho acadêmico é avaliar a adequação da inserção das teleconsultas especializadas na Atenção Primária do SUS no Município de Aracaju em relação aos princípios bioéticos da justiça e beneficência, bem como no tocante as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica - PNAB e da Política Nacional da Atenção Especializada em Saúde - PNAES instituídas no âmbito do Sistema Único de Saúde. O estudo aborda a ciência da Bioética, através do seu marco teórico principiológico, com o olhar às necessidades e vulnerabilidades do usuário assistido, e a evolução tecnológica na telessaúde que reconfigurou as práticas assistenciais. É definido no transcorrer da pesquisa o arcabouço normativo do SUS, seus princípios e diretrizes, além do escopo dos modelos assistenciais definidos pelas políticas públicas de saúde, abordando dentre estas a novel inserção da telessaúde. Para responder a problemática, se realiza uma pesquisa qualitativa e explicativa, com a interpretação de materiais didáticos, artigos científicos, livros, legislação e normas sanitárias, como também de natureza exploratória, diante da pesquisa e coleta de dados oficiais e informações fornecidas pela Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju acerca do objeto do estudo, tendo este o recorte espacial e temporal das ações de saúde realizadas no âmbito do SUS Aracaju durante o ano de 2023. Ao final conclui-se que a inserção da teleconsulta especializada na Atenção Primária no SUS Aracaju, apesar de não ser regulamentada pela PNAB, instituída pela Portaria MS nº. 2.436/2017 e Portaria de Consolidação nº. 02/2017, se legitima pelos princípios bioéticos da justiça e beneficência, na medida em que contribui para a melhoria do atendimento ao usuário, com acolhimento humanizado e a satisfação das suas necessidades de saúde.

Palavras-Chaves: Bioética; Telessaúde; Sistema Único de Saúde; Acolhimento Humanizado.

ABSTRACT

With the sanction of Law no. 14,510 of December 27, 2022, Law no. 8,080/90, which established the Unified Health System, was amended to authorize and regulate the practice of telehealth throughout the national territory. The core of this academic work is to evaluate the adequacy of the insertion of specialized teleconsultations in SUS Primary Care in the Municipality of Aracaju in relation to the bioethical principles of justice and beneficence, as well as in relation to the guidelines of the National Primary Care Policy - PNAB and the National Policy for Specialized Health Care - PNAES established within the scope of the Unified Health System. The study addresses the science of Bioethics, through its principled theoretical framework, with a view to the needs and vulnerabilities of the assisted user, and technological evolution in telehealth which reconfigured care practices. During the course of the research, the normative framework of the SUS, its principles and guidelines, in addition to the scope of care models defined by public health policies, is defined, addressing among these the new insertion of telehealth. To answer the problem, qualitative and explanatory research is carried out, with the interpretation of teaching materials, scientific articles, books, legislation and health standards, as well as of an exploratory nature, in the face of research and collection of official data and information provided by the Municipal Secretariat of Health of Aracaju about the object of the study, with this being the spatial and temporal outline of health actions carried out within the scope of SUS Aracaju during the year 2023. In the end, it is concluded that the insertion of specialized teleconsultation in Primary Care in SUS Aracaju, despite not being regulated by PNAB, established by Ordinance MS nº. 2,436/2017 and Consolidation Ordinance no. 02/2017, is legitimized by the bioethical principles of justice and beneficence, as it contributes to improving user care, with humanized reception and the satisfaction of their health needs.

Keywords: Bioethics; Telehealth; Health Unic System; Humanized Reception.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEMAR	Centro de Especialidades Médicas de Aracaju
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CREAS	Centros Regionais de Assistência Social
DOU	Diário Oficial da União
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NUCAR	Núcleo de Controle, Avaliação e Regulação
PL	Projeto de Lei
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAES	Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REAP	Rede de Atenção Primária à Saúde
REAE	Rede de Atenção Especializada à Saúde
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SUS
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USG	Ultrassonografia
NASA	National Aeronautics and Space Administration
PRONON	Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica
PRONAS/PCD	Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa das Regiões de Saúde de Aracaju	75
Figura 2: Médicos e razão por 1.000habitantes, segundo grandes regiões, em 2022	80
Figura 3: Razão de médicos por 1000 habitantes, segundo grandes regiões e agrupamentos de capitais, regiões metropolitanas e interiores, em 2022.....	81
Figura 4: Razão de médicos por 1.000 habitantes, segundo capitais, em 2022	82
Figura 5: Comparação Sergipe x Aracaju – número dos médicos generalistas e especialistas por grupo de 1000 habitantes	83
Figura 6: Quantitativo de médicos especialistas no Estado de Sergipe	83

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Percentual de teleconsultas em março de 2023	86
Gráfico 2: Percentual de teleconsultas em abril de 2023	86
Gráfico 3: Percentual de teleconsultas em maio de 2023.....	87
Gráfico 4: Percentual de teleconsultas em junho de 2023.....	87
Gráfico 5: Percentual de teleconsultas em outubro de 2023.....	88
Gráfico 6: Percentual de teleconsultas em novembro de 2023.....	88
Gráfico 7: Percentual de teleconsultas em dezembro de 2023.....	89
Gráfico 8: Número de teleconsultas por especialidade médica (mar/dez 2023)	89

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 BIOÉTICA, TELESSAÚDE E O ACOLHIMENTO DO USUÁRIO	20
2.1 DESTAQUES DO MARCO TEÓRICO E PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA.....	20
2.2 A RECONFIGURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE COM A TELEMEDICINA	30
2.3 A VULNERABILIDADE DO USUÁRIO ASSISTIDO COM A NECESSIDADE DO ACOLHIMENTO HUMANIZADO E DA GARANTIA DO ACESSO	37
3 MODELOS DE ATENÇÃO DO SUS E A REGULAMENTAÇÃO DA TELESSAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA.....	44
3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, SEUS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES.....	44
3.2 OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEUS ESCOPOS ASSISTENCIAIS.....	54
3.3 A TELESSAÚDE COMO POLÍTICA ASSISTENCIAL DO SUS.....	64
4 A TELECONSULTA ESPECIALIZADA NO MUNICÍPIO DE ARACAJU.....	72
4.1 ASPECTOS ASSISTENCIAIS DO MUNICÍPIO DE ARACAJU: ABRANGÊNCIA DAS REDES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA.....	72
4.2 A INSERÇÃO DA TELECONSULTA ESPECIALIZADA NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS ARACAJU: GARANTIA DE ACESSO E HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO.....	79
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95

ANEXOS.....	105
ANEXO I MEMORANDO Nº. 114.507/2023.....	105
ANEXO II CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO Nº. 009/2023.....	110
ANEXO III TERMO DE REFERÊNCIA DO CONTRATO Nº. 009/2023.....	118

1 INTRODUÇÃO

Os usuários do Sistema Único de Saúde, envolvidos em estado de vulnerabilidade¹, possuem o direito fundamental do acolhimento digno e humanizado². Para tanto, a inserção de novas práticas e o uso de ferramentas tecnológicas no processo do cuidado são indispensáveis para garantia do acesso e da qualidade da assistência à saúde.

No final do ano de 2022, foi sancionada a Lei nº. 14.510/2022³ a qual regulamenta de forma definitiva a prática da telessaúde em todo território nacional, incluindo a alteração da Lei nº. 8.080/90⁴ que instituiu o Sistema Único de Saúde, permitindo assim a incorporação da tecnologia para realização de procedimentos de saúde no âmbito do SUS.

Ocorre que a regulamentação segmentada do Sistema Único de Saúde, a qual cinge-se a normatizar políticas públicas específicas, a exemplo da Política Nacional da Atenção Básica⁵ e a Política Nacional da Atenção Especializada⁶, prejudica a inserção de teleconsultas especializadas na rede de atenção primária à saúde, seja pela ausência de regulamentação ou financiamento por parte do sistema.

Entretanto, mesmo com a ausência de regulamentação e financiamento específico, com o objetivo de aumentar a oferta de consultas especializadas em favor da rede assistencial do

¹ OVIEDO, Rafael Antônio Malagón; CZERESNIA, Dina. **O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 19, p. 237-250, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

² SILVA, Livia Gomes; ALVES, Marcelo da Silva. **O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde**. Revista De APS, 11(1). p.74-84. 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14179>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

³ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.510, de 27 de dezembro de 2022**. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1980, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional., e a Lei 13.146, de 06 de julho de 2015; e revoga a Lei 13.989, de 15 de abril de 2020. Brasília: Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.510%2C%20DE%2027,15%20de%20abril%20de%202020. Acesso em 15 de junho de 2023.

⁴ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 20 de abril de 2023

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.604 de 18 de outubro de 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,do%20Sistema%20%20C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde>. Acesso em 15 de dezembro de 2023.

SUS em Aracaju, a Secretaria Municipal da Saúde efetuou a contratação de serviços de teleconsultas especializadas no montante mensal de 2.200 teleconsultas a serem ofertadas na infraestrutura das unidades básicas de saúde.

A relevância do presente estudo está na necessidade de avaliar se a inserção das teleconsultas especializadas na rede de atenção primária à saúde no SUS Aracaju está adequada às políticas públicas da Atenção Primária e Especializada em Saúde e aos princípios da Bioética.

Dentre os objetivos a serem alcançados com este estudo, o primeiro deles abordado no capítulo 2, está na necessidade de se refletir acerca dos princípios bioéticos da justiça e da beneficência, além dos seus reflexos na formulação das políticas públicas de saúde e na garantia de um acolhimento humanizado dos usuários do SUS.

Neste sentido, observou-se que os princípios bioéticos da justiça e da beneficência se relacionam aos princípios constitutivos e norteadores do Sistema Único de Saúde, em especial a integralidade, a universalidade e a equidade influenciando, portanto, na conformação das políticas de saúde e nas práticas de cuidado.

O segundo objetivo deste estudo, a ser abordado no capítulo 3, está na necessidade de se analisar a adequação da teleconsulta especializada na atenção primária com os princípios da Bioética as políticas sanitárias regulamentadoras do SUS, em especial a Política Nacional da Atenção Básica e a Política Nacional da Atenção Especializada em Saúde.

Será demonstrado que a inserção das teleconsultas especializadas na atenção primária à saúde se fundamenta nos princípios e diretrizes do SUS, por garantir o acesso a serviços de saúde e reduzir o tempo de espera do usuário, como também por utilizar de forma mais eficiente os recursos existentes na rede pública em prol do incremento da qualidade assistencial e do acolhimento humanizado.

Observar-se-á também que apesar da existência e regulamentação de modelos de atenção à saúde distintos, a exemplo das redes de atenção primária e especializada à saúde, não existe ato normativo no âmbito federal que discipline a efetiva integração das consultas especializadas na estrutura física das unidades básicas de saúde, deixando de lado a normatização acerca da reformulação no processo de trabalho, das competências e responsabilidades institucionais, como também da forma de financiamento e custeio dos serviços a serem implantados.

Como terceiro e último objetivo, a ser atendido no capítulo 4, buscar-se-á analisar os impactos assistenciais com a inserção da teleconsulta especializada na atenção primária no SUS Aracaju. Para tanto se fará necessária a análise da organização e conformação das redes de atenção primária e especializada na municipalidade, conforme previsão do Plano Municipal de Saúde de Aracaju⁷.

Será oportunamente demonstrada a dificuldade de realização de consultas especializadas e o quantitativo insuficiente de oferta para atender as demandas de saúde da população de Aracaju e referenciada. Como também a importância significativa que a inserção das teleconsultas especializadas na rede de atenção primária trouxe para o acolhimento humanizado e a garantia do acesso aos usuários do SUS.

Vale destacar que o atingimento deste objetivo foi alcançado após coleta, análise e discussão dos dados oficiais apresentados pela Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju, pois será demonstrado o real benefício que o novo serviço de teleconsultas especializadas inserido na atenção primária do SUS Aracaju ensejou para os usuários do sistema público de saúde, proporcionando assim a garantia do acesso a serviços especializado, a redução do tempo de espera para realização das consultas com médicos especialistas e o respeito aos princípios bioéticos relacionados ao cuidado dos usuários.

A pesquisa, portanto, de natureza qualitativa, explicativa e exploratória, foi realizada através de investigação e interpretação de material didático e legislação relacionados ao tema do estudo, além de buscas de dados oficiais acerca da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde de Aracaju.

A relevância da presente pesquisa repousa não só na conformação de marco teórico acerca da obrigatoriedade e respeito da dignidade dos pacientes, com a garantia de um acolhimento humanizado, ou ainda na demonstração de como a telemedicina pode contribuir para a qualificação do cuidado, mas também por permitir avaliar a forma pela qual o Poder Público no âmbito do SUS Aracaju tem reagido diante das suas necessidades de saúde e se a sua prática de inserção das teleconsultas especializadas na atenção primária se coaduna com a regulamentação das políticas públicas de saúde da Atenção Básica e da Atenção Especializada e também com os princípios da Bioética.

⁷ ARACAJU. **Plano Municipal da Saúde de Aracaju 2022-2025: proteger a vida e cuidar da cidade**. Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju. Aracaju; 2022.

Por fim, ao menos em caráter introdutório, observa-se que ao final do presente estudo poder-se-á concluir que a teleconsulta especializada na modalidade ofertada pela Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju no âmbito de todas as unidades de saúde da atenção primária pode ser considerada como uma política de saúde apta a garantir o acesso aos serviços especializados, devendo para tanto ser reformulada e regulamentada de forma ampla e exequível, pois tem a capacidade de aumentar a oferta de consultas em especialidades que na realidade local existe demanda reprimida de usuários com filas de espera significativas, como também viabilizar um acolhimento humanizado do cidadão, respeitando a sua autonomia de escolha na forma de condução do seu tratamento, utilizando a tecnologia para reduzir tempo de espera e acelerar o tratamento com reconhecimento precoce das necessidades de saúde do indivíduo.

2 BIOÉTICA, TELESSAÚDE E O ACOLHIMENTO DO USUÁRIO

O primeiro enfoque deste estudo está sedimentado numa abordagem teórico-principiológica da Bioética, de forma a traçar seus fundamentos conceituais, evolução, além de delinear a sua estreita relação com as práticas de saúde, considerando para tanto as necessidades e vulnerabilidades do paciente assistido, sem contudo se afastar da problemática central da presente pesquisa, qual seja, a avaliação da adequação bioética da inserção das teleconsultas especializadas na Atenção Primária do SUS no Município de Aracaju.

2.1 DESTAQUES DO MARCO TEÓRICO E PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA

Na visão ensinada por Diego Zanella⁸, a Bioética é uma disciplina que se ocupa dos fenômenos relacionados às ciências da saúde e às biotecnologias, abordando os aspectos éticos das práticas biomédicas. Surgiu com objetivo de responder os dilemas morais inesperados que acompanharam o grande desenvolvimento tecnológico na área da saúde, bem como com a necessidade de estabelecer princípios éticos que orientem a conduta profissional e o processo de tomada de decisões em situações complexas e por vezes controversas, seja no contexto jurídico, moral ou assistencial.

O surgimento da Bioética como uma ciência autônoma está diretamente relacionado a meados do século XX, quando avanços significativos nas ciências médicas e biológicas levantaram questões éticas complexas sobre dilemas éticos relacionados à medicina, pesquisa com seres humanos e avanços tecnológicos, os quais começaram a exigir uma abordagem ética mais formal e reflexiva para assegurar decisões mais seguras e razoáveis.

Na visão de José Agostinho Lopes⁹, dentre os eventos e desenvolvimentos históricos que contribuíram para o surgimento da Bioética pode se destacar experimentos médicos realizados pelos nazistas durante a segunda guerra mundial nos campos de concentração, os

⁸ ZANELLA, Diego Carlos. **Humanidades e ciência: uma leitura a partir da Bioética de Van Renseelaer (V.R.) Potter**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 22, n. 65, p.473-480, 2014, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0914>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

⁹ LOPES, José Agostinho. **Bioética – uma breve história: de Nuremberg (1947) a Belmont (1979)**. Revista Médica de Minas Gerais. 24(2), p.262-273, 2014. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5792356/mod_folder/content/0/BioetBreveHistoriaLOPES%20%282%29.pdf. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

quais após revelações chocantes despertaram uma consciência global sobre a necessidade de ética na pesquisa e prática médica, culminando no ano de 1947 com o Código de Nuremberg, o qual estabeleceu princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos, enfatizando a necessidade de consentimento voluntário e informado.

O mesmo autor¹⁰ destaca outro fato marcante que contribuiu para o desenvolvimento da Bioética, foi o escândalo do estudo de Tuskegee sobre a sífilis, sob a condução dos Estados Unidos da América durante os anos de 1932 a 1972, no qual participantes afro-americanos foram deixados sem tratamento para observação dos efeitos da doença, sendo este um caso grave de exploração e falta de ética na pesquisa médica.

Deveras ressaltar também que o acelerado desenvolvimento tecnológico, os sucessivos avanços na ciência da Medicina e as inúmeras descobertas no campo das ciências biológicas, contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento da ciência da Bioética, colocando sob seu enfoque complexas questões éticas relacionadas a procedimentos médicos, transplantes, reprodução assistida, genética, entre outras.

O termo "Bioética" foi cunhado por Van Rensselaer Potter, um oncologista e bioquímico, que o usou para descrever uma nova disciplina que integrasse as preocupações éticas com a vida e a biologia. Posteriormente, o filósofo e teólogo Joseph Fletcher e o bioquímico Van Rensselaer Potter organizaram o Congresso de Bioética em 1971, marcando um evento importante no estabelecimento da Bioética como disciplina¹¹.

Segundo o explica Solange Dejeanne¹² no ano de 1979 os escritores Tom L. Beauchamp e James F. Childress publicaram o livro "Principles of Biomedical Ethics", este se tornou um marco na história da nova ciência, apresentando os princípios fundamentais que formam a base da abordagem principialista na ética biomédica.

Todos esses eventos e desenvolvimentos acadêmicos culminaram na formação da Bioética como uma disciplina que busca fornecer orientação ética na prática médica, na pesquisa biomédica e em questões relacionadas à vida e à saúde. Nesse sentido a Bioética

¹⁰ LOPES, José Agostinho. **Bioética – uma breve história: de Nuremberg (1947) a Belmont (1979)**. Revista Médica de Minas Gerais. 24(2), p.262-273, 2014. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5792356/mod_folder/content/0/BioetBreveHistoriaLOPES%20%282%29.pdf. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

¹¹ Idem.

¹² DEJEANNE, Solange. **Os fundamentos da Bioética e a teoria principialista**. Thaumazein: Revista On Line de Filosofia. Ano IV, n. 7, p.32-45, jul., 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/viewFile/153/pdf>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

continua a evoluir à medida que novas questões éticas surgem com os avanços científicos e tecnológicos, desempenhando um papel essencial na promoção de práticas éticas e na proteção dos direitos e bem-estar das pessoas envolvidas em contextos biomédicos.

Na visão do pesquisador Paulo Henrique de Oliveira e Roberio Nunes dos Anjos Filho¹³, a relevância da Bioética no contexto médico e de pesquisa com seres humanos pode ser observada sob vários aspectos, a primeiro deles é a proteção do paciente e do participante de pesquisa, pois a Bioética está apta a garantir a proteção dos direitos, dignidade e bem-estar destes atores, através do estabelecimento de princípios éticos que orientam a conduta dos profissionais de saúde e pesquisadores, assegurando que as intervenções médicas e experimentos científicos sejam realizados de maneira ética e segura.

Outro ponto relevante da Bioética, trazido pelos mesmos autores¹⁴, reside no processo de tomada de decisões éticas em saúde, a qual fornece um quadro conceitual para a tomada de decisões éticas em situações clínicas complexas, disciplinando princípios como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, auxiliando e orientando os profissionais de saúde, pacientes e pesquisadores na consideração de questões éticas e morais envolvidas em diversas situações complexas, proporcionando ainda um espaço seguro para discutir e abordar questões emergentes, como engenharia genética, medicina regenerativa, inteligência artificial em saúde, entre outros problemas reais do campo assistencial.

Na pesquisa com seres humanos, a Bioética desempenha um papel fundamental na garantia de que os experimentos sejam conduzidos de maneira ética e respeitosa, incluindo na pesquisa a revisão do estudo por comitês de ética em pesquisa, garantindo que os protocolos atendam a padrões éticos rigorosos e respeitem os direitos dos participantes, refletindo assim uma pesquisa científica responsável.

Ensina Maria do Céu Patrão Neves¹⁵ que a Bioética como recente campo de conhecimento e ainda em desenvolvimento está voltada para três níveis de ações práticas: (i) o da experimentação humana, o (ii) das políticas de saúde e de investigação biomédica e (iii) o

¹³ OLIVEIRA, Paulo Henrique de; FILHO, Roberio Nunes dos Anjos. **Biética e pesquisas em seres humanos**. Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. v. 101, p.1187-1227, jan/dez, 2006. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67739>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

¹⁴ Idem.

¹⁵ NEVES, Maria do Céu Patrão das. **Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio**. Revista Brasileira de Bioética, v. 2. n. 2. p. 157-172, 2006. Disponível em <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

da prática clínica. Este estudo está diretamente relacionado ao nível das políticas de saúde, na medida em que busca relacionar os princípios bioéticos com a definição das políticas do Sistema Único de Saúde.

Um último ponto que destaco neste tópico acerca da relevância da Bioética, mas não menos importante e ainda com mais estreita relação à problemática desta pesquisa, é a sua aptidão para promoção da justiça e equidade nas ações e serviços públicos de saúde, haja vista que os princípios bioéticos, especialmente o princípio da justiça, orientam a promoção de sistemas e serviços de saúde que sejam justos e equitativos, garantindo que todos os indivíduos tenham acesso igualitário aos cuidados assistenciais, independentemente de sua origem étnica, econômica ou social.

Como pode se observar, a necessidade de princípios éticos na área biomédica é fundamental devido à complexidade e às implicações significativas das decisões tomadas no campo da saúde, medicina e pesquisa biomédica. Como já afirmado acima, a rápida evolução da tecnologia, a complexidade das intervenções médicas e as questões emergentes relacionadas à ética demandam um quadro ético sólido para orientar a conduta dos profissionais de saúde, pesquisadores e instituições.

Os princípios éticos fornecem a base para a tomada de decisões informadas e responsáveis em situações éticas complexas. Eles ajudam a equilibrar os avanços científicos com considerações humanitárias, garantindo a proteção dos direitos, dignidade e bem-estar dos indivíduos envolvidos na pesquisa ou recebendo cuidados médicos.

O marco histórico na consolidação dos princípios éticos na pesquisa biomédica é o "Relatório Belmont", documento produzido em 1979 pela Comissão Nacional para a Proteção dos Sujeitos Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental nos Estados Unidos da América que foi elaborado em resposta a casos históricos de abusos éticos em pesquisas médicas, como o infame Estudo de Tuskegee sobre a sífilis não tratada em afro-americanos, estabelecendo na oportunidade três princípios éticos fundamentais que devem orientar a pesquisa envolvendo seres humanos: o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça¹⁶.

¹⁶ KOTTOW, Miguel. **História da ética em pesquisa com seres humanos**. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde. v. 2, sup. 1, p.7-18, dez., 2008. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17570> . Acesso em 20 de janeiro de 2023.

No tocante ao princípio do respeito pelas pessoas, se destaca a importância de reconhecer e respeitar a autonomia dos participantes de pesquisa¹⁷. Isto envolve a valorização da capacidade dos indivíduos para tomar decisões informadas e o respeito às suas escolhas e preferências. O componente-chave deste princípio é a ênfase no consentimento informado, garantindo que os participantes compreendam os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa antes de concordarem em participar. Respeitar a autonomia também implica proteger os participantes vulneráveis e garantir que a pesquisa seja conduzida de maneira ética, evitando a coerção e a manipulação.

Para a professora Mônica Neves Aguiar¹⁸, o princípio da autonomia deve assegurar à pessoa o direito de submeter-se, ou não, a tratamento médico, bem como, havendo variedade de opções terapêuticas, de escolher aquela que lhe parecer mais conveniente, livremente, sem qualquer influência externa que possa inibir o exercício desse direito.

Já o princípio da beneficência destaca a obrigação de maximizar os benefícios e minimizar os riscos potenciais para os participantes da pesquisa¹⁹. Isso envolve a avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios da pesquisa, com o objetivo de proporcionar o maior bem possível aos participantes. Os pesquisadores e profissionais de saúde têm a responsabilidade de garantir que o design da pesquisa seja ético, que os procedimentos sejam seguros e que os participantes possam potencialmente se beneficiar dos resultados da pesquisa. Este princípio também enfatiza a importância de considerar os interesses e o bem-estar dos participantes como uma prioridade.

Neste sentido, ensina a professora Mônica Aguiar²⁰ que o princípio da beneficência corresponde ao dever médico de promover a saúde do paciente, agindo com o máximo de zelo, capacidade técnica e utilizando-se de todos os meios disponíveis, tratando-se de uma obrigação

¹⁷ NEVES, Maria Patrão. **Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio**. Revista Brasileira de Bioética. v. 2, n. 2, p.157-172, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966> Acesso em 20 de janeiro de 2023.

¹⁸ AGUIAR, Monica; DA SILVA, Carlos Magno Alves. **O Princípio da beneficência como fundamento à prescrição de medicamentos off label no tratamento da covid-19**. Revista Jurídica, v. 5, n. 62, p. 76-95, 2020. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/4885>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

¹⁹ CLOTET, Joaquim. **Bioética como ética aplicada e genética**. Revista Bioética. v. 5, n. 2, p.157-172, nov, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/381. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

²⁰ AGUIAR, Monica; DA SILVA, Carlos Magno Alves. **O Princípio da beneficência como fundamento à prescrição de medicamentos off label no tratamento da covid-19**. Revista Jurídica, v. 5, n. 62, p. 76-95, 2020. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/4885>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

moral de realizar o bem, afastando ou diminuindo prejuízos e maximizando os benefícios em favor do paciente.

E por fim, o princípio da justiça que na visão de Volnei Garrafa e Camilo Manchola-Castilho²¹ aborda a distribuição equitativa dos benefícios e ônus da pesquisa. Isto inclui a seleção justa e imparcial dos participantes, evitando discriminação injusta e garantindo que grupos historicamente marginalizados ou vulneráveis não sejam explorados. A justiça também se relaciona com a equidade no acesso aos benefícios da pesquisa. Esse princípio destaca a importância de abordar as disparidades sociais e garantir que os encargos e benefícios da pesquisa sejam distribuídos de maneira justa em toda a sociedade.

Sobre a mesma temática ensina a professora Mônica Aguiar²² que o princípio da justiça possui semelhança axiológica com o princípio da igualdade material, no sentido de que, nas situações nas quais haja um contexto semelhante, as pessoas devem ser tratadas de forma igual, ao passo em que, nos casos desiguais, elas devem ser tratadas desigualmente, de maneira a proporcionar o equilíbrio substancial em favor da justiça distributiva.

Apesar do enfoque metodológico de pesquisa retratado no "Relatório Belmont", este teve um impacto duradouro e significativo na ética da pesquisa biomédica e da ciência Bioética. Seus princípios foram incorporados em regulamentações éticas e diretrizes para a pesquisa, estabelecendo uma base ética robusta e orientadora, com destaque a necessidade de proteger os participantes da pesquisa, além de garantir a integridade ética nas atividades de pesquisa biomédica e práticas de saúde.

Assim, pode-se afirmar que o "Relatório Belmont" desempenhou um papel fundamental na história da Bioética não só por estabelecer princípios éticos e institucionalizar a ética na pesquisa, mas também por assegurar direitos dos usuários como o consentimento informado e propagar uma influência global sobre o paradigma principialista no campo da saúde.

²¹ GARRAFA, Volnei; MANCHOLA- CASTILHO, Camilo. **Releitura crítica (social e política) do princípio da justiça em Bioética**. Revista de Direitos e Garantias Fundamentais. v. 18, n. 3, p.11-30, dez., 2017. Disponível em: <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1145>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

²² AGUIAR, Monica; DA SILVA, Carlos Magno Alves. **O Princípio da beneficência como fundamento à prescrição de medicamentos off label no tratamento da covid-19**. Revista Juridica, v. 5, n. 62, p. 76-95, 2020. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/4885>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

No cenário do paradigma principialista, encontra-se a gênese da Teoria Principialista da Bioética, a qual nos estudos de Juliana Pessalacia, Valéria Oliveira e Eliete Guimarães²³ foi introduzida pelos filósofos e bioeticistas americanos Tom L. Beauchamp e James F. Childress, conhecidos principalmente pela obra conjunta intitulada "Princípios de Ética Biomédica" (Principles of Biomedical Ethics), publicada no ano de 1979 e considerada o marco teórico da Bioética, na medida em que estabeleceu um quadro de referência ética amplamente utilizado para orientar a tomada de decisões no campo da biomedicina.

Segundo o pesquisador Flávio Paranhos²⁴, a importância de Beauchamp e Childress na Bioética reside na introdução dos quatro princípios éticos que formam a base da teoria principialista: o princípio da beneficência, o princípio da não maleficência, o princípio da justiça e o princípio da autonomia. Estes princípios são considerados ferramentas morais que ajudam profissionais da saúde, pesquisadores e formuladores de políticas a resolver dilemas éticos no cuidado e tratamento de pacientes, bem como na condução de pesquisas biomédicas.

A teoria principialista proposta por Beauchamp e Childress é significativa porque oferece uma abordagem pluralista e pragmática para a ética biomédica, reconhecendo que diferentes situações podem exigir a ponderação e a especificação de princípios éticos para chegar a uma decisão equilibrada.

No tocante ao Princípio da Autonomia, ensina o professor Maurício Requião²⁵ que este refere-se ao respeito pela capacidade de autodeterminação do paciente. Implica reconhecer e garantir a capacidade do indivíduo de tomar decisões informadas e autônomas sobre sua própria saúde, tratamento médico e outros aspectos relacionados. Durante a atuação, os profissionais de saúde devem garantir que os pacientes tenham informações adequadas e compreensíveis para tomar decisões informadas, respeitando assim as suas próprias escolhas e preferências, mesmo que estas possam diferir das opiniões do profissional.

²³ PESSALACIA, Juliana Dias Reis; OLIVEIRA, Valéria Conceição; GUIMARÃES, Eliete Albano de Azevedo. **Equidade de assistência à saúde no Brasil: uma análise segundo o princípio bioético da justiça.** Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 1(2). p.283-295, abr/jun. 2011. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/38>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

²⁴ PARANHOS, Flávio L. R.. **Bioética Principialista.** Thaumazein: Revista On Line de Filosofia. Ano VII, n. 19, p.39-54, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/view/1978>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

²⁵ REQUIÃO, Maurício. **Do principialismo aos princípios: a dignidade da pessoa humana como princípio bioético.** Publica Direito, p.1216-1217, Disponível em: http://www.publicadireito.com.br/conpedi/anais/36/11_1373.pdf. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

Por sua vez, o Princípio da Não Maleficência na visão da professora Maria del Carmen Amaro Cano e outros pesquisadores²⁶, exige que os profissionais de saúde evitem causar dano intencional aos pacientes. O seu objetivo é não prejudicar o paciente, minimizando os riscos associados aos procedimentos médicos ou tratamentos. Na prática profissional os agentes de saúde devem ponderar cuidadosamente os potenciais riscos e benefícios de uma intervenção médica, escolhendo opções que causem o menor dano possível ao paciente.

Já o Princípio da Beneficência, conforme entendimento de Adriana Campos e Daniele Rezende de Oliveira²⁷ implica em buscar o benefício e o bem-estar do paciente. Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de agir no melhor interesse do paciente, procurando maximizar os resultados positivos e promover sua saúde. Deve-se observar com este princípio que os cuidados médicos devem ser prestados com o objetivo de melhorar a condição do paciente, assim, os profissionais de saúde devem tomar decisões e realizar ações que resultem no maior benefício possível para o usuário assistido.

E por fim, o Princípio da Justiça, segundo concluíram os pesquisadores Arakén Almeida de Araújo, Ana Maria de Brito e Moacir de Novaes²⁸, este relacionado diretamente à equidade na distribuição de recursos e tratamento justo dos pacientes. Exige a cumprimento da obrigação de tratar os pacientes de forma imparcial, sem discriminação, e distribuir os recursos de saúde de maneira equitativa. Nesse sentido, os profissionais de saúde e as instituições devem garantir que os recursos limitados sejam alocados de maneira justa, considerando as necessidades individuais dos pacientes e evitando discriminação com base em características como raça, gênero ou padrão socioeconômico.

De certo que esses quatro princípios não são utilizados de forma isolada pela Teoria Principlista, mas sim interagem dinamicamente e são aplicados de maneira contextualizada para abordar dilemas éticos específicos no campo da saúde e da Bioética. Eles oferecem uma estrutura ética abrangente que pode ser adaptada a uma variedade de situações, permitindo uma

²⁶ AMARO CANO, Maria del Carmen; MARRERO LEMUS, Angela; VALENCIA, Maria Luisa; BLANCA CASAS, Siara; MOYNELO, Haymara. **Princípios básicos da Bioética**. Revista Cubana de Enfermagem. 12(1), p.9-32, 1996. Disponível em: [https:// pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-182956](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-182956). Acesso em 20 de janeiro de 2023.

²⁷ CAMPOS, Adriana; OLIVEIRA, Daniele Rezende de. **A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica**. Revista Brasileira de Estudos Políticos. v. 115, p.13-45, jul-dez, 2017. Disponível em: <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/514/423>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

²⁸ ARAÚJO, Arakén Almeida de; BRITO, Ana Maria de; NOVAES, Moacir de. **Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários?** Revista Bioética. 16(1), v. 117, p.117-123, 2008. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/60. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

abordagem reflexiva e deliberativa para a tomada de decisões éticas, com a constante ponderação de valores relevantes e inafastáveis do indivíduo.

Vale salientar também que a relação entre esses quatro princípios da teoria principialista e os três outros previamente abordados do “Relatório Belmont” não é coincidência, pois ambos os conjuntos foram desenvolvidos aproximadamente na mesma época e influenciaram mutuamente o campo da ética biomédica. Os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, tanto na teoria principialista quanto no aludido relatório refletem preocupações éticas fundamentais que são aplicáveis em diferentes contextos da saúde e da pesquisa biomédica.

Ademais, esses princípios têm exercido uma influência significativa no desenvolvimento dos Códigos de Ética em diversas áreas da saúde. Os Códigos de Ética Médica, por exemplo, geralmente incorporam os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, refletindo a orientação ética que os profissionais de saúde devem seguir em suas práticas diárias²⁹. Da mesma forma, os códigos éticos em pesquisa muitas vezes adotam esses princípios para orientar a conduta ética dos pesquisadores, garantindo a proteção dos participantes da pesquisa e a integridade do processo de pesquisa. Essa convergência de princípios destaca a importância universal dessas orientações éticas na prestação de cuidados de saúde e na condução de pesquisas biomédicas.

