



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

JOSÉ CRISTIANO SOSTER

**TELESSAÚDE BAHIA: UM OLHAR SOBRE OS CENTROS
ESPECIALIZADOS DA BAHIA**

Salvador
2025

JOSÉ CRISTIANO SOSTER

**TELESSAÚDE BAHIA: UM OLHAR SOBRE OS CENTROS
ESPECIALIZADOS DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia – NPGA/EADM/UFBA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de Concentração: Administração Pública e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

Salvador
2025

Escola de Administração - UFBA

S716 Soster, José Cristiano.

Telessaúde Bahia: um olhar sobre centros especializados da Bahia / José Cristiano Soster. – 2025.
98 f.: il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2025.

1. Saúde – Inovações tecnológicas – Bahia. 2. Centros de saúde – Administração – Bahia. 3. Medicina – Especialidades e especialistas.
4. Saúde pública – Bahia. 5. Acesso aos serviços de saúde – Bahia.
6. Sistema Único de Saúde (Brasil). 7. Política de saúde.

I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 362.10981

JOSÉ CRISTIANO SOSTER

**TELESSAÚDE BAHIA: UM OLHAR SOBRE OS CENTROS
ESPECIALIZADOS DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração da UFBA como requisito para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Aprovação em 11 de abril de 2025.

Banca examinadora

Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes - Orientadora

Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
Universidade Federal da Bahia.

Prof. Dr. Ricardo Coutinho Mello

Doutor em Difusão do Conhecimento pela Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Fábio Campos Aguiar

Doutor em Administração pela Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
Universidade Salvador (UNIFACS)



ATA Nº 04

Ata da sessão pública do Colegiado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO (NPGA), realizada em 11/04/2023 para procedimento de defesa da Dissertação de Mestrado EM ADMINISTRAÇÃO no. 4, área de concentração ADMINISTRAÇÃO, do candidato JOSÉ CRISTIANO SOSTER, de matrícula 2022102134, intitulada TELESSAÚDE BAHIA: UM OLHAR SOBRE OS CENTROS ESPECIALIZADOS DA BAHIA. Às 16:30 do citado dia, Sala 17, 3º andar - Escola de Administração, foi aberta a sessão pela presidente da banca examinadora Profª. VERA LUCIA PEIXOTO SANTOS MENDES que apresentou os outros membros da banca: Prof. Dr. RICARDO COUTINHO MELLO e Prof. Dr. FABIO CAMPOS AGUIAR. Em seguida foram esclarecidos os procedimentos pela presidente que passou a palavra ao examinado para apresentação do trabalho de Mestrado. Ao final da apresentação, passou-se à arguição por parte da banca, a qual, em seguida, reuniu-se para a elaboração do parecer. No seu retorno, foi lido o parecer final a respeito do trabalho apresentado pelo candidato, tendo a banca examinadora APROVADO o trabalho apresentado, sendo esta aprovação um requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre. Em seguida, nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão pelo(a) presidente da banca, tendo sido, logo a seguir, lavrada a presente ata, abaixo assinada por todos os membros da banca.

Documento assinado digitalmente
FABIO CAMPOS AGUIAR
 Data: 11/04/2023 11:24:04-0300
 Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

Dr. FABIO CAMPOS AGUIAR, UNIFACS
 Examinador Externo à Instituição

Documento assinado digitalmente
RICARDO COUTINHO MELLO
 Data: 11/04/2023 11:25:04-0300
 Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

Dr. RICARDO COUTINHO MELLO, UFBA
 Examinador interno

Documento assinado digitalmente
VERA LUCIA PEIXOTO SANTOS MENDES
 Data: 11/04/2023 14:01:24-0300
 Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

VERA LUCIA PEIXOTO SANTOS MENDES, UFBA
 Presidente

Documento assinado digitalmente
JOSÉ CRISTIANO SOSTER
 Data: 11/04/2023 14:25:39-0300
 Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

JOSÉ CRISTIANO SOSTER
 Mestrando

À Wilma, mãe querida e minha primeira professora, que moldou meu caráter.

A Sister, meu pai, que me mostrou os caminhos e como caminhar.

Xênia, que juntos aprendemos a não desistir de sonhos e do que amamos.

José Lucca, que me deu outro sentido para viver e o significado de amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde por sustentarem com suas mãos e conhecimentos o direito à saúde de todos os brasileiros. Em especial, a todos os trabalhadores do Núcleo de Telessaúde da Bahia, que sonharam juntos comigo um projeto que traz esperança de uma saúde ainda melhor.

A Zezé, minha mãe baiana que me trouxe conforto e conselhos para lutar pelo que acredito.

A todos os professores e professoras do Núcleo de Pós-Graduação em Administração da UFBA que transformaram minhas ideias, organizaram meus pensamentos, aguçaram meus questionamentos e me fizeram escrever o que penso.

Agradeço, a Anaéllia, uma pessoa que me aconselhou, mesmo de longe segurou minha mão e me orientou do seu jeitinho cândido e muito profissional, cuidou de mim e de meus colegas.

A todos que participaram deste estudo, pois foram a inspiração para escrever como se produz saúde com muita qualidade, inovação e comprometimento.

Em especial, a Professora Doutora Vera Mendes, que soube entender meus tempos, respeitou minhas agruras e, como orientadora, conduziu-me na trajetória, não só na produção teórica, mas na inspiração em vida, da sua defesa de ideais pétreos e caros, para uma pessoa que não veio a este mundo a passeio.

Por fim, e mais importante, a Xênia Paula e José Lucca, que fazem minha vida ter sentido, motivando e ajudando a construir um mundo melhor.

A Tecnologia da Informação e Comunicação mais evoluída,
ainda está no olhar distante de quem está comprometido,
seguido por uma conversa verdadeira e acolhedora
e termina com um abraço longo e afetuoso.
É desta qualidade que o mundo necessita.
JC Soster

SOSTER, José Cristiano. **TELESSAÚDE BAHIA: UM OLHAR SOBRE OS CENTROS ESPECIALIZADOS DA BAHIA**. 98 f. 2025. Dissertação de Mestrado em Administração – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2025.

RESUMO

Este estudo analisou as contribuições do Programa Telessaúde Bahia para a qualificação dos atendimentos nos Centros Especializados do Estado da Bahia, a partir da perspectiva dos gestores e de indicadores de desempenho. O objetivo geral foi investigar como o Telessaúde Bahia contribui para melhorar a qualidade dos atendimentos nos serviços especializados. Para alcançar esse objetivo, o trabalho delineou dois objetivos específicos: a) compreender as contribuições do Telessaúde na Bahia, com bases em indicadores e na avaliação dos gestores; b) descrever os processos orientadores e conceituais que compõem o modelo lógico do Programa Telessaúde na Bahia para os serviços especializados. A pesquisa adotou uma abordagem metodológica qualitativa, de natureza exploratória e dedutiva, utilizando o estudo de caso único como estratégia central. Os loci da pesquisa foram o Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (CEDEBA), o Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência (CEPRED) e o Núcleo Técnico Científico do Telessaúde Bahia. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores e coordenadores dos serviços especializados e do Núcleo de Telessaúde da Bahia. A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo categorial, com base na Teoria do Programa e no Modelo Lógico, que permitem identificar relações causais entre os recursos do programa, as atividades realizadas e os resultados obtidos. Os resultados mostraram que o Telessaúde Bahia contribuiu significativamente para a qualificação do acesso dos usuários aos serviços especializados. A criação de um modelo de acesso baseado na qualificação dos encaminhamentos, resultou na redução das filas presenciais, na eliminação de deslocamentos desnecessários e na maior capacidade de resposta dos serviços especializados. Além disso, o Telessaúde permitiu que os profissionais de atenção básica fossem mais capacitados para identificar e encaminhar os casos adequadamente, o que fortaleceu a articulação entre a atenção básica e os serviços especializados. A implementação de teleconsultorias especializadas foi apontada como um dos principais fatores para a redução do tempo de espera e para a priorização de casos de maior gravidade. O modelo lógico evidenciou as estruturas e os processos necessários para a estruturação do Programa Telessaúde nos Serviços Especializados. O Programa Telessaúde Bahia se consolidou como ferramenta estratégica para qualificação da atenção à saúde no estado. Os resultados obtidos indicam que o modelo implantado promoveu maior eficiência no acesso aos serviços especializados, reduziu custos operacionais e aumentou a satisfação dos usuários e profissionais envolvidos.

Palavras-chave: Telessaúde. Teoria do Programa. Serviço Especializado. Modelo Lógico.

SOSTER, José Cristiano. **TELEHEALTH BAHIA: A LOOK AT THE SPECIALIZED CENTERS OF BAHIA**. 98 pages. 2025. Master's Thesis in Administration – School of Administration, Federal University of Bahia, Salvador, 2025.

ABSTRACT

The present study analyzed the contributions of the Bahia Telehealth Program to improving the quality of care at specialized centers in the state of Bahia, from the perspective of managers and performance indicators. The overall objective was to investigate how Telehealth Bahia contributes to improving the quality of care at specialized services. To achieve this goal, the study outlined two specific objectives: a) to understand the contributions of Telehealth in Bahia, based on indicators and managers' evaluations; b) to describe the guiding and conceptual processes that compose the logical model of the Telehealth Program in Bahia for specialized services. The research employed a qualitative methodological approach, combining exploratory and deductive elements, with a single case study serving as its central strategy. The research loci were the State Reference Center for Diabetes and Endocrinology Care (CEDEBA), the State Center for Prevention and Rehabilitation of Persons with Disabilities (CEPRED), and the Technical Scientific Center of Telehealth Bahia. Data were collected through semi-structured interviews with managers and coordinators from specialized services and the Center of Telehealth Bahia. Data analysis was executed by categorical content analysis, based on Program Theory and Logic Model, which enables identification of causal relations between program resources, actions performed, and results obtained. The results have shown that Telehealth Bahia has improved significantly users' access to specialized services. The development of an access model based on referral qualification resulted in a reduction of in-person queues, eliminating unnecessary travel, and a greater response capacity of specialized services. In addition, Telehealth has enabled primary care professionals to be better competent in identifying and correctly referring cases, which has strengthened the rapport between primary care and specialized services. Implementing specialized teleconsultancy was found to be one of the main factors in reducing waiting time and prioritizing more serious cases. The logical model evidenced the necessary structures and processes for structuring the Telehealth Program on Specialized Services. Program Telehealth Bahia has established itself as a strategic tool to improve healthcare in the state. The results obtained have shown that the implemented model promoted greater efficiency in accessing specialized services, reduced operational costs, and increased satisfaction among users and professionals.

Keywords: Telehealth. Program Theory. Specialized Service. Logic Model.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Pg.

Figura	1	Linha histórica da implantação do TeleCedeba e TeleCepred em parceria com o Núcleo de Telessaúde da Bahia/ Diretoria de Atenção Básica/ SESAB.	28
Figura	2	Pacientes enfrentam problemas para marcar consultas no Centro de Diabetes e Endocrinologia.....	30
Figura	3	Fluxograma Prisma adaptado pelo autor para a Revisão Integrativa.	33
Figura	4	Contextualização do Estudo de Caso.....	43
Gráfico	1	Número de teleconsultorias respondidas, no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.....	51
Gráfico	2	Número de teleconsultorias respondidas pelo CEDEBA, no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.	52
Gráfico	3	Número de teleconsultorias respondidas pelo CEPRED, no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.....	52
Gráfico	4	Número de teleconsultorias realizadas por categoria profissional, no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.....	53
Gráfico	5	Categorias profissionais que realizaram teleconsultorias para o CEDEBA, no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.	54
Gráfico	6	Número de categorias profissionais que realizaram teleconsultorias para o CEPRED, no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.....	54
Gráfico	7	Número de Atividades de Tele-educação realizadas no período de 19 de janeiro de 2021 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.....	55
Gráfico	8	Número de Laudos de Eletrocardiograma – ECG, realizados no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.....	56
Gráfico	9	Número de Exames de Teledermatologia realizados no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.....	56
Figura	5	Modelo Lógico do Programa de Telessaúde na Bahia para os Serviços Especializados.....	82
Figura	6	Modelo Lógico do Programa de Telessaúde na Bahia para os Serviços Especializados (continuação 1).....	83
Figura	7	Modelo Lógico do Programa de Telessaúde na Bahia para os Serviços Especializados (continuação 2).....	84
Figura	8	Modelo Lógico do Programa de Telessaúde na Bahia para os Serviços Especializados (continuação 3).....	85

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Pg.

Quadro	1	Artigos selecionados e incluídos no estudo.....	34
Quadro	2	Categorias e Subcategorias de análise.....	45
Quadro	3	Dados do perfil dos entrevistados.....	48
Tabela	1	Dados que sustentam a interpretação sobre a categoria dos meios para a superação de barreiras tecnológicas	58
Tabela	2	Dados que sustentam a interpretação sobre a categoria de avaliação e monitoramento.....	62
Tabela	3	Dados que sustentam a interpretação sobre a categoria processos estruturantes.....	63
Tabela	4	Dados que sustentam a interpretação sobre incorporação tecnológica	69
Tabela	5	Dados que sustentam a interpretação sobre integração de processos em Rede de Atenção.....	70
Tabela	6	Dados que sustentam a interpretação sobre parcerias estratégicas.....	72
Tabela	7	Dados que sustentam a interpretação sobre a qualificação do acesso.....	74
Tabela	8	Dados que sustentam a interpretação sobre a restrição do acesso.....	78
Tabela	9	Dados que sustentam a interpretação sobre a transferência tecnológica.....	79
Tabela	10	Dados que sustentam a interpretação sobre a transição do modelo.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários
ALAD	Associação Latino Americana de Diabetes
APS	Atenção Primária à Saúde
CEDEBA	Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e à Endocrinologia
CEPRED	Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência
CER	Centro de Reabilitação
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
COVID 19	Doença por Corona Vírus 2019
DAB	Diretoria de Atenção Básica
DGC	Diretoria da Gestão do Cuidado
ECG	Eletrocardiograma
FESF	Fundação Estatal de Saúde da Família
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
HUPES	Hospital Universitário Prof. Edgard Santos
NT	Núcleo de Telessaúde
NUTS	Núcleo Universitário de Telessaúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAISPD	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RNP	Rede Nacional de Ensino e Pesquisa
RUTE	Rede Universitária de Telemedicina
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SOF	Segunda Opinião Formativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
TP	Teoria do Programa
UBS	Unidades Básicas de Saúde
WDF	Federação Internacional do Diabetes
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 TEORIA DO PROGRAMA	18
2.2. O PROGRAMA TELESSAÚDE NO BRASIL	19
2.3 DESCREVENDO O CONTEXTO E A FUNDAMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE TELESSAÚDE NA BAHIA PARA OS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	24
2.4 O TELESSAÚDE BAHIA	25
2.5 O TELESSAÚDE NO CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL PARA ASSISTÊNCIA AO DIABETES E ENDOCRINOLOGIA - CEDEBA.....	29
2.6 O TELESSAÚDE NO CENTRO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – CEPRED	31
2.7 REVISÃO NARRATIVA	32
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	41
3.1 TIPO DE ESTUDO	41
3.2 LOCI DA PESQUISA	42
3.3 COLETA DE DADOS	43
3.4 PLANO DE ANÁLISE	44
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	47
4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS	47
4.2 AS CONTRIBUIÇÕES DO TELESSAÚDE NA BAHIA COM BASE EM INDICADORES	48
4.3 CONTRIBUIÇÕES DO TELESSAÚDE NA BAHIA COM BASE NA AVALIAÇÃO DOS GESTORES DO PROGRAMA DE TELESSAÚDE BAHIA E DOS CENTROS ESPECIALIZADOS COM ADESÃO AO PROGRAMA.	57
4.4 MODELO LÓGICO DO TELESSAÚDE PARA QUALIFICAÇÃO DO ACESSO	82
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
6 REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE A– Roteiro de Entrevista Semiestruturada para o Núcleo de Telessaúde/Ba	97
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada para o(a) Gestor(a) do Centro Especializado	99
APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	103
APÊNDICE D - Modelo Lógico do Programa de Telessaúde na Bahia para os Serviços Especializados	105
A APÊNDICE E – Impactos do Trabalho de Conclusão de Curso.....	106

1 INTRODUÇÃO

Este estudo é o resultado do aprofundamento teórico concebido nas disciplinas do mestrado acadêmico em Administração da Universidade Federal da Bahia e do encontro com a prática do autor, desenvolvida junto à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Apresenta-se como temática a trajetória da implantação da Telessaúde no Sistema Único de Saúde (SUS) da Bahia.

Do ponto de vista empírico, a escolha desta temática justifica-se pela vivência do autor que, por quase dez anos, esteve à frente da diretoria responsável pelo Programa de Telessaúde na Bahia. Tal experiência, instigou-o a investigar como o Programa Telessaúde Bahia contribui para melhorar a qualidade dos atendimentos nos Centros Especializados do Estado da Bahia.

Neste sentido, o estudo traz um caminho metodológico criterioso o qual exige um estudo de caso, também não se furtou em trazer o embasamento científico sobre cada argumento, alicerçando-se na Teoria do Programa e no Modelo Lógico. Conforme a Teoria do Programa, os modelos lógicos são representações gráficas que estruturam: insumos necessários para a execução do programa (Recursos); ações que serão realizadas para atingir os objetivos (Atividades); entregáveis gerados pelas atividades (Produtos) e resultados ou impacto esperado (Resultado intermediário ou resultado final).

Foi delimitado o contexto do estudo empírico, que envolve o Núcleo de Telessaúde da Bahia e os dois serviços especializados: o Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia – CEDEBA e o Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência – CEPRED. Estes Centros foram definidos, na perspectiva de delinear e estabelecer parâmetros, considerando que fazem parte de um mesmo contexto institucional, processual, normativo e histórico, marcado pela Pandemia da COVID- 19, e que ambos são da Administração Direta da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, utilizando-se da telessaúde com o objetivo de encaminhar os usuários para atendimento nos serviços especializados.