Por outro lado, o professor Volnei Garrafa³⁰ ensina que a teoria principialista da Bioética já recebeu críticas severas, perdendo a sua hegemonia no desenvolvimento da Bioética como ciência em razão da pretensão universal desta teoria e a ausência de relação com a realidade concreta de desigualdade existente entre países mais e menos desenvolvidos.

Entretanto, em que pese as críticas ou eventuais superações da teoria principialista da Bioética, para este estudo esta resta suficiente para avaliar a compatibilidade entre as políticas públicas de saúde, os princípios e diretrizes do SUS e os princípios bioéticos da justiça e da beneficência.

²⁹ NEVES, Nedy Maria Branco Cerqueira; SIQUEIRA, José Eduardo de. **A Bioética no atual Código de Ética Médica**. Revista Bioética. 18(2), p.439-450, 2010. Disponível em: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/575. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

³⁰ GARRAFA, Volnei; MARTORELL, Leandro Brambilla; NASCIMENTO, Wanderson Flor do. **Críticas ao principialismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul**. Saúde e Sociedade. 25(2). Abr/Jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v46P8wRBDz6588xLJYLjcRh/?lang=pt#>. Acesso em: 06 de maio de 2024.

Após a excursão teórica sobre a evolução e abordagem da Bioética, entende-se relevante para elucidar a problemática da presente pesquisa, relacionar os princípios da Bioética com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde para que assim posteriormente se possa avaliar a adequação da inserção das teleconsultas especializadas na atenção primária à saúde com os princípios ora analisados.

Ao analisar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) elencados na Lei Federal nº. 8.080/90³¹, observa-se que estes refletem uma abordagem ética e moral na prestação de serviços de saúde e estão alinhados, em muitos aspectos, com os princípios fundamentais da bioética discutidos anteriormente. Para demonstrar tal relação será demonstrada nos próximos parágrafos essa ligação fundamentalista entre os princípios do SUS e os princípios da bioética, bem como as suas influências nas ações e serviços públicos de saúde.

O Princípio da Universalidade no SUS defende o acesso igualitário de todos os cidadãos brasileiros aos serviços de saúde, sem discriminação, concepção esta estritamente alinhada com o Princípio da Justiça na Bioética, que preconiza a distribuição equitativa de recursos e tratamento justo dos usuários de saúde³².

O Princípio da Integralidade no SUS refere-se a uma abordagem holística dos cuidados de saúde, considerando não apenas a cura de doenças, mas também a promoção da saúde e a prevenção de enfermidades, compreendendo a garantia de todos os níveis de assistência à saúde. Este princípio por sua vez se relaciona com os Princípios da Beneficência, que enfatiza a maximização do bem-estar e a minimização de danos potenciais para os pacientes³³.

O Princípio da Equidade no SUS está vinculado também ao Princípio da Justiça, o qual no entendimento de Marcos Mesquita Filho³⁴ deve garantir que os recursos e serviços de saúde sejam distribuídos de acordo com as necessidades de cada indivíduo, exigindo assim a

³¹ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

³² MATTA, Gustavo Corrêa et al. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. EPSJV, p. 61-80, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39223/?sequence=2>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

³³ Idem.

³⁴ FILHO, Marcos Mesquita. **Uma abordagem bioética do Sistema Único de Saúde**. Revista Espaço Acadêmico. Ano X, n. 109, p.129-138, jun, 2010. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/9548>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

conformação de uma rede de saúde eficiente e otimizada, com foco na redução das disparidades sociais e regionais na oferta de serviços de saúde.

Os Princípio da Descentralização e da Participação Social no SUS implicam na transferência de responsabilidades para os níveis locais de governo, promovendo a participação da comunidade na gestão e organização dos serviços de saúde. Esses princípios têm afinidade com o Princípio da Justiça na Bioética, destacando a importância da participação ativa dos indivíduos nas decisões relacionadas à sua saúde priorizando ofertar mais a quem mais necessidade de cuidado³⁵.

Desta forma, há de se considerar que a influência desses princípios nas ações e serviços públicos de saúde no Brasil é evidente nas políticas e práticas implementadas pelo SUS. Eles orientam a formulação de políticas de saúde, a alocação de recursos, a prestação de serviços e a promoção de estratégias de saúde pública. Ao incorporar esses princípios éticos, o SUS busca assegurar uma abordagem ética, equitativa e centrada no paciente na prestação de cuidados de saúde para a população brasileira, refletindo assim a importância de considerações éticas na formulação e implementação de políticas de saúde em todo território nacional.

No próximo tópico deste estudo será abordado de maneira mais específica a reconfiguração do modelo de assistência à saúde com a utilização da telemedicina, para que assim possa ser possível analisar a sua adequação aos princípios bioéticos ora apresentados, bem como a legitimidade ética da inserção das teleconsultas especializadas na rede de atenção primária à saúde.

2.2 A RECONFIGURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE COM A TELEMEDICINA

A telemedicina, abordada neste tópico não como política pública de saúde mas sim como um avanço tecnológico das práticas assistenciais à saúde, embora tenha ganhado destaque nas últimas décadas, tem uma história que remonta ao século XIX. Sua evolução está profundamente ligada aos avanços nas telecomunicações e na tecnologia da informação.

³⁵ MATTA, Gustavo Corrêa et al. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. EPSJV, p. 61-80, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39223/?sequence=2>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

Acerca desta história, ensina Maria Lopes e Leonor Schwartzmann³⁶ que no século XIX o uso inicial de tecnologias de comunicação remota, como o telégrafo, proporcionou as primeiras tentativas de transmitir informações médicas à distância. Essa prática era limitada, mas estabeleceu um precedente para a ideia de comunicação médica à distância, que atualmente é largamente utilizado, como o exemplo das teleconsultas que é tema principal deste estudo.

No início do século XX, com o desenvolvimento da radiotelegrafia e, mais tarde, do rádio, as comunicações à distância começaram a se expandir. As transmissões de rádio permitiam consultas médicas e a troca de informações entre profissionais de saúde em diferentes locais. Já nas décadas de 1950 a 1960, o advento da televisão e a evolução da videoconferência abriram novas possibilidades para a interação visual entre profissionais de saúde e pacientes. O uso de videoconferência para consultas e diagnósticos à distância começou a ganhar aceitação³⁷.

Ainda na década de 1960, a NASA com o desenvolvimento de programas especiais utilizou tecnologias para monitorar remotamente a saúde dos astronautas em missões no espaço. Essas tecnologias deram origem a dispositivos médicos de monitoramento remoto, que são parte essencial da telemedicina contemporânea³⁸.

Noutro momento, o avanço da tecnologia da informação a partir da década de 1980, demonstrou aumento da capacidade de processamento de dados e a expansão da internet, premissas técnicas que impulsionaram significativamente a telemedicina. A transmissão de dados médicos, imagens e informações de pacientes tornou-se mais rápida e eficiente, permitindo uma comunicação mais sofisticada e segura à distância.

A partir da década de 1990, com a necessidade de padronização e regulamentação a telemedicina tornou-se evidente à medida que a prática se expandia. Organizações e governos começaram a estabelecer diretrizes éticas, padrões de segurança e regulamentações para garantir a qualidade e a segurança dos serviços de telemedicina³⁹.

³⁶ LOPES, Maria H. I.; SCHWARTSMANN, Leonor C. B. (org.). **Registros da história da medicina**. 1. ed. Porto Alegre: Luminara Editorial, 2014. p. -209-218.

³⁷ LOPES, Maria H. I.; SCHWARTSMANN, Leonor C. B. (org.). **Registros da história da medicina**. 1. ed. Porto Alegre: Luminara Editorial, 2014. p. -209-218.

³⁸ Idem.

³⁹ VIANA, Fernanda Martins. **Telemedicina: uma ferramenta para ampliar o acesso à assistência em saúde no Brasil**. 2015. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/13314>. Acesso em 27 de janeiro de 2023.

No século XXI, com o advento dos smartphones, tablets e aplicativos de saúde, a telemedicina se tornou ainda mais acessível ao público em geral. Os dispositivos móveis permitiram o monitoramento contínuo da saúde, consultas virtuais e o compartilhamento de dados médicos de forma instantânea.

A telemedicina evoluiu de experimentações iniciais para uma prática consolidada e aceita em diversos campos da medicina. Assim, o que se observa é que a sua origem está intrinsecamente ligada ao progresso das telecomunicações, tecnologias médicas e inovações na área da informática, demonstrando como a convergência desses avanços moldou o cenário atual da telemedicina e toda a sua regulamentação.

Para fins de destacar a relevância da telemedicina nas práticas de saúde, passa-se a destacar a seguir alguns avanços tecnológicos destacados por Kálita Oliveira Lisboa e outros pesquisadores⁴⁰, que têm contribuído para assegurar um incremento na qualidade assistencial dos usuários, como também a crescente aceitação prática da telemedicina pelos profissionais de saúde.

O primeiro avanço é o desenvolvimento de redes de internet de alta velocidade, as quais permitiram a transmissão rápida e confiável de dados médicos, ganho fundamental para garantir a qualidade das consultas e o envio eficiente de informações de pacientes.

O aprimoramento das tecnologias de videoconferência, como segundo avanço tecnológico, contribuiu para a efetivação de uma comunicação mais nítida e interativa entre profissionais de saúde e pacientes. Com esta tecnologia, recursos como vídeo em alta definição e sistemas de áudio avançados melhoraram a qualidade das consultas virtuais.

O terceiro avanço tecnológico está no desenvolvimento de dispositivos médicos portáteis que permitem o monitoramento remoto de parâmetros de saúde. Estes dispositivos coletam dados em tempo real, oferecendo aos profissionais informações valiosas sobre a saúde dos pacientes.

Um quarto avanço tecnológico está na utilização de inteligência artificial na interpretação de dados médicos, o que contribui para diagnósticos mais rápidos e precisos. Algoritmos de aprendizado de máquina analisam grandes conjuntos de dados, identificando padrões e auxiliando os profissionais de saúde nas decisões clínicas.

⁴⁰ LISBOA, Kálita Oliveira et al. **A história da telemedicina no Brasil: desafios e vantagens**. Saúde e Sociedade, v. 32, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210170pt>. Acesso em 27 de janeiro de 2023.

E para encerrar de forma exemplificativa esses avanços tecnológicos, está a implementação generalizada de sistemas de registros médicos eletrônicos, os quais facilitam o compartilhamento rápido e seguro de informações médicas, melhorando assim a continuidade dos cuidados e permitindo que os profissionais acessem o histórico médico dos pacientes durante consultas virtuais.

Diante de todos os avanços tecnológicos vivenciados, a Telemedicina tem ganhado cada vez mais a aceitação prática pelos profissionais de saúde. Dentre as razões que sedimentaram esta aceitação está o reconhecimento da eficácia da telemedicina em diversas áreas da saúde, sendo reconhecido que esta ferramenta pode proporcionar resultados clínicos equivalentes aos cuidados presenciais, especialmente em situações de monitoramento e acompanhamento de condições crônicas.

Outro ponto que também merece destaque no incremento da aceitação da telemedicina é que algumas especialidades médicas, como dermatologia, psiquiatria e radiologia, têm adotado mais prontamente a telemedicina que a rotina presencial. A escassez de profissionais especialistas em determinadas regiões territoriais, a possibilidade de avaliação visual em algumas especialidades e a natureza das consultas tornam essas áreas particularmente mais adequadas para a prática remota⁴¹.

A telemedicina surge como uma solução para desafios de acesso à saúde, especialmente em áreas remotas ou com escassez de profissionais de saúde. A capacidade de oferecer consultas virtuais amplia a cobertura e a disponibilidade de cuidados médicos. Assim, profissionais de saúde reconhecem os benefícios da telemedicina na melhoria da eficiência operacional, na medida em que as consultas virtuais reduzem o tempo de espera, otimizam o fluxo de pacientes e melhoram a gestão de recursos para a saúde.

Observa-se atualmente que as plataformas de telemedicina oferecem ferramentas colaborativas e de comunicação seguras, o que facilita a interação entre profissionais de saúde, promovendo uma abordagem mais integrada e colaborativa na prestação dos cuidados assistenciais⁴².

⁴¹ CORDIOLI, Eduardo. **Telemedicina nas especialidades: da teoria à prática**. Covid-19. 1.ed. v. 5. p. 136-147. 2021. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid19-volume5.pdf#page=137>. Acesso em 27 de janeiro de 2023.

⁴² KHOURI, Sumaia Georges El. **Telemedicina: análise da sua evolução no Brasil**. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt->

Sendo assim, esses avanços tecnológicos e a crescente aceitação da telemedicina pelos profissionais de saúde estão transformando a prática médica, proporcionando novas oportunidades para melhorar a acessibilidade, eficiência e qualidade dos cuidados de saúde, benefícios estes que já são vivenciados pelos serviços públicos de saúde.

Pode-se asseverar, portanto, que a telemedicina desempenha um papel crucial na superação de barreiras geográficas e na melhoria do acesso a serviços de saúde. Essa modalidade de prestação de cuidados médicos, com utilização de tecnologias de comunicação que podem conectar profissionais de saúde e pacientes, independentemente da distância física entre eles, contribui significativamente para superar as barreiras geográficas e facilitar o acesso aos serviços de saúde.

Em regiões geograficamente remotas ou rurais, onde a presença de profissionais de saúde pode ser limitada, a telemedicina permite a entrega de cuidados médicos especializados. Pacientes que residem em áreas distantes de centros urbanos podem acessar consultas e acompanhamento médico sem a necessidade de longas viagens.

Por outro lado, pacientes com mobilidade reduzida, idosos ou aqueles que enfrentam desafios físicos para se deslocar até uma clínica ou hospital podem se beneficiar significativamente da telemedicina. Consultas virtuais eliminam as barreiras físicas, garantindo que esses indivíduos recebam atendimento médico sem sair de casa.

Comunidades isoladas, como aquelas localizadas em ilhas, regiões montanhosas, florestas ou áreas de difícil acesso, podem se beneficiar da telemedicina. Isso permite que essas populações recebam atendimento médico sem depender da presença física constante de profissionais de saúde em suas localidades. Ou até mesmos nos casos de situações de emergência, a telemedicina possibilita consultas médicas imediatas, mesmo antes de o paciente chegar a uma instalação de saúde física.

A superação de barreiras geográficas pela telemedicina não apenas aumenta a acessibilidade aos serviços de saúde, mas também contribui para a equidade no acesso, garantindo que uma gama mais ampla de populações possa receber cuidados médicos

adequados, independentemente de sua localização. Esse aspecto é crucial para promover a saúde global e reduzir disparidades no acesso aos serviços de saúde⁴³.

De certo que apesar dos benefícios trazidos com o incremento da tecnologia e a crescente utilidade da telemedicina nas ações e serviços de saúde, esta não pode ser considerada como uma ferramenta sempre eficaz para atender as demandas de saúde, sendo inclusive em alguns procedimentos inadequada como processo terapêutico, a exemplo das consultas que exigem a anamnese e o contato direto do profissional médico com o paciente, que não sendo respeitado aumenta o risco de diagnósticos equivocados⁴⁴.

Entretanto, sob o prisma das ações e serviços de saúde pública, os benefícios que a telemedicina oferece são significativos, contribuindo para a melhoria da eficiência, acessibilidade e qualidade dos cuidados prestados aos usuários do sistema público de saúde. A seguir serão demonstrados alguns destes benefícios e o respectivo reflexo para incremento da qualidade do cuidado⁴⁵.

A telemedicina amplia o acesso aos serviços de saúde, permitindo que pacientes em áreas remotas ou economicamente desfavorecidas recebam atendimento médico sem a necessidade de viagens longas, contribuindo assim para redução das disparidades no acesso aos cuidados de saúde.

No mesmo sentido, ao possibilitar consultas virtuais e triagem remota, a telemedicina ajuda a reduzir as filas em hospitais e clínicas, permitindo que pacientes possam receber atendimento mais rapidamente, especialmente em casos de consultas simples ou de acompanhamento, otimizando o uso dos recursos disponíveis.

A telemedicina permite o monitoramento contínuo de pacientes com condições crônicas ou em recuperação, sem a necessidade de visitas frequentes aos hospitais ou até mesmo

⁴³ VIANA, Fernanda Martins. **Telemedicina: uma ferramenta para ampliar o acesso à assistência em saúde no Brasil**. 2015. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/13314>. Acesso em 27 de janeiro de 2023.

⁴⁴ SANTOS, Weverton Soares; JUNIOR, João Henriques de Sousa; SOARES, João Coelho; RAASCH, Michele. **Reflexões acerca do uso da telemedicina no Brasil: oportunidade ou ameaça?** Revista de Gestão em Sistemas de Saúde. 9(3), p. 433-453. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/17514>. Acesso em 06 de maio de 2024.

⁴⁵ VIANA, Fernanda Martins. **Telemedicina: uma ferramenta para ampliar o acesso à assistência em saúde no Brasil**. 2015. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/13314>. Acesso em 27 de janeiro de 2023.

de visitas domiciliares. Isso não apenas melhora a qualidade do cuidado, mas também reduz a carga sobre os serviços de emergência, ambulatoriais e também das ações de saúde da família.

Observa-se também que pacientes com doenças crônicas podem se beneficiar do gerenciamento remoto de condições, incluindo monitoramento de sintomas, adesão a medicamentos e ajustes no plano de tratamento, gerando assim uma gestão mais eficaz dessas condições e reduzindo hospitalizações desnecessárias.

Ademais, a telemedicina possibilita a disseminação de informações sobre saúde por meio de programas educacionais à distância. Nesse sentido, os profissionais de saúde podem oferecer orientações preventivas, promover a conscientização sobre doenças e fornecer treinamento para pacientes e outros profissionais.

É capaz de permitir a triagem remota de casos, facilitando a identificação rápida de situações que exigem atenção urgente. Além disso, a transmissão de imagens e dados médicos pela internet contribui para diagnósticos mais rápidos, especialmente em casos de especialidades como radiologia.

Pode-se constatar que a implementação da telemedicina pode levar a uma redução nos custos operacionais, como despesas com transporte de pacientes, manutenção de infraestrutura física e custos associados a visitas hospitalares frequentes. Isso permite uma alocação mais eficiente dos recursos financeiros disponíveis⁴⁶.

Numa outra perspectiva, a comunicação facilitada entre diferentes profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e especialistas, melhora a coordenação do cuidado, procedimento particularmente relevante em casos de pacientes com múltiplas condições médicas que requerem uma abordagem integrada e multiprofissional.

Em situações de emergência ou surtos epidêmicos, a telemedicina possibilita uma resposta rápida e coordenada. A triagem remota, monitoramento de sintomas e orientações virtuais podem ser fundamentais para conter a propagação de doenças, fato este que foi vastamente vivenciado durante o pico da pandemia da Covid-19 em todo o mundo⁴⁷.

⁴⁶ KUR, Andréa. et.al. **Telemedicina no SUS: garantia de acesso aos serviços de saúde para a população rural**. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. 5(5), p. 814–831. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p814-831>. Acesso em 27 de janeiro de 2023.

⁴⁷ Freire, Mariana Prado et al. **Telemedicine no acesso à saúde durante a pandemia de covid-19: uma reflexão de escopo**. Revista de Saúde Pública [online]. v. 57, suppl 1. p.1-14. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004748>. Acesso em 27 de janeiro de 2023.

No cerne da presente pesquisa, pode-se observar que a telemedicina fortalece o papel do atendimento primário ao oferecer consultas virtuais especializadas, mesmo que utilizando-se da infraestrutura da atenção básica, promovendo a prevenção e permitindo uma triagem eficiente, aliviando assim a pressão sobre os serviços especializados, garantindo que as condições sejam tratadas no estágio inicial e, portanto, garantindo uma assistência mais digna e eficiente ao usuário.

Desta feita, atesta-se que a implementação da telemedicina no sistema público de saúde oferece uma gama de benefícios, tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes, contribuindo para a eficácia e eficiência dos serviços prestados. A sua abordagem inovadora não apenas melhora a acessibilidade, mas também fortalece a capacidade do sistema de atender às necessidades diversificadas da população sendo, portanto, legitimada pelos princípios do SUS e da Bioética.

Para dar continuidade a este estudo, passa-se a abordar a temática acerca da vulnerabilidade do usuário de saúde, considerando a sua autonomia e singularidade, bem como a necessidade de conformação de uma prática assistencial apta a garantir o acolhimento humanizado como ferramenta de respeito aos direitos do paciente e a sua própria dignidade.

2.3 A VULNERABILIDADE DO USUÁRIO ASSISTIDO COM A NECESSIDADE DO ACOLHIMENTO HUMANIZADO E DA GARANTIA DO ACESSO

Ensinam os pesquisadores Rafael Oliveira e Dina Czeresnia⁴⁸ que a vulnerabilidade do usuário dos serviços de saúde é multifacetada, abrangendo várias dimensões que influenciam a experiência do paciente e sua capacidade de acessar e receber cuidados adequados. Entender essas dimensões é fundamental para implementar estratégias eficazes de acolhimento e promoção da saúde.

Dentre as principais dimensões de vulnerabilidade está a dimensão física que se refere à fragilidade da saúde física do usuário, por meio da avaliação de sua condição biológica de saúde. Sob essa dimensão se consideram vulneráveis a título exemplificativo, indivíduos com condições crônicas, incapacidades físicas, doenças graves ou em situações de fragilidade devido

⁴⁸ OVIEDO, Rafael Antônio Malagón; CZERESNIA, Dina. **O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 19, p. 237-250, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

à idade. A vulnerabilidade física pode influenciar a capacidade do usuário de realizar atividades diárias, aderir a tratamentos e responder a intervenções médicas.

Outra dimensão de vulnerabilidade é a emocional, relacionada ao impacto psicológico das condições de saúde e do processo de busca por cuidados. A vulnerabilidade emocional pode ser observada de forma exemplificativa em pacientes que enfrentam diagnósticos graves, tratamentos invasivos ou que lidam com questões emocionais como ansiedade e depressão. Assim, o suporte emocional adequado torna-se essencial para enfrentar essa vulnerabilidade e promover a resiliência no usuário para assim buscar a melhora do seu estado de saúde.

A terceira dimensão da vulnerabilidade do usuário, é a social, esta abrange fatores como redes de apoio social, condições socioeconômicas, discriminação e acesso a recursos comunitários. Essa vulnerabilidade pode ser observada em indivíduos que enfrentam isolamento social, falta de suporte familiar, barreiras linguísticas ou vivenciam discriminação social. A dimensão social está intrinsecamente ligada à capacidade do paciente de seguir planos de tratamento e participar ativamente de seu cuidado.

A quarta dimensão da vulnerabilidade é a econômica, refere-se à influência das condições financeiras na saúde do usuário. Pode-se constatar esse tipo de vulnerabilidade em usuários que a falta de recursos financeiros impede o acesso a tratamentos, medicações e serviços de saúde essenciais. Assim, indivíduos em situações de pobreza ou com dificuldades financeiras enfrentam desafios adicionais ao procurar cuidados, o que pode impactar negativamente no seu estado de saúde.

Cada uma dessas dimensões interage de maneira complexa, exacerbando ou atenuando a vulnerabilidade do usuário. Elas podem interagir de forma concomitante e em graus diferentes em cada caso específico⁴⁹, a exemplo de um paciente idoso com uma condição crônica de doença, o qual apesar de enfrentar problemas físicos, também sofre de problemas emocionais devido ao isolamento social e à preocupação com a capacidade financeira para arcar com os custos do seu tratamento.

⁴⁹ FLORÊNCIO, Raquel Sampaio; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. **Modelo de vulnerabilidade em saúde: esclarecimento conceitual na perspectiva do sujeito-social**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 34, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00353>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

Entender essas dimensões é essencial para a personalização dos cuidados de saúde e para a criação de estratégias que abordem as necessidades específicas de cada paciente⁵⁰. O acolhimento humanizado deve considerar todas essas dimensões, reconhecendo a singularidade de cada usuário e criando um ambiente de cuidado que respeite, compreenda e atenda às diversas facetas de sua vulnerabilidade⁵¹.

O acolhimento humanizado deve ser considerado como uma abordagem na prestação de serviços de saúde que coloca a pessoa assistida no centro do cuidado, reconhecendo sua individualidade e promovendo uma relação respeitosa e compassiva entre profissionais de saúde e usuários⁵².

Os fundamentos dessa prática visam criar ambientes que promovam a dignidade, respeito e empatia, resultando em uma experiência mais positiva para o usuário. A base do acolhimento humanizado reside na capacidade de os profissionais de saúde compreenderem as necessidades, sentimentos e preocupações do usuário⁵³. Essa empatia cria uma conexão significativa entre o provedor e o paciente, estabelecendo uma base para uma comunicação aberta e respeitosa.

Exige-se, portanto, uma comunicação clara, aberta e compreensível como elemento essencial para o acolhimento humanizado. Os profissionais de saúde devem usar linguagem acessível, ouvir atentamente e responder às dúvidas do usuário de maneira compreensível, promovendo assim um diálogo com confiança e a colaboração no processo de cuidado.

Da mesma forma, o acolhimento humanizado deve respeitar a autonomia do usuário, reconhecendo sua capacidade de tomar decisões informadas sobre seu próprio cuidado,

⁵⁰ LORENZO, Cláudio. **Vulnerabilidade em saúde pública: implicações para as políticas públicas**. Revista Brasileira de Bioética, v. 2, n. 3, p. 299-312, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7986>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

⁵¹ MUÑOZ SÁNCHEZ, Alba Idaly; BERTOLOZZI, Maria Rita. **Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 319-324, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200007>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

⁵² SILVA, Livia Gomes; ALVES, Marcelo da Silva. **O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde**. Revista De APS, 11(1). p.74-84. 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14179>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

⁵³ CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa et al. **A essência do cuidado na vulnerabilidade em saúde: uma construção heideggeriana**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, p. 1112-1116, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0570>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

envolvendo o assistido nas decisões relacionadas ao tratamento e garantindo que suas preferências e valores sejam considerados e respeitados⁵⁴.

Não se pode desconsiderar também a necessidade da criação de ambientes físicos acolhedores e confortáveis, pois estes contribuem para uma experiência positiva do paciente e a melhora do seu quadro clínico⁵⁵. Nesse sentido, aspectos de ambiência como a organização do espaço, a privacidade do usuário, o conforto e a sua acessibilidade física, proporcionam um ambiente acolhedor e uma sensação de segurança e confiança para o paciente.

A integralidade do cuidado no acolhimento humanizado além de estar centrada na pessoa, personificando a assistência com base nas características individuais do usuário, levando em consideração suas preferências, valores culturais e necessidades específicas, não deve estar restrita a aspectos puramente clínicos, considerando também para o plano terapêutico todas as dimensões do indivíduo, sejam elas físicas, emocionais, sociais e espirituais, partindo de uma escuta qualificada do usuário e permitindo assim uma abordagem holística e abrangente do cuidado⁵⁶.

A ética e responsabilidade profissional, por sua vez, também fundamenta o acolhimento humanizado, na medida em que os profissionais de saúde devem agir com integridade, transparência e responsabilidade, garantindo que todas as interações estejam alinhadas com os princípios éticos e de respeito⁵⁷.

Salienta-se, portanto, que o acolhimento humanizado como prática contínua de cuidado é capaz de promover o respeito e a dignidade do paciente assistido, seja pela empatia e comunicação efetiva, seja pelo respeito a autonomia do assistido, é uma prática capaz de atenuar a vulnerabilidade do usuário, proporcionando um ambiente seguro, respeitoso e que valoriza a individualidade.

⁵⁴ MATOS, Eliane.; PIRES, Denise Elvira Pires de. **Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor**. Texto & Contexto - Enfermagem, 18(2), p. 338–346. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200018>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

⁵⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

⁵⁶ SANTOS, Angelica Brandão. **Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica**. APS em Revista, v. 1, n. 2, p. 170-179, 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/23>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

⁵⁷ COSTA, Maria Antonia Ramos; CAMBIRIBA, Mariela da Silva de. **Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário**. Ciência, Cuidado E Saúde, 9(3), p. 494-502. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v9i3.9545>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

O respeito à autonomia e a compreensão das necessidades do usuário aumentam significativamente a probabilidade de adesão ao tratamento, promovendo melhores resultados⁵⁸. Contribui para uma experiência global mais positiva, fortalecendo a relação entre usuários e profissionais de saúde.

Em síntese, o acolhimento humanizado como abordagem centrada na pessoa além e respeitar os direitos e a dignidade do paciente assistido, promove o respeito e colaboração mútua entre estes e os profissionais de saúde, essenciais para o bem-estar de todos os agentes que permeiam e utilizam os serviços de saúde.

Sob a perspectiva do usuário de saúde que recebem o acolhimento humanizado inúmeras melhorias são perceptíveis, a exemplo da melhoria significativa em sua experiência geral de saúde com a percepção positivas do cuidado recebido, simplesmente pelo fato de sentir-se ouvido, respeitado e compreendido⁵⁹.

Outro ganho percebido pelo usuário é o fortalecimento da relação com os profissionais de saúde, na medida que se estabelece um ambiente de confiança, onde estes usuários se sentem mais à vontade para compartilhar informações, dúvidas e preocupações sobre seu estado de saúde. Com isso, estes pacientes tornam-se mais propensos a aderir ao tratamento prescrito e a confiar na equipe de saúde, juntamente com uma compreensão clara das instruções a eles passadas.

Percebe-se que o acolhimento humanizado empodera os usuários, incentivando sua participação ativa no processo de cuidado. O respeito à autonomia e a promoção da tomada de decisão compartilhada capacitam os usuários a serem parceiros ativos em suas jornadas de saúde, reduzindo o estresse e a ansiedade, por meio do apoio emocional para fins de enfrentamento dos desafios relacionados à saúde e fortalecendo a sua autoestima e a dignidade.

A experiência positiva proporcionada pelo acolhimento humanizado contribui para o aumento da confiança do usuário no sistema de saúde como um todo⁶⁰, o que resulta numa busca contínua por cuidados e maior aderência a práticas preventivas como exames de rotina e

⁵⁸ FERRAZ, Ivana Santos et al. **Autonomia do usuário na implementação de práticas integrativas complementares**. Enfermeria Actual de Costa Rica, n. 39, p. 190-201, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/448/44872480014/html>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

⁵⁹ NUNES, Lucília. **Usuários dos Serviços de Saúde e os seus direitos**. Revista Brasileira de Bioética, v. 2, n. 2, p. 201-219, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7970>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

⁶⁰ NUNES, Lucília. **Usuários dos Serviços de Saúde e os seus direitos**. Revista Brasileira de Bioética, v. 2, n. 2, p. 201-219, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7970>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

consultas de acompanhamento. Essa satisfação aumenta pois os usuários se sentem bem cuidados, independentemente do resultado clínico, e assim ficam mais propensos a avaliar positivamente os serviços de saúde.

O impacto positivo do acolhimento humanizado se estende além da esfera clínica, contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida relacionada à saúde⁶¹. Pode-se observar que usuários que experimentam cuidados humanizados relatam uma percepção geral de bem-estar e satisfação.

Portanto, os benefícios percebidos pelos usuários quando expostos a práticas de acolhimento humanizado são abrangentes, impactando não apenas a experiência clínica, mas também a relação emocional e a qualidade de vida relacionada à saúde. Esses benefícios destacam a importância de incorporar abordagens humanizadas nos serviços de saúde, estando estes intrinsecamente relacionados aos princípios da Bioética.

A problemática central desta pesquisa repousa na avaliação acerca da adequação da inserção das teleconsultas especializadas no atendimento da atenção primária à saúde com os princípios do SUS e os princípios bioéticos da justiça e da beneficência, além da conformidade desta ação com as políticas públicas de atenção básica e atenção especializada regulamentadas pelo Ministério da Saúde.

Nessa perspectiva pode-se salientar que a utilização da telemedicina está em total consonância com os fundamentos do acolhimento humanizado, na medida em que garante o acesso do usuário as consultas especializadas, reduzindo o tempo de espera para sua realização e conseqüentemente reduzindo também os reflexos danosos que a doença poderá provocar no decorrer do tempo, fato que resguarda o princípio da beneficência da Bioética e da integralidade dos serviços públicos de saúde.

Em outro aspecto, há de se considerar que a teleconsulta especializada na rede de atenção primária sendo disponibilizada como alternativa terapêutica em favor do paciente, resguarda o princípio da autonomia do usuário tanto na perspectiva bioética quanto como diretriz do SUS, como também resguarda o princípio bioético da beneficência na medida em que este usuário tem a opção de escolher realizar o atendimento de forma remota ou permanecer

⁶¹ SOARES, Tatiana Aparecida. **Os benefícios do acolhimento na atenção básica de saúde: uma revisão de literatura**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9DCDVL/1/tcc.pdf>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

na fila de procedimentos da atenção especializada, buscando em seu proveito a forma de prestação que atenda de forma mais célere a sua necessidade de saúde.

E ainda, na medida em que a estrutura da atenção primária, já existente nas unidades básicas de saúde, é utilizada para realização de atendimento especializados em benefícios dos usuários, pode-se observar o respeito ao princípio da justiça na Bioética e da equidade no SUS, posto que se otimiza a utilização da infraestrutura existente, promovendo o incremento das ações de saúde e alocando de forma mais eficiente os recursos públicos destinados à saúde pelo Poder Público.

Sendo assim, diante do percurso teórico e principiológico apresentado, há de se concluir neste capítulo a perfeita adequação da inserção das teleconsultas especializadas na atenção primária com a base principiológica da Bioética e do Sistema Único de Saúde, sendo esta ação capaz de garantir o acesso aos serviços de saúde em favor dos usuários, considerando a sua vulnerabilidade e garantindo um acolhimento humanizado que respeita a sua dignidade.

Ao dar continuidade neste estudo, no próximo capítulo serão abordados os modelos de atenção utilizados pelo Sistema Único de Saúde, bem como a regulamentação da teleconsulta como política pública de saúde, para assim ser possível avaliar a adequação da inserção das teleconsultas especializadas na atenção primária com a política de saúde de atenção primária e especializada atualmente disciplinadas pelo Ministério da Saúde.

3 MODELOS DE ATENÇÃO DO SUS E A REGULAMENTAÇÃO DA TELESSAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA

O dever do Estado em garantir a saúde como direito de todos, conforme preceitua o artigo 196 da Constituição Federal, reflete um desafio significativo para a formulação e implementação das políticas públicas de saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde. A construção deste sistema e de todas as suas políticas públicas necessitam, na visão defendida pelo professor Pamplona Filho e outros pesquisadores⁶², de uma abordagem sistêmica através de uma rede colaborativa e atuante, entre atores estatais e não estatais, os quais devem dialogar de forma incessante com os diversos sistemas sociais para assim transformar as realidades públicas.

A política pública, portanto, como bem definida referido professor Pamplona Filho⁶³, é um processo em permanente desenvolvimento, ferramenta democrática de exercício de poder, com o foco na solução de problemas sociais, as quais necessitam de diálogo racional e enfrentamentos para alocação de recursos e a consequente efetivação de direitos.

Assim, desde o momento da sua formulação até mesmo durante a sua implementação e execução, as políticas públicas devem ser conformadas e geridas de uma forma apta a garantir e efetivação dos direitos por ela assegurados, transformando de forma positiva a realidade social e enfrentando os problemas complexos da sociedade.

Dentro desta concepção de políticas públicas é que transcorrerá a análise deste capítulo, sob o enfoque daquelas já regulamentadas no arcabouço do Sistema Único de Saúde e que mantém relação direta com a disponibilização das teleconsultas especializadas na rede de atenção primária.

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, SEUS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Neste tópico serão analisados os aspectos históricos, legais, normativos e operacionais do Sistema Único de Saúde, com foco especial nos princípios e diretrizes deste sistema,

⁶² FILHO, Rodolfo Pamplona, et al. **Políticas Públicas: elementos para uma teoria geral**. Leme-SP: Mizuno, 2024.

⁶³ Idem.

viabilizando uma reflexão acerca da relação destes elementos com a garantia de uma abordagem integral à saúde do usuário e a formulação das políticas públicas assistenciais à saúde.

No tocante a trajetória histórica para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, ensina a pesquisadora Telma Menicucci⁶⁴ que esta é marcada por um processo democrático e participativo, no qual a VIII Conferência Nacional de Saúde desempenhou um papel crucial. Este marco histórico, ocorrido em 1986, foi um catalisador para a efetivação de um sistema de saúde que refletisse os princípios da Constituição de 1988⁶⁵ e atendesse às demandas da população por uma assistência à saúde mais justa e abrangente.

Antes da VIII Conferência, o Brasil enfrentava desafios significativos em seu sistema de saúde, caracterizado por desigualdades, falta de acesso universal e uma gestão fragmentada. O país carecia de uma política nacional de saúde que contemplasse a integralidade, universalidade e equidade, valores essenciais para uma abordagem eficaz e que atendesse as necessidades reais de saúde de toda a população e não apenas de um determinado grupo social, a exemplo dos trabalhadores⁶⁶.

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi realizada no centro administrativo do país, na cidade de Brasília, contando com grande mobilização social e reunindo representantes de diversos setores da sociedade, incluindo profissionais de saúde, gestores, usuários dos serviços de saúde e membros da sociedade civil. Em meio a um ambiente amplamente democrático e participativo foi possível a discussão e deliberação acerca de diversos anseios e a identificação das principais demandas da população em relação à saúde⁶⁷.

Durante a conferência, foram discutidas e deliberadas propostas fundamentais para a construção de um novo modelo de saúde no Brasil, dentre elas destacam-se a necessidade de criação de um sistema único, descentralizado e voltado para a promoção da saúde, além do reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado.

⁶⁴ MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 21, p. 77-92, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7970>. Acesso em 18 de março de 2023.

⁶⁵ BRASIL. Planalto. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998**. Brasília: Planalto, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jan. 2023.

⁶⁶ Idem.

⁶⁷ ABREU, Cassiane Cominoti. **A intersectorialidade na VII e VIII Conferências Nacionais de Saúde**. Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social, v. 1, n. 1, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/16441>. Acesso em 18 de março de 2023.

Os resultados da VIII Conferência tiveram impacto direto na elaboração da Constituição Federal de 1988. A inclusão da saúde como um direito fundamental do cidadão e a determinação de que o Estado deveria garantir acesso universal e igualitário aos serviços de saúde foram princípios consagrados na Constituição⁶⁸. Assim, a criação do SUS foi oficializada como instrumento para a efetivação desses princípios, sendo este um marco decisivo na história da saúde pública brasileira, na medida em que consolidou a vontade democrática e participativa da sociedade na construção de um sistema de saúde mais justo e igualitário, sendo as políticas públicas de saúde modeladas diretamente pela própria população.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi sancionada a Lei Federal nº. 8.080/90⁶⁹ e em seguida a Lei nº. 8.142/90⁷⁰, as quais tiveram a significativa tarefa de regulamentar a base estrutural do Sistema Único de Saúde, definindo seus objetivos, princípios, diretrizes, forma de organização, direção, planejamento e financiamento.

Diante desse arcabouço normativo, o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é fundamentado em uma série de princípios que visam assegurar o acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde. A compreensão e aplicação desses princípios desempenham um papel central na consolidação do sistema, não apenas como uma ferramenta para garantir a assistência médica aos necessitados, mas também como uma ferramenta crucial para promover a justiça social e a qualidade de vida de todo cidadão.

O princípio da universalidade no SUS estabelece que todos os cidadãos têm direito ao acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição socioeconômica, geográfica ou qualquer outra⁷¹. Este princípio almeja superar desigualdades históricas no acesso à saúde e promover a inclusão de toda a população brasileira, garantindo não só o atendimento a quem

⁶⁸ ROSÁRIO, Celita Almeida; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; MATTA, Gustavo Corrêa. **Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde**. Saúde em debate, v. 44, p. 17-31, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012401>. Acesso em 18 de março de 2023.

⁶⁹ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

⁷⁰ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 15 jan. 2023.

⁷¹ MATTA, Gustavo Corrêa et al. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. EPSJV, p. 61-80, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39223/?sequence=2>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

dele necessita, mas também reforçando a matriz constitucional de que a saúde é um direito fundamental de todos e um dever do Estado.

A universalidade no SUS transcende a mera questão de acesso, ela é a base que sustenta a qualidade da assistência à saúde, pois garante que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente de suas circunstâncias. Não se limita apenas ao acesso a serviços curativos, mas abrange também a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Com este princípio o sistema de saúde pode direcionar esforços para a educação em saúde, a vacinação, a detecção precoce de condições crônicas e outras estratégias que contribuem para a melhoria da qualidade de vida.

A integralidade, por sua vez, propõe que a assistência à saúde deve ser prestada de maneira integral, considerando não apenas a doença em si, mas também os aspectos físicos, mentais e sociais do indivíduo. Essa abordagem multidimensional visa proporcionar um cuidado abrangente, promovendo a prevenção, o tratamento e a reabilitação de forma articulada, garantindo a assistência em todos os níveis de complexidade. A integralidade, portanto, incentiva práticas interdisciplinares e a promoção da saúde em seu sentido mais amplo⁷².

Pode-se observar assim que o princípio da integralidade está intimamente ligado à promoção da saúde e à prevenção de doenças, focando não apenas na resposta a problemas de saúde já instalados, mas buscando estratégias que fortaleçam a saúde como um todo, estimulando hábitos saudáveis, realizando exames preventivos e adotando medidas que evitem a progressão de enfermidades. Dessa forma, a integralidade contribui para a qualidade da assistência ao promover práticas de cuidado que buscam prevenir o surgimento de problemas de saúde.

Ao incorporar a integralidade na conformação do Sistema Único de Saúde, o sistema propõe uma abordagem humanizada no atendimento à saúde⁷³, desta forma o respeito à subjetividade, à individualidade e à autonomia do paciente tornam-se prioridades. Essa humanização não apenas promove uma relação mais empática entre profissionais de saúde e

⁷² PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. BIS. Boletim do Instituto de Saúde, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33772>. Acesso em 18 de março de 2023.

⁷³ MATTOS, Ruben Araujo de. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, p. 771-780, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028>. Acesso em 18 de março de 2023.

pacientes, mas também impacta positivamente na adesão aos tratamentos, no enfrentamento das enfermidades e na percepção geral de qualidade na assistência à saúde.

Já o princípio da equidade no SUS representa o compromisso de reduzir disparidades de saúde entre diferentes grupos populacionais, partindo do reconhecimento que diferentes regiões e segmentos da sociedade enfrentam desafios distintos, vulnerabilidades em dimensões e graus diversos, assim, o sistema busca distribuir recursos de maneira a compensar as desigualdades existentes e garantir de forma mais eficiente o direito à saúde. Neste sentido, a equidade busca assegurar que todos tenham acesso ao mesmo padrão de qualidade nos serviços de saúde, independentemente de suas condições sociais, econômicas ou geográficas⁷⁴.

A equidade, ao reconhecer as diferentes realidades sociais, econômicas e culturais da população, reduz as desigualdades de acesso aos serviços de saúde, supera barreiras que, muitas vezes, impedem determinados grupos de obterem assistência adequada. Implica também na distribuição justa de recursos, direcionando investimentos e infraestrutura de maneira proporcional às necessidades específicas de diferentes regiões e grupos populacionais, corrigindo discrepâncias históricas e garantindo que áreas menos privilegiadas tenham acesso a serviços de saúde de qualidade comparável, promovendo, assim, a equidade e a qualidade na assistência.

Entende-se, portanto, que os princípios do SUS são os alicerces que sustentam não apenas a prestação de serviços de saúde, mas também a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Ao garantir a universalidade, integralidade, equidade, o SUS não apenas consolida um sistema de saúde eficaz, mas também se torna um agente de transformação social, contribuindo para a construção de um Brasil mais saudável e justo para todos os seus cidadãos, sendo indispensável o compromisso de garantia desses princípios para a contínua evolução e fortalecimento de todo o sistema.

Ao analisar a legislação regulamentadora do SUS e confrontá-la com o texto constitucional pode-se extrair as seguintes diretrizes do sistema: a descentralização, regionalização, hierarquização e a participação social. Cada uma dessas diretrizes contribui para consolidação do sistema e garantia de uma saúde mais digna e estruturada para a sociedade.

⁷⁴ BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. **Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS**. Saúde e Sociedade, v. 25, p. 9-18, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>. Acesso em 18 de março de 2023.

A primeira diretriz é a descentralização, esta transfere responsabilidades e recursos para os municípios e estados, promovendo uma gestão mais próxima da realidade local, como pode-se destacar o fenômeno da municipalização no tocante a execução dos serviços de saúde. Essa diretriz não apenas fortalece a autonomia das regiões, mas também contribui para uma maior eficiência na gestão dos serviços de saúde, assegurando uma resposta mais ágil às necessidades específicas de cada localidade⁷⁵.

Com o propósito de aproximar a gestão da saúde da realidade local, permitindo que as autoridades regionais tomem decisões mais alinhadas com as necessidades específicas de suas populações, a diretriz da descentralização promover a responsabilidade e a capacidade de resposta mais ágil às demandas da comunidade, permitindo uma tomada de decisão mais contextualizada.

De certo que os gestores locais têm um conhecimento mais próximo das peculiaridades e demandas de suas populações, e que portanto, esse conhecimento proporcionará a implementação de estratégias mais eficazes e personalizadas, favorecendo assim a adequação dos serviços de saúde às características locais e otimizando a oferta de tratamentos e a prevenção de doenças.

A segunda diretriz é a regionalização, esta complementa a descentralização na medida em que permite a organização dos serviços de saúde em regiões mais amplas. A estratégia desta diretriz permite uma distribuição mais equitativa de recursos e especialidades médicas, garantindo que a população tenha acesso a uma gama adequada de serviços. A regionalização é fundamental para a consolidação do SUS, uma vez que estabelece uma rede integrada de cuidados, fortalecendo a qualidade da assistência ao garantir a continuidade e complementaridade dos serviços⁷⁶.

As diretrizes da descentralização e da regionalização não funcionam isoladamente, atuam de forma complementar e operam em sinergia. Enquanto a descentralização transfere a tomada de decisões para esferas mais próximas à população, a regionalização organiza e integra essas decisões em áreas geográficas mais amplas. Essa complementariedade otimiza a gestão e a eficácia dos serviços de saúde, garantindo que a assistência seja adaptada às características

⁷⁵ TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3023433/mod_resource/content/4/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em 18 de março de 2023.

⁷⁶ Idem.

locais, ao mesmo tempo em que promove a equidade no acesso aos serviços de saúde em todo o território nacional.

No tocante a diretriz da hierarquização no Sistema Único de Saúde (SUS), esta permite a estruturação da oferta de serviços de saúde de maneira ordenada e eficiente, estabelecendo assim uma rede hierárquica, na qual diferentes níveis de complexidade e especialização são articulados para proporcionar uma atenção à saúde progressiva, atendendo desde as demandas mais simples até as mais complexas, além de respeitar as portas de entrada, referências e contrarreferências do sistema. Sendo, portanto, indispensável para otimização de recursos, promoção da continuidade do cuidado e para a garantia da assistência adequada às necessidades do usuário⁷⁷.

A hierarquização não significa fragmentação, pelo contrário, a diretriz busca promover a integralidade do cuidado, garantindo que o paciente seja assistido de maneira contínua e articulada ao longo dos diferentes níveis de atenção. Essa estratégia contribui para a qualidade da assistência ao proporcionar uma abordagem mais abrangente e coordenada, além de refletir na conformação das diversas redes assistenciais do sistema.

A base da hierarquização no SUS é a Atenção Básica, com nível assistencial de atenção primária, a qual abrange ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É a porta de entrada do sistema e tem o escopo de resolver a maioria das demandas de saúde da população, sendo composta por unidades básicas de saúde, equipes de saúde da família e serviços de atenção primária⁷⁸.

Para demandas mais complexas ou diversificadas, o SUS conta com outras redes, programas e serviços, a exemplo da rede de atenção especializada, a rede de atendimento de média e alta complexidade ou até mesmos os programas de atenção psicossocial. Esses serviços são acessados mediante encaminhamento da Atenção Básica, garantindo uma referência eficiente e evitando a sobrecarga desnecessária desses recursos⁷⁹.

⁷⁷ QUINELLATO, Luciano Vasconcellos. **A Diretriz de Hierarquização do SUS: Mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista**. 2009. Dissertação (Mestrado em International Management). Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/items/4b42a356-2795-41a3-9191-e70c19094018>. Acesso em 18 de março de 2023.

⁷⁸ Idem.

⁷⁹ MENDES, Eugênio Vilaça. **Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Saúde debate, v. 52, p. 38-49, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2014/dezembro/1-b-divulgacao-52.pdf#page=40>. Acesso em 18 de março de 2023.

A hierarquização, portanto, objetiva garantir o acesso progressivo e contínuo aos serviços de saúde, otimizando a utilização de recursos e fortalecendo a Atenção Básica como porta de entrada do sistema, contribuindo para descongestionar os serviços especializados, evitando sobrecargas e permitindo que esses serviços atendam de maneira mais eficiente os casos que realmente necessitam do seu porte tecnológico.

Como última diretriz a ser abordada neste estudo, a participação social no SUS envolve a atuação ativa da comunidade na gestão e fiscalização do sistema de saúde. Esta diretriz promove a inclusão da população nas decisões relacionadas à saúde, fortalecendo a transparência do sistema e a corresponsabilização dos atores envolvidos na conformação da política de saúde pública⁸⁰.

A participação social é outro alicerce para a consolidação do SUS, na medida em que envolve a população na construção e aprimoramento contínuo do sistema, garantindo a participação ativa da sociedade como componente-chave no processo de aprimoramento contínuo do sistema e das políticas públicas de saúde. O diálogo aberto entre gestores de saúde, profissionais da área, comunidades e cidadãos, institucionalizado na estrutura dos conselhos de saúde, é fundamental para identificar necessidades específicas, desafios locais e oportunidades de melhoria, além de se demonstrar como uma eficaz ferramenta de transparência na tomada de decisões e num espaço legítimo e democrático de discussão e deliberação das necessidades de saúde da população.

Em que pese o SUS possua diversos pilares fundamentais sólidos para conformar um sistema de saúde pública eficiente, este enfrenta uma série de desafios e problemáticas que impactam diretamente o incremento da sua qualidade e capacidade de atender às demandas crescentes da população. Dentre esses desafios, destacam-se questões relacionadas ao financiamento insuficiente, à infraestrutura precária e à escassez de recursos humanos, elementos que, quando não adequadamente enfrentados, ameaçam a qualidade e a abrangência dos serviços de saúde⁸¹.

⁸⁰ ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa**. Saúde em debate, v. 37, p. 139-147, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dNgCW9WdJJx7VHV7xWkhSHq/>. Acesso em 18 de março de 2023.

⁸¹ PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em 18 de março de 2023.

Com relação ao subfinanciamento, este é um dos desafios mais prementes do SUS⁸². Embora a Constituição de 1988 estabeleça que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a alocação de recursos muitas vezes não é condizente com a complexidade e as demandas crescentes do sistema de saúde. A falta de investimento suficiente limita a capacidade do SUS em adquirir tecnologias de saúde avançadas, expandir infraestruturas e manter um padrão de qualidade consistente.

A insuficiência de recursos financeiros compromete a capacidade do SUS de atender às necessidades da população, resultando em longas filas de espera, falta de medicamentos e limitações na oferta de procedimentos médicos. Para amenizar esta problemática, exige-se um compromisso político em aumentar os investimentos na saúde, buscando fontes sustentáveis e estratégias inovadoras para garantir a viabilidade financeira a longo prazo, aliados a modelos de gestão que otimizem a utilização dos recursos existentes.

Outra problemática enfrentada pelo sistema é a precariedade da infraestrutura⁸³. A falta de manutenção, equipamentos obsoletos e instalações inadequadas comprometem a eficiência e a qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Pode-se observar que a falta de investimentos em infraestrutura prejudica a acessibilidade, a segurança e a eficácia dos tratamentos.

No sentido de reduzir a problemática faz-se necessário uma avaliação detalhada das necessidades locais e um plano estratégico para modernizar e expandir as instalações de saúde, alocando investimentos em tecnologia da informação, telemedicina e construção de novas unidades, sendo estas algumas propostas essenciais para superar esses desafios e garantir que a infraestrutura acompanhe as demandas de uma população em constante crescimento.

Um outro ponto significativo que prejudica a qualidade do sistema é a escassez de profissionais de saúde⁸⁴. A carência de médicos, enfermeiros, técnicos e outros profissionais compromete a capacidade do sistema em oferecer atendimento de qualidade. Essa escassez é

⁸² MENDES, Eugênio Vilaça. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios**. Estudos avançados, v. 27, p. 27-34, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>. Acesso em 18 de março de 2023.

⁸³ DILÉLIO, Alitéia Santiago et al. **Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados**. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. 2594-2606, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118713>. Acesso em 18 de março de 2023.

⁸⁴ OLIVEIRA, Ana Paula Cavalcante de et al. **Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1165-1180, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>. Acesso em 18 de março de 2023.

agravada pela má distribuição geográfica dos profissionais, concentrando-se mais nas áreas urbanas em detrimento das regiões mais remotas do país.

Para enfrentar essa problemática exigem-se estratégias que vão além do aumento de vagas em cursos de saúde, mas também a necessidade de incentivos financeiros para atuação em regiões menos privilegiadas, a promoção de tecnologias como telemedicina pode ampliar o alcance dos serviços de saúde, especialmente em áreas remotas, investimentos em programas de residência e aprimoramento de condições de trabalho, pois assim seria possível atrair e reter profissionais de saúde em áreas de difícil adesão.

Enfrentar os desafios o SUS, incluindo o financiamento insuficiente, a infraestrutura precária e a escassez de recursos humanos, requer um esforço coordenado e sustentável de governos, profissionais de saúde, comunidades e instituições. A análise crítica desses problemas nos espaços democráticos do SUS, é um fator determinante para impulsionar mudanças significativas, garantindo que o SUS cumpra seu papel essencial de proporcionar uma assistência à saúde eficaz, equitativa e de qualidade para todos os brasileiros.

Apesar desses desafios, é imperativo reconhecer os avanços e conquistas do SUS ao longo dos anos. O programa de vacinação, o combate a doenças endêmicas e a promoção de práticas preventivas são testemunhas de seu impacto positivo na saúde pública brasileira. A relevância do SUS como ferramenta central para a promoção da saúde no Brasil é indiscutível, mas essa relevância deve estar sujeita a uma avaliação crítica constante, trazendo reflexões contínuas acerca da necessidade do fortalecimento da equidade no acesso, do aumento do financiamento, da melhoria na gestão descentralizada e da promoção de práticas preventivas. Somente abordando essas questões o SUS pode cumprir plenamente sua missão de ser um instrumento central na promoção da saúde e no alcance do bem-estar da sociedade.

Ensina a professora Mônica Aguiar⁸⁵ que para o pleno desenvolvimento de cada pessoa, não basta a garantia do acesso universal à saúde, mas também o cumprimento efetivo das ações e a satisfação do usuário, através da intervenção ativa de um Estado baseado na dignidade da pessoa humana, buscando remover obstáculos e promover a saúde para todos os seus cidadãos, pois o direito à saúde é o direito à vida, bem maior de cada ser humano como

⁸⁵ SILVA, Monica Neves Aguiar da et al. **Cumplimiento en salud: la alteridad como instrumento de acceso al derecho a la salud**. Revista Brasileira de Direito Animal, v. 18, n. 1, p. f282308-f282308, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/RBDA/article/view/53915>. Acesso em 18 de março de 2023.

membro do Estado democrático de direito que tem (ou deveria ter) como escopo o exercício efetivo da cidadania.

Ao retornar ao ponto central desta pesquisa, há de se considerar que a inserção das teleconsultas especializadas na rede de atenção primária à saúde está em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, seja pela garantia do acesso ao serviço, logo na porta de entrada do sistema, reduzindo assim o tempo de espera do usuário, qualificando a sua assistência e garantindo sua dignidade, que por sua vez se encontra em total consonância com o princípio biético da beneficência, ou ainda em razão da possibilidade de desafogar a estrutura da rede especializada e otimizar os recursos existentes em prol do incremento da qualidade assistencial, conforme exige o princípio bioético da justiça.

No tópico a seguir serão abordados os diversos modelos de atenção regulamentados pelo Ministério da Saúde, bem como o seu escopo assistencial, para assim ser possível avaliar se a inserção das teleconsultas especializadas na atenção primária pode ser considerada como uma ação legitimada pelas normas regulamentares das redes assistências do sistema único de saúde.

3.2 OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEUS ESCOPOS ASSISTENCIAIS

A partir da Portaria nº. 4.279/2010⁸⁶ exarada pelo Ministério da Saúde e posteriormente com o Decreto Federal nº. 7.508 de 28 de junho de 2011⁸⁷, ambos os institutos em total consonância com as diretrizes da regionalização e descentralização do SUS constantes da Lei nº. 8.080/90⁸⁸, se consolidou a necessidade de integração dos serviços assistenciais através de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS).

⁸⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 20 de abril de 2023.

⁸⁷ BRASIL. Planalto. **Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Planalto, 2020. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 20 de abril de 2023.

⁸⁸ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

Nesse sentido a RAS é apresentada como modelo de assistencial apto a superar a fragmentação da atenção e gestão das regiões de saúde⁸⁹, com o ideário focado no fortalecimento da atenção primária, no cuidado multiprofissional e na necessidade de se considerar as condições epidemiológicas e determinantes de saúde no âmbito da gestão, normatização, pactuação e financiamento do sistema de saúde.

O Sistema Único de Saúde em conformidade com a sua rede de assistência distribui e classifica os diversos níveis de atenção à saúde em três modelos de atenção, são eles: Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária⁹⁰.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção do SUS e é composta por um conjunto de ações de saúde, como promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Essas ações são realizadas por meio de equipes multiprofissionais, que atuam em unidades básicas de saúde, com o objetivo de atender as necessidades de saúde da população de forma integral e contínua.

O segundo nível de atenção é a Atenção Secundária, composta por serviços especializados, como hospitais, ambulatórios e consultas especializadas, serviços de diagnóstico e terapia, que realizam atendimentos de média complexidade e apoiam a Atenção Primária. Esses serviços são responsáveis por atender as demandas que não podem ser resolvidas na Atenção Primária, a qual referencia o usuário para tratamentos mais específicos e complexos.

Por fim, a Atenção Terciária à Saúde que é composta por serviços altamente especializados, como hospitais universitários, centros de referência em doenças específicas, serviços de alta complexidade em oncologia, transplantes, entre outros. Tais serviços são responsáveis por atender as demandas mais complexas e especializadas, que não podem ser resolvidas na Atenção Secundária e exigem também um maior aporte tecnológico para atendimento da demanda de saúde.

Os três níveis de atenção à saúde se interligam por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a qual tem como objetivo garantir a integralidade do cuidado em saúde, por meio da

⁸⁹ SILVA, Silvio Fernandes da. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/14.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2023.

⁹⁰ MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Rev Med Minas Gerais, v. 18, n. 4 Supl 4, p. S3-S11, 2008. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?cluster=7918154760872756243&hl=pt-BR&as_sdt=0,5. Acesso em: 20 de abril de 2023.

organização e articulação dos serviços de saúde, de forma a garantir o acesso da população aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, de acordo com as suas necessidades⁹¹. A interdependência entre os níveis de atenção é fundamental para garantir a continuidade do cuidado, a resolutividade dos problemas de saúde e a efetividade das ações de saúde.

Para cingir a análise do tema proposto neste estudo, há de se avaliar individualmente o escopo normativo, assistencial e de financiamento tanto do modelo de atenção primária, local em que as teleconsultas especializadas são realizadas no âmbito do Município de Aracaju, quanto o modelo de atenção secundária especializada, cujo escopo assistencial abarca as consultas de médicos especialistas. Só assim, será possível avaliar a adequação da inserção das consultas especializadas em modelo assistencial distinto.

O Ministério da Saúde através da Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017⁹² aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo assim a revisão de diretrizes para revisão da atenção primária no âmbito do SUS.

De acordo com o art. 2º da referida portaria⁹³, a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A regulamentação da política da atenção primária a coloca como principal porta de entrada e centro de comunicação de toda a Rede de Atenção à Saúde, considerando-a como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede assistencial⁹⁴. Ademais, exige-se a oferta integral e gratuita de serviços a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e

⁹¹ MACEDO, Lilian Magda de; MARTIN, Sueli Terezinha Ferrero. **Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, p. 647-660, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0597>. Acesso em: 20 de abril de 2023.

⁹² BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 20 de abril de 2023.

⁹³ Idem.

⁹⁴ MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. Saúde em Debate, v. 42, p. 11-24, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em 20 de abril de 2023.

condicionantes de saúde, devendo ser adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniqüidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Um ponto que merece destaque e que será posteriormente retomado é que o art. 6º. da Portaria nº. 2.436/2017⁹⁵ define que todos os estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, são denominados Unidade Básica de Saúde – UBS, devendo estes espaços serem considerados potenciais campos de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.

Dentro do modelo de atenção primária proposto pelo Ministério da Saúde, as unidades básicas de saúde são compostas como estratégia prioritária por equipes de saúde da família (ESF), a qual busca a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, sendo considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade⁹⁶.

As ESF são compostas no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Observa-se da normativa mencionada que o modelo de atenção primária tem como objetivo garantir a atenção integral à saúde, com foco na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, por meio de ações de saúde individuais e coletivas. Um modelo centrado na pessoa, na família e na comunidade, sendo responsável por resolver a maioria dos problemas de saúde da população, encaminhando para os outros níveis de atenção apenas os casos mais complexos.

⁹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 20 de abril de 2023.

⁹⁶ FERTONANI, Hosanna Patrig et al. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em 20 de abril de 2023.

No tocante ao financiamento das ações e serviços da atenção primária pode-se destacar a Portaria n.º. 2.979 de 12 de novembro de 2019⁹⁷, a qual instituiu o Programa Previne Brasil e regulamentou o novo modelo de financiamento da Política Nacional de Atenção Básica.

Nos termos do art. 4º da supracitada portaria⁹⁸ o financiamento federal para fins de custeio das ações e serviços de saúde ofertados pela atenção primária será constituído por capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

Pelo critério da capitação ponderada, o cálculo para a definição dos incentivos financeiros deverá considerar a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), como também a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada, o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada e a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Já no critério de pagamento por desempenho, o cálculo do incentivo financeiro será efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES, observando o cumprimento de meta para cada indicador por equipe e condicionado ao tipo de equipe.

E pelo critério de pagamento de incentivo para ações estratégicas, o cálculo para a definição dos recursos financeiros deverá considerar as especificidades e prioridades em saúde, os aspectos estruturais das equipes e a produção em ações estratégicas em saúde, estas definidas pelo Ministério da Saúde por intermédio dos seus programas de incentivo. Logo em seguida transcrevemos o art. 12-H da Portaria n.º. 2.979/2019⁹⁹ para identificarmos as ações estratégicas existentes na atenção primária:

Art. 12-H. O incentivo para ações estratégicas contemplará o custeio das seguintes ações, programas e estratégias:

- I - Programa Saúde na Hora;
- II- Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- III - Unidade Odontológica Móvel (UOM);

⁹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em 20 de abril de 2023.

⁹⁸ Idem.

⁹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em 20 de abril de 2023.

- IV - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- V - Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- VI - Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- VII - Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
- VIII - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- IX - Microscopista;
- X - Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);
- XI - Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade;
- XII - Programa Saúde na Escola (PSE);
- XIII - Programa Academia da Saúde;
- XIV - Programas de apoio à informatização da APS;
- XV - Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;
- XVI - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e
- XVII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Como pode se observar, após analisar o teor das Portarias n.ºs. 2.436/2017¹⁰⁰ e 2.979/2019¹⁰¹, que as consultas especializadas realizadas por médicos especialistas, seja na modalidade presencial seja por meio da telemedicina, não estão inseridas dentro do escopo de serviços a serem ofertados na estrutura da rede de atenção primária à saúde, não havendo também qualquer incentivo financeiro para seu custeio, sequer como ação estratégica de saúde. Entretanto, tais consultas se enquadram no escopo da rede de atenção secundária ou especializada, a qual será em seguida analisada.

A atenção especializada está inserida no nível de atenção secundária do SUS. A atenção secundária é responsável por prestar serviços especializados de saúde, como consultas com médicos especialistas, exames mais complexos e procedimentos cirúrgicos¹⁰².

¹⁰⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 20 de abril de 2023.

¹⁰¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em 20 de abril de 2023.

¹⁰² TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo. **Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 941-951, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>. Acesso em 20 de abril de 2023.

Recentemente, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº. 1.604 de 18 de outubro de 2023¹⁰³, a qual regulamentou a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES). A PNAES possui diretrizes, dimensões e eixos estruturantes que deverão ser considerados na criação e reformulação de políticas e programas que tratem da Atenção Especializada, ou que se relacionam com ela, e que deverão orientar o modo de organização e funcionamento dos serviços de atenção especializada.

Pelo teor do art. 1º da aludida portaria¹⁰⁴, entende-se como Atenção Especializada o conjunto de conhecimentos, práticas assistenciais, ações, técnicas e serviços envolvidos na produção do cuidado em saúde marcados, caracteristicamente, por uma maior densidade tecnológica, dentre as ações e serviços constantes em políticas e programas do Sistema Único de Saúde vinculados ao modelo de atenção especializada o §2º destaca:

- I - a rede de urgência e emergência;
- II - os serviços de reabilitação;
- III - os serviços de atenção domiciliar;
- IV - a rede hospitalar;
- V - os serviços de atenção materno-infantil;
- VI - os serviços de transplante do Sistema Nacional de Transplantes (SNT);
- VII - os serviços de atenção psicossocial;
- VIII - os serviços de sangue e hemoderivados; e
- IX - a atenção ambulatorial especializada, incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos.

Assim, na conformação do modelo assistencial da rede especializada as pessoas atendidas apresentam, num dado momento, a necessidade de cuidados mais intensivos e/ou diferentes daqueles disponíveis na Atenção Primária, de modo que a Atenção Especializada deve desempenhar um papel de apoio à Atenção Primária em um sistema de cuidados integrais¹⁰⁵.

¹⁰³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.604, de 18 de outubro de 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view>. Acesso em 25 de novembro de 2023.

¹⁰⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.604, de 18 de outubro de 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view>. Acesso em 25 de novembro de 2023.

¹⁰⁵ SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. **Atenção Ambulatorial Especializada**. 2008. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_AMBULATORIAL_ESPECIALIZADA_Solla_e_Chioro.pdf. Acesso em 20 de abril de 2023.

Dentre as diretrizes da Atenção Especializada à Saúde previstas no art. 4º da Portaria nº. 1.604/2023¹⁰⁶ cumpre destacar o estímulo ao uso oportuno e adequado de soluções e inovações de saúde digital para compartilhar e interoperar informações e sistemas, tornar mais ágil e oportuna a comunicação entre os pontos de atenção, melhorar a qualidade, a agilidade, a segurança, a efetividade e a eficiência dos serviços presenciais e remotos e engajar usuários, visando assegurar continuidade do cuidado, bem como evitar deslocamentos e procedimentos desnecessários. Como também a gestão de tecnologia em saúde, considerando critérios de custo-efetividade e a modernização do parque tecnológico, visando apoiar a transformação digital do setor saúde, buscando a efetividade e eficiência do sistema de saúde, e o avanço tecnológico.

As referidas diretrizes já denotam uma orientação no sentido da utilização de novas tecnologias, evitando reduzindo assim o tempo de espera do usuário para acesso ao serviço, ou até mesmo o seu deslocamento desnecessário. Para tanto, já se começa a institucionalizar e normatizar uma realidade assistencial que já é vivenciada e esperada por grande parte dos usuários do sistema.

O art. 17 da retrocitada portaria¹⁰⁷ define que os serviços de atenção especializada devem estar estruturados e aptos a: realizar interconsulta, teleconsultoria, segunda opinião formativa e teleeducação junto às equipes de atenção primária à saúde; realizar ações de telediagnóstico e de teleconsultas para casos cabíveis aos cuidados remotos de saúde; e participar de processos de coordenação e navegação do cuidado para assegurar o melhor, tratamento em tempo oportuno, às pessoas encaminhadas entre um serviço e outro, em especial aquelas que precisam ser atendidas em tempo oportuno para a resolução de um problema de saúde em evolução.

Salienta-se que de acordo com a normativa da política nacional da atenção especializada, o processo de programação da oferta e de regulação do acesso a exames, consultas e outros procedimentos considerados mais estratégicos à Atenção Primária devem ser feitos, preferencialmente, de modo compartilhado com as equipes de atenção básica, buscando conferir às equipes de Atenção Primária a máxima autonomia na tomada de decisão. Devendo-

¹⁰⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.604, de 18 de outubro de 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view>. Acesso em 25 de novembro de 2023.