A pesquisa empírica traz, a partir das entrevistas com gestores, a construção de respostas, que passam pela trajetória histórica, mas principalmente, apresenta elementos de “como” e “porquê” foram tomadas decisões e se estruturaram os serviços a partir do Programa de Telessaúde, bem como, os resultados e as repercussões nos serviços especializados que qualificaram os seus atendimentos.

Do ponto de vista teórico, a Telessaúde teve um aumento significativo de estudos científicos, sendo que somente na base de dados da PUBMED - National Library of Medicine, foram encontradas 64.192 publicações, utilizando-se os termos, Telessaúde or Telehealth or Telemedicina, e destes, 73,71% foram publicados no período de 2015 a 2024.

Segundo Hartz (1997), a telessaúde, apesar de amplamente utilizado, tem pouca eficiência e possui uma característica generalizadora, o que o torna pouco resolutivo. Sendo que seu uso na Atenção Básica tem como objetivo o aumento da resolutividade. Ainda a mesma autora afirma que os países em desenvolvimento possuem poucas evidências sobre os efeitos da Telessaúde, bem como os serviços propostos.

O Programa Telessaúde Bahia segue os objetivos do Programa Nacional da Telessaúde Brasil Redes e visa, entre outras ações, ordenar as redes a partir da Atenção Básica por meio da integração de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). É parte de um esforço nacional para qualificação assistencial que iniciou com o objetivo Educacional e expandido para o atendimento em áreas remotas. Teve como precursores no Brasil as Instituições de Ensino Superior, atrelado a pesquisas financiadas pelo Governo Federal (BAHIA, 2021; BRASIL, 2017.)

Com a repercussão positiva de pesquisas e práticas desenvolvidas pelos Núcleos das Universidades, o Ministério da Saúde adotou o Telessaúde com a finalidade de integrar a Rede de Atenção. A Rede de Atenção à Saúde no SUS, envolve todos os níveis assistenciais e em um país continental, trata-se de um desafio.

Como estratégia, o Telessaúde iniciou a estruturação da expansão a partir da Atenção Básica, sendo o nível primário de atenção, com serviços com a maior capilaridade, visto que está implantado em todo o Brasil. (BRASIL, 2017; HADDAD et al, 2021; MALDONADO, 2016)

O Telessaúde no Brasil surgiu com a proposta de integração da Rede de Atenção à Saúde, iniciando pela educação médica, assistência médica, visto que este era e é um dos principais problemas da Saúde Pública, o acesso ao atendimento médico qualificado. A Atenção Básica como estruturante da Rede e com maior déficit de profissionais era a aposta para o uso da tecnologia. Contudo, a condição mais grave está na assistência médica especializada, que é o nível mais precário e que é um passo para a consolidação da integração da Rede de Atenção, quando envolve Atenção Básica como demandante e Atenção Especializada como executora (MALDONADO, 2016).

Nesta perspectiva, o Telessaúde Bahia, objetivou estruturar a expansão da oferta de telessaúde para os 417 municípios para a Atenção Básica e propôs um programa inovador

integrando Serviços Especializados, por intermédio do Telessaúde, que foi denominado de Programa de Telecompartilhamento.

O Programa de Telecompartilhamento visa dar suporte especializado aos profissionais da Atenção Básica e, se necessário, garantir o acesso dos usuários aos serviços especializados que possuem adesão ao Programa. Esta ação se dá a partir dos profissionais da Atenção Básica com intermédio do Telessaúde, tendo como critérios o uso dos protocolos de acesso já estabelecidos por cada serviço especializado. Havendo a necessidade de atendimento presencial, o usuário terá seu atendimento agendado com data e horário, sem necessidade de encaminhamentos para centrais de regulação (BAHIA, 2020).

Com base na contextualização do tema dessa dissertação, apresenta-se seguinte problema de pesquisa: Como o Programa Telessaúde Bahia contribui para melhorar a qualidade dos atendimentos nos Centros Especializados do Estado da Bahia?

Para tanto, partem-se dos seguintes pressupostos:

Pressuposto 1: O Telessaúde Bahia é um Programa incremental que contribui na resolutividade da Atenção Básica e na organização da rede de serviços públicos de saúde (BRASIL, 2011).

Este pressuposto está baseado no Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes), em que configura a proposta executada no âmbito nacional, tendo como objetivo a qualificação da assistência dos trabalhadores da Atenção Básica, mediada por tecnologia, que na Bahia, tem sido planejada e executada de forma incremental, buscando qualificar a Política Pública de Saúde de forma contínua, identificando oportunidades e incorporando novas demandas aos seus objetivos, sem descaracterizá-los (LINDBLOM, 1959).

O Telessaúde tem demonstrado resultados muito positivos na qualificação profissional, na ampliação da resolutividade assistencial e do acesso à população, integrando a Rede de Atenção à Saúde. (CARVALHO, 2021; CAJAS SANTANA & LOPEZ, 2021; CHÁ GHIGLIA, 2020; HADDAD et al, 2021; MATOS, 2019; NILSON, L. G. et al., 2020; OLIVEIRA, G.R et al., 2022, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010)

Pressuposto 2: A Teoria do Programa auxilia na análise do Programa Telessaúde ao delimitar a sua cadeia causal, a qualidade e a forma como este está estruturado (ROSSI, FREEMAN E LIPSEY, 1998) .

Este pressuposto está ancorado na perspectiva de que a Teoria do Programa se caracteriza por analisar como a política se relaciona com os seus benefícios sociais e como ela produz estratégias e táticas para alcançar suas metas e objetivos (ROSSI, FREEMAN E LIPSEY, 1998). Nesta perspectiva adotar a Teoria do Programa nesse trabalho possibilita

analisar como a política se relaciona com os seus benefícios sociais e como ela produz estratégias e táticas para alcançar suas metas e objetivos (ROSSI, FREEMAN E LIPSEY, 1998).

A Teoria do Programa, além dos meios e fins, é caracterizada pela presença de uma cadeia causal que interliga todos os elementos da política (WEISS, 1997). Para a Teoria do Programa o objetivo é observar a qualidade da estruturação do programa, analisar o contexto de sua implementação e redesenhá-lo, se necessário, em casos de transgressão dos objetivos (WHOLEY, 2004). Assim, esta dissertação apresenta como embasamento a Teoria do Programa, sem, contudo, aprofundá-la, pois não se trata de um estudo de avaliação.

O objetivo geral desta pesquisa é investigar as contribuições do Programa Telessaúde Bahia na visão dos gestores e de resultados dos indicadores, para melhorar a qualidade dos atendimentos nos Centros Especializados do Estado da Bahia.

Para alcançar o objetivo geral, foram delineados os objetivos específicos abaixo discriminados:

1. Compreender as contribuições do Telessaúde na Bahia com base em resultados dos indicadores e na avaliação dos gestores do Programa de Telessaúde Bahia dos Centros Especializados com adesão ao programa.
2. Descrever o conjunto de processos orientadores e conceituais que compõem o modelo lógico do Programa de Telessaúde na Bahia para os serviços especializados.

O primeiro objetivo específico é atingido ao se interpretar os resultados dos indicadores, refletir criticamente e contextualizando-os teoricamente e socialmente, para aprofundar o sentido do que foi investigado, integrar os achados à realidade, às teorias e aos contextos envolvidos.

O segundo traz à luz aos aspectos teóricos que orientam a prática e que quando são interpretados em consonância com a realidade compõem um modelo lógico que foi estabelecido nos serviços especializados, sendo que tudo isso parte da investigação das contribuições do Programa Telessaúde a partir da visão dos gestores e de indicadores.

Para tanto, além desta introdução e das considerações finais, o estudo está organizado em quatro seções. Na segunda seção, tem-se a Teoria do Programa que embasa a dissertação, a revisão narrativa da literatura, a contextualização e a fundamentação do Programa Telessaúde no Brasil, o Telessaúde Bahia, o Telessaúde no Centro de Referência Estadual

para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia – CEDEBA, o Telessaúde no Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência – CEPRED.

Na terceira seção, são delineados os procedimentos metodológicos e na quarta seção, são apresentados e discutidos os resultados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção objetiva apresentar uma síntese da Teoria do Programa, utilizada nesta dissertação para embasar a análise do Programa Telessaúde implantado no Estado da Bahia, em 2013. Além disso apresenta o Programa Telessaúde no Brasil, descrevendo o contexto e a fundamentação do Programa na Bahia para os serviços especializados. Por fim, detalha o Telessaúde Bahia como um programa que segue os objetivos do Programa Nacional da Telessaúde Brasil Redes, objetivando ordenar as redes a partir da Atenção Básica por meio da integração de Tecnologias de Informação e Comunicação e uma revisão integrativa trazendo estudos relativos à contribuição dos Programas de Telessaúde para os Serviços Especializados.

2.1 TEORIA DO PROGRAMA

Existem várias metodologias e teorias para análise e avaliação de Políticas Públicas, Programas e Projetos. Dentre estas, tem-se a Teoria do Programa que é pautada por modelos lógicos, possibilita a análise facilitada e vem sendo defendida por alguns autores (CASSIOLOTO, 2010; HARTZ, 1997) e instituições (BANCO MUNDIAL, 2004; KELLOGG, 2004). Esta teoria possui como benefícios, não só o vislumbre dos resultados, mas como se alcançou.

A Teoria do Programa tem o potencial de identificar relações causais de hipóteses, ligando os recursos de um programa às atividades, aos produtos intermediários e aos objetivos finais (CASSIOLOTO, 2010). Contudo, segundo o Banco Mundial (2004, p. 3) existem desvantagens no seu uso, tais como: excessiva complexidade, necessidade de muitos pressupostos; falta de consenso no estabelecimento dos fatores determinantes e elevado tempo de maturidade do programa.

O modelo da Teoria do Programa, além dos meios e fins, caracteriza-se pela presença de uma cadeia causal que interliga todos os elementos da política (WEISS, 1997). Para a Teoria do Programa o objetivo é observar a qualidade da estruturação de um determinado programa, analisar o contexto da sua implementação e redesenhá-lo, se necessário, em casos de transgressão dos objetivos (WHOLEY, 2004).

A avaliação de partes dos componentes e como eles se relacionam, baseados em modelos lógicos, traz o entendimento do todo do Programa estabelecido e vem sendo utilizado para avaliação de Programas Governamentais em execução (avaliação *in itinere*) e

para o planejamento (avaliação *ex ante*) de grande impacto para a sociedade (BRASIL, 2005; CUNHA, 2006; FERREIRA et AL, 2009).

De forma prática, a Teoria do Programa (TP) é um construto analítico que busca estabelecer a relação entre os meios utilizados e os fins almejados por uma intervenção ou política pública. Ela detalha as hipóteses que sustentam a lógica causal, sendo as principais características, as condições necessárias para que o programa logre êxito, as hipóteses implícitas e explícitas, além de pressupostos que demonstrem as fragilidades do desenho. A TP explica os passos necessários para alcançar os resultados desejados, articulando causalmente os insumos, atividades, produtos e efeitos esperados (SANTOS, 2022).

Segundo a Teoria do Programa os modelos lógicos são representações gráficas e estruturam os seguintes componentes: insumos necessários para a execução do programa (recursos); ações que serão realizadas para atingir os objetivos (atividades); entregas geradas pelas atividades (produtos) e resultados ou impacto esperado (resultado intermediário ou resultado final).

A Teoria do Programa possibilita a expressão por intermédio de modelos lógicos causais e uma narrativa descrita que permite o entendimento da relação entre procedimentos, estruturas e decisões, vistas como entradas e, o conjunto de resultados pretendidos ou observados (WEISS, 1997; ROGERS, 2008).

2.2 O PROGRAMA TELESSAÚDE NO BRASIL

A evolução tecnológica, que também pode ser discutida como “Revolução” tecnológica é defendida por Sá Filho (2006) como uma extensão do ser humano, que anteriormente fazia uso da atividade manual, passou a ser mecânica, posteriormente elétrica e atualmente eletrônica, dando sentido a incorporação da tecnologia como meio de produção. A partir desta compreensão, percebe-se o distanciamento físico gradual, não obstante acelerado, do humano para o objeto a ser desenvolvido.

Para Muramatsu (2011), a Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), busca uma convergência da tecnologia com o ambiente tecnológico de trabalho, com o intuito de produzir informação e comunicação.

A função da TIC para Castells (2005) está embasada em uma sociedade da informação e comunicação que utiliza da microeletrônica para difundir informação e conhecimento, que são elementos centrais para a evolução de qualquer civilização, aliando-se às redes, que são formas de organização social, potencializadas pelas TIC.

Para todos estes autores existe uma convergência na perspectiva das TIC inovarem e gerarem mudanças, seja no uso dos objetos, nas distâncias entre os objetos ou na produção.

Conforme Souza (2003) a inovação tecnológica desencadeada a partir das TIC, apontou para a necessidade das organizações se adequarem a este novo paradigma de comunicação e informação, cujas implicações constituem um desafio com impactos significativos na forma de funcionamento para desempenhar suas funções, não fazendo distinção entre o público e o privado.

Em tese, Souza (2003, p.45) avalia que esta inovação tecnológica levará a uma alteração na estrutura organizacional:

“(...) caracterizada por menos níveis hierárquicos, privilegiando a implementação de novas formas de trabalho e de relacionamento, pela descentralização nos processos de tomada de decisão, pela existência e melhoria das ligações verticais e horizontais como forma de fortalecer as ligações hierárquicas e de incrementar a integração, assim como potencializar a transferência de conhecimento.”

Aplicada esta afirmação para o setor público e mais especificamente na área da saúde, principalmente no que tange a incrementação da integração e a potencialização da transferência de conhecimento, tem-se uma consequente inovação, com reflexos diretos para a atenção a saúde, educação permanente e a forma como que se lida com as informações produzidas por estes setores.

Conforme afirma a Agência Câmara de Notícias (2023) para a prestação remota de serviços é necessário se basear nos seguintes princípios: autonomia do profissional de saúde; consentimento livre e informado do paciente; direito de recusa ao atendimento na modalidade telessaúde; dignidade e valorização do profissional de saúde; assistência segura ao paciente e com qualidade; confidencialidade dos dados; promoção da universalização do acesso dos brasileiros às ações e aos serviços de saúde; observância estrita das atribuições legais de cada profissão; e responsabilidade digital.

No Brasil esta inovação ganhou força com a criação, em 1989, da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa - RNP, abarcando soluções tecnológicas que visavam a conexão em rede nacional de cunho acadêmico. A iniciativa facilitou o fomento à pesquisa e, no campo da saúde, possibilitou a busca de estratégias para qualificação profissional a luz das experiências internacionais sob orientação da Organização Mundial da Saúde. Sendo que, desde a década de 1970, a telemedicina é utilizada nos Estados Unidos para atendimento a pacientes com dificuldade de acesso a exames, consultas médicas, além de formação para profissionais da saúde de forma remota (URTIGA; LOUZADA; COSTA, 2004). A Organização Mundial de

Saúde - OMS (1997) indica a telemedicina como um instrumento tecnológico para educação continuada dos profissionais de saúde, utilizada para fins de pesquisa e de avaliação. A saúde digital deve apoiar o acesso equitativo e universal a serviços de saúde de qualidade, podendo ajudar a tornar os sistemas de saúde mais eficientes e sustentáveis, permitindo-lhes oferecer cuidados de boa qualidade, acessíveis e equitativos (WHO, 2010).

Nessa perspectiva, a RNP viabilizou a criação dos Núcleos de Telemedicina, estabelecendo a Rede Universitária de Telemedicina - RUTE. Esta iniciativa do Ministério da Ciência e Tecnologia, apoiada pela Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários (ABRAHUE), coordenada pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), possibilitou a integração em rede de Hospitais Universitários, o desenvolvimento de grupos de discussão de casos, a realização de pesquisas colaborativas e avaliação de casos de forma remota com participação de especialistas (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

Observa-se, a partir das múltiplas visões, que a Telessaúde é considerada como uso das Tecnologias da Informação e Comunicação aplicadas a atenção à saúde, como estratégia de educação permanente, como instrumento para controlar problemas crônicos de saúde, melhorar a qualidade dos serviços e proporcionar a interação entre profissionais de saúde ou entre estes e os usuários (NILSON et al. 2020).

Já o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b) define Telessaúde como o uso das modernas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) para atividades à distância relacionadas à saúde em seus diversos níveis (primário, secundário e terciário), que possibilita a interação entre profissionais de saúde ou entre estes e os usuários, bem como exames e laudos diagnósticos acessados remotamente e, até procedimentos terapêuticos por meio da robótica.

Contudo, a Telessaúde como Programa tem como base as discussões realizadas em 2005, que buscavam soluções para melhorar o atendimento na área da saúde em municípios brasileiros onde não havia médicos que lá residissem e trabalhassem, de maneira a evitar que a população ficasse sem assistência. Neste mesmo período já se utilizava a telemática, com o intuito de capacitar profissionais na área da saúde a partir de serviços informatizados da rede de telecomunicações. Em 2006, viu-se a necessidade de realizar um levantamento de experiências nacionais que faziam uso da telemedicina, o que levou uma aproximação com Universidades com atuação neste tema e que futuramente vieram a estruturar Núcleos de Telessaúde vinculados ao Telessaúde Brasil Redes (BRASIL, 2017).