¹⁰⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.604, de 18 de outubro de 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view>. Acesso em 25 de novembro de 2023.

se assim serem definidos protocolos que estabeleçam as necessidades e procedimentos para os quais caberá ao profissional da atenção primária definir as regras de acesso, bem como os casos em que a decisão e o cuidado serão compartilhados entre equipes demandantes e ofertantes.

Desta forma, as teleconsultas especializadas não só podem ser programadas, respeitando a autonomia do paciente na escolha do formato de sua realização, pela própria atenção básica, como deveriam utilizar de forma a tornar mais eficiente a utilização de recursos e infraestrutura dos equipamentos de saúde, a própria estrutura das unidades básicas de saúde. Entretanto, essa prática ainda não foi inserida no escopo da atenção primária nem tampouco previsto financiamento federal que viabilize a incorporação dessa nova tecnologia em proveito da qualidade assistencial do usuário.

Por outro lado, o financiamento da atenção especializada também é regulamentado pela Portaria nº. 1.604/2023¹⁰⁸, através do custeio de ações e serviços públicos dividido em duas partes: o Componente Fundo a Fundo, que é destinado ao financiamento das ações e serviços de saúde em cada esfera de governo, e o Componente de Investimento, que é destinado ao financiamento de investimentos em infraestrutura e equipamentos de saúde. Além da existência de outras formas de incentivos previstos em atos normativos próprios para desenvolvimento de ações estratégicas da política de saúde especializada, a exemplo do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) ambos instituídos pela Lei nº. 12.715/2012¹⁰⁹ e regulamentados pelo Decreto Federal nº. 7.988/2013¹¹⁰.

¹⁰⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.604, de 18 de outubro de 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view>. Acesso em 25 de novembro de 2023.

¹⁰⁹ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 12.715, de 17 de setembro de 2012**. Institui o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) e dá outras providências. Brasília: Planalto, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12715.htm. Acesso em: 20 de abril de 2023.

¹¹⁰ BRASIL. Planalto. **Decreto nº. 7.988, de 17 de abril de 2013**. Regulamenta os arts. 1º a 13 da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, que dispõem sobre o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica - PRONON e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência - PRONAS/PCD. Brasília: Planalto, 2013. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7988.htm#:~:text=A%20preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20a%20reabilita%C3%A7%C3%A3o%20da%20pessoa%20com%20defici%C3%A2ncia%20compreendem,todo%20o%20ciclo%20de%20vida. Acesso em: 20 de abril de 2023.

Para fins de custeio das ações e serviços de saúde, a Portaria de Consolidação nº. 06 de 28 de setembro de 2017¹¹¹, regulamenta dentre outros pontos a forma de transferência de recursos federais fundo a fundo para os demais entes federados. Com relação ao custeio das ações de média e alta complexidade, nas quais se inserem as consultas ambulatoriais especializadas, a referida normativa ministerial prevê a transferência de recursos para composição do limite financeira da MAC (art. 173), o qual é repassado no montante das pactuações interfederativas existentes e respeitando os valores de procedimentos previstos na tabela SUS, a qual pelo sistema de consulta SIGTAP atualmente estipula um valor de R\$ 10,00 (dez reais) por consulta especializada realizada.

Vale destacar que até o presente momento inexistente no âmbito federal qualquer normativo que viabilize o incentivo financeiro com a alocação de recursos específicos para garantir o investimento da infraestrutura necessária para a realização das teleconsultas especializadas na estrutura da atenção primária, nem tampouco para garantir o custeio destes serviços no decurso do tempo.

Ademais, para se garantir a implantação de estrutura física, a incorporação de novas tecnologias e a efetiva realização de teleconsultas no âmbito de atuação da atenção primária, além do inafastável custeio e investimento, seria necessário ainda que o Ministério da Saúde promova a regulamentação específica, atualizando as atribuições dos membros da atenção básica e prevendo a integração destes agentes com os profissionais médicos especialistas que podem atender em consultas remotas na própria estrutura da unidade básica de saúde, ato normativo este que até o presente momento não foi elaborado.

Há de se observar, conforme ensina a professora Mônica Neves Aguiar¹¹² que as políticas públicas de saúde são uma alternativa para implementar e colocar em prática as ideias do SUS, portanto essas políticas precisam ser cuidadosamente pensadas e implementadas de forma racional para que o sistema seja possível e realizável, de acordo com as suas diretrizes constitucionais e respeitando os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

¹¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº. 06 de 28 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em 20 de abril de 2023.

¹¹² SILVA, Monica Neves Aguiar da et al. **Cumplimiento en salud: la alteridad como instrumento de acceso al derecho a la salud**. Revista Brasileira de Direito Animal, v. 18, n. 1, p. f282308-f282308, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/RBDA/article/view/53915>. Acesso em 18 de março de 2023.

Em suma, pôde-se concluir que em que pese a existência e regulamentação de modelos de atenção à saúde distintos, não existe ato normativo no âmbito federal que discipline a efetiva integração das consultas especializadas na estrutura física das próprias unidades básicas de saúde, de forma a definir a atribuição integrada dos membros da equipe de saúde da família com os profissionais médicos especialistas que podem realizar as teleconsultas especializadas, nem tampouco se previu até o presente momento financiamento federal próprio para implementação destas ações e para o seu custeio.

No próximo tópico será abordado o tema da telessaúde como política assistencial do SUS, a sua regulamentação própria, sua forma de utilização, como também as condições para sua inserção nos serviços públicos de saúde.

3.3 A TELESSAÚDE COMO POLÍTICA ASSISTENCIAL DO SUS

Diante das considerações já abordadas no item 2.2 deste estudo as quais trataram o tema da reconfiguração da assistência à saúde com a utilização da telemedicina, resta neste momento a relevância de analisar a telessaúde como política assistencial no âmbito do SUS.

No âmbito do SUS, durante a pandemia foi sancionada a Lei nº. 13.989/2020¹¹³ a qual previu a possibilidade de telemedicina durante a pandemia, entretanto, tramitava no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº. 1.998/2020¹¹⁴, já aprovado pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, hoje convertido na Lei Federal nº. 14.510/2022¹¹⁵, a qual regulamenta de forma definitiva a prática da telessaúde em todo território nacional, incluindo a alteração da Lei nº. 8.080/90¹¹⁶ que instituiu o Sistema Único de Saúde.

¹¹³BRASIL. Planalto. **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). Brasília: Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13989.htm. Acesso em: 15 de junho de 2023.

¹¹⁴BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº. 1.998/2020**. Autoriza e define a prática da telemedicina em todo o território nacional. Brasília: Câmara dos Deputados, 2020. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node05b4ivlnvbk3z1axjdlgpgq6k521352368.node0?codteor=1883996&filename=PL+1998/2020. Acesso em 15 de junho de 2023.

¹¹⁵BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.510, de 27 de dezembro de 2022**. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1980, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional., e a Lei 13.146, de 06 de julho de 2015; e revoga a Lei 13.989, de 15 de abril de 2020. Brasília: Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.510%2C%20DE%2027,15%20de%20abril%20de%202020. Acesso em 15 de junho de 2023.

¹¹⁶BRASIL. Planalto. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras

De certo que a Lei nº. 14.510/2022 não foi o primeiro ato normativo nacional acerca da telessaúde, pois na esfera normativa o Conselho Federal de Medicina (CFM) editou norma própria acerca da regulamentação da telemedicina através da Resolução nº. 2.314¹¹⁷, publicada no Diário Oficial da União (DOU) do dia 05 de maio de 2022. Entretanto, sob o enfoque de política assistencial do SUS, o instrumento legal que instituiu a telessaúde no âmbito dos serviços públicos de saúde foi a Lei nº. 14.510/2022, na qual repousa a fundamentação do estudo trazida neste tópico.

Com as alterações trazidas pela Lei nº. 14.510/2022, foi inserido o art. 26-B na Lei nº. 8.080/90, o qual trouxe o conceito de telessaúde como sendo a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal. Nesse sentido há de se considerar que as teleconsultas especializadas objeto deste estudo devem ser consideradas como procedimentos de telessaúde e portanto, regulamentados pela aludida legislação federal.

A novel legislação exige dos atores envolvidos na prática do cuidado, e também da própria Administração Pública como titular dos serviços públicos de saúde, uma atuação com a telessaúde pautada em diversos princípios, estes elencados no bojo do art. 26-A da Lei nº. 8.080/90, alterada pela Lei nº. 14.510/2022¹¹⁸, *in verbis*:

- I - autonomia do profissional de saúde;
- II - consentimento livre e informado do paciente;
- III - direito de recusa ao atendimento na modalidade telessaúde, com a garantia do atendimento presencial sempre que solicitado;
- IV - dignidade e valorização do profissional de saúde;
- V - assistência segura e com qualidade ao paciente;
- VI - confidencialidade dos dados;
- VII - promoção da universalização do acesso dos brasileiros às ações e aos serviços de saúde;

providências. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

¹¹⁷ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº. 2.314, de 20 de abril de 2022**. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852>. Acesso em 15 de junho de 2023.

¹¹⁸ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.510, de 27 de dezembro de 2022**. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1980, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional., e a Lei 13.146, de 06 de julho de 2015; e revoga a Lei 13.989, de 15 de abril de 2020. Brasília: Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.510%2C%20DE%2027,15%20de%20abril%20de%202020. Acesso em 15 de junho de 2023.

VIII - estrita observância das atribuições legais de cada profissão;

IX - responsabilidade digital.

No tocante a autonomia do profissional de saúde, como ensina o pesquisador Silvio Valente¹¹⁹, esta deve ser resguardada na medida em que são asseguradas a liberdade e a completa independência de decidir sobre a utilização ou não da telessaúde em qualquer procedimento da prática do cuidado, podendo optar pela utilização da telessaúde ou pelo atendimento presencial de acordo com sua convicção técnica sempre que entender necessário.

O consentimento livre e informado do paciente, na visão da pesquisadora Neyla Mourão¹²⁰, como princípio ético fundamental no campo da prática médica e pesquisa envolvendo seres humanos, garante que os usuários do Sistema Único de Saúde sejam devidamente esclarecidos pela equipe acerca da relevância do procedimento e seja a eles garantido o direito de fazer escolhas sobre sua própria saúde e o tratamento que será realizado.

Outro princípio indispensável na prática da telessaúde no âmbito do SUS é a possibilidade de recusa pelo paciente ao atendimento na modalidade telessaúde, devendo neste caso ser a ele garantido o atendimento presencial sempre que solicitado. Portanto, a telessaúde estaria como forma alternativa de assegurar o adequado processo de cuidado, mas não como solução a ser imposta por razões afetas, a título de exemplo, a precária estrutura do serviço.

A assistência segura e com qualidade ao paciente é outro princípio da telessaúde que deve ser respeitado no âmbito do SUS. Assim, disponibilizar infraestrutura adequada para transmissão segura de dados e em excelente qualidade, evitando assim dificuldade no diagnóstico, ou ainda disponibilizando profissionais de saúde de forma presencial para acompanhamento, orientação e auxílio dos procedimentos de telessaúde, são condições indispensáveis para a garantia deste princípio.

¹¹⁹ VALENTE, Silvio Eduardo. **Aspectos regulatórios da telemedicina no Brasil: repercussões sobre a responsabilidade das equipes de saúde**. 2018. Tese de Doutorado em Direito. Universidade de São Paulo. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-08092020-020525/publico/1696086_Tese_Original.pdf. Acesso em 15 de junho de 2023.

¹²⁰ MOURÃO, Neyla Arroyo Lara. **Telessaúde à luz da Bioética: subsídios para a universalidade de acesso à saúde**. 2016. Tese de Doutorado em Bioética. Universidade de Brasília. Brasília, 2016. Disponível em: http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/20920/1/2016_NeylaArroyoLaraMour%c3%a3o.pdf. Acesso em 15 de junho de 2023.

E destaca-se ainda os princípios da confidencialidade dos dados e da responsabilidade digital, os quais devem ser resguardados na prática da telessaúde, consoante os ditames da Lei nº. 13.709/2018¹²¹, conhecida como a Lei Geral de Proteção de Dados.

Vale ressaltar também que a prática da telessaúde como política pública assistencial do SUS, conforme teor dos artigos 26-D e 26-E introduzidos pela Lei nº. 14.510/2022¹²², deve ser exercida não só em total consonância com os atos normativos exarados pelo Ministério da Saúde, ente responsável pela normatização e direção geral do sistema, como também dos demais órgãos regulamentadores, além de ser fiscalizada pelos conselhos federais de fiscalização do exercício de cada categoria profissional que atua na assistência à saúde.

Diante do contexto normativo, verifica-se que na prestação dos serviços por telessaúde devem ser observadas as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema único de Saúde, qual seja o Ministério da Saúde, entretanto, o único ato normativo apto a alterar política pública de saúde e que tratou especificamente da telessaúde foi editado no último dia 18 de outubro de 2023 através da Portaria nº. 1.604/2023¹²³, a qual regulamentou a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), restando pendente ainda a regulamentação da telessaúde nos demais modelos assistenciais, em especial na atenção primária à saúde, problemática que objeto deste estudo.

De forma crítica, entende-se que houve uma evolução da política pública, a partir da sanção da Lei nº. 14.510/2022¹²⁴, na medida em que de forma genérica alterou a Lei Orgânica

¹²¹ Planalto. **Lei nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD). Brasília: Planalto, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em 15 de junho de 2023.

¹²² BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.510, de 27 de dezembro de 2022.** Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1980, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional., e a Lei 13.146, de 06 de julho de 2015; e revoga a Lei 13.989, de 15 de abril de 2020. Brasília: Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.510%2C%20DE%2027,15%20de%20abril%20de%202020. Acesso em 15 de junho de 2023.

¹²³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.604 de 18 de outubro de 2023.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,do%20Sistema%20%20C3%9A%20nico%20de%20Sa%C3%BAde>. Acesso em 15 de dezembro de 2023.

¹²⁴ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.510, de 27 de dezembro de 2022.** Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1980, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional., e a Lei 13.146, de 06 de julho de 2015; e revoga a Lei 13.989, de 15 de abril de 2020. Brasília: Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.510%2C%20DE%2027,15%20de%20abril%20de%202020. Acesso em 15 de junho de 2023.

do SUS e previu a inserção de serviços de telessaúde no campo assistencial do sistema, entretanto, o novo desafio já foi lançado, qual seja, a regulamentação complementar abrangente que ainda está pendente de elaboração pela direção do SUS, e diga-se abrangente pois deve ser completa ao ponto de definir a forma prática em que as ações por telessaúde serão realizadas dentro da Rede de Atenção à Saúde, em cada um dos modelo e níveis de atenção.

É preciso que o ato normativo a ser elaborado altere as políticas públicas de saúde atualmente vigentes e compartimentadas, de forma a garantir a inserção de procedimentos com telessaúde respeitando os princípios e determinações gerias previstas na Lei nº. 14.510/2022¹²⁵, bem como se defina a forma de financiamento destes serviços, seja para fins de investimento na garantia da infraestrutura necessária para sua inserção na assistência, seja para fins de custeio constante destes serviços.

Sendo assim, a formulação e implementação de políticas públicas de saúde devem ser consideradas como competências complexas que devem abranger diversos aspectos, sendo o financiamento um componente primordial. É inseparável a interligação entre políticas públicas de saúde e sua base financeira, pois tal financiamento desempenha um papel vital na sustentabilidade e na eficácia das iniciativas propostas¹²⁶. Além do mais, definir mudanças em políticas e serviços já existentes exige um esforço ainda maior em razão da necessária mudança de diretrizes, rotinas e práticas já consolidadas, habituais para todos os agentes envolvidos, portanto, a introdução de novos serviços ou novas abordagens e práticas devem ser realizadas de forma abrangente para que assim se possa garantir o sucesso das inovações propostas.

Ao retornar a questão central da presente pesquisa, qual seja, a adequação da inserção da teleconsulta especializada no âmbito da atenção primária à saúde, seja no tocante aos princípios bioéticos, o que já foi observa no capítulo 2 deste estudo, seja com relação as políticas públicas de saúde vigentes, o que na oportunidade se analisa, temos a destacar de forma conclusiva algumas considerações.

A telessaúde como gênero de uma prática assistencial que utiliza a tecnologia como ferramenta do cuidado, esta exercida por qualquer categoria de saúde, já é considerada um

¹²⁵ Idem.

¹²⁶ OLIVEIRA, Mayara Cordeiro de; MENDES, Samara Jamile. **O financiamento da atenção secundária no SUS: uma revisão da literatura**. Disponível em: <https://ecopolsaude.com.br/wp-content/uploads/2023/01/4-Mayara.pdf>. Acesso em 15 de junho de 2023.

procedimento legítimo e uma prática assegurada no âmbito do SUS em todo território nacional, conforme previsão normativa da Lei nº. 14.510/2022¹²⁷, a qual alterou a Lei Orgânica do SUS.

Ao tratar especificamente da teleconsulta especializada, procedimento ambulatorial realizado por médico adstrito a alguma especialidade médica, no recente dia 18 de outubro de 2023, por meio da Portaria nº. 1.604/2023¹²⁸, o Ministério da Saúde alterou a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde e previu no seu art. 1º, §2º, inciso IX, a atenção ambulatorial especializada, incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos, como ação de rede especializada, como também no art. 4º do mesmo diploma normativo estipulou a necessidade de estímulo ao uso oportuno e adequado de soluções e inovações de saúde digital para compartilhar e interoperar informações e sistemas, tornar mais ágil e oportuna a comunicação entre os pontos de atenção, melhorar a qualidade, a agilidade, a segurança, a efetividade e a eficiência dos serviços presenciais e remotos e engajar usuários, visando assegurar continuidade do cuidado, bem como evitar deslocamentos e procedimentos desnecessários.

Dentro dessa nova conformação da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, a teleconsulta já pode ser incluída como uma realidade regulamentada no âmbito desta política pública, cuja diretriz já orienta no sentido da utilização de novas tecnologias, como no caso em questão as teleconsultas especializadas, reduzindo assim o tempo de espera do usuário para acesso ao serviço ou o seu deslocamento desnecessário.

Ademais, como já bem abordado no tópico anterior deste estudo, o processo de programação, oferta e regulação de procedimentos da atenção especializada deve ser compartilhado com a Atenção Primária, sendo esta a porta de entrada da rede de atenção à saúde. Desta forma, as teleconsultas especializadas não só podem ser programadas, respeitando a autonomia do paciente na escolha do formato de sua realização, pela própria atenção básica,

¹²⁷ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.510, de 27 de dezembro de 2022**. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1980, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional., e a Lei 13.146, de 06 de julho de 2015; e revoga a Lei 13.989, de 15 de abril de 2020. Brasília: Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.510%2C%20DE%2027,15%20de%20abril%20e%202020. Acesso em 15 de junho de 2023.

¹²⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.604 de 18 de outubro de 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,do%20Sistema%20%20C3%9A%20nico%20de%20Sa%C3%BAde>. Acesso em 15 de dezembro de 2023.

como deveriam utilizar de forma a tornar mais eficiente a utilização de recursos e infraestrutura dos equipamentos de saúde, a própria estrutura das unidades básicas de saúde.

Ocorre que até o presente momento não foi editado ato normativo pela direção do SUS apto a alterar a atual Política Nacional da Atenção Básica, instituída pela Portaria nº. 2.436/2017¹²⁹, com o objetivo de definir a inserção das teleconsultas especializadas nas ações e serviços da atenção primária, ou sequer como prática assistencial e competência dos agentes que compõem as equipes de saúde da família.

Já foi demonstrado que a prática da telessaúde exige dentre inúmeros outros princípios, o respeito a assistência segura e com qualidade em favor do paciente assistido. Esse direito não pode ser efetivo sem a garantia do acompanhamento durante todo o procedimento por um profissional de saúde, seja com a finalidade de auxiliar o usuário na utilização da ferramenta de tecnologia, seja no processo de informação, seja ainda no auxílio prático e presencial ao profissional de saúde que está utilizando a ferramenta de tecnologia.

Portanto, diante de tantas atribuições que devem ser realizadas pelos agentes profissionais da atenção primária, nos casos em que estejam sendo ofertadas as teleconsultas especializadas, deve-se haver uma regulamentação própria no âmbito da PNAB, a qual ainda está pendente, para assim prever a inserção dos procedimentos de teleconsulta especializada e a correspondente atribuição dos membros da equipe de saúde da família.

E por fim, mas não menos importante, há de se considerar também a inegável ausência de ato normativo da direção do SUS apto a regulamentar a forma de financiamento dos serviços de teleconsulta especializada a serem ofertados no âmbito da atenção primária à saúde. A ausência de previsão de receita federal para fins de investimento em infraestrutura, alterando o aporte tecnológico e predial descrito na Portaria nº. 2.436/2017¹³⁰, dispendo sobre o aparato de equipamentos e utensílios a serem utilizados pelos usuários e profissionais de saúde que atuarão de forma presencial durante o procedimento da teleconsulta, ou ainda a ausência de previsão de fundos para o custeio destes novos serviços garantindo assim a sua manutenção e oferta em

¹²⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 20 de abril de 2023.

¹³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 20 de abril de 2023.

benefícios dos usuários, impede significativamente a implementação destes serviços pelos entes federados.

Conclui-se, portanto, em que pese a existência de regulamentação genérica acerca da telessaúde como serviço assegurado no âmbito do SUS, bem como a regulamentação trazida pela Portaria nº. 1.604/2023¹³¹ a qual alterou a Política Nacional da Atenção Especializada em Saúde prevendo estratégia e utilização de ferramentas tecnológicas, como no caso das teleconsultas especializadas, que resta pendente normatização abrangente e específica acerca da inserção das teleconsultas especializadas como ação de saúde a ser acompanhada e ofertada pela rede de atenção primária à saúde, tanto no tocante a reformulação no processo de trabalho, competências e responsabilidades, quanto na forma do seu financiamento e custeio.

¹³¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.604 de 18 de outubro de 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde>. Acesso em 15 de dezembro de 2023.

4 A TELECONSULTA ESPECIALIZADA NO MUNICÍPIO DE ARACAJU

Será abordada neste capítulo a organização e conformação das redes de atenção primária e especializada à saúde no âmbito do SUS Aracaju, bem como as suas respectivas capacidades operacionais e metas de produção previstas no Plano Municipal de Saúde de Aracaju, para assim ser possível avaliar os impactos assistenciais que a inserção das teleconsultas especializadas na APS promoveram em benefícios da população usuária do sistema público de saúde.

4.1 ASPECTOS ASSISTENCIAIS DO MUNICÍPIO DE ARACAJU: ABRANGÊNCIA DAS REDES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA

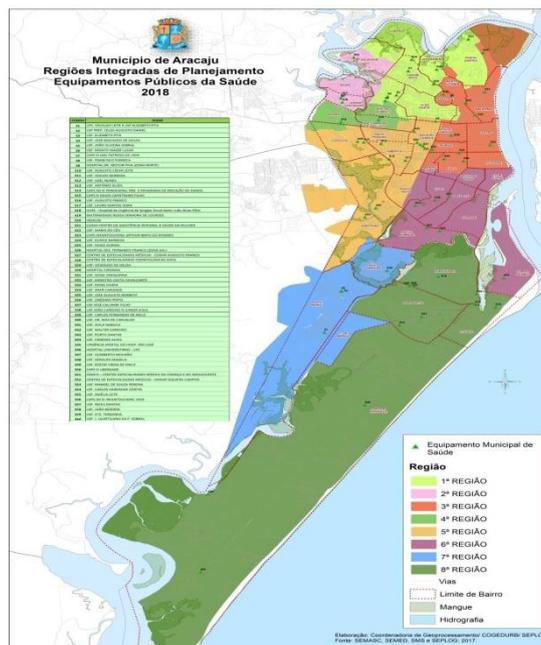
A cidade de Aracaju, recorte espacial da nossa pesquisa, de acordo com o IBGE¹³² possui uma população de 602.757 habitantes, entretanto, segundo as informações extraídas do sistema E-SUS, no ano de 2023 o município possuía um total de 824.099 pessoas cadastradas na Rede de Atenção Básica, o que demonstra um número de usuários do sistema maior que o próprio número de habitantes da cidade.

A Rede de Atenção à Saúde de Aracaju organiza-se por meio de divisões territoriais denominadas Regiões de Saúde, as quais comportam, prioritariamente, os serviços de Atenção Primária à Saúde. Os serviços de Atenção Psicossocial, Ambulatorial Especializada e de Atenção às Urgências e Emergências existentes na rede são referências para as regiões de saúde, não sendo específicas de cada território regional.

Figura 1: Mapa das Regiões de Saúde de Aracaju¹³³

¹³² INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

¹³³ ARACAJU. **Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju**. Coordenadoria de Geoprocessamento – SEPLOG. Regiões Integradas de Planejamento e Equipamentos Públicos de Saúde. 2018.



Considerando a necessidade e a importância do trabalho intersectorial, houve a iniciativa das secretarias municipais unificarem a divisão territorial como base administrativa comum e coerente com os objetivos das diversas áreas (saúde, educação, assistência social etc.), otimizando assim os processos organizativos intersectoriais e de oferta integral de ações e serviços à população aracajuana. Nesta conformação territorial, temos atualmente em Aracaju 08 regiões de saúde, nas quais estão distribuídos os estabelecimentos e equipamentos de saúde que formam a rede assistencial que ofertam as ações e serviços de saúde a população.

Assim, Aracaju além de ser sede de região de saúde, assume ao mesmo tempo o papel de polo estadual para ações e procedimentos de média e alta complexidade em saúde, tornando-o referência regional e estadual para todos os municípios sergipanos.

A cidade vivencia um momento de expansão, em especial na região da zona sul. Nesse sentido, para acompanhar o desenvolvimento e atender às necessidades recentes da população aracajuana, a Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal da Saúde, vem dispendendo esforços constantes para oferecer acesso às ações e serviços públicos de saúde, gratuitos e com qualidade, disponíveis nos equipamentos da atenção primária, secundária, especializada e na sua rede de urgência e emergência para assim atender a demanda assistencial de seus munícipes e dos demais usuários referenciados pelo processo de pactuação interfederativa.

Para fins de delimitar o tema deste estudo e focar na análise da problemática apresentada, necessário se faz delinear o arcabouço estrutural e assistencial das redes de atenção primária e especializada no âmbito do SUS Aracaju conforme previsão do Plano Municipal de

Saúde de Aracaju para os exercícios 2022-2025¹³⁴, o que será abordado nos parágrafos seguintes.

A Rede de Atenção Primária à Saúde (REAP) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, seguindo os princípios de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário, na busca de atender as necessidades e expectativas de usuários, aumentar a qualidade do cuidado e atuar no diagnóstico precoce.

As unidades básicas de saúde são as portas de entrada preferenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem por finalidade oferecer o primeiro contato às pessoas quando procuram o atendimento de saúde. Devem trabalhar com acolhimento das necessidades de saúde, inclusive no território, por meio das equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e demais profissionais de saúde da Atenção Primária.

Os serviços de saúde ofertados pelas unidades básicas de saúde no âmbito do SUS Aracaju, de maneira geral compreendem¹³⁵:

- Consultas: médicas, de enfermagem e odontológicas. Tem-se também, em cada UBS, acolhimento dos usuários pelos assistentes sociais que, embora não façam parte da conformação mínima da Equipe de Saúde da Família, desempenham um papel de suma importância na Estratégia;
- Unidades Produtivas: compostas por ofertas de procedimentos como inalações, injeções, curativos, vacinas e coleta de exames laboratoriais. Nas UBS existem também salas de observação para atendimento de casos agudos ou de demanda espontânea que necessitem de atendimento imediato;
- Referências: a partir dos atendimentos e condutas dos profissionais das UBS, há uma estação informatizada de marcação de consultas especializadas, exames laboratoriais e de diagnóstico, localizada na recepção, a qual gerencia a liberação das vagas para os usuários vinculados àquelas UBS pelo Núcleo de Controle, Avaliação e Regulação – NUCAR, este localizado na sede da

¹³⁴ ARACAJU. **Plano Municipal da Saúde de Aracaju 2022-2025: proteger a vida e cuidar da cidade.** Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju. Aracaju; 2022.

¹³⁵ ARACAJU. **Plano Municipal da Saúde de Aracaju 2022-2025: proteger a vida e cuidar da cidade.** Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju. Aracaju; 2022.

Secretaria Municipal da Saúde;

- Assistência Farmacêutica Básica: Considerando a Relação Municipal de Medicamentos, há, nas UBS de Aracaju, farmácias básicas que dispensam medicamentos e alguns insumos sob exigência de prescrição médica ou odontológica.
- Educação em Saúde: Tanto no âmbito territorial quanto no próprio espaço das UBS há uma proposta de ação coletiva, espaços para o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço sobre temas de relevância para a saúde individual e coletiva, como por exemplo, aqueles voltados para doenças crônicas (diabetes, hipertensão arterial, obesidade...), doenças infectocontagiosas (tuberculose, influenza, sífilis, hepatite, AIDS...), cuidado com o corpo, a mente e o bem-estar biopsicossocial, temas relacionados às principais doenças e agravos que são abordados principalmente em datas ou meses específicos, a exemplo do Setembro Amarelo – foco na prevenção de depressão e suicídio, Outubro Rosa – foco na prevenção e detecção precoce do Câncer de Mama, Novembro Azul – foco na atenção à saúde do homem etc.

Na Rede de Atenção Primária, são atualmente 45 Unidades Básicas de Saúde, onde compartilham 141 equipes de saúde da família e 77 equipes de saúde bucal, além das equipes de referência e de apoio, dos profissionais administrativos, limpeza, segurança, etc. As ações acontecem de maneira integrada e compartilhada com a Atenção Básica, e quando necessário com os demais centros de atenção em Saúde, Assistência e Segurança (CAPS, Urgências, CREAS, entre outros).

Há de se observar que da composição da rede de atenção primária não se pode constatar a presença de estrutura física ou mesmo de corpo clínico apto a garantir a disponibilidade de consultas especializadas dentro da própria unidade de saúde, sendo estas referenciadas através do Núcleo de Controle, Avaliação e Regulação localizado na sede da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju. Sendo assim, os usuários após a avaliação e encaminhamento pelo médico da família, buscam a recepção da unidade de saúde e aguardam a futura marcação e disponibilidade da consulta especializada a ser realizada na estrutura da REAE.

Por outro lado, a Rede de Atenção Especializada à Saúde (REAE) é composta por dois grandes centros. O Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR) Siqueira Campos, este sendo um complexo com diversos serviços, e o Centro de Especialidade Médicas de

Aracaju (CEMAR) Augusto Franco, que abrange o ambulatório geral, com serviços de atenção especializada em oftalmologia, cardiologia, neurologia dentre outras, além do Centro de Especialidade Odontológica (CEO). Os pacientes que são atendidos na REAE são advindos das Unidades Básicas de Saúde da capital e dos demais municípios sergipanos e são acompanhados por médicos especialistas, além de, em alguns casos, serem acompanhados por equipes multiprofissionais, que especificam os tratamentos adequados as necessidades de saúde de cada usuário.

A Rede de Atenção Especializada à Saúde oferta os seguintes serviços¹³⁶:

- Ambulatório de Cardiologia: Consulta ambulatorial, Holter, Mapa, Eletrocardiograma e Ecocardiograma (adulto e infantil); Ambulatório de Endocrinologia: atendimento aos pacientes com Diabetes Mellitus do tipo I e II (DM1 e DM2), diabete gestacional e distúrbio endocrinológicos em geral, além de desenvolver o Programa de Glicosímetro e acompanhamento de pé diabético sem lesão;
- Centro de Referência de Tuberculose e Hanseníase: serviço de “porta aberta” (demanda espontânea), atende usuários com tuberculose e hanseníase referenciados de outros serviços quando há dificuldade no diagnóstico, resistência do usuário em aderir ao tratamento, abandono, associação da tuberculose ao HIV, reação alérgica, dentre outras especificidades que demandam maior complexidade para o tratamento;
- Farmácia: dispensa medicamentos e insumos referente a alergia alimentar, glaucoma, osteoporose, Parkinson, multivitaminas para pacientes que fizeram cirurgia bariátrica, tuberculose e hanseníase;
- Centro de Referência em DST/AIDS/CTA: consiste num serviço de “porta aberta” (demanda espontânea) onde realiza os testes para detecção de HIV, sífilis e hepatites B e C;
- Ambulatório Geral: com 12 especialidades médicas: alergia/Imunológica, psiquiatria, cirurgião plástico, dermatologista, mastologista, proctologista, urologista, cirurgião geral, cirurgião vascular, pneumologia, ortopedia,

¹³⁶ ARACAJU. **Plano Municipal da Saúde de Aracaju 2022-2025: proteger a vida e cuidar da cidade.** Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju. Aracaju; 2022.

neurologia;

- Ambulatório de Feridas: acolhidos pacientes com pé diabético por enfermeiros e encaminhados aos cirurgiões vasculares do próprio ambulatório;
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: possui os serviços de Laboratório de Patologia Clínica, Serviço de Ultrassonografia (USG Transvaginal, USG Mamária, USG Abdominal Total, USG de Articulação, USG Bolsa Escrotal, USG de Tireóide e SCAN Duplex Venoso e Arterial), Eletroencefalograma, Serviço de Saúde Auditiva (avaliação audiológica básica e atendimento fototerápico) e Programa Mamãe Coruja com pré-natal de alto risco.
- Unidade Municipal de Cirurgia Ambulatorial: realiza cirurgias nas especialidades de urologia, abarcando procedimentos de postectomia, dilatação uretral, liberação de freio hálano prepucial, cateterismo uretral, eletrocoagulação de condilomas, exérese de cistos, biópsia de pênis, etc.
- Cirurgia Geral: Exérese de nevus, lipomas, cistos sebácios, extração de unha, biópsia de pele, retirada de corpo estranho, exérese de calo, fibromas moles, ceratose, exérese de cravo plantar, verrugas vulgaris, etc.;
- Mastologia: Exérese de nódulos de mama, biópsias de mama.
- Cirurgia Plástica: Exérese de tumor de face, plástica de lóbulo de orelha, exérese de nevus, ceratoses, quelóides, fibroma mole, plástica de orelhas de abano, etc.
- Dermatologia: Biópsia de pele para hanseníase.
- Cabeça e Pescoço: Biópsia de linfonodos, exérese de tumores de face e pescoço, exérese de lipomas, nevus, cistos em face e pescoço, biópsia de língua, biópsia de palatos, etc.;
- Alergista: testes alérgicos monitorados;
- Reabilitação Intelectual e Físico Motora – CER II: situado no Complexo CEMAR Siqueira Campos e faz parte da Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência – Rede Viver Sem Limites – tem a missão de prestar assistência de excelência e referência aos usuários que necessitam de intervenção e/ou

abordagem nas áreas de reabilitação da deficiência física e intelectual mediante cuidado com equipe multiprofissional e interdisciplinar (Fisioterapia Neurológica Adulto e Pediátrica; Fisioterapia Ortopédica; Terapia Ocupacional Adulto e Infantil; Fonoaudiologia Adulto e Infantil; Assistência Social, Psicologia, Nutrição e Enfermagem);

- Centro de Especialidades Médicas da Criança e do Adolescente: Oferece assistência multidisciplinar no nível de média complexidade, com ações curativas e de reabilitação, em 11 especialidades médicas para a criança, a saber: cardiologia, alergia/Imunológica, gastroenterologia, pneumologia, cirurgia pediátrica, ortopedia, otorrinolaringologia, homeopatia, endocrinologia, neurologia, neonatologia, bem como a prestação dos serviços de enfermagem, nutrição, serviço social, fonoaudiologia, psicologia e psicopedagogia. O serviço também oferece consultas e os procedimentos de bota gessada e identificação de deficiências ou anomalias genéticas;
- Centro de Especialidades Odontológicas – CEO: O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica. Aracaju tem 01 CEO tipo III e atende às demandas especializadas da Saúde Bucal que não exijam sedação, além de integrar a Rede Viver Sem Limites para atenção às pessoas com deficiência. Os procedimentos realizados no CEO são: Periodontia, Endodontia, Cirurgia Buco-Maxila-Facial, Radiologia, Atendimento a Pessoas com deficiência, Prótese e Odontopediatria.
- Programas: Glaucoma (com oferta de consulta em oftalmologia e dispensação de medicamentos) e Tabagismo (com oferta de consulta em pneumologia, nutrição, enfermagem, psicologia e dispensação de medicamentos).