Contudo, o que fez com que o Programa de Telessaúde Brasil tivesse concretude foi o Projeto Piloto de Telemática e Telemedicina em Apoio à Atenção Primária à Saúde, em

grande escala e com abrangência nacional. Seu êxito levou a criação do Programa Nacional de Telessaúde, cuja minuta foi aprovada no final de 2006 pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

“Assim, no dia 4 de janeiro de 2007 foi publicada a Portaria GM 35/2007, que instituiu o Programa Nacional de Telessaúde no Ministério da Saúde e estabeleceu os critérios para implantação do Projeto Piloto em Apoio à Atenção Primária à Saúde, envolvendo nove Núcleos de Telessaúde localizados nas universidades que haviam sido chamadas a apresentar seus projetos” (BRASIL, 2017).

Com a avaliação realizada em 2009, das experiências em execução, viu-se a necessidade de sua expansão e foram definidas as ações dos núcleos universitários reconhecendo sua expertise, dos pontos de Telessaúde em funcionamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos pontos avançados nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde e dos 32 pontos conectados pela RNP, tendo como principal atividade a Teleconsultoria prestada a Médicos de Família e Comunidade (BRASIL, 2010).

No entanto, foi o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, estabelecido em 2011 (BRASIL, 2011) que tinha como objetivo desenvolver ações relacionadas à qualificação da atenção à saúde e de educação permanente das equipes de atenção básica, que possibilitou sua expansão envolvendo a Rede de Atenção à Saúde, prioritariamente a Atenção Básica. Dentre as ofertas, buscava-se a mudança das práticas de atenção e da organização do processo de trabalho, por meio da oferta estruturada dos Núcleos Técnico Científicos para as Equipes de Atenção Básica, como Teleconsultoria, Segunda Opinião Formativa e Telediagnóstico. Pela primeira vez se estabeleceu uma rede que envolvia também entes Municipais, Estaduais e instituições de ensino e serviço que garantissem o uso da tecnologia como ferramenta de ampliação das ações da atenção básica e de melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde ao cidadão.

As estruturas previstas no Programa Telessaúde Brasil Redes, envolviam: Núcleos Técnicos Científicos, Pontos do Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, unidade de gestão intermunicipal ou de região de saúde do projeto e coordenação municipal do projeto (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, um Núcleo de Telessaúde (NT), ou Serviço de Telessaúde, pode ser caracterizado como um serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, com ênfase no caráter educativo de suas ações, ao prover apoio assistencial, por meio das teleconsultorias e/ou descentralizando a realização de procedimentos diagnósticos/terapêuticos (BRASIL, 2012b).

A partir desta normativa, estabeleceu-se como competências dos Núcleos de Telessaúde Técnico Científicos: a) organização da oferta relativas a Segunda Opinião Formativa; b) Teleconsultoria e c) Telediagnóstico, além de outras ações e serviços que posteriormente venham a ser estruturados. Para tanto, deveriam ser estabelecidos fluxos, prazos e protocolos, tendo como base evidências científicas.

Minimamente, os Núcleos devem ofertar Teleconsultoria e Segunda Opinião Formativa, buscando articular o Telessaúde à Regulação da oferta de serviços e propiciar a elaboração, de forma compartilhada e pactuada com os pontos de atenção da rede, de fluxograma e protocolos clínicos que incluam a solicitação prévia de Segunda Opinião Formativa e/ou Teleconsultoria antes do encaminhamento ou da solicitação para a central de regulação (BRASIL, 2011).

Matos e Silva (2019, p.173), objetivando verificar o papel da oferta da Tele-educação por meio do Telessaúde na melhoria da qualificação dos serviços de saúde nos processos de trabalho na Atenção Básica do Estado da Bahia, definem a Telessaúde como:

“ferramenta estratégica de educação permanente indutora que proporciona melhoria na formação dos trabalhadores e profissionais de saúde, aplicada às práticas e reorganização dos processos de trabalho (...).”

Neste processo evolutivo de inserção das TIC no setor saúde, impulsionado pelas necessidades cotidianas e emergenciais, o Congresso Nacional Brasileiro, após inúmeras discussões, que envolviam o uso da telessaúde durante a Pandemia da COVID 19, tensionado pelos Órgãos de Classe da Saúde, além de pesquisadores e gestores do setor saúde, definiu a Telessaúde como a modalidade de prestação de serviços de saúde a distância, por meio da utilização das TIC, que envolve, entre outros requisitos, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas, definidas por meio de Lei (BRASIL, 2022).

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2019) a inovação em Saúde Digital é transversal às iniciativas de Telessaúde, que através das TIC, incorpora ideias novas para solucionar problemas crônicos e de difícil resolução, partindo-se de necessidades da população.

Nesta perspectiva, o Núcleo de Telessaúde da Bahia se estruturou e, de forma articulada, estabeleceu as ofertas assistenciais do serviço, que de forma incremental alcançou os 417 Municípios do Estado, tendo como objetivo a qualificação da Atenção Básica e integração da Rede de Atenção à Saúde.

2.3 DESCREVENDO O CONTEXTO E A FUNDAMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE TELESSAÚDE NA BAHIA PARA OS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Para que possamos entender como o Programa de Telessaúde na Bahia está fundamentado, é necessário lembrar que no Brasil, a saúde pública teve um novo contexto a partir da Reforma Sanitária que, segundo Paim (2011), contemplou originalmente a integralidade da atenção à saúde como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

O movimento da Reforma Sanitária influenciou a estruturação de um Sistema Único de Saúde – SUS, em que a saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado, assegurado mediante políticas públicas. Nesta perspectiva, constituiu-se o Sistema Único de Saúde, como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, das Administrações Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1988).

Dentre as diretrizes organizacionais do SUS, define-se integralidade da assistência como serviço articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1988), sendo a Atenção Básica o primeiro nível de atenção e o contato inicial com o usuário (BRASIL, 2017).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, os serviços e ações que a compõe, serão a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Atenção Básica ou Atenção Primária, são reconhecidas como conceitos similares para a Política Nacional de Atenção Básica e, tem como competências as ações voltadas para os indivíduos, a família e a coletividade, envolvendo a prevenção, a promoção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a vigilância em saúde e todos os determinantes sociais que podem interferir na condição de saúde e doença.

A Atenção Básica ou Atenção Primária como estratégia, atua em equipe multidisciplinar para responder a complexidade dos casos, com resolutividade e atendendo as necessidades de forma coordenada, tendo como complementaridade os Serviços de Média Complexidade (Serviços Especializados) no intuito de ofertar uma Atenção Integral à Saúde e alcançar maior resolutividade para as demandas por Serviços de Saúde em um território definido. Neste sentido, a Atenção Básica ou Atenção Primária é a principal estratégia para tornar a atenção à

saúde mais eficiente e equânime (ANEL-RODRIGUES e ASTIER-PENÑA, 2022; BRASIL, 2017; MENDES, 2012; RODRIGUES et al, 2021; STARFIELD, 1994, 2002).

Na Bahia, a Atenção Básica está implantada em 100% dos Municípios e com 87,48 % da proporção da população cadastrada, envolvendo mais de 4.000 Equipes de Saúde da Família (BAHIA, 2024).

Neste contexto, com um sistema de saúde complexo e capilarizado em um estado de extensões significativas, similar ao tamanho da França e com malha viária que liga cidades com mais de 1.000 (mil) Km de distância, com serviços especializados concentrados em grandes centros e com o objetivo de ampliar e prover melhorias na qualidade dos serviços e cuidados em saúde na Atenção Básica, em 2013 a Secretaria de Estado da Saúde da Bahia, iniciou as ofertas de Telessaúde para os 417 Municípios (BAHIA, 2021).

Na Bahia, a estruturação do Núcleo de Telessaúde possibilitou com que se tivesse uma adesão da totalidade dos municípios de pelo menos uma das ofertas voltadas para a Atenção Básica e, conseqüentemente, produzindo impactos incrementais à Política de Atenção Básica executada no Estado da Bahia (BAHIA, 2013).

Ressalte-se que a partir da Pandemia da COVID 19, as Tecnologias de Informação e Comunicação ocuparam um importante espaço nos serviços de saúde, sendo a Telessaúde utilizada de forma estratégica para a assistência e para a educação permanente. Muitas destas ações voltadas para a Atenção Básica do Estado da Bahia estão sob a responsabilidade do Núcleo de Telessaúde da Bahia. Desta forma, existe um nível de abrangência significativa, além de uma relevância social, com possível impacto na qualidade assistencial e gerencial.

De forma resumida, pode-se afirmar que na Bahia, a Atenção Básica como ordenadora da Rede de Serviços de Saúde e coordenadora do cuidado, buscou organizar a demanda para o nível especializado ambulatorial por meio do Telessaúde. Esta estratégia foi iniciada de forma integrada aos serviços ofertados pelo Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia – CEDEBA e pelo Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência – CEPRED (BAHIA, 2021).

2.4 O TELESSAÚDE BAHIA

Na Bahia a Tecnologia de Informação e Comunicação na Saúde, iniciou-se pela estruturação da iniciativa da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) do Núcleo Universitário de Telessaúde (NUTS), pertencente a Rede Universitária de Telemedicina

(RUTE), no Hospital Universitário Prof. Edgard Santos (HUPES) a partir de maio de 2008 (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

Esta iniciativa era restrita a estrutura do Hospital Universitário e a Rede de Hospitais pertencentes a RUTE, com o objetivo de qualificação e formação dos profissionais e estudantes que atuam nestas Unidades.

A proposta de estruturação da Telessaúde na Bahia, foi baseado em um Projeto Piloto Nacional da Telessaúde de 2007, desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016), resultante de pesquisas e ações exitosas, voltada para instituições universitárias.

No entanto, apesar deste indicativo, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, a partir da Diretoria de Atenção Básica, fez a contraproposta de viabilizar a implantação do Núcleo de Telessaúde de forma inovadora, mediante convênio com o Ministério da Saúde, contemplando o Projeto Piloto. Nesta perspectiva, em 2010, iniciou-se uma tratativa com o Ministério da Saúde para um convênio que tinha como proposta inicial atender apenas 100 (cem) pontos implantados em Unidades Básicas de Saúde, onde cada ponto era estruturado com um computador, uma *Web Cam*; um estabilizador, sendo que, os municípios dariam como contrapartida a conexão com a internet.

A proposta buscava ofertar Teleconsultoria Assíncrona a estes pontos, em que o profissional de saúde, viesse a realizar a solicitação de um caso o qual necessitava qualificar sua conduta, via plataforma do Telessaúde e tinha sua dúvida respondida no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas (BAHIA, 2011). O projeto adotado pela Secretaria de Estado da Saúde, na Diretoria de Atenção Básica tinha o objetivo de viabilizar a segunda opinião formativa de forma síncrona e assíncrona aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, a partir do Convênio da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

Vale lembrar que em 2011, o Programa Telessaúde Brasil, sofreu alterações organizacionais do Ministério da Saúde, passando a sua coordenação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - SGTES, para o antigo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, bem como é publicada a Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011 que redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes).

De forma inusitada, sua condição inicial logo mudou, pois trouxe a perspectiva da criação de Núcleos descentralizados vinculados a Atenção Básica. Desta forma, estabeleceu-

se um financiamento para a estruturação destes Núcleos e implementação de suas ações (BRASIL, 2011).

No Estado da Bahia, houve uma articulação no sentido de construir o máximo de projetos, envolvendo o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, para abarcar os 417 Municípios baianos. Contudo, existia a perspectiva de Unificação dos Projetos em apenas um Núcleo Técnico Científico (BAHIA, 2012).

O Projeto Unificado do Telessaúde Bahia, via o potencial da gama de tecnologias que poderiam ser aplicadas, a partir criação do Programa de Telessaúde Brasil Redes (BRASIL, 2011) que estabelecia como ofertas estruturadas:

- I. Teleconsultoria síncrona e assíncrona;
- II. Telediagnóstico;
- III. Tele-educação.
- IV. Segunda Opinião Formativa (SOF)

Segundo consta no Manual do Telessaúde para Atenção Básica (BRASIL, 2012) as **Teleconsultorias** são utilizadas pelos profissionais de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação, com a finalidade de esclarecer dúvidas e qualificar condutas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e processo de trabalho, podendo ser realizadas em tempo real, síncrona, ou por mensagem a ser respondida em momento oportuno, assíncrona.

O **Telediagnóstico** utiliza as TIC para realizar serviços de apoio ao diagnóstico a distância geográfica e temporal. Na prática, um exame é realizado em um dado momento e local e por meio da tecnologia é analisado e laudado em outro local e tempo.

Outra oferta é a **Segunda Opinião Formativa (SOF)**, que possui cunho científico e educacional, em que é construída uma resposta, base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde para que possa ser consumida por trabalhadores, pesquisadores e gestores da saúde.

A **Tele-educação** que envolve conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias das TIC com temas relativos à saúde.

Em 2020, com apoio da RNP, ampliou-se significativamente o número de salas de Webconferências, passando a realizar reuniões da Comissão Intergestores Bipartite de forma remota, pelo Telessaúde. Estabeleceu-se uma agenda de capacitações e reuniões técnicas para orientação de toda a Rede de Atenção sobre aspectos relativos à Pandemia de COVID-19.

“O Núcleo de Telessaúde realizou 81 webpalestras, com 27.024 participantes ao vivo, sendo 25.634 participantes dos municípios baianos e 1.390 de outros estados. Foram produzidos 22 podcasts, com 1040 reproduções; respondidas dúvidas dos trabalhadores da Atenção Básica em 516

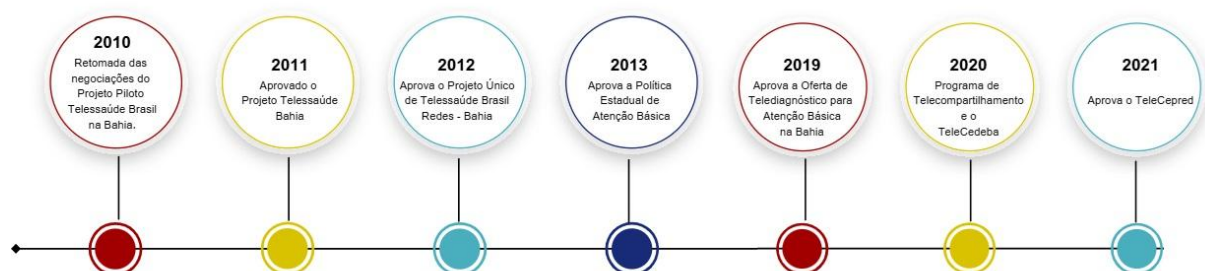
teleconsultorias e consolidado o serviço de telediagnóstico em 145 municípios com a emissão de 202.345 laudos de eletrocardiograma (ECG) e a aquisição de 52 equipamentos de eletrocardiograma cedidos para os municípios classificados na faixa da extrema pobreza” (CARVALHO et al, 2021, p.49).

O Telessaúde Bahia, em 2020, período de Pandemia da COVID 19, iniciou o Programa de Telecompartilhamento (BAHIA, 2020), objetivando ofertar serviços especializados que possibilitassem o agendamento nos Centros Especializados e que tivessem configuração única no País, ampliando assim o interesse a partir da regulamentação nacional do Telessaúde por meio da Lei nº 14.510/2022, que autorizou o Telessaúde em caráter permanente.

Esta trajetória caracteriza o Telessaúde como um programa incremental, que busca se adequar e trazer respostas à política pública de saúde. Este pressuposto está baseado no próprio Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes (BRASIL, 2011) em que configura a proposta a ser executada no âmbito nacional tendo como objetivos a qualificação da assistência dos trabalhadores da Atenção Básica mediado por tecnologia e, na Bahia, tem sido planejada e executada de forma incremental, buscando qualificar a política pública em melhorias contínuas e busca de oportunidades, absorvendo novas demandas aos seus objetivos sem descaracterizá-los (LINDBLOM, 1959).

Como característica de uma Política Pública incremental, que anteriormente visava teleconsultoria assíncrona, logo se ampliou para tele-educação, teleconsultoria especializada, telecompartilhamento e telediagnóstico (BAHIA, 2021).

Figura 1: Linha histórica da implantação do TeleCedeba e TeleCepred em parceria com o Núcleo de Telessaúde da Bahia/ Diretoria de Atenção Básica/ SESAB.



Fonte: Elaboração do autor a partir dos documentos oficiais publicados pela SESAB, 2025.

2.5 O TELESSAÚDE NO CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL PARA ASSISTÊNCIA AO DIABETES E ENDOCRINOLOGIA - CEDEBA

O Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia - CEDEBA, foi fundado em 1994, em Salvador, Bahia, com o objetivo de oferecer assistência especializada no cuidado de pessoas com diabetes e outras doenças endócrinas. Desde a sua criação, tem se destacado como uma referência estadual na assistência, ensino e pesquisa no campo da endocrinologia. O CEDEBA busca responder às demandas crescentes relacionadas a doenças crônicas, em especial o diabetes, que apresenta elevada prevalência no estado da Bahia (BAHIA, 2024).

O CEDEBA possui um reconhecimento devido sua atuação especializada e tem desenvolvido projetos junto à Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), Federação Internacional do Diabetes (WDF), de Mineápolis, Estados Unidos, Associação Latino Americana de Diabetes (ALAD), Ministério da Saúde e Universidade Federal da Bahia, visando desenvolver modelos de assistência e protocolos clínicos para a saúde pública do Estado (BAHIA, 2024).

Como centro especializado, o CEDEBA desempenha papel estratégico nas RAS (OLIVEIRA, 2022), atuando como:

- Ponto de referência especializado, articulando-se com a Atenção Básica e a Média Complexidade para garantir a continuidade do cuidado.
- Capacitação de profissionais de diferentes níveis do sistema de saúde, promovendo a qualificação da assistência em todo o estado.
- Redução de complicações crônicas do diabetes, aliviando a sobrecarga sobre os hospitais e unidades de urgência e emergência.

Por ser um serviço de referência situado na capital da Bahia, possui uma grande demanda de usuários do Sistema Único de Saúde do Município de Salvador. Sua modalidade de acesso era presencial, sendo que os usuários deveriam ir até o Centro Especializado com os encaminhamentos para inicialmente agendar a consulta. Contudo, devido a demanda ser muito superior do que a capacidade instalada para acolhimento, eram distribuídas fichas para organização da fila (Figura 1). Quando conseguiam ser agendados, os usuários eram informados que precisariam esperar meses para serem atendidos, pois as vagas de atendimento estavam ocupadas.

Figura 2. Pacientes enfrentam problemas para marcar consultas no Centro de Diabetes e Endocrinologia.



Fonte: Imagem extraída da internet: <https://g1.globo.com/ba/bahia/videos-bahia-meio-dia/video/pacientes-enfrentam-problemas-para-marcar-consultas-no-centro-de-diabetes-e-endocrinologia-6079390.ghtml>.

Em uma reportagem de uma das principais emissoras de televisão o apresentador chama a atenção para as longas filas para marcação no CEDEBA (G1, 2025).

A Figura 3 retrata a aglomeração dos usuários em busca do atendimento rotineiro no CEDEBA e representa a dificuldade de acesso estabelecido à época, com a adoção de agendamento presencial.

Com a pandemia da COVID-19, o CEDEBA precisou adaptar o acesso e as orientações aos usuários para evitar aglomerações e reduzir riscos. Este fato também fez com que os usuários deixassem de buscar atendimento presencial. Neste contexto, a busca de parceiros estratégicos fez com que se aproximassem do Núcleo de Telessaúde (OLIVEIRA, 2022).

Nesta relação, foi iniciado o TeleCedeba, com oferta de Teleconsultoria Especializada, visando orientar os profissionais da Atenção Básica, qualificando-os para o atendimento aos usuários com necessidades relacionadas a Diabetes, doenças da Tireoide, Obesidade, dentre outras doenças endócrinas.

Com a implantação do Programa de Telecompartilhamento aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (BAHIA, 2020), o Telessaúde passou, junto com o CEDEBA a realizar Teleconsultoria Especializada, com ou sem a intensão de encaminhamento. Desta forma, gradativamente e com a produção de protocolos de acesso, materiais orientadores, o acesso as consultas do Centro Especializado passaram a ser 100% agendadas pelo processo de

Teleconsultoria, pondo fim as filas presenciais e reclamações sobre esperas desumanas (BAHIA, 2025a).

2.6 O TELESSAÚDE NO CENTRO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – CEPRED

O Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência – CEPRED, foi fundado em 1988. É um Centro Especializado voltado para atender as pessoas com deficiência e, nos últimos anos, vem atendendo pessoas com Neurodiversidade, como Transtorno do Espectro Autista.

O Centro está localizado no Município de Salvador e compõe a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Estado da Bahia, tendo como base a Lei de Inclusão das pessoas com deficiência, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) e sua organização no SUS a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do SUS (BRASIL, 2023).

O CEPRED, se insere na Política Estadual de Saúde como um Centro de Reabilitação – CER III, composto por três modalidades de reabilitação: física, auditiva e intelectual.

Para melhor organização da Rede de Atenção à Saúde, definiu-se em pactuação Bipartite a abrangência dos serviços de reabilitação do SUS na Bahia, tendo o CEPRED ficado como a única abrangência Estadual para as modalidades física, auditiva e intelectual, na ausência de serviços na Região ou caso tenha uma complexidade de caso que o serviço regional não consiga atender (BAHIA, 2020a).

Apesar da institucionalização da Rede de Atenção à Saúde, o CEPRED enfrentou problemas recorrentes devido às dificuldades de acesso, visto que era limitado e levava a um longo tempo de espera para o atendimento do agendamento e, que ganhou repercussão jornalística: “Pacientes do CEPRED reclamam da dificuldade de conseguir atendimento em meio a Pandemia” (G1, 2020). Isto evidencia a mídia como um dos importantes atores na definição da agenda e na implementação da Política Pública.

Nesse cenário, a Gestão do CEPRED buscou alternativas com parceiros institucionais. Nessa perspectiva, juntamente com a Diretoria de Atenção Básica e o Núcleo de Telessaúde da Bahia, estabeleceram uma nova modalidade de acesso referente as principais demandas, a partir da Teleconsultoria Especializada (BAHIA, 2025b; BAHIA, 2021a).

Para tanto, foram elaborados Protocolos de Acesso, Fluxos, Notas Técnicas, Formulários para orientar profissionais, gestores e usuários do SUS (BAHIA, 2025b).

O TeleCEPRED (BAHIA, 2021a) foi estabelecido como parte do Programa de Telecompartilhamento da Saúde com a Atenção Básica do Estado da Bahia e possui como objetivos, que o conformam neste caso:

“Fortalecer a articulação da atenção básica com os demais pontos de atenção da linha de cuidado da pessoa com deficiência;
Vincular o usuário e sua família aos diferentes pontos de atenção, de forma integrada e orientada pelo território;
Promover maior articulação da atenção básica com os demais serviços da rede de cuidado da pessoa com deficiência, contribuindo para o ordenamento e a integralidade do cuidado” (BAHIA, 2021a).

A partir da mudança do modelo de acesso, bem como a integração do serviço especializado com as Equipes de Atenção Básica, tendo como mediador o Núcleo de Telessaúde, o CEPRED junto com a Diretoria de Atenção Básica (DAB) e a Diretoria da Gestão do Cuidado (DGC), reorientaram os fluxos da Rede Assistencial para as pessoas com deficiência (BAHIA, 2023).

2.7 REVISÃO NARRATIVA

Ainda como base teórica que auxiliam na fundamentação desta pesquisa, tem-se a revisão narrativa. Minayo (2014) destaca que, em uma pesquisa qualitativa, os resultados e a discussão devem ir além da mera descrição dos dados coletados, buscando interpretação e compreensão dos fenômenos estudados. A mesma autora define que a análise dos dados deve seguir um processo rigoroso, permitindo que o pesquisador extraia significados, identifique padrões e construa inferências com base no referencial teórico adotado. Para tanto, apresentam-se os resultados da Revisão narrativa do núcleo de conhecimento estudado, e por fim, o Modelo Lógico do Telessaúde para a qualificação do acesso.

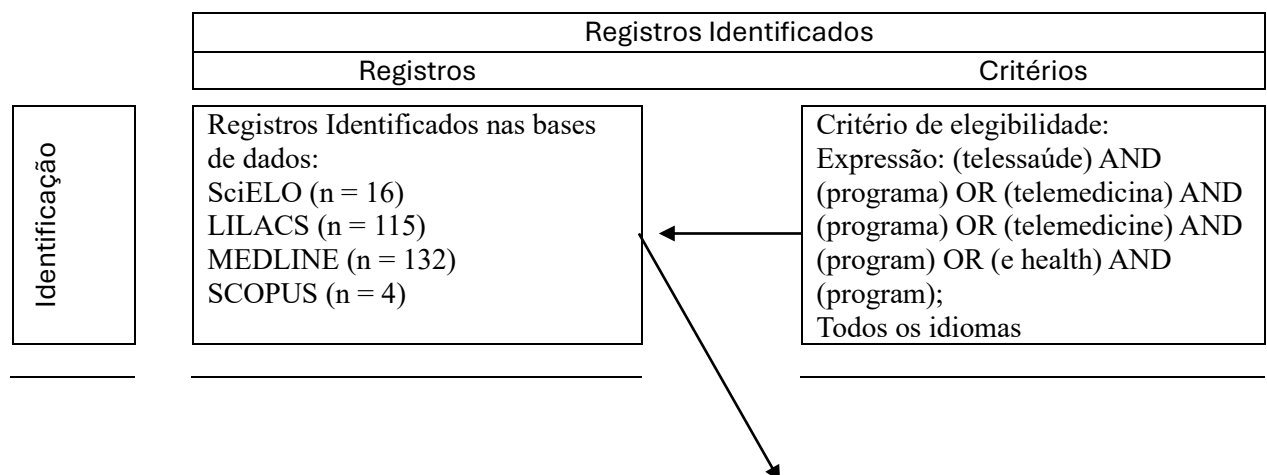
A revisão narrativa é um método de revisão de literatura criterioso que tem como finalidade fornecer e sintetizar os principais conhecimentos relacionados a um dado problema de pesquisa para que estes sejam analisados criticamente e, posteriormente, no campo da saúde, incorporados à prática assistencial (Botelho, Cunha e Macedo, 2011). Para tanto, as informações obtidas a partir de bases de dados confiáveis são fornecidas de maneira sistemática, ordenada e abrangente, constituindo o corpo do conhecimento, para ser utilizado na análise dos dados.

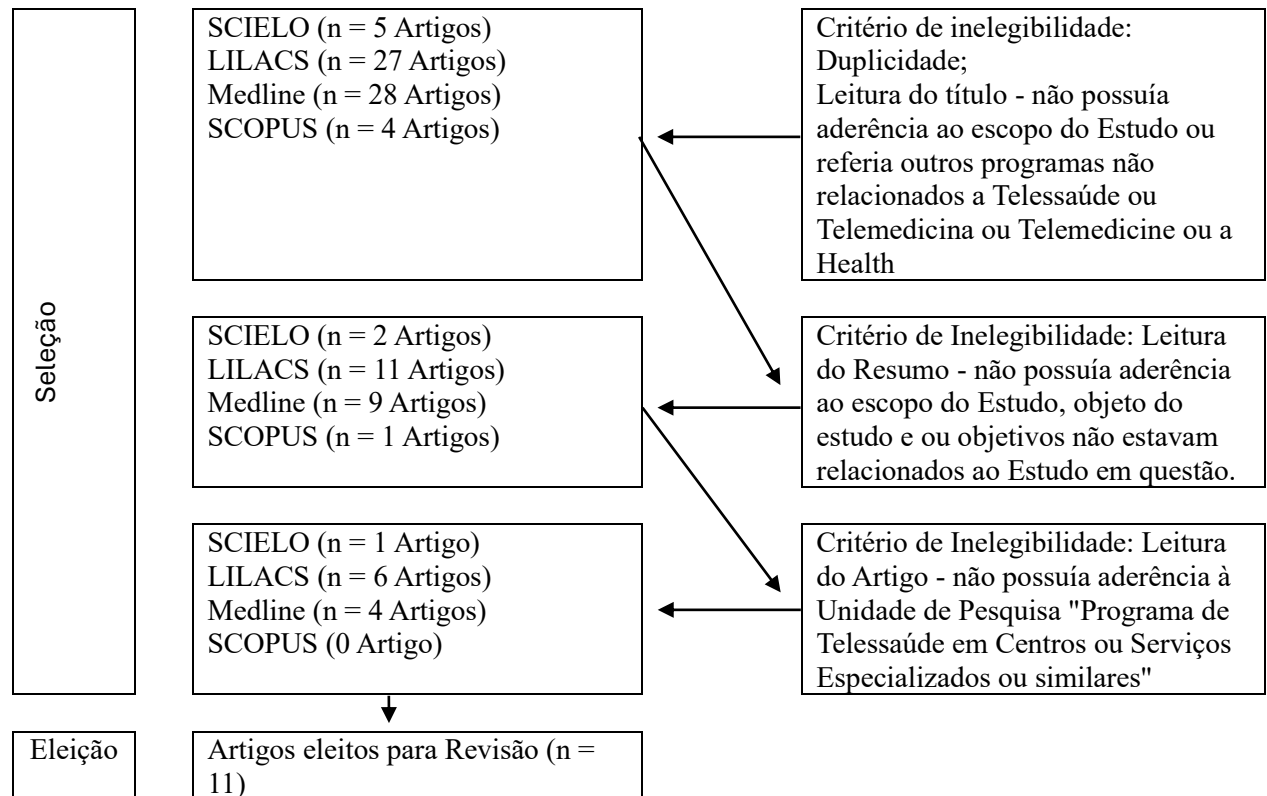
No campo de conhecimento relativo ao Telessaúde, segundo Santos et al. (2014), nos países em desenvolvimento, a falha em adotar esse tipo de tecnologia tem sido explicada pela falta de clareza dos benefícios entre os tomadores de decisão, falta de evidências dos benefícios, restrições financeiras, resistência a mudanças, falta de experiência e inércia dos sistemas de saúde, educação, ciência e tecnologia, caracterizada pela carência de estímulo ao desenvolvimento de pesquisas sobre a temática.

Para sistematizar os artigos relativos a contribuição dos Programas de Telessaúde para os Serviços Especializados, utilizou-se como a revisão narrativa ancorada em pesquisa bibliográfica e documental. A busca ocorreu nas bases de dados PubMed, SciELO, LILACS e SCOPUS, com os descritores: (telessaúde) AND (programa) OR (telemedicina) AND (programa) OR (telemedicine) AND (program) OR (e-health) AND (program).

Inicialmente, optou-se por realizar um estudo mais direcionado, incluindo os idiomas inglês, espanhol e português encontrados nas bases referente aos últimos cinco anos. Após leitura do título de todos os artigos (duzentos e sessenta e sete), foram excluídas as duplicidades e os títulos que não possuíam aderência ao escopo do estudo ou referia outros programas não relacionados a Telessaúde ou Telemedicina ou Telemedicine ou a e-health. Após a leitura do resumo dos 64 artigos, utilizando-se do critério de inelegibilidade, os artigos que não possuíam aderência ao escopo do Estudo ou o objeto do estudo e/ou objetivos não estavam relacionados ao Estudo em questão, permaneceram elegíveis nesta seleção 23 artigos, que foram lidos na sua íntegra e suprimidos aqueles que não possuíam aderência à Unidade de Pesquisa "Programa de Telessaúde em Centros ou Serviços Especializados ou similar". Desta forma, foram incluídos no estudo os 11 artigos conforme Figura 3 e Quadro 1.

Figura 3. Fluxograma Prisma adaptado pelo autor para a Revisão Integrativa.





Fonte: Elaboração própria, adaptado pelo autor a partir do Fluxograma Prisma.

Quadro 1. Artigos eleitos e incluídos no estudo.

n	Autores	País	Ano	Revista	Título	Objetivos
1	Luis Javier Cajas Santana; Josué Guillermo López.	COL	2020	Revista Colombiana de Reumatologia	Descripción de un servicio de telerreumatología en una institución colombiana	Descrever as características de um serviço de telerreumatologia, bem como uma observação mais detalhada de uma coorte de pacientes com artrite reumatoide (AR), tratados por meio de uma modalidade síncrona, a fim de identificar pontos fortes e melhorias.
2	María Mercedes Chá Ghiglia.	URU	2020	Revista Médica Uruguaya	Telemedicina: su rol en las organizaciones de salud	Analisar diferentes aspectos da Telemedicina e sua utilidade em organizações de saúde.
3	Freddy Constanzo; Paula	CHI	2020	BMC Medical Informatics and Decision	Contribution of a synchronic	Avaliar o impacto do Programa de Teleneurologia do Hospital Las Higueras de

	Aracena-Sherck; Juan Pablo Hidalgo; Lorena Peña; Mery Marrugo; Jonathan Gonzalez; Gerardo Vergara; Cristóbal Alvarado.			Making	teleneurology Program to decrease the patient number waiting for a first consultation and their waiting time in Chile	Talcahuano na redução da fila de espera para a primeira consulta neurológica no Chile.
4	Rogelio Dominguez Moreno; Miguel Garcia Grimshaw; Oswaldo Alan Chavez Martinez; Daniel Rebolledo Garcia, MD, Jarumi Crystal Diestel-Bautista; Anaclara Michel Chavez; Juan Andres Calderón Martinez; Dioselina Panama Tristan Samaniego; Alma Viguera Hernandez; Humberto Estrada	MEX	2021	American Academy of Neurology	Global & Community Health: Implementation of and Patient Satisfaction With the First Neurologic Telemedicine Program in Mexico During COVID-19	Descrever a experiência de desenvolvimento e implementação de um programa de teleneurologia no México durante a pandemia de COVID-19.

	Rodriguez; Felipe Arturo Vega Boada; Luis D'ávila Maldonado; Miguel Angel Tanimoto; Carlos Cantu Brito; Alejandra Gonzalez Duarte.					
5	Mariana Prado Freire; Letícia Gabriela Silva; Ana Ligia Passos Meira; Marília Cristina Prado Louvison.	BRA	2023	Revista de Saúde Pública	Telemedicina no acesso à saúde durante a pandemia de covid-19: uma revisão de escopo	Mapear a contribuição da telemedicina para o acesso à saúde dos pacientes portadores de doenças crônicas em ações de cuidados continuados (exceto para covid-19) no contexto da pandemia.
6	Carmen Silvia Carvalho Barreira- Nielsen; Lara Sessa Campos.	BRA	2021	Audiology Communication Research	Implementação do modelo híbrido da teleaudiologia : aceitação, viabilidade e satisfação em um programa de implante coclear	Descrever a incorporação da teleaudiologia na rotina de um programa público referência em implante coclear e avaliar a satisfação dos usuários e de seus familiares com a assistência híbrida.
7	Michelle da Silva de Araújo; Ana Coelho de Albuquerque; Eronildo Felisberto; Isabella Samico; Átila	BRA	2023	Cadernos de Saúde Pública	Avaliação da implantação de um projeto de telerregulação assistencial em uma capital brasileira	Avaliar o grau de implantação do projeto Regula+ Brasil e analisar em que medida as variações da implantação influenciam nos resultados observados no acesso a consultas especializadas em Recife, Pernambuco, Brasil

	Szczecinski Rodrigues.					
8	Natan Katz; Rudi Roman; Dimitris Varvaki Rados; Elise Botteselle de Oliveira; Carlos André Aita Schmitz; Marcelo Rodrigues Gonçalves; Sotero Serrate Mengue; Roberto Nunes Umpierre.	BRA	2020	Ciência & Saúde Coletiva	Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeR S-UFRGS	Explorar os efeitos do RegulaSUS na APS e no acesso ao cuidado especializado.
9	Soraia de Camargo Catapan; Eduardo Alves Melo; Angélica Baptista Silva; Mariana Vercesi de Albuquerque; Maria Cristina Marino Calvo.	BRA	2024	Ciência & Saúde Coletiva	Teleassistência a no Sistema Único de Saúde brasileiro: onde estamos e para onde vamos?	Explorar a teleassistência a partir dos desenvolvimentos da telessaúde e da aceleração da transformação digital na saúde provocada pela pandemia de COVID- 19, com foco no Sistema Único de Saúde (SUS).
10	Rubén Silva- Tinoco; Viridiana de la Torre- Saldaña.	MEX	2020	Gaceta Médica de México	La imperiosa necesidad de telemedicina en la atención de diabetes durante la pandemia de COVID-19.	Avaliar a conversão de um centro de diabetes de atenção primária presencial em um serviço de telemedicina por telefone.