Os desafios para a Rede de Atenção Especializada, tão complexa no que tange à oferta de serviços e procedimentos, está principalmente na integração com as outras redes, incremento nos processos de referência e contrarreferência e também na educação permanente dos trabalhadores. É fundamental que esteja inserida num contexto de padronização,

desenvolvimento de protocolos e fluxos que possam otimizar a relação entre oferta e demanda¹³⁷.

Como se pode observar, as consultas especializadas são oferecidas à população de acordo com os programas existentes e em consonância com a infraestrutura disponível dentro da própria REAE, não se valendo da otimização da estrutura e quadro clínico da Rede de Atenção Primária, na medida em que este é utilizada apenas como porta de entrada referenciando os serviços especializados.

4.2 A INSERÇÃO DA TELECONSULTA ESPECIALIZADA NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS ARACAJU: GARANTIA DE ACESSO E HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

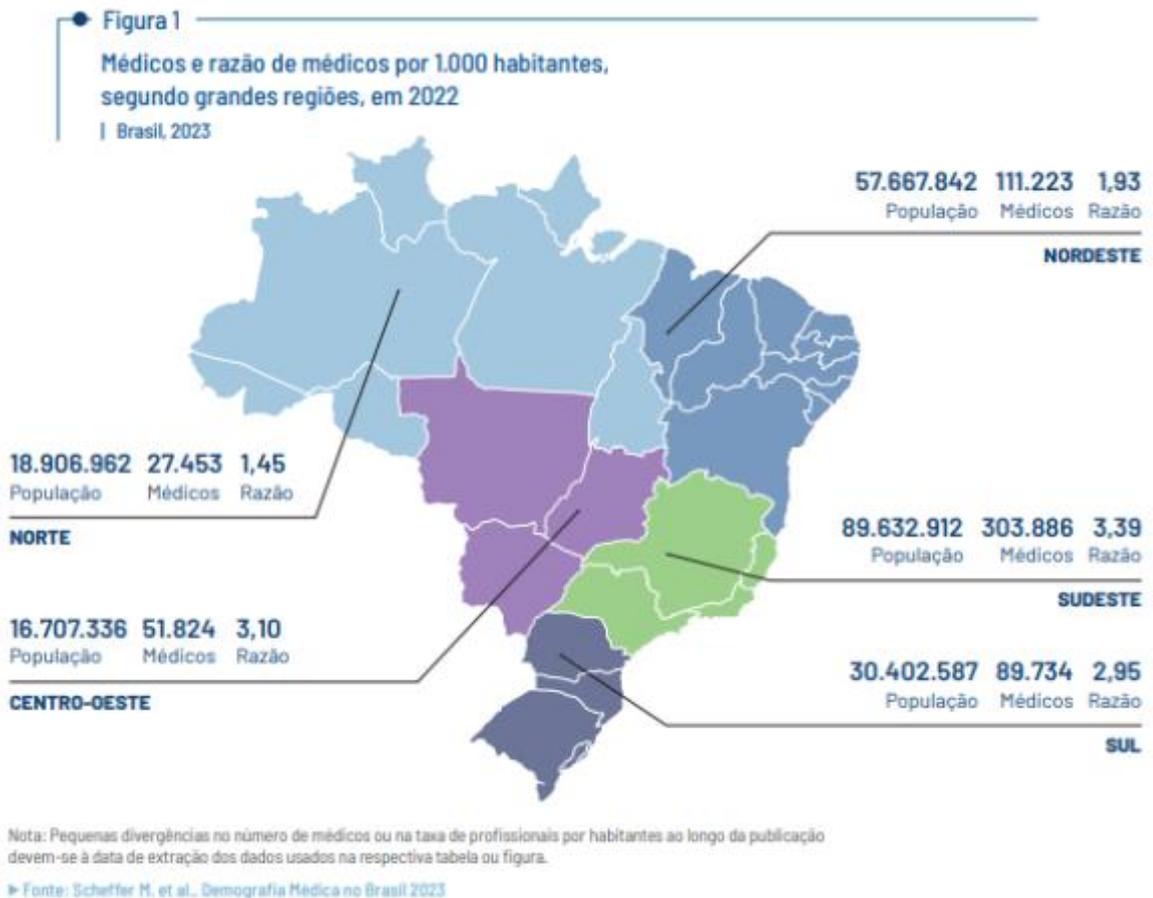
Um estudo coordenado pelo pesquisador Mário Scheffer¹³⁸, integrante da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo como corte temporal o mês de junho de 2022, constatou que o Brasil possuía um total de 514.215 médicos com uma razão de 2,41 para a proporção de 1.000 habitantes, entretanto, essa proporção ainda era mais agravante quando se verificava o fenômeno da dispersão regional.

Figura 2: Médicos e razão por 1.000 habitantes, segundo grandes regiões, em 2022¹³⁹.

¹³⁷ ARACAJU. **Plano Municipal da Saúde de Aracaju 2022-2025: proteger a vida e cuidar da cidade**. Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju. Aracaju; 2022.

¹³⁸ SCHEFFER, M. et. al. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP, AMB, 2023.

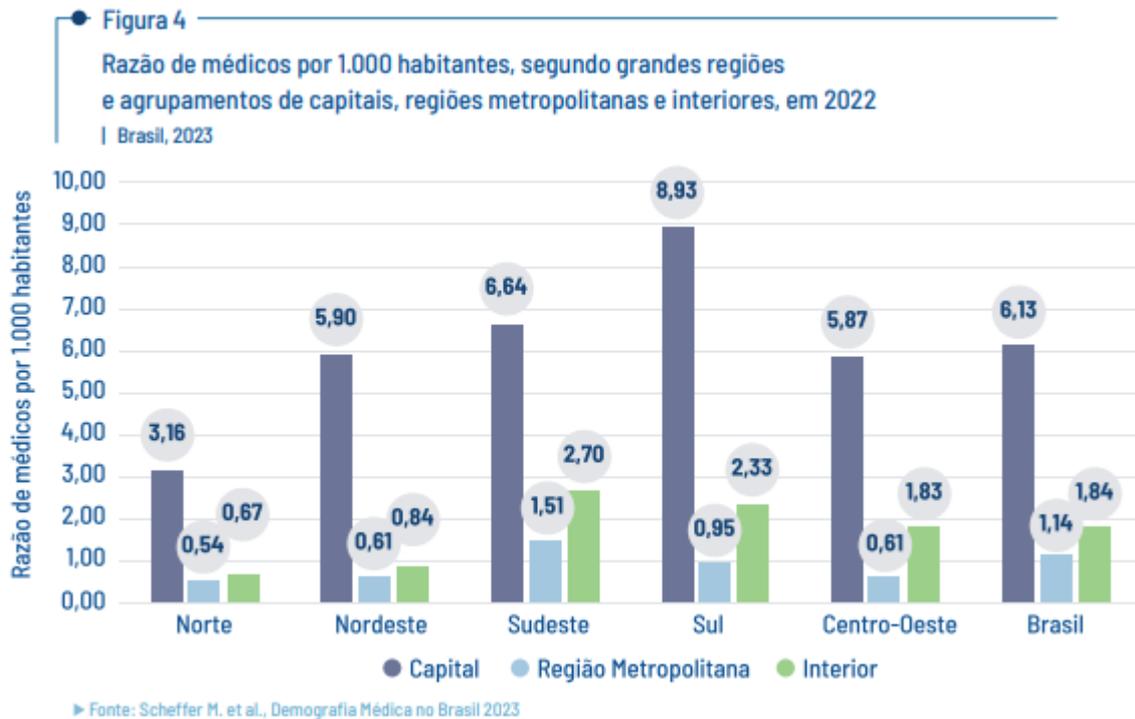
¹³⁹ SCHEFFER, M. et. al. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP, AMB, 2023.



Como se pode observar da figura acima, a região norte do país é a que menos possui médicos em proporção a quantidade de habitantes, alcançando a razão de apenas 1,45 médicos para cada grupo de 1.000 habitantes. Em segundo lugar no ranking de baixa proporção está a região nordeste com razão de 1,93 médicos para cada grupo de 1.000 habitantes, portanto, muito abaixo da razão nacional que chega a 2,41. Por outro lado, região como a sudeste alcança a razão de 3,39 médicos para cada grupo de 1.000 habitantes, informação que demonstra a concentração do corpo médico em determinados centros geográficos do país, sendo esta uma situação de relevante gravidade na medida em que reflete a insuficiência de profissionais aptos ao exercício da medicina para atender a demanda de usuários de saúde.

Essa distribuição regional e a proporção de médicos por habitantes fica ainda mais preocupante quando se analisa grandes centros urbanos e regiões remotas ou interiorizadas do país, conforme se pode ver da figura a seguir:

Figura 3: Razão de médicos por 1000 habitantes, segundo grandes regiões e agrupamentos de capitais, regiões metropolitanas e interiores, em 2022¹⁴⁰.



Pode-se observar que a exemplo da região nordeste, a concentração de médicos nas regiões interioranas chega à razão de 0,84 profissionais médicos para cada grupo de 1000 habitantes, enquanto que as capitais concentram uma razão maior de profissionais, em especial pela relevância política, social e econômica da região.

No tocante a razão de médicos das capitais nacionais, a pesquisa constatou a capital Vitória, com a maior razão de 14,49 médicos para cada grupo de 1000 habitantes e a menor razão a capital de Macapá com 2,12 médicos para cada grupo de 1000 habitantes. No caso da capital Aracaju, foco do nosso estudo, ficou demonstrada a de 5,58 médicos para cada grupo de 1000 habitantes, conforme se vê da figura a seguir:

Figura 4: Razão de médicos por 1.000 habitantes, segundo capitais, em 2022¹⁴¹.

¹⁴⁰ SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP, AMB, 2023.

¹⁴¹ SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP, AMB, 2023.

● Quadro 1

Razão de médicos por 1.000 habitantes, segundo capitais, em 2022

| Brasil, 2023

Mais de 6 médicos por 1.000 habitantes		De 4 a 6 médicos por 1.000 habitantes		Abaixo de 4 médicos por 1.000 habitantes	
Vitória	14,49	Natal	5,84	Porto Velho	3,58
Florianópolis	12,21	Distrito Federal	5,53	Manaus	2,39
Porto Alegre	10,24	São Luís	5,35	Boa Vista	2,32
Fortaleza	8,89	Salvador	5,30	Rio Branco	2,25
Belo Horizonte	8,63	Piauí	5,28	Macapá	2,12
João Pessoa	8,30	Palmas	4,96		
Goiânia	7,89	Maceió	4,86		
Curitiba	7,08	Fortaleza	4,66		
Aracaju	6,58	Belém	4,64		
São Paulo	6,30	Campo Grande	4,62		
Cuiabá	6,24				
Rio de Janeiro	6,10				

► Fonte: Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2023

Vale salientar que apesar da razão de médicos por habitantes da capital Aracaju estar acima da média nacional, este índice não afasta a realidade local de insuficiência de profissionais médicos especialistas, seja pela dificuldade de formação destes profissionais na região, seja por ser Aracaju uma cidade de referência e polo tecnológico para atender os cuidados de média e alta complexidade dos demais municípios do Estado de Sergipe. Veja a comparação dos índices do estado de Sergipe com a capital Aracaju:

Figura 5: Comparação Sergipe x Aracaju – número dos médicos generalista e especialistas por grupo de 1000 habitantes.¹⁴²

¹⁴² Idem.



A figura a seguir demonstra em números o quantitativo de médicos por especialidade no território do Estado de Sergipe:

Figura 6: Quantitativo de médicos especialistas no Estado de Sergipe¹⁴³

MÉDICOS ESPECIALISTAS NO ESTADO					
Acupuntura	46	Endoscopia	37	Nefrologia	49
Alergia e Imunologia	26	Gastroenterologia	70	Neurocirurgia	33
Anestesiologia	297	Genética Médica	4	Neurologia	55
Angiologia	22	Geriatria	21	Nutrologia	15
Cardiologia	187	Ginecologia e Obstetrícia	352	Oftalmologia	142
Cirurgia Cardiovascular	11	Hematologia e Hemoterapia	25	Oncologia Clínica	55
Cirurgia da Mão	8	Homeopatia	27	Ortopedia e Traumatologia	148
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	17	Infectologia	43	Otorrinolaringologia	59
Cirurgia do Aparelho Digestivo	25	Mastologia	31	Patologia	46
Cirurgia Geral	359	Medicina de Emergência	1	Patologia Clínica/ Medicina Laboratorial	26
Cirurgia Oncológica	16	Medicina de Família e Comunidade	71	Pediatria	439
Cirurgia Pediátrica	19	Medicina do Trabalho	226	Pneumologia	40
Cirurgia Plástica	54	Medicina de Tráfego	78	Psiquiatria	85
Cirurgia Torácica	12	Medicina Esportiva	7	Radiologia e Diagnóstico por Imagem	129
Cirurgia Vascular	62	Medicina Física e Reabilitação	11	Radioterapia	11
Clínica Médica	521	Medicina Intensiva	55	Reumatologia	25
Coloproctologia	26	Medicina Legal e Perícia Médica	28	Urologia	51
Dermatologia	78	Medicina Nuclear	8		
Endocrinologia e Metabologia	72	Medicina Preventiva e Social	26		

Ao analisar o número de consultas realizadas pelo Sistema Único de Saúde, a pesquisa constatou que o número de consultas médicas realizadas pelo SUS no ano de 2019, segundo

¹⁴³ SCHEFFER, M. et. al. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP, AMB, 2023.

dados administrativos do SIA/SUS (482,6 milhões), correspondeu a 2,29 por habitante/ano, entretanto, esclarece que o indicador varia bastante no território brasileiro, chegando a região norte a razão de 1,6 e a região nordeste a razão de 1,93 consultas por habitante/ano¹⁴⁴.

A dificuldade de realização de consultas especializadas e o quantitativo insuficiente para atender as demandas de saúde da população, ensejou que a Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju inserisse no Plano Municipal de Saúde ações e diretrizes específicas para aumentar o número de consultas especializadas, conforme se vê do objetivo 1.3 (implantar linhas de cuidados), objetivo nº. 2.3 (reduzir o tempo de espera de consultas e exames especializados) todos inseridos no referido plano de saúde¹⁴⁵.

O plano de saúde demonstra a insuficiência de profissionais em diversas especialidades, destacando o tempo médio de espera do usuário em dias para realização de consultas especializadas a exemplo de oftalmologia (360 dias), psiquiatria (320 dias), cardiologia (330 dias), endocrinologia (450 dias), ultrassonografia (750 dias), dentre outras¹⁴⁶, situação que exigiu medidas administrativas para reduzir o tempo de espera dos usuários e assim atingir as metas constantes do plano municipal de saúde com a garantia da ampliação da oferta dos serviços.

Com o objetivo de aumentar o número de consultas especializadas disponibilizadas para a população e otimizar a utilização da infraestrutura já existente de forma regionalizada na Atenção Primária à Saúde, a Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju firmou na data de 20 de janeiro de 2023 o contrato de prestação de serviços nº. 009/2023 com a empresa TOPMED Assistência a Saúde Ltda., documento acostado ao Anexo II deste estudo, cujo objeto é a prestação de serviços de telemedicina através da disponibilização mensal de 2.200 (duas mil e duzentas) consultas médicas com especialistas por videoconferência.

O termo de referência que especifica o serviço a ser prestado e vincula o contrato firmado, também anexado a este estudo (Anexo III), dispõe a obrigatoriedade da empresa contratada em disponibilizar os equipamentos de informática necessários a realização das consultas em todas as unidades de saúde constantes da Atenção Primária no âmbito do SUS Aracaju, incluindo sistema de informática e médico especialista na realização da consulta. Dentre as especialidades previstas estão: psiquiatria, endocrinologia, cardiologia, reumatologia,

¹⁴⁴ SCHEFFER, M. et. al. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP, AMB, 2023.

¹⁴⁵ ARACAJU. **Plano Municipal da Saúde de Aracaju 2022-2025: proteger a vida e cuidar da cidade**. Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju. Aracaju; 2022.

¹⁴⁶ Idem.

neurologia pediátrica, neurologia, urologia, gastroenterologia, nefrologia, hematologia, dentre outras.

De acordo com as especificações técnicas do contrato, após o encaminhamento feito pelo médico de saúde da família, o usuário de saúde tem a faculdade de escolher a forma do seu atendimento, seja ele telepresencial a ser atendido em prazo reduzido e no ambiente da própria unidade de saúde da família ou aguardar o agendamento da consulta presencial a ser realizada na estrutura da rede de atenção especializada à saúde. Em sendo o atendimento por videoconferência, o agendamento da consulta especializada será realizado com antecedência mínima de 15 dias, sendo a agenda de profissionais disponibilizada pela empresa contratada com 60 dias de antecedência.

Há de se observar que a estrutura tecnológica disponibilizada pela empresa contratada em cada unidade de saúde resume-se a uma webcam, um microfone, uma caixa de som usb e um headset, além do sistema de videoconferência, cabendo ao município disponibilizar um computador e uma sala de consultório para realização das consultas.

Observa-se assim que não foi realizado grande investimento em infraestrutura, sendo otimizado o espaço e equipamentos da própria atenção primária à saúde, inclusive, no tocante a participação dos profissionais de saúde vinculados à APS, em especial a equipe de enfermagem da própria unidade de saúde, que acompanham o paciente no momento da consulta, auxiliando no uso da ferramenta e realizando a interlocução com o profissional médico acerca das condições de saúde do usuário.

O modelo de contratação utilizado pelo Município de Aracaju pode ser assim caracterizado como ferramenta para garantia do princípio bioético da justiça e o princípio do SUS da equidade, na medida em que otimiza a estrutura do sistema único de saúde, reduzindo custos e ampliando oferta de serviços essenciais, os quais na região de Aracaju não poderiam ser prestados diretamente de forma presencial pela insuficiência de profissionais no mercado de trabalho.

Da mesma forma, a referida contratação além de respeitar o princípio bioético da autonomia, na medida em que o paciente tem a possibilidade de escolha entre a forma de realização da sua consulta especializada, também garante o princípio bioético da beneficência e resguarda a dignidade do usuário, viabilizando um atendimento humanizado com tempo de resposta curto apto a conhecer de forma precoce as necessidades de saúde do indivíduo.

Para coletar dados oficiais acerca do número de consultas especializadas que foram realizadas durante o primeiro ano de vigência do contrato nº. 009/2023, fora solicitado por este pesquisador a Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju, através da Coordenação de Inovação e Gestão Estratégica, informações acerca do número de teleconsultas realizadas e não realizadas mesmo quando agendadas pela municipalidade, bem como o motivo da não realização, documento formalizado através do Memorando nº. 114.507/2023 e acostado ao Anexo I deste estudo.

Diante das informações prestadas pela Secretaria Municipal da Saúde, observa-se que apesar da assinatura do contrato ter ocorrido em 20 de janeiro de 2023, a empresa a após o período de mobilização da infraestrutura e capacitação das equipes iniciou a realizar as consultas especialidades por videoconferência a partir do mês de março de 2023, tendo evoluído o número de consultas conforme os gráficos abaixo:

Gráfico 1: Percentual de teleconsultas em março de 2023.

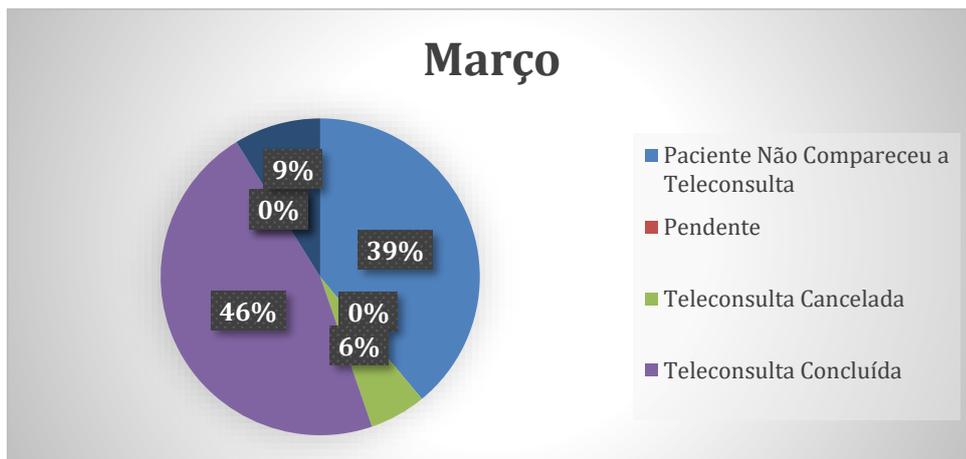


Gráfico 2: Percentual de teleconsultas em abril de 2023.

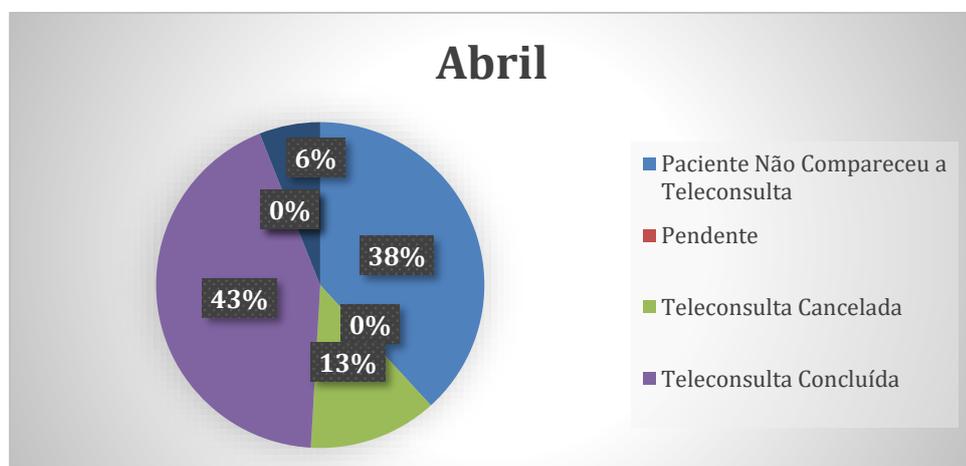


Gráfico 3: Percentual de teleconsultas em maio de 2023.

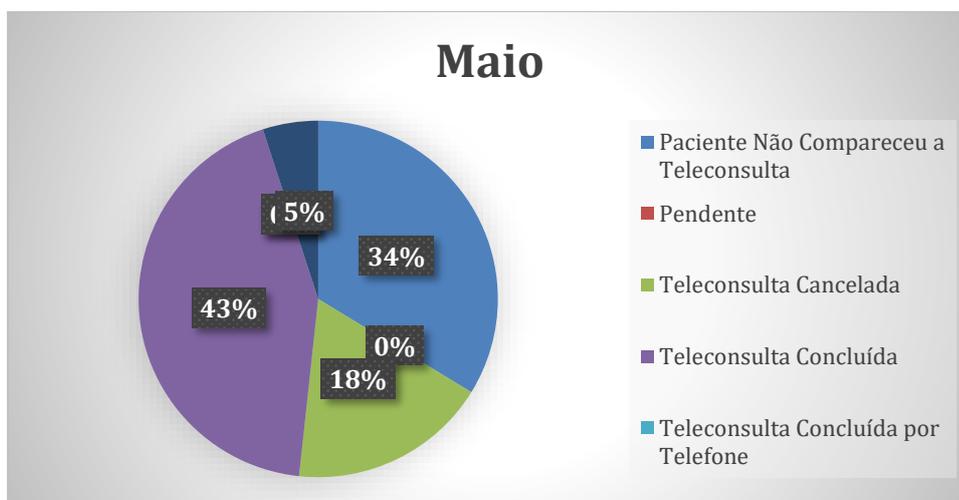
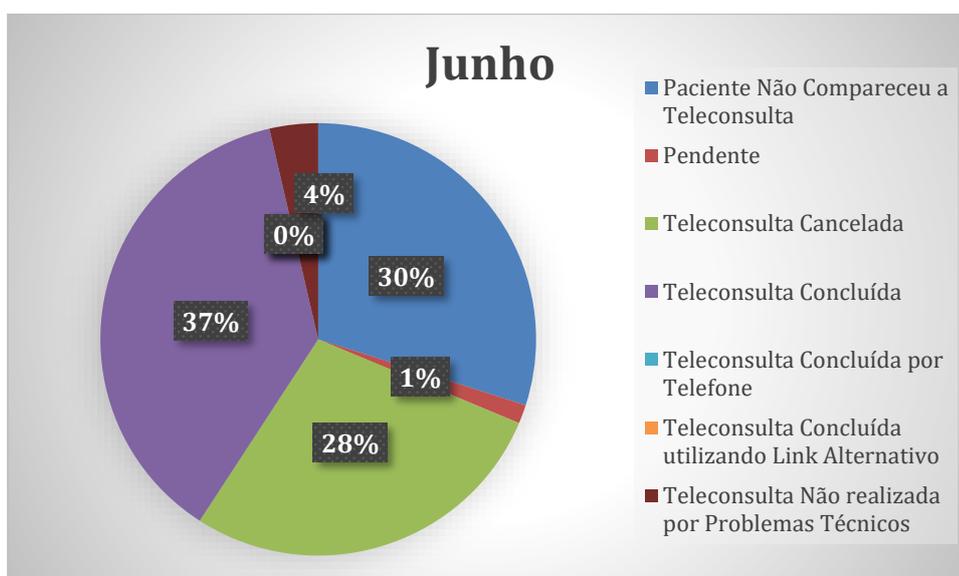


Gráfico 4: Percentual de teleconsultas em junho de 2023.



A partir dos gráficos apresentados acima, estes relacionados apenas aos primeiros quatro meses de início da disponibilização de teleconsultas, pode-se observar que o número de absenteísmo por parte dos pacientes agendados vem diminuindo, redução de 39% para 30% do total de consultas agendadas. Essa redução demonstra o crescimento da confiabilidade dos usuários a nova proposta assistencial.

Por outro lado, o número de consultas concluída neste mesmo período reduziu de 46% para 37%, passando a constar no gráfico relativo ao mês de junho um novo índice acerca da quantidade de consultas não realizadas por problemas técnicos, bem como o acréscimo de consultas canceladas pela contratada que também subiu de 6% para 28%, situação esta relacionada a disponibilidade e alteração da agenda médica pela empresa prestadora.

Medidas de gestão contratual foram realizadas pela Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju com o objetivo de aumentar o número de consultas especializadas concluídas, reduzindo assim o absenteísmo e o cancelamento de consultas previamente agendadas, considerando tais medidas indispensáveis para o incremento da qualidade do sistema e a confiabilidade do modelo telepresencial pelos usuários de saúde.

Ao avaliar os dados relativos aos três últimos meses do exercício de 2023, já se observa uma mudança no perfil assistencial das teleconsultas especializadas realizadas na atenção primária:

Gráfico 5: Percentual de teleconsultas em outubro de 2023.

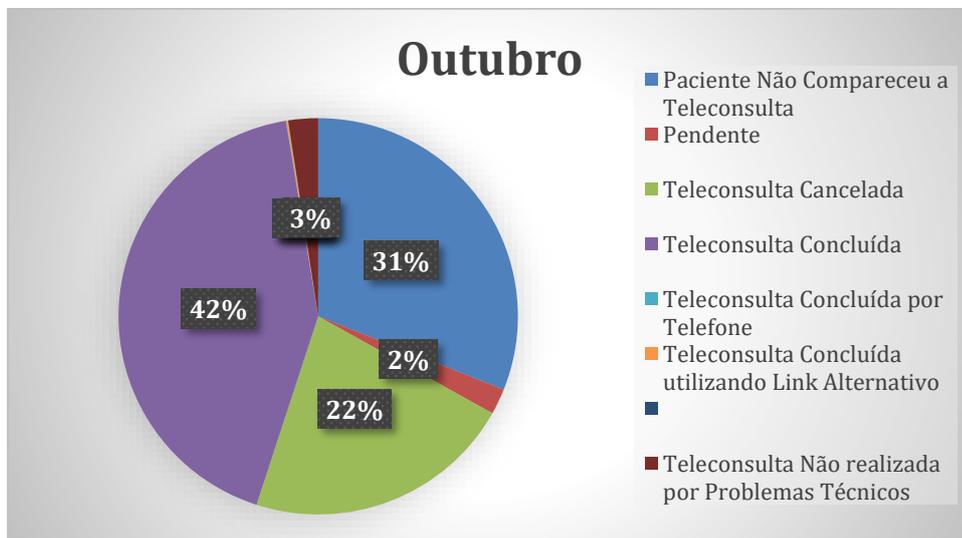


Gráfico 6: Percentual de teleconsultas em novembro de 2023.

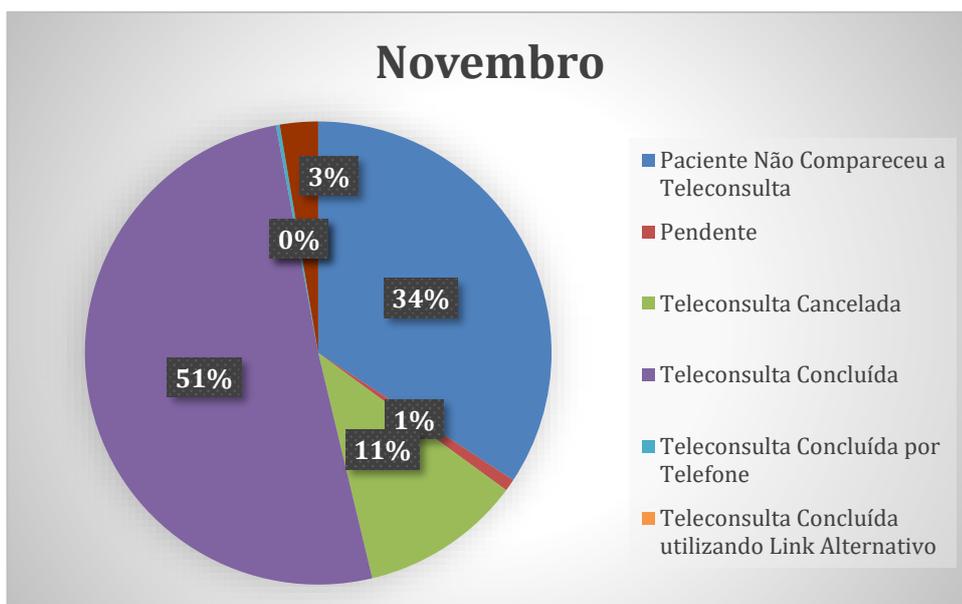
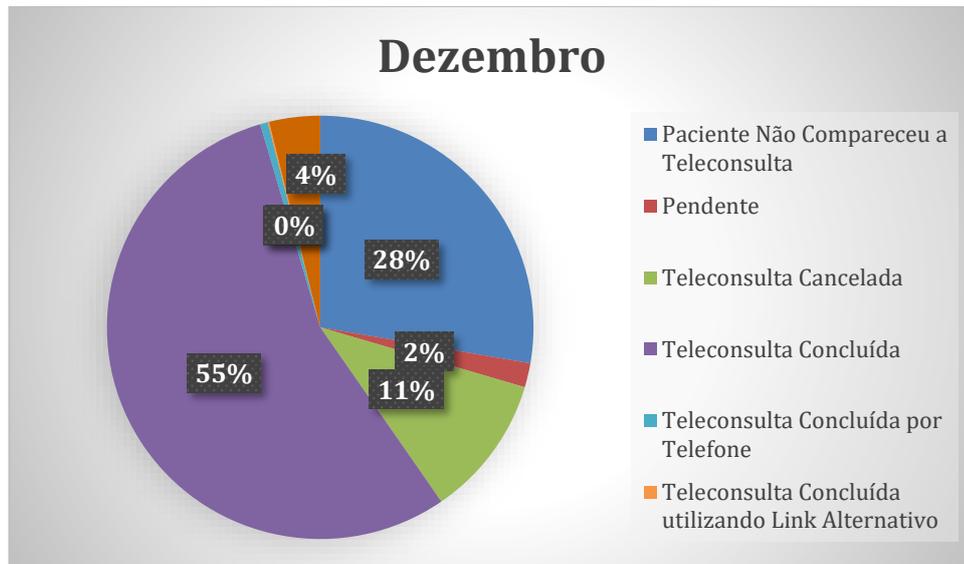
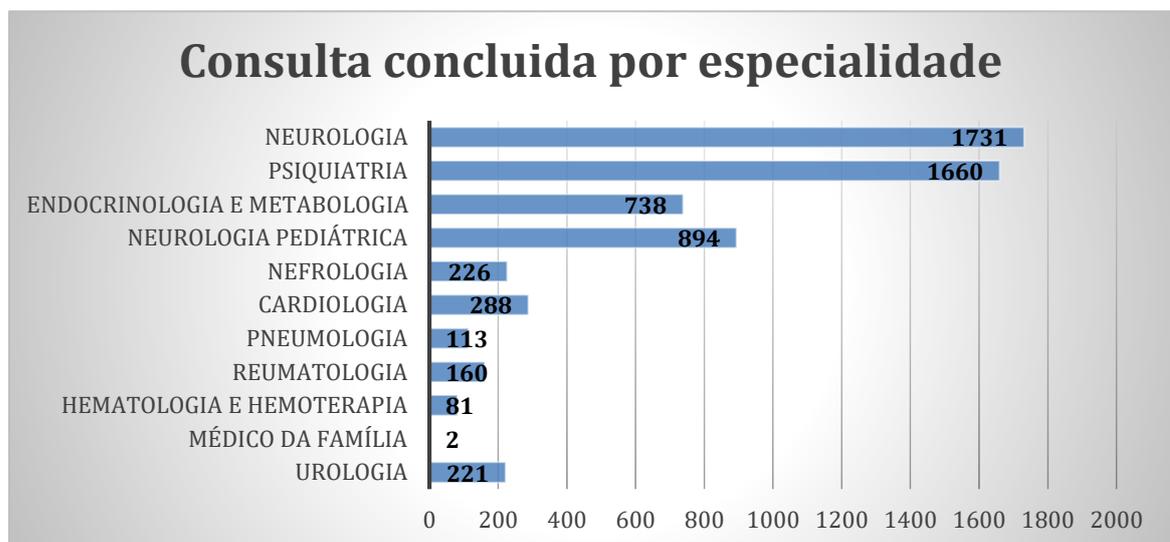


Gráfico 7: Percentual de teleconsultas em dezembro de 2023.