					Um estudo de abordagem integral.	
11	Rafael da Silva Giannasi Severinia; Pedro Carpini de Oliveira; Thomaz Bittencourt Couto; Hany Simon Junior; Anarella Penha Meirelles de Andrade; Danilo Yamamoto Nanbu; Sylvia C. L. Farhat; Claudio Schvartsman	BRA	2022	Jornal de Pediatria	Rápido, barato e viável: Implementação da telemedicina pediátrica em um hospital público durante a pandemia de Covid-19	Descrever a implementação de um serviço de telemedicina de baixo custo em um hospital pediátrico no Brasil.

Fonte: elaborado pelo autor a partir das bases de dados.

Para esta revisão, focou-se na necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o resultado das pesquisas que fundamentam os Programas de Telessaúde voltados para os Serviços Especializados. Cabe ressaltar que existe uma gama de estudos relativos a Telessaúde ou Telemedicina ou Telemedicine ou a e-Health, visto que é um campo dinâmico, que foi impulsionado pela necessidade de respostas tecnológicas no período da Pandemia da COVID19, tendo como consequência um aumento exponencial de publicações científicas. (MARENGO et al, 2022; LIMA et al, 2022).

Contudo, quando se direciona a pesquisa fazendo relação com Programas Públicos de Telessaúde voltados para Serviços Especializados, observam-se nas bases consultadas, a necessidade de ampliação do número de pesquisas.

Os artigos apresentados no Quadro 1 trazem uma diversidade de estudos que fundamentam as experiências na implantação de serviços especializados por intermédio do Telessaúde, bem como aspectos avaliativos e contributivos para as organizações, assim como exploram a implantação de programas públicos.

Os estudos demonstram um impacto positivo da Telessaúde no período da Pandemia da COVID 19, enfatizando a importância na continuidade do atendimento e na proteção dos profissionais de saúde (SANTANA & LOPES, 2020; GIGLIA, 2020). Além destes achados, foi verificado que a telemedicina facilitou o acompanhamento de condições neurológicas sem a necessidade de visitas físicas, demonstrando redução das filas de espera para a primeira consulta especializada, comprovando seu potencial em melhorar o acesso ao atendimento e resultando em uma satisfação dos pacientes acima de 85% (CONSTANZO et al, 2020; MORENO et al, 2021; ARAÚJO et al, 2023; ROMAN et al, 2020).

Outro aspecto verificado nos estudos (CONSTANZO et al, 2020; FREIRE et al, 2023) foi a ampliação do acesso, beneficiando usuários do serviço de áreas remotas, apesar das barreiras socioculturais e exclusão tecnológicas. Assim, a telemedicina pode ser usada para otimizar consultas especializadas e melhorar a gestão das filas de espera (ROMAN et al 2020; ARAÚJO et al, 2023).

Os programas relativos à regulação via Telessaúde, ao serem avaliados, apontaram para uma ação assertiva sobre o uso da Telessaúde como acesso aos Serviços Especializados e como estratégia para redução das filas de espera, diminuiu encaminhamentos desnecessários (CONSTANZO et al, 2020; ARAÚJO et al, 2023; ROMAN et al, 2020). Contudo, no processo de integração com a Atenção Básica houve dificuldades relativas à aceitação para o acompanhamento das situações devolvidas (ARAÚJO et al, 2023).

A organização estrutural apontada nos estudos exige investimentos tecnológicos, inclusão digital, implantação de normativas para o processo de trabalho, bem como profissionais especializados com adesão à proposta e comprometidos com os resultados (ROMAN et al, 2020; MORENO et al, 2021; ARAÚJO et al, 2023; CATAPAN et al, 2024).

No estudo relacionado à implantação de um Programa de Telemedicina voltado a um serviço especializado de pediatria, verificou-se uma significativa redução de consultas presenciais (86%), sendo que em outros estudos verificaram-se resultados inferiores, contudo, com evitamento (ROMAN et al, 2020; SEVERINA et al, 2022).

Os estudos em questão trazem uma realidade positiva para os programas de Telessaúde vinculados aos serviços especializados, no entanto é necessário ater-se aos fatores limitantes como a desigualdade no acesso à tecnologia, adesão dos profissionais da Atenção Básica e escassez de estruturas tecnológicas (ARAÚJO et al, 2023; CATAPAN et al, 2024).

Integrar atendimentos presenciais e teleconsultas pode otimizar recursos e manter a qualidade do atendimento, como demonstrado nos estudos revisados. Contudo, por se tratar de uma mudança paradigmática veloz, é necessário que sejam realizados estudos contínuos

com foco na avaliação do impacto da telessaúde na redução das filas de espera, na satisfação dos usuários e nos desfechos clínicos (CONSTANZO et al, 2020; FREIRE et al, 2024).

Isto posto, a Teoria do Programa, a revisão narrativa e o modelo lógico são utilizadas neste trabalho para embasar a análise do Programa Telessaúde no estado da Bahia.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado estudo de caso único de natureza qualitativa, exploratória e dedutiva como uma estratégia metodológica que possibilita obter respostas a questões referentes ao contexto da vida real, em que o pesquisador se vê instigado a saber “como” ou “por quê” tais fenômenos ocorreram. Segundo Yin, (2001) o estudo de caso possibilita traçar a sequência de eventos que determinam ou constroem ao longo do tempo os fenômenos chaves.

Para estabelecer a caracterização como estudo de caso, é necessário a delimitação do caso, em que o contexto e o fenômeno sejam distintos (YIN, 2001) e, nesta perspectiva, já na segunda seção deste estudo, apresentam-se a caracterização do estudo de caso e os elementos que os diferenciam. Assim, o estudo realizado levou em consideração a necessidade de descrever o contexto nos quais as Unidades envolvidas na análise se inserem.

Contudo, o estudo de caso não se reduz à interpretação e descrição de situações e, nesta perspectiva, como parte do estudo de caso, e como procedimento metodológico foi realizada revisão da produção acadêmica sobre o tema desenvolvido, conjuntos de princípios orientadores e conceituais, considerando-se que:

“O método tem por objetivo confirmar informações, encontrar erros, resolver controvérsias, aumentar o poder estatístico dos achados, buscar achados adicionais e encontrar novas hipóteses para futuras pesquisas” (BRASIL, 2004, p.180).

A essência de um estudo de caso, a principal tendência em todos os tipos de estudo de caso, é que ele tenta esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões: o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados (SCHRAMM, 1971).

Cabe ainda ressaltar que o estudo de caso, como o experimento, não representa uma "amostragem", e o objetivo do pesquisador é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística) (YIN, 2001).

Trata-se de estudo de caso com propósito de identificar o conjunto de processos orientadores e conceituais que compõem o modelo lógico do Programa de Telessaúde na Bahia para os serviços especializados, bem como, compreender as contribuições do Telessaúde na Bahia com base na avaliação dos gestores do Programa de Telessaúde Bahia e dos centros especializados com adesão ao programa.

Realizou-se uma revisão narrativa na perspectiva de avaliar as publicações em Bases de Dados na perspectiva de aprofundar a discussão sobre o que está sendo estudado sobre a temática, sem, contudo, ter a pretensão de esgotar o assunto (vide segunda seção).

3.2 LOCI DA PESQUISA

O contexto dos temas relativos às atribuições relacionadas aos serviços de saúde envolvidos no estudo, versam sobre o aprimoramento assistencial do Sistema Único de Saúde a partir da Atenção Básica à Saúde e da adoção do Programa Telessaúde no atendimento especializado, na perspectiva de torná-la ordenadora da Rede de Atenção Saúde e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2017), tendo como locus o Núcleo de Telessaúde da Bahia, que faz parte da Diretoria de Atenção Básica, integrante da Superintendência de Atenção Integral da Saúde (SAIS) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

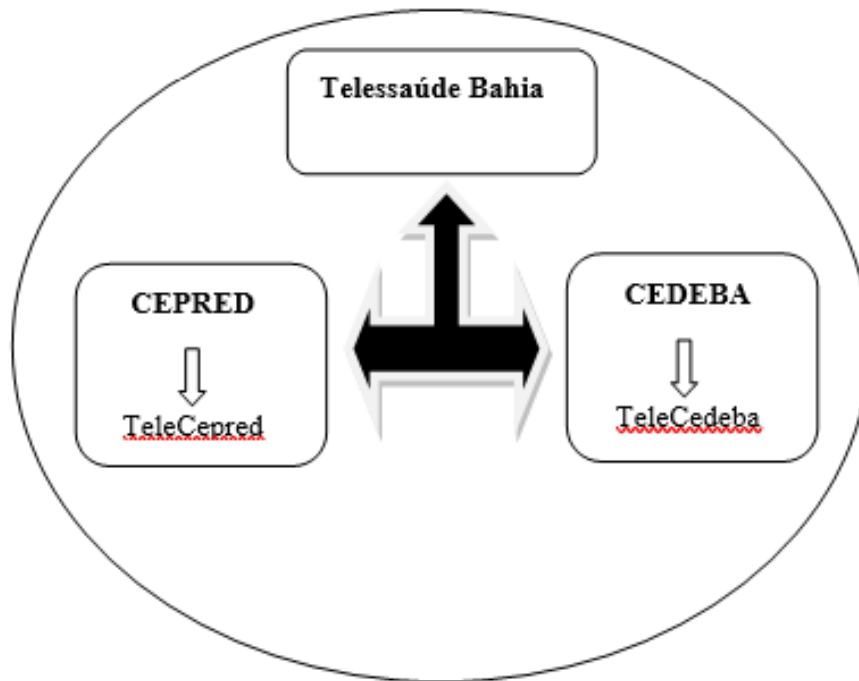
Outros loci da pesquisa foram os Centros Especializados da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, sendo o Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia – CEDEBA, o Centro Estadual de Prevenção e o Centro Estadual de Reabilitação da Pessoa com Deficiência do Estado da Bahia – CEPRED, ambos serviços que realizam Teleconsultoria Especializada com intenção de encaminhamento, implantados durante o período da Pandemia da COVID 19.

Estes serviços fazem parte do contexto das primeiras experiências de implantação do Programa de Telecompilhamento, normatizada no dia 14 de julho de 2020 (BAHIA, 2020), vinculados a mesma instituição (Secretaria da Saúde do Estado da Bahia) e, tinha a peculiaridade de realizar a mesma modalidade: Teleconsultoria com intenção de encaminhamento de pacientes para serem atendidos presencialmente no serviço especializado.

O fato de serem os únicos serviços que faziam parte de um Programa de atendimento especializado de telessaúde estruturado para o atendimento presencial, ou seja, com a intenção de encaminhamento, colocava-os em condição diferenciada para análise, visto que os outros serviços dispunham de uma oferta educacional à distância voltada para os profissionais da Atenção Básica.

Cabe destacar que esta diferença, envolve uma organização e estrutura para atendimento, registros, disponibilidade de agenda profissional e acima de tudo, uma mudança no processo de trabalho, o que conduziu a uma nova metodologia de acesso aos serviços.

Figura 4. Contextualização do Estudo de Caso



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Para fins deste estudo foram excluídos o TeleCICAN e o TeleFMB (Faculdade de Medicina da Bahia) devido ao fato destes Centros possuírem uma proposta inicial diferente do TeleCEDEBA e TeleCEPRED. Estes centros atuam na lógica educacional, buscando inicialmente qualificar os profissionais nas suas práticas assistências, sem a intenção de assistir diretamente os usuários. Por isso não atendem aos critérios de inclusão. Isto não tira o mérito e a importância da proposta realizada pelo TeleCICAN e pelo TeleFMB, mas traria uma dificuldade adicional de análise na realização deste estudo.

3.3 COLETA DE DADOS

Para a caracterização do contexto do caso estudado, foi necessária a realização de levantamento e análise documental (marcos regulatórios e indicadores), em consideração as publicações relativas ao campo de estudo, na perspectiva de caracterizá-lo no que tange às suas responsabilidades institucionais e orientações processuais para a coordenação da rede a partir da Atenção Básica em Saúde.

Estes documentos auxiliaram no entendimento e na abordagem mais focada das entrevistas semiestruturadas com os gestores dos serviços (Anexos A e B). A quantidade de entrevistas foi limitada pelo esgotamento (STRAUSS e CORBIN, 1998).

A realização da entrevista levou em conta os Gestores que estavam à frente do Telessaúde Bahia no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, responsáveis pela estruturação, manutenção do Núcleo de Telessaúde e implantação das estratégias de Telessaúde nos serviços especializados, sendo entrevistados quatro gestores: dois gestores do Núcleo de Telessaúde e dois gestores dos Centros Especializados.

Todas as entrevistas com os Gestores do Telessaúde Bahia foram realizadas pelo autor do Projeto, sendo gravadas e posteriormente transcritas. Realizaram-se no ambiente de trabalho dos entrevistados, visando facilitar a adesão. Previamente foi negociado um melhor horário e dia, para que não ocorressem interferências externas.

Neste estudo não foram identificados os entrevistados por nomes, optando-se por trazer apenas os trechos das entrevistas transcritas. As entrevistas seguiram um roteiro (Apêndices A e B) conforme característica do serviço, diferenciando em Gestor do Núcleo de Telessaúde e Gestor do Centro Especializado.

3.4 PLANO DE ANÁLISE

Os dados quantitativos correspondem ao período compreendido entre 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022 e estão apresentados em números absolutos na forma de gráficos. Correspondem aos seguintes indicadores:

- 3.4.1 N° de teleconsultorias respondidas, no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, Bahia
- 3.4.2 N° de teleconsultorias respondidas pelo CEDEBA no período
- 3.4.3 N° de teleconsultorias respondidas pelo CEPRED no período
- 3.4.4 N° de teleconsultorias realizadas por categoria profissional no período
- 3.4.5 N° de Categorias profissionais que realizaram teleconsultorias para o CEDEBA no período
- 3.4.6 N° de categorias profissionais que realizaram teleconsultorias para o CEPRED no período
- 3.4.7 Número de Atividades de Tele-educação realizadas no período
- 3.4.8 Número de Laudos de Eletrocardiograma – ECG realizados no período
- 3.4.6 Número de Exames de Teledermatologia realizados no período

Para os dados qualitativos, oriundos das entrevistas foi realizada análise categorial de conteúdo (BARDIN, 2011). Para tanto foi necessária uma pré análise, seguida da exploração do material de forma mais aprofundada, com o intuito de qualificar o tratamento dos resultados, buscando avaliar as interferências e as interpretações.

A análise inicial foi realizada sistematicamente após cada entrevista, para codificar dados e fenômenos ligados à temática, parágrafo a parágrafo e linha por linha, estabelecendo uma codificação aberta. Através da codificação, foi definido o que estava acontecendo nos dados e começando-se a trabalhar com o seu significado (CHARMAZ, 2006).

Posteriormente, foram relacionadas às categorias e às subcategorias de análise, ocorrendo em torno do eixo de uma categoria de forma a produzir uma Codificação axial. Para Creswell (1998) os propósitos da codificação axial são classificar, sintetizar e organizar grandes quantidades de dados e remontá-los de novas maneiras após o código aberto. O Quadro 2 contém as categorias e subcategorias de análise.

Quadro 2 - Categorias e subcategorias de análise. Bahia, 2025.

Categorias	Subcategorias
a. Meios para a superação de barreiras tecnológicas	a.1 Construção do entendimento coletivo do Projeto
	a.2 Entendimento do Projeto como facilidade para implementação e instituições parceiras qualificadas.
	a.3 Falta de entendimento do projeto e deficiência das estruturas.
	a.4 Falta de entendimento do projeto
	a.5 Incorporação institucional do Programa.
	a.6 Inovação como desafio
	a.7 Limitação da estrutura tecnológica
	a.8 Usabilidade da tecnologia como estratégia para quebra de resistência.
b. Avaliação e monitoramento	b.1 Monitoramento, avaliação e adequação da Rede Assistencial.
	b.2 Possibilidade de monitoramento e avaliação da demanda e oferta.
	b.3 Detecção do perfil dos usuários que necessitam atendimento.
c. Processos estruturantes	c.1 Acesso qualificado com estratificação de risco.
	c.2 Fluxos e funções.
	c.3 Adequação do processo e das estruturas.
	c.4 Autonomia do processo regulatório
	c.5 Elaborando normas e firmando pactuações
	c.6 Elaboração de normas para orientar o processo

	c.7 Elaboração do entendimento coletivo do Projeto
	c.8 Qualificação do acesso via Telerregulação
	c.9 Estratégia de capilaridade e organicidade
	c.10 Processo de comunicação
	c.11 Integração dos níveis de atenção via Telessaúde.
	c.12 Agregação de novos valores baseado na necessidade institucional
	c.13 Modelo de Implantação de novos processos
	c.14 Ofertas estruturadas para implantação
	c.15 Organização do processo de trabalho
	c.16 Organização do serviço a partir do Telessaúde.
	c.17 Processo de trabalho voltado para a efetivação do acesso qualificado.
	c.18 Qualificação da sua oferta a partir do Telessaúde
	c.19 Qualificação dos processos internos da instituição.
	c.20 Readequação das atribuições a partir do Programa de Telessaúde
	c.21 Elaboração coletiva da remodelagem do Serviço
d. Incorporação tecnológica	d.1 Incorporação institucional do Programa.
	d.2 Necessidade de incorporação Tecnológica para qualificação da oferta.
	d.3 Tecnologia a serviço da instituição de forma estratégica.
e. Integração de processos em Rede de Atenção	e.1 Atribuição da Telessaúde no SUS
	e.2 Integração dos níveis de atenção via Telessaúde.
	e.3 Integração dos níveis de atenção via Telessaúde.
	e.4 Integração dos níveis de atenção via Telessaúde.
	e.5 Integração dos níveis de atenção via Telessaúde.
f. Parcerias estratégicas	f.1 Definição das parcerias institucionais para execução.
	f.2 Oferta a partir de parcerias estratégicas
	f.3 Parceria com os Centros Especializados
g. Qualificação do acesso	g.1 Adequação do perfil assistencial e organização da Rede.
	g.2 Efetividade e qualificação do acesso via Telerregulação
	g.3 Atribuição do Centro Especializado
	g.4 Objetivo do programa
	g.5 Qualificação da sua oferta a partir do Telessaúde
	g.6 Qualificação do acesso com estratificação de risco.
	g.7 Qualificação do acesso a partir do Telessaúde.
	g.8 Estratégia de qualificação do encaminhamento.
	g.9 Readequação das atribuições a partir do Programa de Telessaúde
	g.10 Teleconsultoria como estratégia inicial para regulação do acesso.
h. Restrição do acesso	h.1 Modelo anterior gerava restrições de acesso.

	h.2 Pauta negativa para justificar a mudança.
	h.3 Restrição do acesso e custos para o sistema.
	h.4 Risco da perda de finalidade justificou a mudança.
i. Transferência tecnológica	i.1 Ação de tutoria com transferência de conhecimento e tecnologia
	i.2 Transferência de tecnologia assegura a autonomia
j. Transição do modelo de acesso	j.1 Modelo anterior gerava restrições de acesso.
	j.2 Transição de modelos de acesso.

Fonte: elaborado pelo autor a partir da Teoria do Programa e do Modelo Lógico.

Com base na Teoria do Programa e no Modelo Lógico foram identificadas as categorias e subcategorias de análises.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Foram seguidas as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (BRASIL, 2012), atendendo criteriosamente aos aspectos éticos estabelecidos na Resolução. Assim, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e recebeu o parecer de aprovação CEP 6.900.703.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta seção objetiva apresentar e discutir os resultados, no que se refere a: 4.1 - Perfil dos entrevistados em relação a: formação do(a) entrevistado(a), experiência profissional; 4.2 - Contribuições do Telessaúde na Bahia com base em indicadores; 4.3 - Contribuições do Telessaúde na Bahia com base na avaliação dos gestores do Programa de Telessaúde Bahia e dos Centros Especializados com adesão ao programa. 4.4 - Modelo lógico do telessaúde para qualificação do acesso

4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

A seleção para as entrevistas está ligada ao fato de serem gestores (Coordenadores ou Diretores) do serviço especializado ou núcleo do telessaúde, participarem das negociações, decisões da telessaúde no estado da Bahia ou no Serviço Especializado, relativas à implantação e implementação do modelo adotado (execução e monitoramento).

Os entrevistados deste estudo são todos Servidores Públicos entre 15 a 30 anos de atuação, todos graduados em curso superior na área da saúde, com pós graduação referentes às áreas de atuação e possuem entre 10 a 25 anos de experiência em Gestão Pública.

Quadro 3 – Dados do Perfil dos entrevistados

Entrevistados	Servidor Público	Formação graduação	Pós-Graduação	Cargo	Experiência na gestão (anos)
A1	Sim	Enfermagem	Especialização em Saúde Pública	Coordenador	18
B1	Sim	Enfermagem	Mestre em Saúde Coletiva	Coordenador	15
A2	Sim	Medicina	Mestre em Medicina de Família	Coordenador	15
B2	Sim	Enfermagem	Especialista em Projeto de Gerenciamento	Diretora	25

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

4.2 AS CONTRIBUIÇÕES DO TELESSAÚDE NA BAHIA COM BASE EM INDICADORES

Conforme Boyne e col. (2006), tanto a mensuração de aspectos objetivos quanto a mensuração de aspectos subjetivos são relevantes para se determinar a performance da gestão pública, sendo que a mensuração objetiva, geralmente utiliza indicadores que buscam refletir desempenho ótimo a ser alcançado. Já mensuração subjetiva refere-se a uma dimensão de desempenho relevante para a organização a partir da realização de julgamentos.

Bahia (2021b, p.9) afirma que na avaliação da gestão pública os indicadores constituem instrumentos que contribuem para identificar e medir aspectos relacionados a um determinado fenômeno, decorrente da ação ou da omissão do Estado e tem por finalidade:

“Permitir o conhecimento sobre a situação que se deseja modificar, estabelecer as prioridades, escolher os beneficiados, identificar os objetivos e traduzi-los em metas e, assim, acompanhar com mais efetividade o andamento dos trabalhos, avaliar os processos, adotar os redirecionamentos necessários e verificar os resultados e os impactos obtidos.”

Para avaliar o desempenho e, por conseguinte, identificar e acompanhar o alcance das metas, avanços, melhorias de qualidade, correção de problemas e necessidades de mudança, existem vários tipos de indicadores, dentre estes estão os indicadores de: eficácia; eficiência operacional; produtividade; qualidade do serviço; satisfação do usuário e eficácia do custo (POISTER, 2003). Entretanto, o autor afirma que de modo geral a definição no uso de indicadores pressupõe:

- a) Metas claras e bem definidas;
- b) Desenvolvimento de indicadores de performance balanceados, mas não redundantes;
- c) Rejeição de indicadores que não são facilmente gerenciados pelos gestores;
- d) Definição de indicadores que tem um alto grau de validade e entendimento dos usuários, sempre que possível;
- e) Validação e redefinição dos propósitos de mensuração, relacionados à métrica;
- f) Uso de mensuração necessária, evitando aquelas que apenas foram propostas por interesses únicos;
- g) Mensurações que busquem se antecipar aos possíveis problemas e que incorporem outros indicadores menos apropriados;
- h) Mensurações que façam justas avaliações das perdas e custos de oportunidades;
- i) Indicadores de qualidade *versus* seus custos;
- j) Definição das mensurações com claras datas de revisão e análise, permitindo maior eficiência nos procedimentos de coleta de dados;
- k) Definições claras dos dados a serem coletados, procedimentos e análises, de modo a facilitar e uniformizar os relatórios de consolidados.

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como por exemplo a esperança de vida ao nascer.

Para Escrivão Junior (2007, p.656) “os indicadores podem proporcionar uma melhor visão da realidade e revelar os possíveis impactos das ações ou estruturas de saúde (...) o desempenho das atividades em curso ou que é produzida a partir da sua ação”. Neste sentido, resultados dos indicadores podem captar a atenção dos *stakeholders*.

Os indicadores de serviços de saúde são instrumentos que possibilitam uma aproximação da realidade, daquilo que é produzido pela ação ou ausência dela, propiciando à

gestão uma avaliação da situação de saúde, em todos os níveis, programas e políticas estabelecidas pelo ente público. Em tempos de saúde digital e de usos da Inteligência Artificial (IA), a definição de indicadores que considerem as especificidades de cada serviço, assim como a interoperabilidade de diversos bancos de Dados, são aspectos possíveis a serem considerados e mensuráveis. Na área da regulação em serviços de saúde, observam-se avanços.

O Núcleo de Telessaúde da Bahia adotou as ofertas estabelecidas pelo Programa Telessaúde Brasil Redes e avançou na perspectiva da organização do sistema de regulação ambulatorial especializada a partir da proposta de Telecompartilhamento (BAHIA, 2020), em que, por meio do sistema de Teleconsultoria, os serviços especializados realizam a triagem para agendamento dos usuários que tivessem critérios técnicos para consulta presencial, ou era orientada a melhor conduta ao profissional solicitante.

A operacionalização das atividades do Telessaúde na Bahia somente se deu a partir de 2013, período em que o autor dessa dissertação era Diretor da Atenção Básica e institucionalmente respondia pelo Núcleo de Telessaúde da Bahia. Neste primeiro momento foi estabelecido um Contrato de Programa com a Fundação Estatal Saúde da Família – FESF SUS, buscando estabelecer a estrutura necessária e técnicos para assumir a função de Teleconsultoria para Atenção Básica.

Por ser uma ação nova, foi necessária a parceira com o Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul, que já possuía atuação desde 2007 e, também, tinha um Sistema de Telessaúde consolidado (RIO GRANDE DO SUL, 2007). Houve uma transferência de tecnologia o que possibilitou com que o Núcleo de Telessaúde da Bahia a responder inicialmente a Teleconsultoria via plataforma do Telessaúde do Rio Grande do Sul, após adotasse uma plataforma própria e ganhasse autonomia plena.

Foi a partir da declaração da Emergência de Saúde Pública de importância internacional, em 30 de janeiro de 2020 pela Organização Mundial de Saúde, e as orientações que visavam estabelecer medidas para redução da disseminação, dentre elas a redução da mobilidade, fechamento de serviços não essenciais (BRASIL, 2020), que o Núcleo de Telessaúde reconheceu a necessidade de se estruturar para apoiar a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia para atuar de forma remota.

O Programa de Telecompartilhamento da Saúde com a Atenção Básica permitiu que serviços especializados atuassem remotamente na assistência, possibilitando uma organização do acesso presencial a especialistas. Neste programa, os usuários assistidos pela Atenção

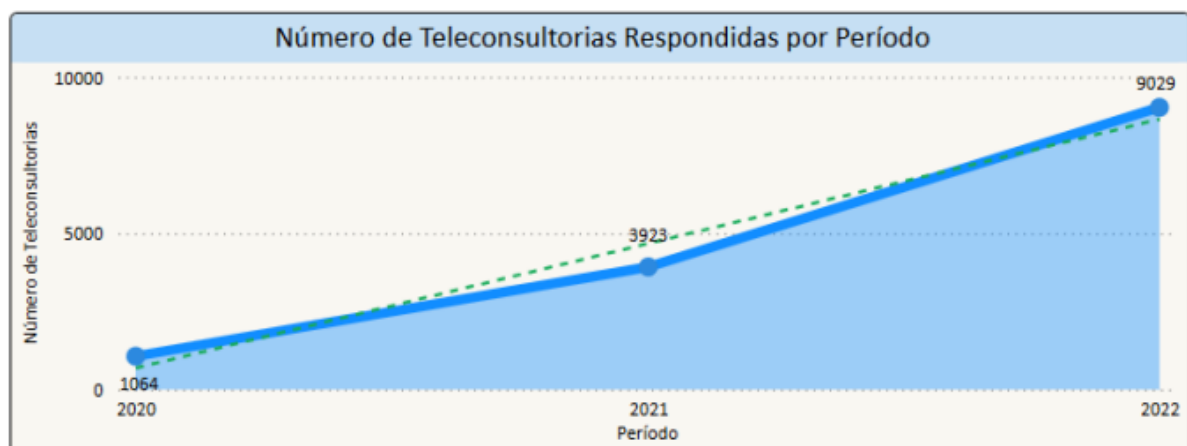
Básica, com critério clínico poderia ter seu caso compartilhado, com especialista de serviços aderidos ao programa, objetivando encaminhar a pessoa assistida em sua Unidade de Saúde, para atendimento no Serviço Especializado de Referência (BAHIA, 2020.)

Resultados de estudo relativos à Telefonaudiologia, trouxe a perspectiva do atendimento de forma híbrida, semelhante ao que ocorre no CEPRED, em que são realizados atendimentos remotos e presenciais, foi observado uma satisfação de 88,9% por parte dos usuários, validando o modelo de cuidado auditivo continuado (BARREIRA-NIELSEN & CAMPOS, 2021).

No estudo que analisou a conversão do Modelo Centro de Atendimento presencial para pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus para um serviço de telemedicina durante a pandemia de COVID-19, muito similar ao TeleCEDEBA, o estudo demonstrou viabilidade da telemedicina no atendimento a pacientes com doenças crônicas, reduzindo barreiras de acesso e garantindo continuidade no cuidado. Diferente do CEDEBA, a modalidade escolhida foi a Teleconsulta via telefone (TINOCO & SALDANHA, 2020). Já o CEDEBA possui a modalidade de Teleconsultoria, buscando comprometer os profissionais da Atenção Básica com a Coordenação do Cuidado dos seus usuários.

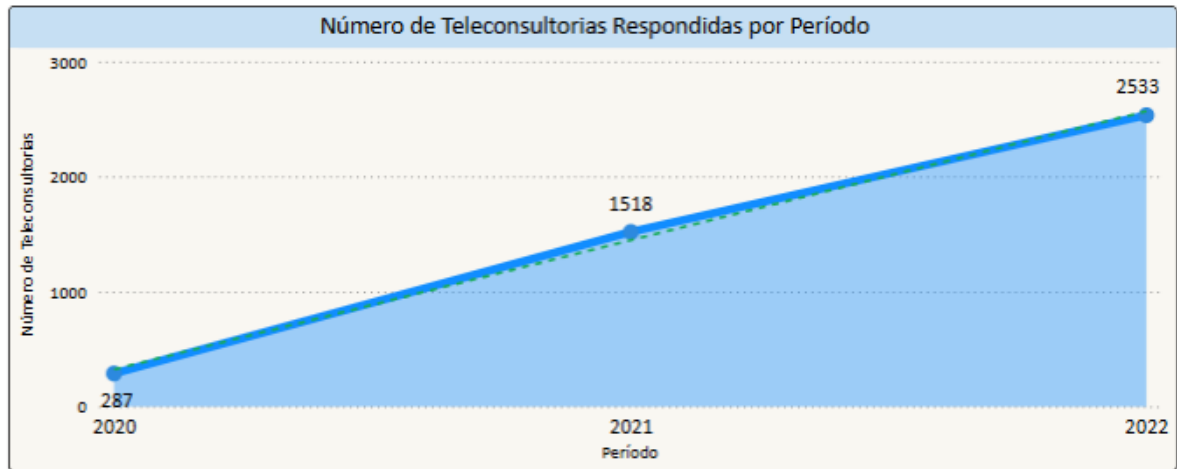
No que se referem aos indicadores e considerando-se o período em que foi instituída a proposta de telecompartilhamento, 14 de junho de 2020, e o final da pandemia, dezembro de 2022, pode-se observar o processo evolutivo que estes serviços especializados impactaram positivamente, conforme verificam-se nos Gráficos a seguir.

Gráfico 01. Número de teleconsultorias respondidas, no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.



Fonte: Power B.I. - Telessaúde BA, 04 fev. 2025.

Gráfico 02 – Número de teleconsultorias respondidas pelo CEDEBA, no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.



Fonte: Power B.I. - Telessaúde BA, 04 fev. 2025.

Como verificam-se nos Gráficos 01 e 02, existe um aumento significativo de atendimentos de solicitações via Teleconsultoria no Núcleo de Telessaúde, sendo que quatro mil trezentas e trinta e oito (4.338) teleconsultorias foram respondidas pelo CEDEBA no período analisado, o que corresponde a 30,95% do total de teleconsultorias respondidas nesse período.

Cabe salientar que somente a partir de 2021, os profissionais do CEPRED iniciam seus atendimentos via Teleconsultoria Especializada, impulsionando ainda mais os resultados de respostas às demandas da Atenção Básica. Isso corresponde a três mil quatrocentas e dezesseis (3.416) teleconsultorias respondidas pelo CEPRED no período analisado, o que corresponde a 24,37% do total de teleconsultorias respondidas nesse período (Gráfico 3).

Gráfico 03 – Número de teleconsultorias respondidas pelo CEPRED, no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.

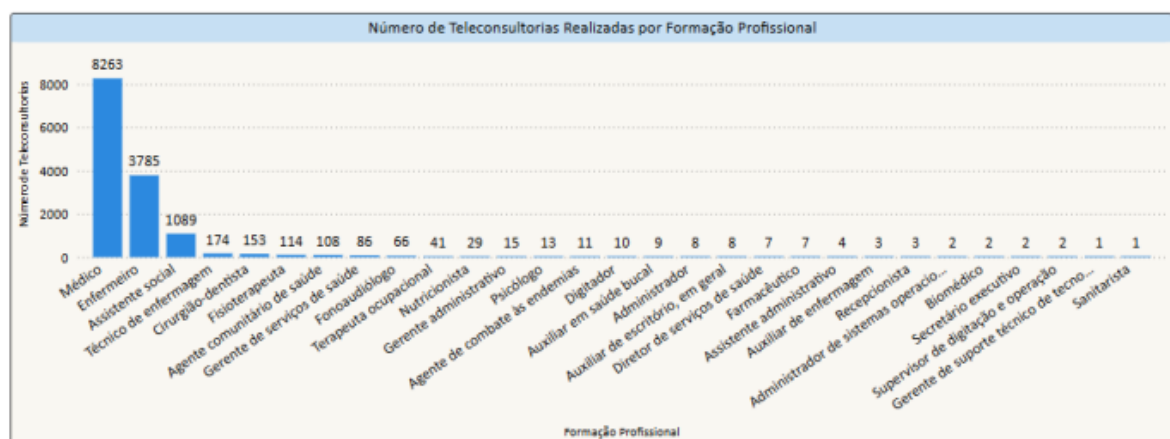


Fonte: Power B.I. - Telessaúde BA, 04 fev. 2025.