Como se vê nos gráficos acima, nos três últimos meses do ano de 2023, o percentual de consultas concluídas, dentre todas aquelas agendadas, subiu de 42% para 55%, enquanto que o número de consultas canceladas vem reduzindo desde o início do contrato e chegou ao percentual de 11%. Esses números demonstram, em que pese o curto espaço de tempo de oferta das teleconsultas na rede de atenção primária de Aracaju, que o número de consulta concluídas vem aumentando com o tempo, situação que garante o acréscimo da oferta em favor de toda a população usuária do SUS, reduzindo assim o tempo de espera para o atendimento especializado e preservando um acolhimento humanizado e digno para aqueles que necessitam do sistema público de saúde.

Gráfico 8: Número de teleconsultas por especialidade médica (mar/dez 2023).



A partir dos gráficos acima pode-se constatar o real benefício que o novo serviço de teleconsultas especializadas inserido na atenção primária do SUS Aracaju ensejou para os usuários do sistema público de saúde, proporcionando assim a garantia do acesso a serviços de saúde especializado, a redução do tempo de espera para realização das consultas com médicos especialistas, evitando o deslocamento do usuário para outros serviços de saúde, na medida em que as consultas são realizadas na própria unidade de saúde que o usuário é cadastrado.

Neste sentido, a teleconsulta especializada na modalidade ofertada pela Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju no âmbito de todas as unidades de saúde da atenção primária pode ser considerada como uma política de saúde, esta entendida como uma forma democrática de exercício de poder para efetivação de direitos¹⁴⁷, apta a garantir o acesso aos serviços especializados, pois aumenta a oferta de consultas em especialidades que na realidade local existe demanda reprimida de usuários com filas de espera significativas, como também viabiliza um acolhimento humanizado do cidadão, respeitando a sua autonomia de escolha na forma de condução do seu tratamento, utilizando a tecnologia para reduzir tempo de espera e acelerar o tratamento com reconhecimento precoce das necessidades de saúde do indivíduo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

¹⁴⁷ FILHO, Rodolfo Pamplona, et al. **Políticas Públicas: elementos para uma teoria geral**. Leme-SP: Mizuno, 2024.

Para tecer as considerações finais do presente estudo há de se resgatar a problemática central da pesquisa, qual seja, avaliar a adequação da inserção das teleconsultas especializadas na Atenção Primária do SUS no Município de Aracaju com os princípios bioéticos da justiça e da beneficência e com as políticas nacionais da atenção básica e especializada regulamentadas pelo Ministério da Saúde.

Na busca de resolver a problemática apresentada, foi proposto como primeiro objetivo da pesquisa, a reflexão acerca dos princípios da bioética e os seus reflexos para garantia de um acolhimento humanizado do usuário do SUS com a inserção das teleconsultas especializadas na rede de atenção primária à saúde.

Neste sentido, observou-se que os princípios bioéticos da justiça e da beneficência se relacionam aos princípios constitutivos e norteadores do Sistema Único de Saúde, em especial os princípios da universalidade, equidade e integralidade, influenciando, portanto, na conformação das políticas de saúde e nas práticas de cuidado.

O segundo capítulo deste trabalho alcançou o referido objetivo, na medida em que se reconheceu que a implementação da telemedicina no sistema público de saúde oferece uma gama de benefícios, tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes, contribuindo para a eficácia e eficiência dos serviços prestados, pois o uso da tecnologia numa abordagem inovadora não apenas aumenta a acessibilidade, mas também fortalece a capacidade do sistema de atender às necessidades diversificadas da população sendo, portanto, legitimada pelos princípios do SUS e da Bioética.

E portanto, existe perfeita adequação da inserção das teleconsultas especializadas na atenção primária com a base principiológica da Bioética e do Sistema Único de Saúde, sendo esta ação capaz de garantir o acesso aos serviços de saúde em favor dos usuários, considerando a sua vulnerabilidade e garantindo um acolhimento humanizado que respeita a sua dignidade.

Como segundo objetivo proposta da pesquisa, tornou-se necessário analisar a adequação da teleconsulta especializada na atenção primária com os princípios da Bioética e as políticas sanitárias da atenção básica e especializada regulamentadas pelo SUS.

Neste ponto, o terceiro capítulo alcançou o referido objetivo pois demonstrou que a inserção das teleconsultas especializadas na rede de atenção primária à saúde está em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, seja pela garantia do acesso ao serviço, logo

na porta de entrada do sistema, reduzindo o tempo de espera e desafogando a estrutura da rede especializada, otimizando assim os recursos existentes em prol do incremento da qualidade assistencial e do respeito à dignidade do usuário assistido.

Entretanto, pôde-se observar que apesar da existência e regulamentação de modelos de atenção à saúde distintos, a exemplo das redes de atenção primária e especializada à saúde, não existe ato normativo no âmbito federal que discipline a efetiva integração das consultas especializadas na estrutura física das próprias unidades básicas de saúde, de forma a definir a atribuição integrada dos membros da equipe de saúde da família com os profissionais médicos especialistas que podem realizar as teleconsultas especializadas, nem tampouco se previu até o presente momento financiamento federal próprio para implementação destas ações e para o seu custeio.

Ficou demonstrado neste capítulo que apesar da existência de regulamentação genérica acerca da telessaúde como serviço assegurado no âmbito do SUS, através da Lei nº. 14.510/2022, bem como a regulamentação trazida pela Portaria nº. 1.604/2023 a qual alterou a Política Nacional da Atenção Especializada em Saúde prevendo estratégia e utilização de ferramentas tecnológicas, como no caso das teleconsultas especializadas, resta pendente normatização abrangente e específica acerca da inserção das teleconsultas especializadas como ação de saúde a ser acompanhada e ofertada pela rede de atenção primária à saúde, tanto no tocante a reformulação no processo de trabalho, competências e responsabilidades, quanto na forma do seu financiamento e custeio.

O terceiro objetivo proposto para a pesquisa foi analisar os impactos assistenciais com a inserção da teleconsulta especializada na atenção primária no SUS Aracaju. Assim, foi observado no início do capítulo quarto a organização e conformação das redes de atenção primária e especializada no âmbito do SUS Aracaju.

Evidenciou-se a dificuldade de realização de consultas especializadas e o quantitativo insuficiente para atender as demandas de saúde da população, sendo previsto no Plano Municipal de Saúde ações e diretrizes específicas para aumentar o número de consultas especializadas, pois em algumas especialidades o tempo de espera em dias chegava a 360 (oftalmologia), 320 (psiquiatria), 330 (cardiologia), 450 (endocrinologia) e 750 (ultrassonografia).

Para tanto, com o objetivo de aumentar o número de consultas especializadas disponibilizadas para a população e otimizar a utilização da infraestrutura já existente de forma

regionalizada na Atenção Primária à Saúde, a Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju firmou na data de 20 de janeiro de 2023 o contrato de prestação de serviços nº. 009/2023 (Anexo II), cujo objeto é a prestação de serviços de telemedicina através da disponibilização mensal de 2.200 (duas mil e duzentas) consultas médicas com especialistas por videoconferência.

Foram analisados os dados oficiais coletados junto a Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju, através do memorando nº. 114.507/2023 (Anexo I), acerca do número de teleconsulta especializadas que foram ou não realizadas durante o primeiro ano de vigência do contrato nº. 009/2023 (Anexo II).

Após a coleta, análise e discussão dos dados, ficou constatado o real benefício que o novo serviço de teleconsultas especializadas inserido na atenção primária do SUS Aracaju ensejou para os usuários do sistema público de saúde, proporcionando assim a garantia do acesso a serviços de saúde especializado e a redução do tempo de espera para realização das consultas com médicos especialistas, evitando o deslocamento do usuário para outros serviços de saúde, na medida em que as consultas são realizadas na própria unidade de saúde que o usuário é cadastrado.

Conclui-se portanto, que a teleconsulta especializada na modalidade ofertada pela Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju no âmbito de todas as unidades de saúde da atenção primária pode ser considerada como uma política de saúde apta a garantir o acesso aos serviços especializados, pois aumenta a oferta de consultas em especialidades que na realidade local existe demanda reprimida de usuários com filas de espera significativas, como também viabiliza um acolhimento humanizado do cidadão, respeitando a sua autonomia de escolha na forma de condução do seu tratamento, utilizando a tecnologia para reduzir tempo de espera e acelerar o tratamento com reconhecimento precoce das necessidades de saúde do indivíduo.

Com isso, se finda o presente estudo, deixando na oportunidade o aglomerado de reflexões acerca da importância do acolhimento humanizado em favor dos pacientes assistidos em serviços públicos de saúde, da relevância da incorporação da tecnologia nas práticas de cuidado, aliada ao tratamento adequado dos dados sensíveis transmitidos, a necessidade de estruturação contínua da infraestrutura pública, processos de trabalho e financiamento na saúde pública para garantir o atendimento integral e de qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Cassiane Cominoti. **A intersectorialidade na VII e VIII Conferências Nacionais de Saúde**. Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social, v. 1, n. 1, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/16441>. Acesso em 18 de março de 2023.

AGUIAR, Monica; DA SILVA, Carlos Magno Alves. **O Princípio da beneficência como fundamento à prescrição de medicamentos off label no tratamento da covid-19.** Revista Jurídica, v. 5, n. 62, p. 76-95, 2020. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/4885>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

AMARO CANO, Maria del Carmen; MARRERO LEMUS, Angela; VALENCIA, Maria Luisa; BLANCA CASAS, Siara; MOYNELO, Haymara. **Princípios básicos da Bioética.** Revista Cubana de Enfermagem. 12(1), p.9-32, 1996. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-182956>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

ARACAJU. **Plano Municipal da Saúde de Aracaju 2022-2025: proteger a vida e cuidar da cidade.** Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju. Aracaju; 2022.

ARACAJU. **Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju.** Coordenadoria de Geoprocessamento – SEPLOG. Regiões Integradas de Planejamento e Equipamentos Públicos de Saúde. 2018.

ARAÚJO, Arakén Almeida de; BRITO, Ana Maria de; NOVAES, Moacir de. **Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários?** Revista Bioética. 16(1), v. 117, p.117-123, 2008. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/60. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. **Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS.** Saúde e Sociedade, v. 25, p. 9-18, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>. Acesso em 18 de março de 2023.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº. 1.998/2020.** Autoriza e define a prática da telemedicina em todo o território nacional. Brasília: Câmara dos Deputados, 2020. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node05b4ivlnvbk3z1axjdlgpq6k521352368.node0?codteor=1883996&filename=PL+1998/2020. Acesso em 15 de junho de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº. 06 de 28 de setembro de 2017.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em 20 de abril de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.604 de 18 de outubro de 2023.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde>. Acesso em 15 de dezembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.604, de 18 de outubro de 2023.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view. Acesso em 25 de novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 20 de abril de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em 20 de abril de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 20 de abril de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Planalto. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998**. Brasília: Planalto, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jan. 2023.

BRASIL. Planalto. **Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Planalto, 2020. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 20 de abril de 2023.

BRASIL. Planalto. **Decreto nº. 7.988, de 17 de abril de 2013**. Regulamenta os arts. 1º a 13 da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, que dispõem sobre o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica - PRONON e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência - PRONAS/PCD. Brasília: Planalto, 2013. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7988.htm#:~:text=A%20preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20a%20reabilita%C3%A7%C3%A3o%20da%20pessoa%20com%20defici%C3%Aancia%20compreendem,todo%20o%20ciclo%20de%20vida. Acesso em: 20 de abril de 2023.

BRASIL. Planalto. **Lei nº. 12.715, de 17 de setembro de 2012**. Institui o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) e dá outras providências. Brasília: Planalto, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112715.htm. Acesso em: 20 de abril de 2023.

BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD). Brasília: Planalto, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em 15 de junho de 2023.

BRASIL. Planalto. **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). Brasília: Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13989.htm. Acesso em: 15 de junho de 2023.

BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.510, de 27 de dezembro de 2022**. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1980, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional., e a Lei 13.146, de 06 de julho de 2015; e revoga a Lei 13.989, de 15 de abril de 2020. Brasília: Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.510%2C%20DE%2027,15%20de%20abril%20de%202020. Acesso em 15 de junho de 2023.

BRASIL. Planalto. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Planalto. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 15 jan. 2023.

CAMPOS, Adriana; OLIVEIRA, Daniele Rezende de. **A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica**. Revista Brasileira de Estudos Políticos. v. 115, p.13-45, jul-dez, 2017. Disponível em: <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/514/423>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa et al. **A essência do cuidado na vulnerabilidade em saúde: uma construção heideggeriana**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, p. 1112-1116, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0570>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

CLOTET, Joaquim. **Bioética como ética aplicada e genética**. Revista Bioética. v. 5, n. 2, p.157-172, nov, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/381. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº. 2.314, de 20 de abril de 2022**. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852>. Acesso em 15 de junho de 2023.

CORDIOLI, Eduardo. **Telemedicina nas especialidades: da teoria à prática**. Covid-19. 1.ed. v. 5. p. 136-147. 2021. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid19-volume5.pdf#page=137>. Acesso em 27 de janeiro de 2023.

COSTA, Maria Antonia Ramos; CAMBIRIBA, Mariela da Silva de. **Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário**. Ciência, Cuidado E Saúde, 9(3), p. 494-502. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v9i3.9545>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

DEJEANNE, Solange. **Os fundamentos da Bioética e a teoria principialista**. Thaumazein: Revista On Line de Filosofia. Ano IV, n. 7, p.32-45, jul., 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/viewFile/153/pdf>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

DILÉLIO, Alitéia Santiago et al. **Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados**. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. 2594-2606, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118713>. Acesso em 18 de março de 2023.

FERRAZ, Ivana Santos et al. **Autonomia do usuário na implementação de práticas integrativas complementares**. Enfermería Actual de Costa Rica, n. 39, p. 190-201, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/448/44872480014/html>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

FERTONANI, Hosanna Patrig et al. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em 20 de abril de 2023.

FILHO, Marcos Mesquita. **Uma abordagem bioética do Sistema Único de Saúde**. Revista Espaço Acadêmico. Ano X, n. 109, p.129-138, jun, 2010. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/9548>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

FILHO, Rodolfo Pamplona, et al. **Políticas Públicas: elementos para uma teoria geral**. Leme-SP: Mizuno, 2024.

FLORÊNCIO, Raquel Sampaio; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. **Modelo de vulnerabilidade em saúde: esclarecimento conceitual na perspectiva do sujeito-social**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 34, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00353>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

FREIRE, Mariana Prado et al. **Telemedicine no acesso à saúde durante a pandemia de covid-19: uma reflexão de escopo**. Revista de Saúde Pública [online]. v. 57, suppl 1. p.1-14. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004748>. Acesso em 27 de janeiro de 2023.

GARRAFA, Volnei; MANCHOLA- CASTILHO, Camilo. **Releitura crítica (social e política) do princípio da justiça em Bioética**. Revista de Direitos e Garantias Fundamentais.

v. 18, n. 3, p.11-30, dez., 2017. Disponível em:

<https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1145>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

GARRAFA, Volnei; MARTORELL, Leandro Brambilla; NASCIMENTO, Wanderson Flor do. **Críticas ao principalismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul.**

Saúde e Sociedade. 25(2). Abr/Jun. 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v46P8wRBDz6588xLJYLjcRh/?lang=pt#>. Acesso em: 06 de maio de 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

KHOURI, Sumaia Georges El. **Telemedicina: análise da sua evolução no Brasil**. 2003.

Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

São Paulo, 2003. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=SUMAIA+GEORGES+EL+KHOURI++Telemedicina%3A++an%C3%A1lise+da+sua+evolu%C3%A7%C3%A3o+no+Brasil&btnG=)

[BR&as_sdt=0%2C5&q=SUMAIA+GEORGES+EL+KHOURI++Telemedicina%3A++an%C3%A1lise+da+sua+evolu%C3%A7%C3%A3o+no+Brasil&btnG=](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=SUMAIA+GEORGES+EL+KHOURI++Telemedicina%3A++an%C3%A1lise+da+sua+evolu%C3%A7%C3%A3o+no+Brasil&btnG=). Acesso em 27 de janeiro de 2023.

KOTTOW, Miguel. **História da ética em pesquisa com seres humanos**. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde. v. 2, sup. 1, p.7-18, dez., 2008.

Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17570> . Acesso em 20 de janeiro de 2023.

KUR, Andréa. et.al. **Telemedicina no SUS: garantia de acesso aos serviços de saúde para a população rural**. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. 5(5), p. 814–831.

2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p814-831>. Acesso em 27 de janeiro de 2023.

LISBOA, Kálita Oliveira et al. **A história da telemedicina no Brasil: desafios e**

vantagens. Saúde e Sociedade, v. 32, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210170pt>. Acesso em 27 de janeiro de 2023.

LOPES, José Agostinho. **Bioética – uma breve história: de Nuremberg (1947) a Belmont (1979)**. Revista Médica de Minas Gerais. 24(2), p.262-273, 2014. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5792356/mod_folder/content/0/BioetBreveHistoriaLOPES%20%282%29.pdf. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

LOPES, Maria H. I.; SCHWARTSMANN, Leonor C. B. (org.). **Registros da história da medicina**. 1. ed. Porto Alegre: Luminara Editorial, 2014. p. -209-218.

LORENZO, Cláudio. **Vulnerabilidade em saúde pública: implicações para as políticas públicas**. Revista Brasileira de Bioética, v. 2, n. 3, p. 299-312, 2006. Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7986>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

MACEDO, Lilian Magda de; MARTIN, Sueli Terezinha Ferrero. **Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade**

apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, p. 647-660, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0597>. Acesso em: 20 de abril de 2023.

MATOS, Eliane.; PIRES, Denise Elvira Pires de. **Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor**. Texto & Contexto - Enfermagem, 18(2), p. 338–346. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200018>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

MATTA, Gustavo Corrêa et al. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. EPSJV, p. 61-80, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39223/?sequence=2>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, p. 771-780, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028>. Acesso em 18 de março de 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios**. Estudos avançados, v. 27, p. 27-34, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>. Acesso em 18 de março de 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Rev Med Minas Gerais, v. 18, n. 4 Supl 4, p. S3-S11, 2008. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?cluster=7918154760872756243&hl=pt-BR&as_sdt=0,5. Acesso em: 20 de abril de 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Saúde debate, v. 52, p. 38-49, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2014/dezembro/1-b-divulgacao-52.pdf#page=40>. Acesso em 18 de março de 2023.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 21, p. 77-92, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7970>. Acesso em 18 de março de 2023.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. Saúde em Debate, v. 42, p. 11-24, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em 20 de abril de 2023.

MOURÃO, Neyla Arroyo Lara. **Telessaúde à luz da Bioética: subsídios para a universalidade de acesso à saúde**. 2016. Tese de Doutorado em Bioética. Universidade de Brasília. Brasília, 2016. Disponível em: http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/20920/1/2016_NeylaArroyoLaraMour%c3%a3o.pdf. Acesso em 15 de junho de 2023.

MUÑOZ SÁNCHEZ, Alba Idaly; BERTOLOZZI, Maria Rita. **Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 319-324, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200007>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

NEVES, Maria Patrão. **Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio.** Revista Brasileira de Bioética. v. 2, n. 2, p.157-172, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966> Acesso em 20 de janeiro de 2023.

NEVES, Nedy Maria Branco Cerqueira; SIQUEIRA, José Eduardo de. **A Bioética no atual Código de Ética Médica.** Revista Bioética. 18(2), p.439-450, 2010. Disponível em: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/575. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

NUNES, Lucília. **Usuários dos Serviços de Saúde e os seus direitos.** Revista Brasileira de Bioética, v. 2, n. 2, p. 201-219, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7970>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

OLIVEIRA, Ana Paula Cavalcante de et al. **Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1165-1180, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>. Acesso em 18 de março de 2023.

OLIVEIRA, Mayara Cordeiro de; MENDES, Samara Jamile. **O financiamento da atenção secundária no SUS: uma revisão da literatura.** Disponível em: <https://ecopolsaude.com.br/wp-content/uploads/2023/01/4-Mayara.pdf>. Acesso em 15 de junho de 2023.

OLIVEIRA, Paulo Henrique de; FILHO, Roberio Nunes dos Anjos. **Biética e pesquisas em seres humanos.** Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. v. 101, p.1187-1227, jan/dez, 2006. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67739>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

OVIDO, Rafael Antônio Malagón; CZERESNIA, Dina. **O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 19, p. 237-250, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em 18 de março de 2023.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS.** BIS. Boletim do Instituto de Saúde, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33772>. Acesso em 18 de março de 2023.

PARANHOS, Flávio L. R.. **Bioética Principlista.** Thaumazein: Revista On Line de Filosofia. Ano VII, n. 19, p.39-54, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/view/1978>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

PESSALACIA, Juliana Dias Reis; OLIVEIRA, Valéria Conceição; GUIMARÃES, Eliete Albano de Azevedo. **Equidade de assistência à saúde no Brasil: uma análise segundo o**

princípio bioético da justiça. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 1(2). p.283-295, abr/jun. 2011. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/38>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

QUINELLATO, Luciano Vasconcellos. **A Diretriz de Hierarquização do SUS: Mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista.** 2009. Dissertação (Mestrado em International Management). Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/items/4b42a356-2795-41a3-9191-e70c19094018>. Acesso em 18 de março de 2023.

REQUIÃO, Maurício. **Do principialismo aos princípios: a dignidade da pessoa humana como princípio bioético.** Publica Direito, p.1216-1217, Disponível em: http://www.publicadireito.com.br/conpedi/anais/36/11_1373.pdf. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa.** Saúde em debate, v. 37, p. 139-147, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dNgCW9WdJJx7VHV7xWkhSHq/>. Acesso em 18 de março de 2023.

ROSÁRIO, Celita Almeida; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MATTA, Gustavo Corrêa. **Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde.** Saúde em debate, v. 44, p. 17-31, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012401>. Acesso em 18 de março de 2023.

SANTOS, Angelica Brandão. **Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica.** APS em Revista, v. 1, n. 2, p. 170-179, 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/23>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

SANTOS, Weverson Soares; JUNIOR, João Henriques de Sousa; SOARES, João Coelho; RAASCH, Michele. **Reflexões acerca do uso da telemedicina no Brasil: oportunidade ou ameaça?** Revista de Gestão em Sistemas de Saúde. 9(3), p. 433-453. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/17514>. Acesso em 06 de maio de 2024.

SCHEFFER, M. et. al. **Demografia Médica no Brasil 2023.** São Paulo: FMUSP, AMB, 2023.

SILVA, Livia Gomes; ALVES, Marcelo da Silva. **O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde.** Revista De APS, 11(1). p.74-84. 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14179>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

SILVA, Monica Neves Aguiar da et al. **Cumplimiento en salud: la alteridad como instrumento de acceso al derecho a la salud.** Revista Brasileira de Direito Animal, v. 18, n. 1, p. f282308-f282308, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/RBDA/article/view/53915>. Acesso em 18 de março de 2023.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v16n6/14.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2023.

SOARES, Tatiana Aparecida. **Os benefícios do acolhimento na atenção básica de saúde: uma revisão de literatura**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9DCDVL/1/tcc.pdf>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. **Atenção Ambulatorial Especializada**. 2008. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_AMBULATORIAL_ESPECIALIZADA_Solla_e_Chioro.pdf. Acesso em 20 de abril de 2023.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3023433/mod_resource/content/4/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em 18 de março de 2023.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo. **Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 941-951, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>. Acesso em 20 de abril de 2023.

VALENTE, Silvio Eduardo. **Aspectos regulatórios da telemedicina no Brasil: repercussões sobre a responsabilidade das equipes de saúde**. 2018. Tese de Doutorado em Direito. Universidade de São Paulo. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-08092020-020525/publico/1696086_Tese_Original.pdf. Acesso em 15 de junho de 2023.

VIANA, Fernanda Martins. **Telemedicina: uma ferramenta para ampliar o acesso à assistência em saúde no Brasil**. 2015. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/13314>. Acesso em 27 de janeiro de 2023.

ZANELLA, Diego Carlos. **Humanidades e ciência: uma leitura a partir da Bioética de Van Renselaer (V.R.) Potter**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. v. 22, n. 65, p.473-480, 2014, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0914>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

ANEXO I – MEMORANDO N°. 114.507/2023



1Doc

Memorando 114.507/2023

De: Arthur D. - SMS-GAB-CIGE
Para: SMS-GAB-GS-CI - Controle Interno - A/C Carlos F.
Data: 24/11/2023 às 15:32:52

Setores envolvidos:

SMS-GAB-GS-CI, SMS-GAB-CIGE

Dados Telemedicina Mar-Out/23

Prezado [Nome],

Tenho a satisfação de encaminhar o consolidado dos dados da Telemedicina referente ao período de março a outubro de 2023, em anexo.

Adicionalmente, disponibilizo o comparativo entre as filas de atendimento, apresentando os dados tanto para março quanto para novembro, os quais estão anexados na plataforma Target.

Detalhamento das filas:

1. Fila de Neuropediatria:
 - Março de 2023: 2.678 pacientes
 - Novembro de 2023: 2.616 pacientes em fila
2. Fila de Psiquiatria:
 - Março de 2023: 4.048 pacientes
 - Novembro de 2023: 2.306 pacientes em fila
3. Fila de Nefrologia:
 - Março de 2023: 579 pacientes
 - Novembro de 2023: 369 pacientes em fila

Agradeço pela atenção e permaneço à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

—

Arthur Oliveira Doria
Coordenador de Inovação e Gestão Estratégica - CIGE

Anexos:

Consolidado_marco_outubro.xlsx
Consolidado_marco_outubro_agendamentos.pdf
Consolidado_marco_outubro_detalhado.pdf

Assinado digitalmente (anexos) por:

Assinante	Data	Assinatura
Arthur Oliveira Doria	24/11/2023 15:33:30	1Doc ARTHUR OLIVEIRA DORIA CPF 056.XXX.XXX-90

Para verificar as assinaturas, acesse <https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código: **10CD-6FAC-4C00-11C1**

ARACÁJU SECRETARIA DE SAÚDE	Especialidade	Status do agendamento/ Mês									
		mar		abr		mai		jun		jul	
		consultas	%	consultas	%	consultas	%	consultas	%	consultas	%
Cardiologia											
Paciente Não Compareceu a Teleconsulta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pendente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teleconsulta Cancelada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teleconsulta Concluída	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teleconsulta Não realizada por Problemas Técnicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endocrinologia e Metabologia	96	100%	101	100%	183	100%	334	100%	505	100%	
Paciente Não Compareceu a Teleconsulta	35	36%	38	38%	58	32%	88	26%	71	14%	
Pendente	-	0%	-	0%	-	0%	5	1%	7	1%	
Teleconsulta Cancelada	7	7%	21	21%	43	23%	158	47%	315	62%	
Teleconsulta Concluída	43	45%	40	40%	78	43%	75	22%	110	22%	
Teleconsulta Concluída por Telefone	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	
Teleconsulta Não realizada por Problemas Técnicos	11	11%	2	2%	4	2%	8	2%	2	0%	
Hematologia e Hemoterapia											
Paciente Não Compareceu a Teleconsulta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pendente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teleconsulta Cancelada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teleconsulta Concluída	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teleconsulta Não realizada por Problemas Técnicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Médico da Família											
Teleconsulta Cancelada	-	-	-	-	-	-	2	100%	-	-	-
Teleconsulta Concluída	-	-	-	-	-	-	2	100%	-	-	-
Nefrologia											
Paciente Não Compareceu a Teleconsulta	24	36%	22	46%	51	39%	7	18%	10	19%	
Pendente	-	0%	-	0%	-	0%	1	3%	2	4%	
Teleconsulta Cancelada	5	8%	6	13%	33	25%	5	13%	27	52%	
Teleconsulta Concluída	35	53%	18	38%	38	29%	23	61%	12	23%	
Teleconsulta Não realizada por Problemas Técnicos	2	3%	2	4%	10	8%	2	5%	1	2%	
Neurologia											
Paciente Não Compareceu a Teleconsulta	41	41%	65	46%	45	32%	105	35%	146	29%	
Pendente	-	0%	-	0%	-	0%	2	1%	14	3%	
Teleconsulta Cancelada	1	1%	11	8%	28	20%	72	24%	143	29%	
Teleconsulta Concluída	49	49%	60	43%	60	43%	111	37%	191	38%	
Teleconsulta Concluída utilizando Link Alternativo	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	
Teleconsulta Não realizada por Problemas Técnicos	8	8%	4	3%	8	6%	8	3%	3	1%	
Neurologia Pediátrica	52	100%	81	100%	111	100%	115	100%	189	100%	
Paciente Não Compareceu a Teleconsulta	23	44%	17	21%	35	32%	27	23%	51	27%	
Pendente	-	0%	-	0%	-	0%	6	5%	1	1%	
Teleconsulta Cancelada	1	2%	29	36%	10	9%	14	12%	65	34%	
Teleconsulta Concluída	22	42%	30	37%	59	53%	65	57%	64	34%	
Teleconsulta Concluída por Telefone	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	
Teleconsulta Concluída utilizando Link Alternativo	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	
Teleconsulta Não realizada por Problemas Técnicos	6	12%	5	6%	7	6%	3	3%	8	4%	
Pneumologia											
Paciente Não Compareceu a Teleconsulta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pendente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teleconsulta Cancelada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teleconsulta Concluída	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teleconsulta Não realizada por Problemas Técnicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria											
Paciente Não Compareceu a Teleconsulta	81	39%	87	38%	48	36%	72	34%	138	44%	
Pendente	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	1	0%	
Teleconsulta Cancelada	16	8%	9	4%	12	9%	27	13%	16	5%	
Teleconsulta Concluída	94	45%	110	48%	69	51%	98	46%	154	49%	
Teleconsulta Concluída por Telefone	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	
Teleconsulta Concluída utilizando Link Alternativo	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	
Teleconsulta Não realizada por Problemas Técnicos	19	9%	23	10%	6	4%	15	7%	3	1%	
Reumatologia											
Paciente Não Compareceu a Teleconsulta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pendente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teleconsulta Cancelada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teleconsulta Concluída	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teleconsulta Não realizada por Problemas Técnicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urologia											
Teleconsulta Cancelada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teleconsulta Concluída	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total Geral	523		599		702		999		1555		

ago		set		out		nov		Total Geral	
consultas	%	consultas	%	consultas	%	consultas	%	consultas	%
191	100%	150	100%	130	100%	114	100%	585	100%
67	35%	61	41%	71	55%	39	34%	238	41%
	0%	1	1%		0%	36	32%	37	6%
56	29%	36	24%	11	8%	6	5%	109	19%
67	35%	49	33%	48	37%	33	29%	197	34%
1	1%	3	2%		0%		0%	4	1%
468	100%	188	100%	106	100%	101	100%	2082	100%
86	18%	52	28%	37	35%	19	19%	484	23%
16	3%	2	1%		0%	39	39%	69	3%
228	49%	65	35%	11	10%	6	6%	854	41%
132	28%	67	36%	57	54%	35	35%	637	31%
	0%		0%		0%	1	1%	1	0%
6	1%	2	1%	1	1%	1	1%	37	2%
103	100%	46	100%	84	100%	52	100%	285	100%
-	-	2	4%	23	27%	15	29%	40	14%
12	12%	1	2%	3	4%	14	27%	30	11%
91	88%	40	87%	19	23%	5	10%	155	54%
-	-	3	7%	32	38%	17	33%	52	18%
-	-	-	-	7	8%	1	2%	8	3%
2	100%	-	-	-	-	-	-	4	100%
	0%	-	-	-	-	-	-	2	50%
2	100%	-	-	-	-	-	-	2	50%
61	100%	156	100%	82	100%	59	100%	694	100%
2	3%	16	10%	12	15%	8	14%	152	22%
	0%	4	3%		0%	21	36%	28	4%
49	80%	113	72%	36	44%	11	19%	285	41%
8	13%	23	15%	32	39%	14	24%	203	29%
2	3%		0%	2	2%	5	8%	26	4%
514	100%	589	378%	567	100%	446	100%	3291	100%
183	36%	192	123%	203	36%	98	22%	1078	33%
3	1%	3	2%	3	1%	167	37%	192	6%
70	14%	135	87%	54	10%	37	8%	551	17%
240	47%	241	154%	289	51%	136	30%	1377	42%
1	0%	1	1%	1	0%		0%	3	0%
17	3%	17	11%	17	3%	8	2%	90	3%
213	100%	377	242%	349	100%	235	100%	1722	100%

Memorando 114.507/2023 | Anexo: Consolidado_marco_outubro_detalhado.pdf (3/4) 7/8

45	21%	61	39%	80	23%	40	17%	379	22%
8	4%	5	3%	17	5%	76	32%	113	7%
85	40%	186	119%	112	32%	31	13%	533	31%
71	33%	106	68%	123	35%	80	34%	620	36%
	0%		0%	1	0%		0%	1	0%
	0%		0%	1	0%		0%	1	0%
4	7%	19	12%	15	4%	8	3%	75	4%
219	100%	90	100%	87	100%	86	100%	482	100%
22	10%	15	17%	27	31%	26	30%	90	19%
16	7%		0%	3	3%	18	21%	37	8%
147	67%	67	74%	29	33%	4	5%	247	51%
33	15%	8	9%	28	32%	37	43%	106	22%
1	0%		0%		0%	1	1%	2	0%
201	100%	571	100%	717	100%	533	100%	3120	100%
82	41%	223	39%	196	27%	116	22%	1043	33%
	0%	10	2%	21	3%	156	29%	188	6%
9	4%	98	17%	201	28%	67	13%	455	15%
107	53%	227	40%	289	40%	179	34%	1327	43%
	0%		0%		0%	2	0%	2	0%
	0%	1	0%	1	0%		0%	2	0%
3	1%	12	2%	9	1%	13	2%	103	3%
111	1	100	1	110	1	83	1	404	100%
26	23%	21	0,21	45	41%	18	22%	110	27%
1	1%	12	0,12		0%	41	49%	54	13%
73	66%	51	0,51	13	12%	10	12%	147	36%
11	10%	16	0,16	49	45%	14	17%	90	22%
-	-	-	-	3	3%	-	-	3	1%
-	-	-	-	4	100%	-	-	4	100%
-	-	-	-	3	75%	-	-	3	75%
-	-	-	-	1	25%	-	-	1	25%
2083		2267		2236		1709		12673	



Especialidade	Total agendamentos/mês									Total Geral
	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	
Cardiologia						191	150	130	114	585
Endocrinologia e Metabologia	96	101	183	334	505	468	188	106	101	2082
Hematologia e Hemoterapia						103	46	84	52	285
Médico da Família				2		2				4
Nefrologia	66	48	132	38	52	61	156	82	59	694
Neurologia	99	140	141	298	497	514	589	567	446	3291
Neurologia Pediátrica	52	81	111	115	189	213	377	349	235	1722
Pneumologia						219	90	87	86	482
Psiquiatria	210	229	135	212	312	201	571	717	533	3120
Reumatologia						111	100	110	83	404
Urologia								4		4
Total Geral	523	599	702	999	1555	2083	2267	2236	1709	12673

ANEXO II – CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO Nº. 009/2023



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO Nº. 009/2023
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 134/2022
Memorando nº. 95.875/2021

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

O MUNICÍPIO DE ARACAJU, ATRAVÉS SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE VIA FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	
ENDEREÇO: RUA NELY CORREIA DE ANDRADE, Nº. 50, BAIRRO COROA DO MEIO – CEP 49.036-245	CIDADE: ARACAJU UF.: SERGIPE
CNPJ Nº	11.718.406/0001-20
REPRESENTANTE LEGAL:	NOME: SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, EM EXERCÍCIO – ANDRESSA KARINE VIEIRA ARAÚJO
ESTADO CIVIL: DIVORCIADA	PROFISSÃO: CONTADORA
CPF N.º 045.585.185-95	RG N.º 3.164.950-5 SSP/SE

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

RAZÃO SOCIAL	TOPMED ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA
ENDEREÇO:	RUA SEBASTIÃO FURTADO PEREIRA, Nº 60, 10º ANDAR, BLOCO TORRE II, BARREIROS, NA CIDADE DE SÃO JOSÉ/SC, CEP? 88.117-400.
CNPJ Nº.	05.791.085/0001-97
TELEFONE:	(48) 3254-8100
REPRESENTANTE LEGAL:	JOAQUIM FERNANDO SIMÕES DA COSTA
CPF:	030.374.449-91
CART. IDENT:	3.480.335 SSP/SC
REPRESENTANTE LEGAL:	VALDA STANGE
CPF:	990.769.349-91
CART. IDENT:	3.225.202 SSP/SC

A Secretaria Municipal da Saúde, considerando o julgamento da licitação na modalidade de Pregão Eletrônico n.º 134/2022, formaliza através deste instrumento o **CONTRATO Nº 009/2023**.