O Programa Telessaúde Bahia segue os objetivos do Programa Nacional da Telessaúde Brasil Redes e visa, entre outras ações, ordenar as redes a partir da Atenção Básica por meio da integração de Tecnologias de Informação e Comunicação. Em relação a este objetivo, no que tange os serviços do Telessaúde Bahia, ofertados pelos Centros Especializados do Estado da Bahia, este faz parte do Programa de Telecompartilhamento, que visa dar suporte especializado aos profissionais da Atenção Básica e, se necessário, garantir o acesso dos usuários aos serviços especializados que fazem parte do Programa. Esta ação se dá a partir dos Profissionais da Atenção Básica com intermédio da Telessaúde, tendo como critérios os protocolos de acesso já estabelecidos por cada serviço especializado. Havendo a necessidade de atendimento presencial, o usuário terá seu atendimento agendado com data e horário, sem necessidade de encaminhamentos para centrais de regulação (BAHIA, 2020). Isso reduz o tempo de espera por uma consulta especializada, aumentando a efetividade do atendimento, contribuindo para elevar a resolutividade.

Vale ressaltar que na delimitação do Núcleo de Telessaúde, este atua de forma a atender uma diversidade de categorias profissionais ligadas à Atenção Básica, prioritariamente (Gráfico 04).

Gráfico 04. Número de teleconsultorias realizadas por categoria profissional, no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.

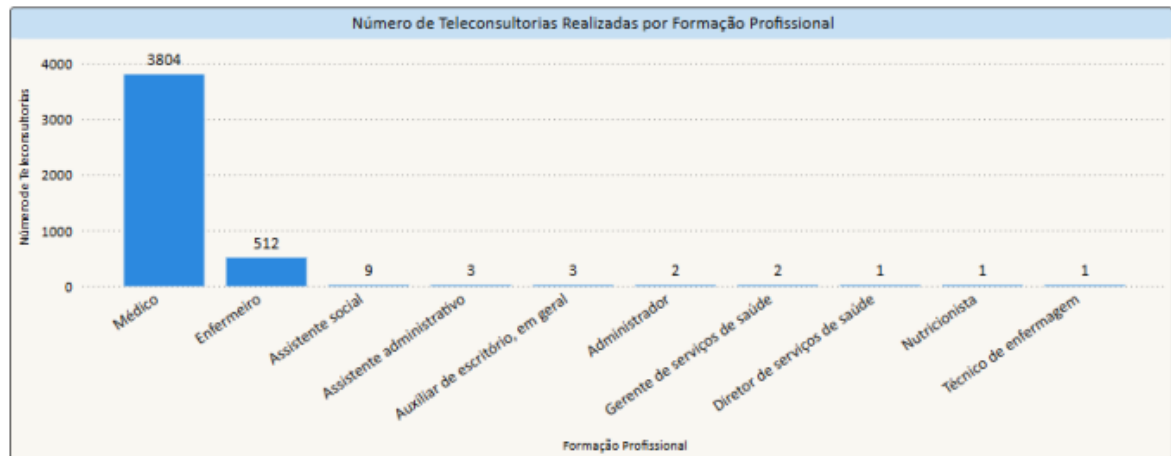


Fonte: Power B.I. - Telessaúde BA, 04 fev. 2025.

Dois mil cento e setenta e sete (2.177) solicitantes de 29 categorias profissionais realizaram teleconsultorias no período analisado. As categorias mais solicitantes foram: médicos (1050 profissionais realizaram 8.263 teleconsultorias), enfermeiros (776 profissionais realizaram 3.785 teleconsultorias) e assistentes sociais (121 profissionais realizaram 1.089 teleconsultorias).

O perfil de categoria profissional solicitante, com resposta de teleconsultoria do CEDEBA possui uma predominância de médicos e enfermeiros, sendo estes os profissionais da Atenção Básica pertencentes a equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família e assistentes das pessoas que possuem diagnóstico de diabetes (Gráfico 5).

Gráfico 05. Categorias profissionais que realizaram teleconsultorias para o CEDEBA, no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.

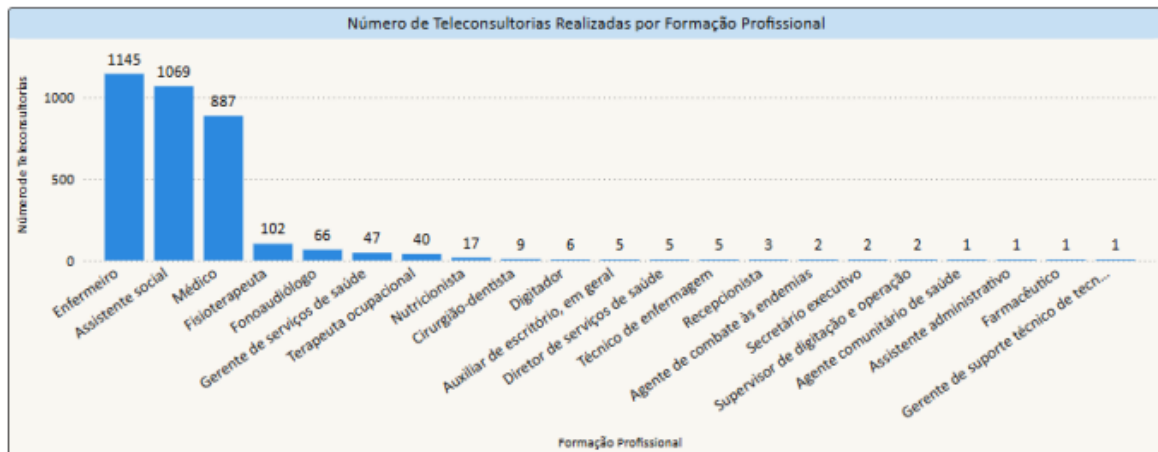


Fonte: Power B.I. - Telessaúde BA, 04 fev. 2025.

Um total correspondente a novecentos e quarenta e oito (948) solicitantes de dez categorias profissionais realizaram teleconsultorias no período analisado. As categorias mais demandadas foram: médicos (731 profissionais realizaram 3.804 teleconsultorias), enfermeiros (199 profissionais realizaram 512 teleconsultorias) e assistentes sociais (oito profissionais realizaram nove teleconsultorias).

Já o perfil de categorias profissionais demandantes de Teleconsultoria do CEPRED, corrobora com o seu perfil de usuários, assistidos prioritariamente por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos.

Gráfico 06. Número de categorias profissionais que realizaram teleconsultorias para o CEPRED, no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.

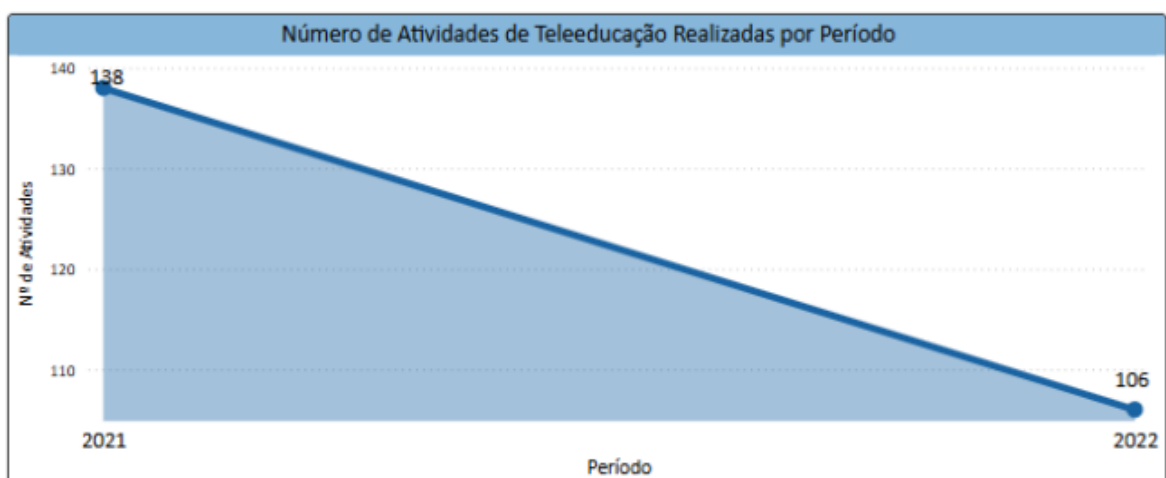


Fonte: Power B.I. - Telessaúde BA, 04 fev. 2025.

Em um total de oitocentos e trinta e dois (831) solicitantes de 21 categorias profissionais realizaram teleconsultorias no período analisado. As categorias mais solicitantes foram: enfermeiros (293 profissionais realizaram 1.145 teleconsultorias), assistentes sociais (119 profissionais realizaram 1.069 teleconsultorias) e médicos (352 profissionais realizaram 887 teleconsultorias) (Gráfico 06).

Ainda na perspectiva de demonstrar o campo de atuação do Núcleo do Telessaúde Bahia e sua importância para a Rede de Atenção, ressalte-se a sua vocação e alinhamento ao que está previsto nas normativas do Programa, relativo à Tele-educação. Além do que permite ao profissional que atua na linha de frente do serviço de saúde, obter uma segunda opinião *pari passu* ao atendimento (Gráfico 07).

Gráfico 07 - Número de Atividades de Tele-educação realizadas no período de 19 de janeiro de 2021 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.



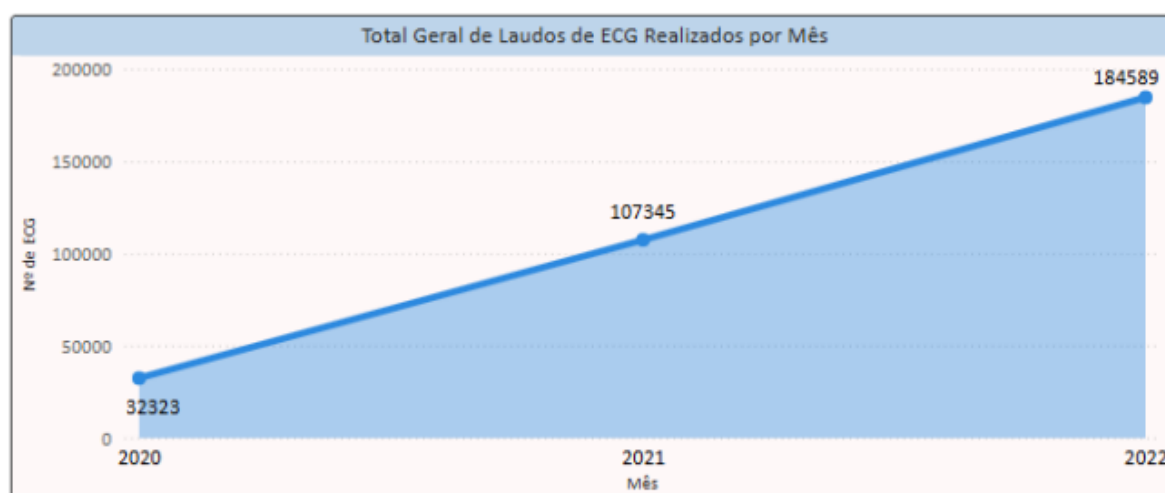
Fonte: Power B.I. - Telessaúde BA, 04 fev. 2025.

A análise do Gráfico 07 revela uma redução do número de atividades de Tele-educação entre 2021 e 2022. Isto indica que o período estudado foi quando estava ocorrendo a Pandemia da COVID – 19 e existia a necessidade inicial de capacitações remotas, devido a orientação de distanciamento social para minimizar contaminações e orientar profissionais no que tange execução de procedimentos e a assistência adequada.

Foram realizadas 244 atividades de teleeducação no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2022. Todos os municípios baianos participaram de pelo menos uma oferta de tele-educação no período analisado. Quarenta e oito mil quinhentos e dezenove (48.519) profissionais participaram das ofertas de tele-educação.

Ainda no escopo normativo de atuação previsto para o Programa de Telessaúde, o Núcleo da Bahia também oferta o Telediagnóstico, conforme observam-se nos Gráficos 8 e 9.

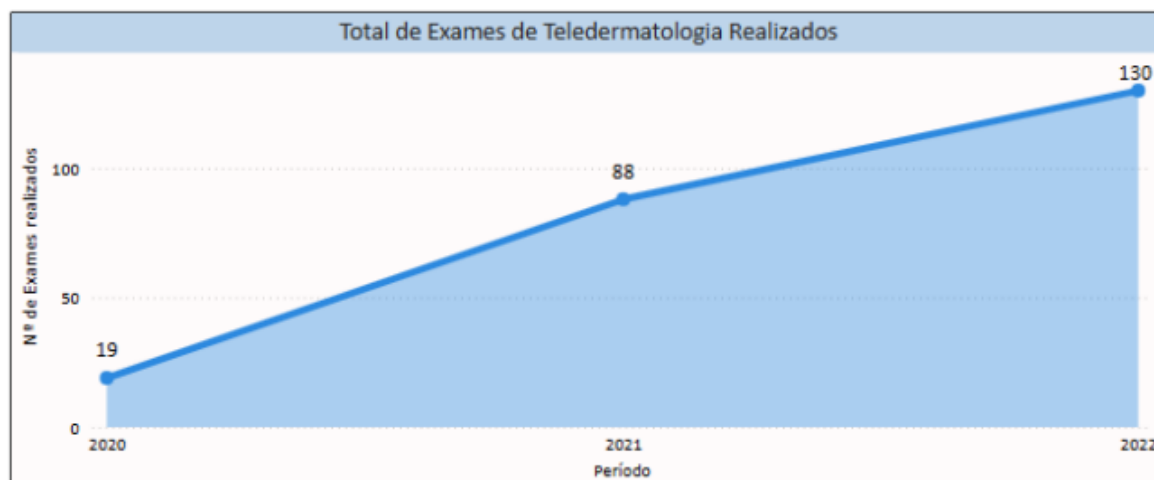
Gráfico 8 - Número de Laudos de Eletrocardiograma – ECG, realizados no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.



Fonte: Power B.I. - Telessaúde BA, 04 fev. 2025.

Foram realizados 324.257 laudos de ECG no período analisado. Desses, 252.045 foram laudos de ECG eletivos e 72.212 foram laudos de ECG de urgência. Cento e oitenta municípios utilizaram o serviço. Ter a possibilidade de obter laudos de urgência de ECG nos municípios pode significar intervenções mais rápidas e melhor qualidade do cuidado.

Gráfico 9 - Número de Exames de Teledermatologia realizados no período de 14 de julho de 2020 a 31 de dezembro de 2022, Bahia.



Fonte: Power B.I. - Telessaúde BA, 04 fev. 2025.

Ainda no campo das especialidades foram realizados 237 exames de teledermatologia por cinco municípios no período analisado.

Cabe salientar que os laudos de telediagnósticos realizados são frutos de parcerias com as Universidades Federais de Minas Gerais e Universidade Federal de Santa Catarina, respectivamente a apresentação.

A análise dos indicadores apresentados permite confirmar que o Telessaúde Bahia é um Programa incremental que contribui na resolutividade da Atenção Básica e na organização da rede de serviços públicos de saúde (Pressuposto I)

4.3 CONTRIBUIÇÕES DO TELESSAÚDE NA BAHIA COM BASE NA AVALIAÇÃO DOS GESTORES DO PROGRAMA DE TELESSAÚDE BAHIA E DOS CENTROS ESPECIALIZADOS COM ADESAO AO PROGRAMA.

A técnica utilizada para trazer à tona a realidade vivida e os dados a serem analisados com base nas entrevistas dos gestores do programa de telessaúde nos serviços observou linha a linha o conteúdo das falas transcritas, estabelecendo códigos e posteriormente as categorias e relacionando as subcategorias (STRAUSS e CORBIN, 1998).

As categorias e subcategorias, encontram-se no Quadro 2:

- 4.3.1 Meios para a superação de barreiras tecnológicas
- 4.3.2 Avaliação e monitoramento
- 4.3.3 Processos estruturantes
- 4.3.4 Incorporação tecnológica
- 4.3.5 Integração de processos em Rede de Atenção
- 4.3.6 Parcerias estratégicas
- 4.3.7 Qualificação do acesso

- 4.3.8 Restrição do acesso
- 4.3.9 Transferência tecnológica
- 4.3.10 Transição do modelo

Estas categorias refletem o caminho e componentes para estruturação do programa, as barreiras e os aspectos que merecem atenção. Mendes (2011) aponta a necessidade de estruturar programas e serviços de saúde a partir de uma análise das barreiras e dos aspectos críticos para a implementação.

Para Fixsen et al (2005) é importante conhecer que as estruturas e os processos de muitas organizações, principalmente, de serviços de saúde podem dificultar a implementação sistemática de programas e práticas devido a complexidade e diversidade de fatores intervenientes.

A partir deste conhecimento e na perspectiva de compreender as contribuições do Telessaúde na Bahia com base na avaliação dos gestores do Programa de Telessaúde Bahia e dos Centros Especializados com adesão ao programa, tem-se os resultados apresentados nas Tabela 1 a 10) e suas respectivas análises.

Tabela 1 – Dados que sustentam a interpretação sobre a categoria dos meios para a superação de barreiras tecnológicas

Citações representativas	Subcategorias
<i>A equipe de apoiadores de telessaúde ia para os territórios também, para as regiões para treinar os profissionais; foram feitas web reuniões regionais para apresentar esse novo modelo a equipe do telessaúde, com a equipe desses dois serviços do CEDEBA e do CEPRED para apresentar esse novo modelo. Foi feita reunião de si também, participação em reunião de si, para apresentar aos gestores, também para reforçar, e esse movimento de ser 100% via telessaúde, teleconsultoria, foi sendo gradativo. E aí chegou o momento, deram um prazo, um período para poder virar e ser 100% via telessaúde e admissão e entrada desses usuários nesse serviço. (Entrevistado A1)</i>	Construção do entendimento coletivo do Projeto

O Estado entendeu a importância do projeto e protagonizou todo o processo, liderou e comandou todo o processo. Acho que é uma grande facilidade. Essa parceria com a FESF, também, acho que potencializou o núcleo da telessaúde no estado da Bahia, porque viabilizou a contratação de profissionais, viabilizou, de certo modo, todo o processo de implantação, tecnológico, desenvolvimento tecnológico. (Entrevistado A1)

Entendimento do Projeto como facilidade para implementação e instituições parceiras qualificadas.