O presente contrato está de acordo com a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e sua legislação suplementar, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 O presente contrato tem por objeto a prestação de serviço de Telemedicina, conforme especificações detalhadas constantes no edital e seus anexos referentes ao Pregão Eletrônico nº 134/2022, integrantes a este independente de transcrição.



CLÁUSULA SEGUNDA - DA FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 Os serviços serão prestados nas condições estipuladas no termo de referência, bem como, supletivamente, na proposta de preços e especificações abaixo:

Item	Descrição	Quant.	ValorUnit.	Valor Mensal
1	Consulta médica com especialista por videochamada(franquia)	2.000	R\$ 90,00	R\$ 180.000,00
2	Consulta médica com especialista por videochamada(adicional)	200	R\$ 67,00	R\$ 13.400,00
TOTAL				R\$ 193.400,00

§ 1º - O seu recebimento dar-se-á de acordo com o artigo 73, inciso I, alíneas "a" e "b" da Lei nº 8.666/93.

§ 2º - O recebimento provisório ou definitivo do objeto do contrato não exclui a responsabilidade civil a ele relativa, nem a ético-profissional, pela perfeita execução do contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PREÇO, DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

3.1 O valor total do contrato é de **R\$ 2.320.800,00 (dois milhões, trezentos e vinte mil e oitocentos reais)**. A contratante somente pagará à contratada pela efetiva execução dos serviços, após liquidação da obrigação.

§ 1º - O pagamento será efetuado mensalmente após liquidação da despesa por meio de crédito em conta corrente indicada pelo licitante(s) vencedor(es), no prazo de até 30 (trinta) dias consecutivos, mediante a apresentação de Nota Fiscal/Fatura, devidamente certificada pelo Setor responsável pelo recebimento da Secretaria Municipal da Saúde.

§ 2º - Cabe ao Município de Aracaju promover a retenção do ISSQN nos casos previstos na legislação do município competente para arrecadação do tributo.

§ 3º - Para fins de verificação da manutenção dos critérios de habilitação, a empresa deverá apresentar, juntamente ao documento de cobrança, prova de regularidade perante o FGTS – CRF, Certidões Negativas de Débitos junto às Fazendas Federal (abrangendo os débitos relativos a tributos federais, à dívida ativa da União, e as contribuições previdenciárias e de terceiros), Estadual e Municipal do domicílio do contratado, bem como a Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

- a. Na hipótese de restar configurada a ausência de algum dos documentos exigidos ou que a empresa não esteja regular perante um ou mais dos órgãos elencados no § 4º, o ente Contratante deve dar continuidade aos trâmites relativos ao pagamento pelos serviços já regularmente prestados e, concomitantemente notificar a Contratada para que apresente o(s) documento(s) ausentes ou adote as providências necessárias à sua regularização fiscal e trabalhista junto ao órgão competente, conforme o caso, concedendo-lhe prazo específico para fazê-lo.
- b. Uma vez constatada a irregularidade, a emissão das ordens de fornecimento ou de prestação de serviço devem ser suspensas até que seja comprovada pela Contratada a sua regularidade fiscal e trabalhista, na forma do § 4º.



- c. Se, transcorrido o prazo concedido sem que a Contratada tenha apresentado o documento faltante ou a comprovação de sua regularidade fiscal e trabalhista, o ente Contratante deve adotar as providências cabíveis relativas à rescisão contratual com espeque no artigo 78, inciso I da Lei nº 8.666/93.

§ 4º - Nenhum pagamento será efetuado à Contratada, enquanto houver pendência de liquidação de obrigação financeira, em virtude de penalidade ou inadimplência contratual.

§ 5º - Caso se faça necessária à reapresentação de qualquer Nota Fiscal/Fatura por culpa do contratado, o prazo previsto no § 1º reiniciar-se-á a contar da data da respectiva re-apresentação.

§ 6º - Não haverá, sob hipótese alguma, pagamento antecipado.

§ 7º - No caso de atraso de pagamento, será utilizado, para atualização do valor mencionado no *caput* desta Cláusula, o Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC/IBGE.

§ 8º - Os prestadores de serviços sediados fora do Município de Aracaju devem emitir o Registro Auxiliar de Nota Fiscal de Serviço – RANFS a cada serviço prestado, através de prévio cadastro na página eletrônica do Município de Aracaju, na forma do Decreto Municipal nº 3.393/2011 e suas alterações.

§ 9º - O reequilíbrio econômico-financeiro do contrato obedece às regras dispostas no artigo 10 do Decreto Municipal nº 4.339, de 04 de junho de 2013.

§ 10 - O preço poderá ser reajustado após cada 12 (doze) meses, com base na variação dos últimos doze meses apurados do IPCA. A periodicidade anual nos contratos será contada a partir da data limite para apresentação da proposta ou do orçamento a que essa se referir, na forma do § 1º do artigo 3º da Lei nº 10.192, de 14 de fevereiro de 2001.

§ 11 - Os reajustes de preço serão formalizados por meio de simples apostilamento, de acordo com o disposto no art. 65, §8º, da Lei (Federal) n.º 8.666/93.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA

4.1 O presente Contrato terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado com vistas à obtenção de preços e condições mais vantajosas para a Administração, na forma do na forma do art. 57, inciso II da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA QUINTA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1 As despesas com o pagamento do referido objeto correrão por conta da dotação orçamentária abaixo especificada:

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PROGRAMÁTICA	PROJETO OU ATIVIDADE	ELEMENTO DE DESPESA	FONTE DE RECURSO
18401	10.302.0085	2088	3.3.90.39	600

CLÁUSULA SEXTA - DO DIREITO E RESPONSABILIDADE DAS PARTES

I - Serão obrigações da Contratada, além daquelas especificadas no item 8.0 do Termo de Referência (Anexo I do edital):

☒ Rua Nely Correia de Andrade, n.º50, Bairro Coroa do Meio, CEP 49036-245 ☎ (79) 3711-5000 Página 3 de 7

Assinado por 3 pessoas: VALDA STANGE, JOAQUIM FERNANDO SIMÕES DA COSTA e WANESKA DE SOUZA BARBOZA. Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/FE0E-FE69-CF2B-DD02> e informe o código FE0E-FE69-CF2B-DD02





a. Manter durante toda a execução do Contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;

- a) Prestar a garantia contratual;
- b) Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à Contratante ou a terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do Contrato não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pela Contratante;
- c) Responsabilizar-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do Contrato;
- d) Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o Contrato firmado com a Contratante, sem prévia e expressa anuência;
- e) Não realizar associação com outrem, cessão ou transferência total ou parcial, bem como a fusão, cisão ou incorporação, sem prévia e expressa anuência do Contratante;
- f) Designar formalmente o preposto da empresa para atuar junto à Contratante durante a execução contratual;
- g) No caso de contratação com os valores previstos na Lei Municipal nº 5.241/2019, alterada pela Lei nº 5.295/2020, e cujo prazo seja superior a 180 (cento e oitenta dias), a CONTRATADA deverá comprovar à CONTRATANTE que possui programa de Compliance ou a contratação de um Chief Compliance Officer ou profissional equivalente para desenvolver e instalar o referido programa, no prazo de 30 (trinta) dias após a assinatura do contrato, sob pena de incorrer na multa prevista no art. 8º da referida Lei;

II - Serão obrigações da Contratante, além daquelas especificadas no item 9.0 do Termo de Referência (Anexo I deste edital):

- a) Assegurar o livre acesso dos empregados da Contratada a todos os locais onde se fizerem necessários os serviços;
- b) Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços;
- c) Anotar em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução dos serviços contratados, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou irregularidades observadas;
- d) Efetuar o pagamento à Contratada de acordo com o estabelecido no Contrato.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA GARANTIA CONTRATUAL

7.1 A contratada deverá prestar garantia contratual, no valor correspondente a 5% (cinco por cento) do valor do contrato, podendo optar por fiança-bancária, seguro-garantia ou caução em dinheiro ou em títulos da dívida pública, conforme art. 56 I, II e III da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA OITAVA - DAS PENALIDADES E MULTAS (Art. 7º da Lei nº 10.520/2002).

8.1 Pela inexecução total ou parcial do Contrato, a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à(ao) CONTRATADA(O) as seguintes sanções:

I – Advertência;

II – Multa, observados os seguintes limites máximos:

- a. 10% (dez por cento) do valor da proposta, quando, sem justificativa plausível aceita pela administração, o adjudicatário não assinar o contrato ou não retirar o instrumento equivalente no prazo estabelecido, ainda que não havido o processo de licitação;
- b. 20% (vinte por cento) do valor global do empenho e/ou contrato, pela inexecução total do ajuste, e em caso de rescisão contratual por inadimplência do contratado;



- c. 10% (dez por cento) do valor remanescente do contrato na hipótese de inexecução parcial ou qualquer outra irregularidade não abrangida anteriormente.

III - Suspensão temporária de participação em licitação, bem como o impedimento de contratar com o Município de Aracaju, por prazo de até 2 (dois) anos, conforme disposto no inciso III do artigo 24 c/c o caput do artigo 33 do Decreto Municipal nº 4.769/2014;

IV - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade.

§ 1º – O atraso injustificado na execução do contrato sujeita o contratado à multa de mora, que deve ser graduada obedecidos os seguintes limites máximos:

- a. 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) ao dia, até o trigésimo dia de atraso, sobre o valor da parte do fornecimento ou serviço não realizado ou sobre a parte da etapa do cronograma físico de obras não cumprido;
- b. 0,05% (zero vírgula zero cinco por cento) sobre o valor da parte do fornecimento ou serviço não realizado ou sobre a parte da etapa do cronograma físico de obras não cumprido, por cada dia subsequente ao trigésimo.

§ 2º – Nas hipóteses das alíneas “a” e “b” do § 2º, o atraso deve ser contado em dias corridos, a partir do primeiro dia útil subsequente ao término do prazo ajustado para a execução ou entrega do objeto, até o dia anterior à sua efetivação.

§ 3º – A multa a que se refere o § 2º não impede que a Administração Pública Municipal rescinda unilateralmente o contrato e aplique as demais sanções previstas neste edital.

§ 4º - A contagem do período de atraso na execução dos ajustes será realizada a partir do primeiro dia útil subsequente ao do encerramento do prazo estabelecido para o cumprimento da obrigação.

CLÁUSULA NONA - DA RESCISÃO

9.1 Independentemente de notificações ou interpelações judiciais ou extrajudiciais, constituem motivos para rescisão do Contrato as situações previstas nos artigos 77 e 78, na forma do artigo 79, da Lei nº 8.666/93.

§ 1º - O presente Contrato poderá ser rescindido, também, por conveniência administrativa, a juízo do Contratante, sem que caiba à Contratada qualquer ação ou interpelação judicial.

§ 2º - Na ocorrência da rescisão prevista no "caput" desta cláusula, nenhum ônus recairá sobre o Contratante em virtude desta decisão, ressalvado o disposto no § 2º do artigo 79 da Lei nº. 8.666/93 e alterações.

CLÁUSULA DÉCIMA - DOS DIREITOS DO CONTRATANTE NO CASO DE RESCISÃO

10.1 Na hipótese de rescisão administrativa do presente Contrato, a Contratada reconhece, de logo, o direito do Contratante de adotar, no que couber, as medidas previstas no artigo 80, da Lei nº. 8.666/93.



CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL À EXECUÇÃO DO CONTRATO E OS CASOS OMISSOS

11.1 O presente Contrato fundamenta-se:

I - nos termos do **Pregão Eletrônico nº. 134/2022** que, simultaneamente:

- a. constam do Processo Administrativo 95.875/2021;
- b. não contrarie o interesse público;

II - nas demais determinações da Lei 8.666/93, Lei nº 10.520/02, Decretos Municipais nº 4.339/13, 4.341/13 e 4.769/13, e suas correspondentes alterações.

III - nos preceitos do Direito Público;

IV - supletivamente, nos princípios da Teoria Geral dos Contratos e nas disposições do Direito Privado.

Parágrafo único - Os casos omissos e quaisquer ajustes que se fizerem necessários, em decorrência deste Contrato, serão acordados entre as partes, lavrando-se, na ocasião, Termo Aditivo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA PUBLICAÇÃO.

12.1 O Contratante providenciará, até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, a publicação do extrato do presente Contrato no Diário Oficial do Município no prazo de 20 (vinte) dias da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS ALTERAÇÕES

13.1 Este instrumento poderá ser alterado na ocorrência de quaisquer fatos estipulados no artigo 65, da Lei 8.666/93, devidamente comprovados.

§ 1º - A Contratada fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos e supressões que se fizerem necessários, até o limite legal previsto, calculado sobre o valor inicial atualizado do contrato.

§ 2º - Nenhum acréscimo ou supressão poderá exceder o limite estabelecido nesta condição, salvo as supressões resultantes de acordo celebrados entre as partes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO

14.1 Na forma do que dispõe o artigo 67 da Lei nº 8.666/93, fica designado a servidora Carla Francisca dos Santos Cruz, matrícula 435.320, para acompanhar e fiscalizar a execução do presente Contrato.

14.2 Fica designado como fiscal do contrato, referente à fiscalização dos serviços executados pela contratada, o servidor John Batista Nascimento Neto, matrícula 432.632, em sua ausência fica designada a assumir a função como fiscal suplente a servidora Bruna Emanuelle Feitosa Vasconcelos, matrícula 431.694.



§ 1º - À fiscalização compete, entre outras atribuições, verificar a conformidade da execução do Contrato com as normas especificadas, se os procedimentos são adequados para garantir a qualidade desejada.

§ 2º - A ação da fiscalização não exonera a contratada de suas responsabilidades contratuais.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO FORO

15.1 As partes contratantes elegem o Foro da Capital do Estado de Sergipe como único competente para dirimir as questões que porventura surgirem na execução do presente Contrato, com renúncia expressa por qualquer outro.

E por estarem assim, justos e contratados, as partes assinam o presente Termo, de forma digital, com certificação, por meio do sistema 1Doc.

WANESKA DE SOUZA BARBOZA
Secretária Municipal da Saúde de Aracaju
CONTRATANTE

VALDA STANGE
Representante Legal da Contratada
CONTRATADA

JOAQUIM FERNANDO SIMÕES DA COSTA
Representante Legal da Contratada
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1. _____
CPF:

2. _____
CPF:



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: FE0E-FE69-CF2B-DD02

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ VALDA STANGE (CPF 990.XXX.XXX-91) em 19/01/2023 16:46:17 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: AC CERTIFICA MINAS v5 << AC SOLUTI v5 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

- ✓ JOAQUIM FERNANDO SIMOES DA COSTA (CPF 030.XXX.XXX-91) em 19/01/2023 17:31:08
(GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: AC CERTIFICA MINAS v5 << AC SOLUTI v5 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

- ✓ WANESKA DE SOUZA BARBOZA (CPF 694.XXX.XXX-53) em 20/01/2023 12:18:01 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: AC SAFEWEB RFB v5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/FE0E-FE69-CF2B-DD02>

ANEXO III – TERMO DE REFERÊNCIA DO CONTRATO Nº. 009/2023



TERMO DE REFERÊNCIA

1.0 - DO OBJETO: Contratação de empresa especializada para prestar serviços de telemedicina para atender às necessidades da Secretaria Municipal da Saúde.

1.1 - O lance deverá ser ofertado pelo valor mensal do item.

1.2 - Para participar do grupo o licitante deverá **cotar todos os itens**.

1.3 - Nos preços propostos deverão estar incluídos todos os custos diretos e indiretos relativos ao cumprimento integral do objeto, envolvendo, dentre outras despesas, tributos de qualquer natureza, impostos, taxas, transportes, seguro, encargos sociais, direitos trabalhistas e previdenciários.

1.4 - A(s) adjudicatária(s) deverá(ão) efetuar, gratuitamente, o cadastro da empresa no portal www.aracajucompras.se.gov.br para fins de integração ao sistema de pagamento utilizado pela Prefeitura de Aracaju, antes de formalizada a contratação. Em havendo dúvida, poderá entrar em contato com o setor COCMAT/CLL da Secretaria Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão através do e-mail aracaju.compras@aracaju.se.gov.br ou do telefone (79) 4009-7836.

1.5 – DESCRIÇÃO DO OBJETO

A presente licitação visa à contratação de empresa especializada na prestação de serviços de Telemedicina, para realização de consultas médicas especializadas abaixo listadas, sendo englobado pela disponibilização dos equipamentos de informática necessários à realização das consultas nas unidades de saúde abaixo listadas, no âmbito do Município de Aracaju, sistema de informática e médico especialista na realização das consultas, conforme especificações técnicas e condições complementares descritas neste termo de referência e anexos, por lote único, visando atender a demanda dos usuários do sistema único de saúde do Município de Aracaju-Sergipe, a serem atendidas pelo Núcleo de Avaliação e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.

2. JUSTIFICATIVA PARA A CONTRATAÇÃO

A Rede de Atenção Especializada da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju é organizada com vistas a atender a população, especificamente para ofertar consultas e exames nas diversas especialidades médicas para municípios de Aracaju.

Identifica-se uma demanda reprimida das especialidades médicas a serem disponibilizadas por meio da contratação via telemedicina que se pretende firmar, conforme necessidade discriminada neste Termo de Referência.

Outrossim, a necessidade de implantação de novas tecnologias no cuidado em saúde se tornou iminente também com o advento da COVID-19, pois, propicia atendimento seguro associado à diminuição da circulação de pessoas e em consequência a redução do contágio pela SARs-CoV-2.

Não fosse o bastante, a pandemia da COVID-19 acarretou o represamento de consultas em diversas especialidades, de modo a levar os gestores a ampliação das ofertas, visando reduzir o tempo das consultas e a melhoria do atendimento de saúde as diversas especialidades a serem disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde.

Desta forma, a pretensa contratação visa solucionar os problemas atuais acima expostos, utilizando-se de novas tecnologias, garantindo eficiência e economicidade aos serviços de saúde.





3. DAS ESPECIALIDADES A SEREM FORNECIDAS POR MEIO DA TELECONSULTA POR MEIO DE FRANQUIA MÍNIMA

A empresa deverá ofertar consultas médicas nas especialidades e quantitativos abaixo listadas, totalizando 2.000 (dois mil) consultas mês e, nos casos de não ter previsão de quantitativo inicial de determinadas consultas, deverá a empresa possuir oferta da referida especialidade, em caso de alteração do presente plano de trabalho das ofertas.

- Médico Psiquiatra adulto – 250 (duzentos e cinquenta consultas);
- Médico Endocrinologista – 150 (cento e cinquenta consultas);
- Médico Cardiologista – 175 (cento e setenta e cinco consultas);
- Médico Reumatologista – 150 (cento e cinquenta consultas);
- Médico Neurologista Pediátrico – 200 (duzentas consultas);
- Médico Neurologista – 175 (cento e setenta e cinco consultas);
- Médico Urologista – 100 (cem consultas);
- Médico Gastroenterologista – 100 (cem consultas);
- Médico Nefrologista Adulto – 100 (cem consultas);
- Médico Nefrologista Pediátrica – 100 (cem consultas);
- Médico Angiologista – 100 (cem consultas);
- Médico Pneumologista – 125 (cento e vinte e cinco consultas);
- Médico Mastologista 50 (cinquenta consultas);
- Médico Geriatra 25 (vinte e cinco consultas);
- Médico Hematologista 50 (cinquenta consultas);
- Médico Hepatologista 50 (cinquenta consultas);
- Médico Ginecologista 100 (cem consultas);
- Médico Pediatra;
- Médico Hebiatra.

Para todas as consultas, o núcleo de regulação da Secretaria Municipal da Saúde promoverá o agendamento com antecedência mínima de 15 (quinze) dias à realização das consultas com os especialistas ora listadas.

As ofertas deverão ser encaminhadas em até 60 (sessenta) dias antes da consulta para a central de regulação, devendo-se ser ofertada agenda com tempo médio de 20 minutos cada consulta ou justificada a necessidade de tempo médio superior aos 20 minutos.

3.1 – DA POSSIBILIDADE DE ALTERAÇÃO DOS QUANTITATIVOS DAS CONSULTAS DA ESPECIALIDADE

Ao passar de 4 (meses) da prestação dos serviços de teleconsulta nos quantitativos por especialidade acima mencionados, poderá a administração alterar o plano de trabalho, desde que devidamente justificado, mediante termo específico, visando adequar a demanda existente, de acordo com a realidade das filas de espera por especialidade da Secretaria Municipal da Saúde, de acordo com as especialidades médicas previstas neste Termo de Referência.

3.2 – DA LIMITAÇÃO DE FRANQUIA E DAS CONSULTAS EXCEDENTES.

A empresa deverá ofertar 2.000 (duas mil) consultas mês, sendo que o referido quantitativo representará a franquia mínima da qual a empresa disponibilizará. As consultas serão reguladas exclusivamente pelo setor de regulação da Secretaria Municipal da Saúde, sendo contabilizado parcialmente todas as consultas disponibilizadas pela contratada.





Em caso de necessidade da administração em realização das consultas a mais do que o quantitativo previsto na franquia, esta será solicitada ao contratado, formalmente, sempre necessitando de autorização prévia dos quantitativos, o qual receberá por efetiva produção, limitando-se ao quantitativo de 10% do total, de acordo com o valores apresentados no lote 2 e conforme cláusula de pagamento deste Termo de Referência.

Considerar-se-á consulta de retorno aquela realizada pelo mesmo paciente, na mesma especialidade dentro do prazo máximo de 30 (trinta) da consulta anterior, não sendo contabilizada na franquia acima mencionada.

4. DO SOFTWARE NECESSÁRIO À REALIZAÇÃO DOS EXAMES.

A plataforma de telemedicina para realização das teleconsultas, a ser fornecida, deve ser totalmente web e compatível com os principais browsers disponíveis no mercado, como o Google Chrome (versão 90 ou superior) e o Microsoft Edge (versão 92 ou superior). Não será aceito software desktop sob nenhuma hipótese e nenhuma instalação deve ser feita nos computadores da Secretaria Municipal da Saúde.

Este mesmo software para teleconsultas deverá atender todas as normas de criptografia e segurança dos dados, em consonância com as exigências dos órgãos competentes e legislação existente.

Todos os documentos emitidos pelo sistema durante o atendimento de consulta devem ser assinados digitalmente e armazenados, utilizando certificado digital padrão ICP-Brasil do tipo e-CPF no formato de arquivo digital armazenado em nuvem/computador ou através de token, podendo ser inserido na prescrição de medicamentos, encaminhamento para outros pontos de atenção, requisição de exames/consultas e atestado médico.

O software deve possuir campos específicos e possibilitar a criação e registro do prontuário eletrônico do paciente, assim como deve armazenar todo o histórico de atendimentos realizados de cada paciente. Todo registro de atendimento deve ser precedido da identificação do dia, horário e dados sobre o profissional que prestou o atendimento.

O gerenciamento das solicitações de teleconsulta deve ser administrado pelo software fornecido, de forma transparente para a CONTRATANTE, mas que possibilite a identificação do paciente pelo CPF e para qual especialidade está agendado, no momento de iniciar a sua consulta, e o sistema deve direcionar para o profissional que realizará o atendimento.

A plataforma deve ser 100% (cem por cento) customizada à identidade visual da CONTRATADA com seus logotipos e cores.

A prerrogativa de interrupção e término da Teleconsulta será exclusiva do Médico Especialista;

O software deve possibilitar, como forma adicional para início de um atendimento, o envio de um convite para o operador logado no sistema. O sistema deve vincular o operador à unidade de saúde de atendimento que fez a solicitação de consulta virtual.

O software não será operacionalizado diretamente pelo paciente, mas sim por intermédio de um profissional de Saúde da SMS, indicado para dar as orientações prévias para a realização da consulta.





virtual e condução do processo até que o médico especialista entre na teleconsulta e assuma o atendimento, momento que o profissional de saúde deixará a sala.

A plataforma deve oferecer a possibilidade de envio de convite por: e-mail, SMS e WhatsApp, necessários para confirmação da consulta ao paciente.

A plataforma deve possibilitar a utilização e consulta online pelo médico especialista dos protocolos clínicos de diagnóstico e tratamento (PCDT) em uso pela CONTRATANTE, no que couber.

A plataforma em seu módulo de prescrição digital poderá customizar o uso apenas dos produtos da relação RENAME | REMUME conforme definição da CONTRATANTE.

O paciente poderá realizar a teleconsulta em qualquer dispositivo que conste uma câmera e conexão com internet, seja um desktop, celular ou tablet.

Os relatórios serão padronizados conforme necessidade da CONTRATANTE e disponibilizado para consulta online dentro do ambiente da plataforma pelo gestor a ser definido pela CONTRATANTE

As teleconsultas serão gravadas mantendo-se o armazenamento por um período de 12 (doze) meses.

4.1- Sobre a auditoria

O software deve possuir registro de inclusões/alterações dos dados do prontuário do paciente, mediante logs de acesso. Essa função não deve ser parametrizável, assim sendo, essa função deve estar habilitada de forma nativa, não havendo a possibilidade de desativação.

O acesso a esta funcionalidade deve ser feito através de perfil de acesso específico para tal.

Deve haver a possibilidade de visualização e emissão de relatórios da ferramenta de registro de ocorrências da empresa CONTRATADA, contendo os prazos de atendimentos firmados neste Termo de Referência como SLA.

Deve ser possível auditar o cumprimento dos prazos através desse acesso.

4.2 - Sobre o gerenciamento/acompanhamento dos serviços

A CONTRATADA deve disponibilizar qualquer tipo de relatório com dados gerenciados na plataforma, de acordo com a necessidade do cliente dentro de um prazo máximo de 72h após envio/registro da solicitação, sob pena de apuração de descumprimento do objeto contratual.

4.3 - Sobre os perfis de acesso

Todo acesso ao software deve ser precedido de autenticação de usuário e cada indivíduo, de diferentes níveis da Administração Municipal, deve ter perfil específico para cada tipo de atividade, podendo ser cumulativo ou não.

O perfil mais básico deve possibilitar que o operador identifique o paciente e a especialidade para qual o agendamento foi realizado e então inicie um atendimento. Esse mesmo perfil deve permitir inclusão de anexos, exames ou imagens médicas, no prontuário do paciente como forma de





possibilitar uma melhor avaliação do médico. Ademais, esse perfil deve possibilitar acesso pós consulta como forma de dirimir dúvidas advindas do atendimento, com permissão apenas de visualização do registro médico ou interagindo via chat de forma síncrona/assíncrona com o médico. Também deve ser possível, imprimir/reimprimir os documentos emitidos para o paciente, como ex.: Atestado médico, receituário, o próprio prontuário eletrônico, encaminhamentos para realização de exames/consultas ou qualquer outro documento emitido para o paciente.

O perfil intermediário deve ser destinado a gerência do serviço, possibilitando a emissão de relatórios de acompanhamento dos serviços realizados e estatísticas de atendimentos ou monitoramento sobre disponibilidade do software o envio de dados via API.

O perfil avançado deve possibilitar a configuração de alguns parâmetros do sistema, como a possibilidade de gravação, ou não, de um atendimento virtual. Assim como permitir o download de qualquer arquivo de vídeo de atendimento já realizado.

Nenhum perfil disponibilizado para uso dos servidores da CONTRATANTE deve permitir alterações no registro de atendimento do paciente.

4.4 - Sobre as licenças de software

Todas as licenças devem ser fornecidas enquanto durar o contrato e devem ser em número suficiente para atender a todas as unidades descritas no item 15 do Termo de Referência.

Caso a empresa não possua um sistema próprio deve ser apresentado comprovante de registro de licença em quantidade que atenda ao contrato. Não sendo autorizado o uso de software proprietário de terceiros sem o devido licenciamento.

Caso o software seja próprio a empresa deve apresentar declaração/certificado, junto com toda documentação exigida para a habilitação, que comprove a propriedade intelectual da mesma.

Qualquer notificação enviada a Secretaria Municipal da Saúde, por terceiros, pelo uso inadequado de software sem o devido licenciamento, a empresa CONTRATADA deverá assumir toda a responsabilidade e custos advindos da aplicação de possíveis penalidades.

4.5 - Sobre as integrações

O software deve possuir integração com o Sistema de Gestão em Saúde fornecido pela empresa IDS Desenvolvimento de Software e Assessoria Ltda, permitindo acesso a dados todos os dados necessários a execução dos serviços contratados.

Para isso, a CONTRATADA deverá, obrigatoriamente, integrar a plataforma de teleconsulta com o sistema em uso no município de Aracaju. Para isso, deverá construir API de integração, conforme especificação técnica a ser entregue pela equipe de TI da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju.

A arquitetura da API será REST com mensagens em JSON.

A documentação da API municipal só será disponibilizada a empresa CONTRATADA após assinatura do contrato. O prazo máximo para a construção dessa API será de 45 dias.





Essa API possibilitará o acesso aos dados de identificação do paciente, assim como os dados do histórico médico. Essa mesma API disponibilizará todos os dados relativos aos agendamentos de consulta, por especialidade, unidade e paciente em nossa Central de Regulação e por fim permitir a inclusão de todos os dados do atendimento virtual em nossa plataforma.

Os dados serão adicionados no histórico de atendimento do paciente, devendo ser identificado como um atendimento externo (Teleconsulta), com data e hora, dados do profissional e conduta médica, esse último ponto deve compreender (quando houver):

Anamnese, solicitação de exame, medicamentos prescritos, CID da consulta e encaminhamentos.

Esses dados são necessários para manter o prontuário do paciente atualizado, como também para que seja possível a CONTRATANTE atender integralmente a qualquer pedido de transparência/fornecimento de seu prontuário, em consonância com o art. 88 do código de ética médica.

As consultas via API só podem ser feitas para identificação dos pacientes previamente AGENDADOS em nossa Central de Regulação, para atendimento com a empresa CONTRATADA.

A falta de integração não deve ser um impedimento para a inicialização dos atendimentos virtuais. Assim sendo, todos os registros de consulta e demais documentos devem permanecer armazenados na plataforma da CONTRATADA para posterior envio após a integração ser concluída.

A Coordenação de Tecnologia da Informação da SMS ficará responsável pela mediação entre a CONTRATADA e os desenvolvedores da nossa PLATAFORMA. Os contatos são: saude.gestao.ti@aracaju.se.gov.br ou através dos telefones (79) 3711-5249 / 5003. Responsáveis: André Gois (Gerente de Sistemas) ou Adson Oliveira (Coordenador de TI).

Enquanto não houver integração, a empresa CONTRATADA só terá acesso aos dados dos agendados através do nosso módulo de Regulação.

4.6 - Sobre a qualidade da videoconferência

A videoconferência deve ser feita em alta definição (720p), com resolução mínima de 1280 x 720 pixels e deve se adaptar ao dispositivo que está sendo utilizado, de forma responsiva, podendo ser um computador ou dispositivo móvel.

A conexão com o sistema, durante a vigência de prestação dos serviços, será através da rede de dados da Prefeitura Municipal de Aracaju.

A videoconferência deve seguir o padrão WEB RTC. A qualidade das imagens deve atingir qualidade HD utilizando banda de internet de 2 (dois) megabits por segundo.

4.7 - Sobre o ambiente e hospedagem do software

O software ofertado deve estar preparado para atender ao volume mínimo de consultas exigido neste termo de referência, até 2.000 (duas mil) por mês, com o acréscimo de 10% desse valor, levando em consideração picos de atendimento.





A solução ofertada deve ser hospedada em ambiente tecnológico fornecido pela CONTRATADA, em território nacional, atendendo aos requisitos ideais para sua hospedagem contemplando itens de performance, segurança e disponibilidade.

O servidor onde o software ofertado vai estar instalado não deve permitir acesso externo em nenhuma porta a não ser a que será utilizada para a manutenção do mesmo, sendo que todo o tráfego de entrada deve, obrigatoriamente, passar por um firewall.

Na porta utilizada para acesso devem ser permitidas apenas conexões dos endereços do bloco IP da empresa fornecedora e o sistema deve possuir log de acessos que registre o IP de acesso.

A CONTRATADA deverá resolver qualquer problema relacionado à lentidão de acesso ao sistema ou aos dados armazenados, inclusive quando isso ocorrer por força de alteração das rotas de acesso até o provedor onde o sistema está hospedado.

A empresa CONTRATADA será responsável por todo o backup da solução, mantendo o armazenamento dos dados, por um período mínimo de 180 dias, e deve ser realizado diariamente, mesmo após o término do contrato.

O sistema gerenciador de banco de dados (SGBD) deve ser preferencialmente “open source” (código aberto), como o PostgreSQL, e deve possuir, obrigatoriamente, as seguintes características: possuir controle transacional; possuir controle de integridade referencial; utilizar a linguagem SQL (Structured Query Language); suporte a múltiplos processadores;

4.8 - Sobre a disponibilidade do sistema / serviços

Caso um atendimento virtual que esteja agendado não ocorra por qualquer motivo de responsabilidade da empresa CONTRATADA será analisado a aplicação, de acordo com a tabela abaixo:

Ocorrência	Percentual
Indisponibilidade de atendimento	0,05% a cada consulta não realizada

4.9 - Sobre o registro de produção e faturamento

A empresa CONTRATADA terá o seu contrato registrado em nossa Central de Regulação e toda oferta de consultas será mediante agendamento prévio em nossa ferramenta.

Para a execução do objeto deste Termo de Referência, a CONTRATADA terá acesso a agenda com os pacientes que deverão ser atendidos, mediante acesso ao sistema de regulação e de acordo com Lista de Espera do município.

Todo registro de produção, para fins de faturamento, será extraído do nosso sistema de Regulação sem que exista a necessidade por parte da CONTRATADA em alimentar qualquer outro sistema.

5 – SOBRE A AVALIAÇÃO DE CONFORMIDADE (prova de conceito - POC):

5.1 – Após análise preliminar dos documentos de habilitação, a licitante melhor classificada será convocada pelo (a) Pregoeiro (a) para participar da Prova de Conceito (PoC), objetivando aferir





aderência da SOLUÇÃO aos requisitos exigidos, conforme especificado no Anexo II – Termo de Referência.

5.2 – É de responsabilidade da LICITANTE convocada:

5.2.1 – Disponibilizar, configurar e parametrizar a sua SOLUÇÃO em ambiente computacional aceito pela Secretaria Municipal da Saúde;

5.2.2 – Importar ou alimentar massa de dados para comprovação dos requisitos obrigatórios da PoC, se necessário;

5.2.3 – Ambientar à sua SOLUÇÃO a equipe de avaliação da Secretaria Municipal da Saúde, provendo noções e orientações suficientes para aferir os resultados da SOLUÇÃO na PoC;

5.3 – Sobre a PoC:

5.3.1 – A convocação ocorrerá com antecedência mínima de 3 (três) dias úteis da data de início da PoC;

5.3.2 – A PoC será realizada nas dependências da Secretaria Municipal da Saúde, no endereço: Rua Nely Correia de Andrade, nº 50, bairro Coroa do Meio. Divulgado no ato de convocação pelo(a) Pregoeiro(a);

5.3.3 – Em caso de problema não funcional da SOLUÇÃO, poderá ser dado à licitante convocada um prazo único e total de 01 (um) dia útil para restabelecer a normalidade e retomar a sessão pública de apresentação da PoC;

5.3.4 – A PoC poderá ser acompanhada por todos os licitantes, classificados ou não;

5.3.5 – Durante a sessão pública de realização da PoC somente poderão se manifestar as equipes da Secretaria Municipal da Saúde e da licitante convocada para apresentação da SOLUÇÃO. Os demais licitantes presentes poderão se manifestar na fase recursal, na forma especificada no item 14 deste edital.

5.4 – Ocorrerá a reprovação da PoC e, por conseguinte, a desclassificação da licitante convocada para apresentação da SOLUÇÃO, nos seguintes casos:

5.4.1 – Não observância dos prazos estabelecidos, quando da convocação, para prontidão disponibilização da estrutura de pessoal e plataformas;

5.4.2 – Não restabelecimento da normalidade da sessão pública no prazo fornecido (decorrente de problema não funcional);

5.4.3 – Não atendimento do mínimo de 70% das funcionalidades estabelecidas no Anexo II deste Edital - Termo de Referência;

5.4.3.1 – Nessa hipótese, será convocada pelo (a) Pregoeiro (a) a licitante em posição imediatamente posterior à desclassificada, respeitando-se o critério de classificação das propostas. Convocação:





sucessivas ocorrerão até que se obtenha uma proposta aprovada na PoC ou inexista licitante sucessora classificada.

5.5 – Avisos, conteúdos, convocações e decisões serão veiculados no portal de licitações: www.comprasgovernamentais.gov.br e/ou www.aracajucompras.se.gov.br.

5.6 – A equipe responsável pela análise técnica da SOLUÇÃO na PoC será designada através de portaria emitida pelo(a) Secretário(a) Municipal da Saúde, com as seguintes atribuições:

5.6.1 – Execução das atividades inerentes;

5.6.2 - Emissão do Termo de Aceite ou do Termo de Recusa da SOLUÇÃO, em até 05 (cinco) dias úteis após a conclusão da apresentação.

6 - SOBRE O TREINAMENTO E SUPORTE TÉCNICO

6.1 - Oferecer suporte continuado aos funcionários e gestores da CONTRATANTE, sobre o manuseio dos equipamentos e software, durante toda a vigência contratual.

6.1.1 – Este suporte deve ser dado sempre que solicitado, com duração mínima de 30 min e máxima de 1h, em formato EAD/videoconferência.

6.2 – Para o treinamento inicial, a empresa CONTRATADA deverá apresentar o cronograma para todos os pontos de teleconsulta.

6.2.1 - O cronograma deverá ser entregue em até 02 (dois) dias após assinatura do contrato e deverá ser validado pela CONTRATANTE;

6.2.2 – O treinamento será presencial e será dado a uma equipe de no máximo 10 pessoas para cada unidade de saúde;

6.3 - O treinamento deverá ser ministrado por uma pessoa/equipe capacitada pela CONTRATADA.

6.4 - A CONTRATADA deve dispor de equipe de suporte técnico todos os dias da semana de funcionamento do serviço, de segunda a sexta-feira das 7h às 17h, para atendimento de demandas que eventualmente ocorram, sendo obrigatório fornecer telefone e e-mail de contato ou acesso a ferramenta de Service Desk.

7 - SOBRE OS EQUIPAMENTOS

7.1 - Todos os equipamentos aqui descritos serão fornecidos em regime de comodato e mantido enquanto durar o contrato.

7.2 - Não haverá cobrança adicional para o fornecimento dos equipamentos ou serviços a ele relacionados, assim como não haverá cobrança adicional de suporte técnico.

7.3 - Qualquer defeito ou mau funcionamento será reportado para a empresa CONTRATADA através de e-mail ou *service desk* disponibilizado pela mesma.





7.4 - As manutenções necessárias devem ser realizadas “in loco”. Caso o equipamento precise de substituição a CONTRATADA terá 24h para providenciar o novo equipamento.

7.5 - Será permitido que a CONTRATADA mantenha equipamentos de reserva armazenados sob a guarda da Coordenação de TI da SMS. Para tal o quantitativo mínimo será de 10% do total do contratado.

7.6 Cada estabelecimento de Saúde terá 1 (um) consultório, reservado para as consultas virtuais. Assim sendo, cada um desses ambientes deve ser equipado com:

7.6.1 - Para todos os atendimentos:

- 1(uma) webcam, USB, com qualidade HD de 720p;
- 1(um) microfone tipo gooseneck, USB, com botão liga/desliga na base;
- 1(uma) caixa de som USB e P2, com potência mínima de 3w;
- 1(um) headset duplo auricular, USB, microfone com haste flexível e redução de ruído, controle de volume e potência de 20mW

7.6.2 – A descrição dos pontos que devem receber os equipamentos está prevista no item 18 deste documento.

7.7 - Todos os equipamentos devem ser identificados com numeração/etiqueta de patrimônio da empresa CONTRATADA.

7.8 - Os equipamentos serão rejeitados e devolvidos na hipótese de não corresponder às especificações ou quando infringir quaisquer condições previstas neste Termo de Referência.

8 - SOBRE AS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

8.1 - Todas as especificações dos equipamentos ofertados no certame deverão ser iguais ou superiores ao especificado neste documento.

8.2 - Os equipamentos devem ter drive homologado para uso no Microsoft Windows 7/10.

8.3 - A contratada deve zelar pela intimidade e honra dos usuários, garantindo sigilo dos dados conforme preconizado na Lei Geral de Proteção de Dados, o Marco Civil da Internet, Constituição, Federal e demais normas vigentes emanadas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina.

8.4 - Responsabilizar-se totalmente por todos os encargos e ônus da legislação trabalhista previdenciária e fiscal, bem como os seguros e quaisquer outros decorrentes de sua condição de empregadora

8.5 - A empresa deverá comprovar que todos os profissionais médicos que forem prestar os serviços médicos diretamente ou por meio de subcontratação, sejam devidamente registrados no respectivo conselho de classe, bem como a comprovação do Título de Especialista do Profissional.

8.6 - Todas as despesas decorrentes da contratação, inclusive materiais de consumo e equipamentos utilizados para prestação dos serviços serão de inteira responsabilidade da CONTRATADA, bem





como as despesas com insumos, materiais, transporte, deslocamento e mão-de-obra, encargos trabalhistas, previdenciários e tributários decorrentes da execução do contrato, cabendo-lhe, ainda, a inteira responsabilidade (civil, administrativa, penal), por quaisquer danos a terceiros, provenientes de negligências resultante da prestação dos serviços.

8.7 - A contratada deverá apresentar em até 2 (dois) dias úteis, após a emissão da Ordem de Serviço por parte do município, o plano de implantação para aprovação licitante.

9 - SOBRE AS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

- a) Assegurar o livre acesso dos empregados da Contratada a todos os locais onde se fizerem necessários os serviços;
- b) Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços;
- c) Anotar em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução dos serviços contratados, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou irregularidades observadas;
- d) Efetuar o pagamento à Contratada de acordo com o estabelecido no Contrato.

10 - SOBRE A FISCALIZAÇÃO

10.1 - A fiscalização e o acompanhamento do contrato serão realizados por servidores a serem designados pela Secretaria Municipal da Saúde, a qual ficará incumbida de acompanhar a execução dos serviços, determinando à CONTRATADA as providências necessárias ao regular o efetivo cumprimento do contrato, bem como anotar e enquadrar as infrações contratuais constatadas, comunicando as mesmas ao seu superior hierárquico e emitir o termo de fiscalização.

11 – SOBRE A FORMA DE PAGAMENTO

11.1 - Equipamentos, licenças de software e/ou qualquer outro item necessário ao perfeito funcionamento do serviço contratado deve ser fornecido sem cobrança adicional ou separada.

11.2 – O sistema de pagamento compreenderá o pagamento mensal estimado de R\$ XXXX, de acordo com a franquia prevista no item 3.2;

11.2.1 – Será deduzido do valor total do pagamento, o percentual correspondente ao serviço não realizado, conforme previsto no item 4.8.

11.3 – O pagamento será realizado após liquidação da despesa por meio de crédito em conta corrente indicada pelo licitante (s) vencedor (es), no prazo de até 30 (trinta) dias consecutivos, mediante apresentação de Nota Fiscal/Fatura, devidamente certificada pelo Setor responsável pelo recebimento da Secretaria Municipal da Saúde.

11.4 – A licitante, preferencialmente, deve apresentar a nota fiscal até o 5º dia útil do mês subsequente a prestação dos serviços.

11.5 – Quanto ao pagamento das consultas que excederem a franquia, respeitando o limite de 10% do total, serão aplicadas as mesmas regras de pagamento.





11.6 - Cabe ao Município de Aracaju promover a retenção do ISSQN nos casos previstos na legislação do município competente para arrecadação do tributo.

11.7 - Para fins de verificação da manutenção dos critérios de habilitação, a empresa deverá apresentar, juntamente ao documento de cobrança, prova de regularidade perante o FGTS – CRF, Certidões Negativas de Débitos junto às Fazendas Federal (abrangendo os débitos relativos a tributos federais, à dívida ativa da União, e as contribuições previdenciárias e de terceiros), Estadual e Municipal do domicílio do contratado, bem como a Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

11.7.1 – Para empresas com domicílio fiscal fora do município de Aracaju, devem apresentar o RANFS – Registro Auxiliar de Nota Fiscal de Serviços.

11.8 - Na hipótese de restar configurada a ausência de algum dos documentos exigidos ou que a empresa não está regular perante um ou mais dos órgãos elencados neste item, o ente Contratante deve dar continuidade aos trâmites relativos ao pagamento pelos serviços já regularmente prestados e, concomitantemente notificar a Contratada para que apresente o (s) documento (s) ausentes ou adote as providências necessárias à sua regularização fiscal e trabalhista junto ao órgão competente, conforme o caso, concedendo-lhe prazo específico para fazê-lo.

11.9 - Uma vez constatada a irregularidade, a emissão das ordens de serviço devem ser suspensas até que seja comprovada pela Contratada a sua regularidade fiscal e trabalhista, na forma do item anterior.

11.10 - Se, transcorrido o prazo concedido sem que a Contratada tenha apresentado o documento faltante ou a comprovação de sua regularidade fiscal e trabalhista, o ente Contratante deve adotar as providências cabíveis relativas à rescisão contratual com espeque no artigo 78, inciso I da Lei nº 8.666/93.

11.11 - Nenhum pagamento será efetuado à empresa, enquanto houver pendência de liquidação de obrigação financeira, em virtude de penalidade ou inadimplência contratual.

11.12 - Caso se faça necessária à reapresentação de qualquer Nota Fiscal/Fatura por culpa do contratado, o prazo previsto neste item reiniciar-se-á a contar da data da respectiva reapresentação.

11.13 - Não haverá, sob hipótese alguma, pagamento antecipado.

11.14 - No caso de atraso de pagamento, será utilizado, para atualização do valor, o Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC/IBGE.

12 - DOS PROTOCOLOS MÉDICOS

12.1 - Em observância a Resolução nº 1.643, de 7 de agosto de 2002 do Conselho Federal de Medicina, e demais legislações, nas teleconsultas são obrigatórios os seguintes registros eletrônicos/digitais:

- I - identificação das instituições prestadoras e dos profissionais envolvidos;
- II - termo de consentimento livre e esclarecido;
- III - identificação e dados do paciente;
- IV - registro da data e hora do início e do encerramento;
- V - identificação da especialidade;





- VI - motivo da teleconsulta;
 - VII - observação clínica e dados propedêuticos;
 - VIII - diagnóstico;
 - IX - decisão clínica e terapêutica;
 - X - dados relevantes de exames diagnósticos complementares;
 - XI - identificação de encaminhamentos clínicos;
 - XII - produção de um relatório que contenha toda informação clínica relevante, validado pelos profissionais intervenientes e armazenado nos Sistemas de Registro Eletrônico/Digital das respectivas instituições; e
 - XIII - encaminhamento ao paciente de cópia do relatório, assinado pelo médico responsável pelo teleatendimento, com garantia de autoria digital.
- 12.2 – Especificamente em relação à prescrição médica à distância, este deverá conter obrigatoriamente:
- I - identificação do médico, incluindo nome, CRM e endereço;
 - II - identificação e dados do paciente;
 - III - registro de data e hora;
 - IV - assinatura digital do médico ou outro meio legal que comprove a veracidade do documento.

13 - VIGÊNCIA E EXECUÇÃO DO CONTRATO

13.1 - A vigência do contrato e sua execução contratual será de 12 (doze) meses, contados a partir da sua assinatura, podendo ser renovado até o limite legal.

14 - PARA HABILITAÇÃO JURÍDICA:

- 14.1 - Registro comercial, no caso de empresa individual;
- 14.2 - Ato constitutivo (estatuto ou contrato social em vigor), devidamente registrado no órgão competente, em se tratando de sociedades comerciais (empresariais), e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos comprobatórios da eleição dos atuais administradores;
- 14.2.1 - O licitante deve apresentar o ato constitutivo acompanhado de todas as alterações que tenham sido realizadas e registradas perante o órgão competente, ou apresentar a última alteração realizada e registrada, desde que traga em seu bojo a consolidação da versão final do ato constitutivo.
- 14.3 - Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;

15 - QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA:

15.1 - Certidão negativa de falência, recuperação judicial ou recuperação extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede do licitante, expedida até 90 (noventa) dias antes da data de abertura da licitação

15.1.1.- Caso a licitante esteja em recuperação judicial ou extrajudicial, deverá ser comprovado acolhimento do plano de recuperação judicial ou a homologação do plano de recuperação extrajudicial, conforme o caso.

15.2 – Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis apresentados na forma da Lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrados a mais de 3 (três) meses da data da apresentação da proposta.





15.2.1 - O licitante deverá apresentar memória de cálculo, com duas casas decimais, desprezando-se as demais, devidamente assinada por profissional de contabilidade, constando o nº de registro no Conselho Regional de Contabilidade – CRC.

15.2.2 – Em relação às empresas constituídas no exercício social vigente, admite-se a apresentação de balanço patrimonial e demonstrações contábeis referentes ao período de existência da sociedade.

15.2.3 – É admissível o balanço intermediário, se decorrer de lei ou contrato/ estatuto social. (vide Acórdão TCU nº 484-12-2007 – Plenário)

15.2.4 - O balanço patrimonial das Sociedades Anônimas deverá ser publicado em Diário Oficial e em outro jornal de grande circulação, assim como registrado na Junta Comercial (Lei nº 6404/76); as demais formas societárias, inclusive as microempresas e empresas de pequeno porte, optantes do SIMPLES ou LUCRO PRESUMIDO são obrigadas a apresentar o balanço, autenticado pelo órgão competente do Registro de Comércio (Decreto-Lei 486/69).

15.2.5 – Caso o licitante seja cooperativa, tais documentos deverão ser acompanhados da última auditoria contábil-financeira, conforme dispõe o artigo 112 da Lei nº 5.764/1971, ou de uma declaração, sob as penas da lei, de que tal auditoria não foi exigida pelo órgão fiscalizador.

15.2.6 – A comprovação de boa situação financeira da empresa para fins de sua habilitação será baseada na obtenção de índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC) superiores a 1 (um), obtidos pela aplicação das seguintes fórmulas:

$$LG = \frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}}$$

$$SG = \frac{\text{Ativo Total}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}}$$

$$LC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

15.2.7 - O licitante, cadastrado ou não no SICAF, que apresentar um resultado igual ou menor que um (< 1) em qualquer dos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), deverá comprovar que possui patrimônio líquido de 10% do valor estimado da contratação.

16 - QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

16.1 - A empresa licitante, além de outros documentos exigidos em lei, deverá comprovar:

16.2 - No mínimo 01 (um) atestado de capacidade técnica, emitido por 01 (uma) ou mais entidade de direito público ou privado, declarando que a proponente prestou serviços de Teleconsulta Especializada Médica em uma das especialidades contratadas por meio remoto ou fornecimento de sistemas de saúde ou desenvolvimento e manutenção de sistemas para hospitais ou secretarias de





saúde desde que também comprovada experiência em teleatendimento em serviços diversos, com fornecimento de toda infraestrutura necessária.

16.3 - Atestados de empresas que passaram por processo de fusão, incorporação e cisão serão considerados também como capacidade técnica da sucessora, desde que sejam obedecidos os procedimentos legais, mediante documentos formais, com os respectivos registros cartorários.

16.4 – O (s) Atestados deverão conter:

- a) Nome empresarial e dados de identificação da instituição emitente (CNPJ, endereço, telefone)
- b) Local e data de emissão;
- c) Nome, cargo e a assinatura do responsável pela veracidade das informações;
- d) Período da execução da atividade;

17 - OBSERVAÇÕES FINAIS

17.1 - É vedada a subcontratação para execução do objeto desse Termo de Referência, sendo permitida apenas a subcontratação para a prestação de serviços médicos;

17.2 - A subcontratação não libera a CONTRATADA de quaisquer responsabilidades legais e contratuais. Assim, em qualquer hipótese, a CONTRATADA assumirá, perante a CONTRATANTE, a responsabilidade direta e integral pela perfeição e qualidade técnica dos trabalhos subcontratados.

17.3 - Na execução do contrato, será exigida do subcontratado o atendimento das exigências de qualificação técnica impostas ao Contratado.

17.4 - As empresas de prestação de serviços médicos especializados deverão garantir que os integrantes de seu próprio corpo técnico executem pessoal e diretamente as obrigações a eles imputadas, quando a respectiva relação for apresentada em processo licitatório.

17.5 - As decisões e/ou providências que ultrapassem a competência da fiscalização do Contrato deverão ser solicitadas à CONTRATANTE, em tempo hábil, para a adoção das medidas convenientes e necessárias ao caso;

18 – DAS UNIDADES A SEREM CONTEMPLADAS COM OS SERVIÇOS DE TELECONSULTA

N	CNES	Nome do estabelecimento	Endereço
1	0002453	USF. Antônio Alves	R. Firmino Fontes S/n – Atalaia
2	0002607	USF. Augusto César Leite	R. Elenita Nery Gomes S/N– Conj. Sta. Tereza.
3	2600366	USF. Augusto Franco	Rua H 5 s/n Conj. Augusto Franco
4	0003425	USF. João Bezerra	Pov. - Areia Branca Av. João Alves Bezerra
5	0003093	USF. Niceu Dantas	Av. José Domingos Maia, nº 1093-Zona de Expansão - Pov. Mosqueiro
6	0025682	USF. Sta. Terezinha (Robalo)	Rod. Dos Náufragos, km 5 - Robalo
7	9759956	USF.Dr. Roberto Paixão	R.Ludelino de Oliveira Freire,S/N,B.17 de Março
8	0002216	USF. Osvaldo Leite	Rua Daniel Menezes, s/n, Bairro Santa Maria





ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

9	0002550	USF. Elizabeth Pita	R. B,6 esq.com av. Vasco da Gama, s/n Sa Maria
10	0002291	USF. Geraldo Magela	R. Central IV S/N – Conj. Orlando Dantas.
11	0002445	USF. Humberto Mourão	R. A. S/N São Conrado
12	2658488	USF. Pref. Celso Augusto Daniel	Trav. 5 S/N Conj Padre Pedro B. Sta. Maria
13	0002380	USF. Hugo Gurgel	R. Renato Fonseca Oliveira , s/n -Coroa do Meio
14	0002615	USF. Ministro Costa Cavalcante	Av. Tancredo Neves S/N – Jardim Esperança.
15	0003115	USF. Ávila Nabuco	Rua O. S/N – Conj. Médici
16	0002410	USF. Dona Sinhazinha	Av. Hermes Fontes S/N – B. Grageru
17	0025690	USF. Dr. Max de Carvalho	R. Filemon Freire Franco S/N-B. Ponto Novo
18	3469182	USF. Joaldo Barbosa	R. Guanabara, s/n – B. América
19	0003123	USF. Irmã Caridade	R. Principal,nº101 - Povoado Aloque
20	0002631	USF. Madre Tereza de Calcutá	Largo da Aparecida S/N B. Jabotiana.
21	0002399	USF. Manoel de Souza Pereira	Rua Maria do Carmo Costa S/N.Sol Nascente
22	0002461	USF. Fernando Sampaio	Av. São João Batista Nº986 - B. Castelo Branco
23	0002577	USF. Edézio Vieira de Melo	R. Paraíba, B. Siqueira Campos
24	0002305	USF. Adel Nunes	R. Haiti,s/n B. América
25	0003492	USF. Oswaldo de Souza	TV. Adalto Botelho s/n - B. Getúlio Vargas
26	0002259	USF. Maria do Céu	Rua Maruim Nº179B - Centro
27	0002763	USF. Dona Jovem	R. Altamira S/N B. – Industrial.
28	0025674	USF. Amélia Leite	R.Tenente Wendel Quaranta ,nº 1863 - B. Suíça
29	0003344	USF. Porto Dantas	R. Antônio dos Santos nº468 – B. Porto Dantas.
30	0002364	USF. Cândida Alves	R. São João S/N B. Santo Antônio.
31	0002526	USF. Francisco Fonseca	R. Alvaro Maciel – 18 do Forte
32	0002798	USF. J. Augusto Barreto	Av. Euclides Figueiredo S/N – B. Japãozinho.
33	0003506	USF. Carlos Fernandes	Av. Lamarão s/n B. Lamarão
34	0002771	USF. José Quintiliano	Rua Santa Terezinha, nº 422 – Santo Antônio
35	0003603	USF. Eunice Barbosa	Rua Beira Rio, 92 – B. Coqueiral
36	0002542	USF. João Cardoso	R. Alagoas, 2051, José Conrado de Araujo
37	3210634	USF. Anália Pina de Assis	Av. Ayrton Senna, s/n, B. A. Tamandaré
38	0003409	USF. João Oliveira Sobral	R. Senhor do Bomfim S/N, Santos Dumont
39	0002623	USF. Walter Cardoso	Rua B, Nº372 – B. Veneza.
40	0002429	USF. José Machado de Souza	R. Major Aureliano, 100, B. Santos





ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

			Dumont
41	0003387	USF. Renato Mazze Lucas	R. Cap. Manoel Gomes, 590, Stos Dumont
42	0002836	USF. Lauro Dantas Hora	R. Projetada S/N B. Bugio
43	9141588	USF José Calumby Filho	R Terezinha Macedo da Silva S/N J.Centenário
44	0002844	USF. Onésimo Pinto	Av. Rad. José Silva Lima, S/N B. Jd.Centenário
45	0003395	USF. Carlos Hardmam Côrtes	Av. Carlos Marques S/N – B. Soledade.
46	0002186	CEMAR Siqueira Campos	Rua Bahia, S/N, bairro Siqueira Campos
47	0028142	Centro de Esp. Médicas da Criança e do Adolescente	R. Sergipe, 1068 - Siqueira Campos
48	3824977	Centro Especializado em Reabilitação	R. Porto Alegre - Siqueira Campos
49	9961518	CEPS - Centro de Educação Permanente de Saúde	R. Sergipe, 1066 - Siqueira Campos
50	5841399	CEREST Anízio Dario	Trv. Baltazar Góis, 86, Ed. Estado de Sergipe, 19 andar - Bairro Centro
51	0003158	CAPS III Liberdade	R. Distrito Federal, 1012 - Bairro Siqueira Campos
52	0028320	CAPS David Capistrano Filho	Rua Coronel José Figueiredo Albuquerque, 1.373 - Bairro Coroa do Meio
53	3295281	CAPS AD Infante Juvenil	Rua Frei Paulo, 344 - Bairro Suíssa
54	5970660	CAPS III Jael Patrício de Lima	R. J - São Conrado - Bairro Dom Luciano
55	2745186	CAPS AD Primavera	Av. Beira Mar, 2118, - Bairro Atalaia

Os locais da prestação de consultas estão contemplados em todos os endereços acima descritos ou em parte deles, conforme necessidade e demanda da Secretaria Municipal da Saúde.

19 - GARANTIA CONTRATUAL

19.1- A contratada deverá apresentar, 5 (cinco) dias após a emissão da ordem de serviço, garantia contratual no valor correspondente a 5% (cinco por cento) do valor global do contrato, podendo optar por fiança-bancária, seguro-garantia, caução em dinheiro ou em títulos da dívida pública, conforme art. 56 I, II e III da Lei 8.666/93.

19.2 A perda da garantia poderá ocorrer se o ofertante faltar com o cumprimento das cláusulas contratuais, ou em consequência do desconto de débitos ou multas em que a CONTRATADA incidir e não recolher no tempo devido, bem como deixar de corrigir erros ou falhas existentes até o prazo do recebimento definitivo. Nestes casos, o Órgão Licitante poderá incorporar ou cobrar a garantia concedida, até o limite devido pela CONTRATADA.

19.3 A garantia fornecida deverá ser válida até a data prevista para o encerramento do contrato.

Aracaju, 01 de agosto de 2022





ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Ana Régia Oliveira de Andrade
Diretora de Inteligência em Saúde/SMS

Assinado por 1 pessoa: ANA RÉGIA OLIVEIRA DE ANDRADE
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/A30D-4CE6-3544-6A5F> e informe o código A30D-4CE6-3544-6A5F





Anexo I
Modelo de proposta comercial

Razão Social:
CNPJ:
Endereço: **Endereço Eletrônico:** **Telefone:**

GRUPO I

PROPOSTA DE PREÇOS

Item	Descrição	Quant.	Valor Un	Valor Mensal
1	Consulta médica com especialista por videochamada (franquia)	2.000		
2	Consulta médica com especialista por videochamada (adicional)	200		

Representante Legal

CPF:
RG:

Cargo:

Assinado por 1 pessoa: ANA REGIA OLIVEIRA DE ANDRADE
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/A30D-4CE6-3544-6A5F> e informe o código A30D-4CE6-3544-6A5F





ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DIRETORIA DE INTELIGÊNCIA

ANEXO II SOBRE O CADERNO DE TESTE

Para demonstrar o processo de atendimento e agendamento da Central de Regulação da Teleconsulta a CONTRATADA deverá:

- Simular o profissional da central de regulação da CONTRATADA fazendo o agendamento da consulta do paciente por dentro do sistema. Neste momento inicial poderá ser utilizado a agenda própria do sistema, visto que a integração via API é uma obrigação futura;
- Realizar o cadastro do paciente – Nome, CPF, Endereço, e-mail e ou celular do paciente;
- Enviar uma mensagem (e-mail, WhatsApp ou SMS) para o paciente confirmando o dia e hora da consulta e local USF a ser realizada;
- A plataforma deverá se encarregar de confirmar o médico especialista que irá atender a demanda desta consulta, devolvendo a informação com todos os detalhes do profissional;

Para demonstrar o processo de atendimento da equipe de Enfermagem a CONTRATADA deverá:

- Na data e horário agendados a profissional de enfermagem acessará a plataforma já com o paciente ao lado, na USF destinada, e do outro lado da tela teremos o médico especialista agendado;
- A consulta deverá ocorrer por meio do streaming dentro da plataforma, com som e imagem, sendo gravada e tendo a prerrogativa de interrupção e término apenas pelo médico especialista; (sem a adoção de sistemas terceiros)
- Realizar o registro da coleta inicial de dados do paciente, sinais, sintomas, e detalhes informados pela profissional de enfermagem;

Para demonstrar o processo de atendimento do Médico Especialista da teleconsulta a CONTRATADA deverá:

- Confirmação dos dados informados pela profissional de enfermagem e registro da anamnese;
- Simular a troca de imagens, laudos e outros documentos entre profissional de enfermagem – paciente e médico especialista ao longo da consulta;
- O médico especialista poderá registrar e compartilhar no perfil do paciente orientações de saúde por meio de área específica podendo inclusive registrar templates padrões da especialidade;
- O médico especialista deverá consultar em tempo real protocolos clínicos específicos, integrado a plataforma, para sua especialidade sem que o paciente tenha essa visão ou possa intervir neste processo;
- O médico especialista deverá realizar prescrição com certificado digital por meio da plataforma tendo a priorização e identificação dos produtos RENAME no ambiente;





ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DIRETORIA DE INTELIGÊNCIA

- O médico deverá consultar e alocar o CID da consulta mesmo não estando com o prontuário da SMS Aracaju integrado ainda nesta POC;
- Apenas o médico poderá terminar a consulta.

Para demonstrar o processo de atendimento pós teleconsulta a CONTRATADA deverá:

- Disponibilizar todos os dados da consulta aos pacientes em seu perfil com força de login e senha. O Paciente poderá disponibilizar para outros médicos o histórico de suas consultas, incluindo as prescrições;
- A SMS Aracaju poderá acessar as consultas realizadas com todos os detalhes, médicos e pacientes;

Para demonstrar o processo de produção de teleconsultas dentro da plataforma, a CONTRATADA deverá:

- Disponibilizar o fechamento do movimento de consultas realizadas com uma visão por médico, por especialidade médica e por paciente, podendo ser segmentado por períodos como dia, mês e ano;
- Disponibilizar o fechamento do movimento de consultas realizadas com tempo médio de cada consulta por período mensal;
- Disponibilizar o fechamento do movimento total, segmentado por consultas agendadas, realizadas, canceladas e não realizadas, segmentado por períodos como dia, mês e ano

Para demonstrar a possibilidade de parametrização da Plataforma a CONTRATADA deverá:

- Possibilitar o cadastro da lista de materiais padronizados da SMS em adição a lista de medicamentos disponíveis no sistema e disponibilizar acesso aos profissionais médicos especialistas;
- Possibilitar a criação/cadastro/inclusão dos protocolos clínicos da CONTRATANTE e torna-los disponíveis para os médicos especialistas;

Assinado por 1 pessoa: ANA REGIA OLIVEIRA DE ANDRADE
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/A30D-4CE6-3544-6A5F> e informe o código A30D-4CE6-3544-6A5F





VERIFICAÇÃO DAS
ASSINATURAS



Código para verificação: A30D-4CE6-3544-6A5F

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ ANA RÉGIA OLIVEIRA DE ANDRADE (CPF 029.XXX.XXX-09) em 08/09/2022 14:29:31 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/A30D-4CE6-3544-6A5F>