Dificuldade para implantação da Telessaúde, acho que é o não entendimento da proposta, a resistência do uso da estratégia por parte dos profissionais e dos gestores. A conectividade nesses municípios sempre foi uma dificuldade desde o início, a falta de conectividade dos municípios. (Entrevistado B1)

Falta de entendimento do projeto e deficiência das estruturas.

Eu acho que a pandemia mostrou algo que antes não era possível. A gente queria mostrar, mas a gente não conseguia. Que essa coisa do virtual, sim, apoiar nesse processo de qualificação. (Entrevistado B1)

Falta de entendimento do projeto

Está conseguindo, mas antes eu sentia muita falta dessa fluidez da conversação com os outros setores aqui, que ela poderia estar fazendo articulações desde sempre, a partir das demandas que a gente observa na plataforma. (Entrevistado B1)

Incorporação institucional do Programa.

Quando a gente fala da Porta da Saúde e de como ela pode estar resolvendo várias coisas, eu vejo que as pessoas ainda não param, ou não, não sei se não acreditam, ou não entendem, e aí a gente fica com a fala solitária. Eu sinto várias vezes essa fala solitária. (Entrevistado B1)

Falta de entendimento do projeto

O principal foi romper com a insegurança da mudança. (Entrevistado B2)

Inovação como desafio

Colocar uma tecnologia de informação publicação no meio ano, isso daí, eles não conseguiam enxergar que poderia melhorar isso, só conseguiam enxergar que poderia, que pode piorar. Os Técnicos, na época, também questionaram muito. (Entrevistado B2)

Inovação como desafio

Para atender as novas demandas que a política hoje nacional está exigindo que a saúde produza. Então, o sistema hoje não nos atende. (Entrevistado B1)

Limitação da estrutura tecnológica

O uso dessas ferramentas, mostraram a importância e a potencialidade. que para a gente também foi muito importante nesse papel de manejar e ajudar essas outras áreas técnicas na utilização. E a pandemia também fez com que as pessoas olhassem com outro olhar o Telessaúde, né? Acho que a gente conseguiu quebrar algumas resistências importantes, porque a gente já vinha tentando fazer, ampliar a nossa oferta de teleconsultoria que era apenas voltada para demandas específicas da atenção básica. (Entrevistado A1)

Usabilidade da tecnologia como estratégia para quebra de resistência.

O dificultador, era a mudança cultural, para o uso do novo, da tecnologia, isto gerou insegurança. Mas depois que começamos com um piloto, direcionando um percentual de pacientes via Teleconsultoria, e vimos que podíamos orientar os profissionais demandantes pela plataforma casos que não necessitavam de nosso atendimento, devido ao perfil, ou até mesmo, pois eram condutas simples que poderiam ser feitas na Atenção Básica, o grupo viu que precisávamos mudar e em pouco tempo todos dos acessos passaram a ser via Plataforma do Telessaúde. (Entrevistado A2)

Usabilidade da tecnologia como estratégia para quebra de resistência.

O principal fator foi o resultado, assim que víamos que estava rodando, que não estava ficando pacientes para traz, pois víamos que o acesso estava sendo ampliado e organizado. Parte era atendido via Plataforma, parte era agendado. (Entrevistado A2)

Usabilidade da tecnologia como estratégia para quebra de resistência.

E aí, a gente também começou a conversar, cadastrou ele e começou a encaminhar teleconsultoria. Então, com a pandemia, sim, o Centro entrou fortemente, e a Universidade Federal da Bahia - UFBA também entrou fortemente com o projeto de extensão, porque os ambulatórios fecharam e viram que o virtual poderia estar apoiando esses profissionais. Então, a chave virou com a pandemia, e a gente começou a tocar e viu que era possível. (Entrevistado A1)

Usabilidade da tecnologia como estratégia para quebra de resistência.

Então, no início, tinham muito receio de que ia ficar gente fora. Hoje já viram que não, que estão todos chegando, mas que chegam os que realmente só podem ser atendidos. (Entrevistado B2)

Usabilidade da tecnologia como estratégia para quebra de resistência.

Fonte: Entrevistas realizadas pelo autor.

Nesta tabela, os entrevistados trazem sua percepção sobre aspectos que impulsionaram a superação das barreiras tecnológicas. Dentre as subcategorias, verificou-se a necessidade da construção de um entendimento coletivo, em que foi proporcionado a partir de capacitações aos envolvidos no processo. Visto que a falta de entendimento do que seria executado ou inovado era uma barreira. Contudo, esta foi superada com o uso inicial da tecnologia e o suporte oferecido pelo Núcleo de Telessaúde.

Terra et al (2021) referem que a aceitação por parte de profissionais às novas tecnologias na saúde está ligada à percepção de usabilidade, treinamento contínuo e suporte técnico de colaboradores da linha de frente.

A usabilidade na perspectiva tecnológica é um componente essencial no desenvolvimento de soluções em Telessaúde e aceitação pelos usuários, tanto profissionais de saúde como pacientes (BRASIL, 2019).

Em uma perspectiva mais ampla e sistêmica, é recomendável que a adoção de novas tecnologias na saúde seja acompanhada por políticas públicas bem estruturadas que propiciem a inclusão digital dos profissionais e a integração eficiente dos sistemas de informação, de modo a facilitar a adesão e o uso adequado da tecnologia.

Para evitar que a transformação digital amplie iniquidades no sistema de saúde, é essencial que essas políticas resultem na redução das desigualdades no acesso. Além disso, a superação das barreiras tecnológicas no SUS depende do fortalecimento da governança digital, da interoperabilidade dos sistemas e da consolidação de programas que promovam a conectividade e a integração dos serviços de saúde, potencializando o fluxo de dados e informações (BAHIA, 2019; HADDAD et al, 2021).

A luz da teoria do Programa os meios para superação das barreiras, que impedem a evolução da proposta fazem parte da cadeia causal que liga os insumos (capacitações, suporte técnico) aos efeitos pretendidos (adoção da tecnologia e mudança de práticas).

Apesar da previsão de espaços de educação permanente, conscientização para adesão e aplicação da solução tecnológica, percebe-se que o empirismo da usabilidade foi determinante para a implantação.

Tabela 2 – Dados que sustentam a interpretação sobre a categoria de **avaliação e monitoramento**

Citações representativas	Subcategorias
<i>Aquele serviço por ser muito resolutivo, vira o serviço que todos os usuários querem ir, então todo mundo quer ser encaminhado para lá, e aí a gente tem a outra rede que fica ociosa. Acho que isso é um benefício bem importante, pois uma coisa que a gente acabou demonstrando, é o quanto alguns municípios utilizam aquela rede, e que pode ser também um recurso para pactuação, para discutir a pactuação no próprio estado. (Entrevistado B2)</i>	Monitoramento, avaliação e adequação da Rede Assistencial.
<i>A telerregulação permite que a gente observe quando a gente tem estrangulamento de oferta, existe um estrangulamento no serviço, existe um problema no serviço porque o que a gente tem de oferta é muito menor do que a demanda. E isso também é um benefício, porque a gente consegue ver a partir do monitoramento. (Entrevistado A2)</i>	Possibilidade de monitoramento e avaliação da demanda e oferta.
<i>Eu me sinto realizada. Hoje, já se está iniciando o processo de coordenação da rede de reabilitação, pelo que você falou. Agora, as meninas lá da telerregulação, elas já têm todas as unidades da rede, e quais os critérios que vêm para o seu prédio. Então, elas casam essa informação, devolvem o usuário para a rede. Era tudo o que eu achava que ia acontecer, e ia acontecer mais rápido e de uma forma mais organizada. (Entrevistado B2)</i>	Monitoramento, avaliação e adequação da Rede Assistencial.
<i>A gente não tinha o controle de nada de quantos eu tinha de usuário para isso ou para aquilo porque ele entrava Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME, tudo direitinho. Mas os relatórios que são produzidos pelo telessaúde são de muito maior qualidade do que os gerados por mim. Eles são completos. (Entrevistado B2)</i>	Possibilidade de monitoramento e avaliação da demanda e oferta.
<i>Agora a gente tem como discutir nos espaços de governança, discutir na CIB, como discutir no plano diretor, como discutir com a área técnica. Entendeu? Porque eu tenho dados. Eu mostro que aqui tem algo que está explodindo. Não era para a gente estar com essa demanda. (Entrevistado B2)</i>	Monitoramento, avaliação e adequação da Rede Assistencial.
<i>Então, ela não sabia qual era o perfil dessas pessoas e de onde eram essas pessoas. (Entrevistado B2)</i>	Deteção do perfil dos usuários que necessitam atendimento.

Fonte: Entrevistas realizadas pelo autor.

Os fragmentos apontam para um conjunto de informações que foram desnudadas a partir da implementação da Telessaúde nos serviços especializados. A agregação de dados possibilitou estabelecer perfil dos atendimentos, visto que existia uma organização das informações de forma sistemática, possibilitando uma avaliação da atuação do serviço especializado na Rede de Atenção à Saúde.

A avaliação em serviços de saúde integra aspectos quantitativos e qualitativos, permitindo ajustes na formulação e implementação de políticas públicas. O monitoramento contínuo possibilita a identificação precoce de falhas e a adoção de medidas corretivas. (HARTZ, 1997) Sendo que a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são compostas por serviços e sua relação se dá por uma complexa linha de cuidados, requer avaliação contínua para garantir eficiência, coordenação do cuidado e melhorias. (MENDES, 2011)

Estruturar uma sistemática de captação de dados para análise dos efeitos, pode estabelecer mecanismos de tomada de decisão para corrigir estruturas e processos previstos no programa.

Além disto, possuir dados estruturados para produzir informações e subsidiar as decisões é imprescindível, sendo que o monitoramento de indicadores de desempenho e resultado do que é praticado nas redes de atenção à saúde, permite ajustes nas políticas de saúde e melhora a eficiência dos serviços (MENDES, 2011; GIOVANELLA et al, 2012).

No entanto, é possível problematizar se essa capacidade de monitoramento e avaliação é suficiente e está sendo, de fato, incorporada de forma institucionalizada ou permanece dependente de ações pontuais e conjunturais, visto que sua sustentabilidade e capacidade de gerar impacto sistêmico ainda dependem de ações estruturantes na governança da informação e no uso estratégico dos dados.

Tabela 3 – Dados que sustentam a interpretação sobre a categoria processos estruturantes

Citações representativas	Subcategorias
<i>O telessaúde, eles encaminham para a gente. A gente tem criança com prioridade zero. É primeiro a ser mandada e aqui logo atende imediato. Essa criança vai entrar na frente de qualquer pessoa. É uma criança com sinais de surdez. Prioridade zero. (Entrevistado B2)</i>	Acesso qualificado com estratificação de risco.

Adequação do Processo de trabalho, pois tivemos que repensar os fluxos e as funções dos profissionais. (Entrevistado A2)

Fluxos e funções.

Houve uma remodelagem do Centro Especializado a partir da nova metodologia. Tivemos que mudar pessoas de setores, pois àquelas que antes estavam a frente do atendimento no Balcão para distribuir fichas, agendar presencialmente, dar suporte aos atendimentos, fazer a triagem, foram deslocadas para outros setores, pois boa parte das funções foram extintas e outras criadas, agora com demanda organizada. Houve um ganho estrutural. Alguns profissionais que antes atendiam os usuários em agendas presenciais, tiveram que ceder parte da carga horária para responder Teleconsultoria, atendendo casos de forma virtual, remotamente. Então a agenda dos Médicos e outros profissionais teve que ser reformulada. (Entrevistado A2)

Adequação do processo e das estruturas.

A estratégia foi, porque esses serviços têm autonomia no seu agendamento, eles não estavam em lista única, eles não estavam de processo regulatório. (Entrevistado B1)

Autonomia do processo regulatório

A gente foi ganhando experiência, foi produzindo materiais, protocolos, documentos, que orientaram e a gente, criamos, tanto para o telediagnóstico, quanto para a teleconsultoria especializada. Tem resoluções aprovadas em Comissão Intergestores Bipartite - CIB, então todo esse movimento foi feito, fazendo articulação com Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS, discutindo e aprovando em CIB, para deixar bem regulamentado, bem normatizado toda essa implantação e esse novo modelo, essa nova oferta no Estado. (Entrevistado A1)

Elaborando normas e firmando pactuações

Nossa articulação se deu com a Atenção Primária a partir da Diretoria de Atenção Básica e do Núcleo de Telessaúde. Construímos os fluxos e protocolos assistenciais, assim como as orientações para os profissionais da Atenção Básica. (Entrevistado A2)

Elaboração de normas para orientar o processo.

Existem protocolos assistenciais do próprio Centro e, também o protocolo de acesso, que estabelece os critérios dos usuários com perfil assistencial do Centro de Referência e o fluxo de atendimento. (Entrevistado A2)

Elaboração de normas para orientar o processo.

O Núcleo de Telessaúde ajudou em tudo, inclusive com a atuação da equipe que ia até os municípios orientar como iria funcionar a nova proposta de acesso ao Centro Especializado. (Entrevistado B2)

Elaboração do entendimento coletivo do Projeto

A demanda ainda é muito grande, mas além do tempo, sabemos que hoje o usuário que mais necessita está sendo assistido. Nos casos graves, atendemos na mesma semana, nos outros casos, em 60 a 90 dias. O que está ótimo, pois antes a agenda era para 9 meses ou mais. (Entrevistado A2)

Qualificação do acesso via Telerregulação

E a tele-educação, é uma oferta que é muito utilizada. Acho que a oferta que tem mais popularidade, que a gente consegue garantir que os 417 municípios utilizam. (Entrevistado B1)

Estratégia de capilaridade e organicidade

O Telessaúde, ele facilitou muito esse processo de comunicação e apoio clínico. E não só de apoio clínico, mas de processo de trabalho, de educação em saúde, de várias questões aí que envolvem o cuidado em si. E nesse contexto todo, o Telessaúde está inserido dentro da própria diretoria. (Entrevistado A1)

Processo de comunicação

Foi muito legal. Então, eu acho que tudo isso está nos aproximando. Quanto mais aproximação a gente tiver da atenção básica, mais o sujeito, a pessoa com deficiência, está sendo visto de forma integral. (Entrevistado B2)

Integração dos níveis de atenção via Telessaúde.

E nesse percurso aí desses anos, a gente vai aperfeiçoando a tele-educação, acho que é importante falar que a tele-educação, principalmente as web-palestras, que era o grande carro-chefe do Telessaúde, né? Ela vem sendo aperfeiçoada e vem sendo utilizada pelo nível central da instituição, pelas áreas técnicas da instituição, como uma estratégia de capilaridade, de ofertas educacionais que permitem a capilaridade no Estado. (Entrevistado A1)

Agregação de novos valores baseado na necessidade institucional

Então, a gente iniciou com reuniões para apresentar o que era a Telessaúde. Apresentar na plataforma esses profissionais. A gente depois fez capacitação desses profissionais para o uso da ferramenta. E em paralelo a esse processo de treinamento, foi sendo construídos protocolos. Protocolos para definir os critérios de caminhamento. Quais as documentações necessárias para que pudesse o usuário ser admitido. Os fluxos, como era desse agendamento. Tudo isso foi em paralelo ao treinamento dessa equipe para o uso da ferramenta. (Entrevistado B1)

Modelo de Implantação de novos processos

A gente fez o que a gente sempre fazia. A gente entra com o sistema, a gente entra com o serviço de regulação, a gente entra com a informação, atenção primária, com a divulgação. (Entrevistado A1)

Ofertas estruturadas para implantação

Ele se dirige à atenção básica com os documentos e o pedido para algum serviço do Centro. Em uma das três temáticas. E a atenção básica regula para o telessaúde. Então, quando ele regula para o telessaúde, o telessaúde já está com toda a nossa grade de atendimento. Como é, qual é o critério, tem protocolo, tem fluxo. Tudo está prontinho lá. (Entrevistado B2)

Organização do processo de trabalho

Com o Telessaúde a gente organiza o serviço. Façam, porque é muito importante. Hoje eu não tenho queixo de usuário aqui de jeito nenhum. (Entrevistado B2)

Organização do serviço a partir do Telessaúde.

O modelo adotado é que compulsoriamente todos os usuários com perfil definido pelo protocolo de acesso sejam encaminhados via plataforma do Telessaúde, os casos são triados pelo Telerregulador. Os casos em que se enquadra com o Telecedeba é encaminhado para nossos Teleconsultores, caso haja necessidade de atendimento presencial, é aberto um protocolo do Centro Especializado e agendado dia e horário do usuário. Isto é enviado enquanto resposta ao Profissional demandante via Sistema do Telessaúde. O usuário só vem para o Centro Especializado para o primeiro atendimento, depois segue com o plano de cuidado interno. (Entrevistado A2)

Processo de trabalho voltado para a efetivação do acesso qualificado.

O usuário vai até a UBS, é atendido pelo Médico ele faz a solicitação de uma Teleconsultoria com ou sem intensão de encaminhamento, no nosso caso, recebemos a maioria dos casos buscando atendimento no Centro Especializado, mas isto não impede que façamos respostas que orientem o profissional, sem a necessidade de agendamento no nosso serviço. Os casos encaminhados para nós, são avaliados por Teleconsultores, que analisam caso a caso, tendo necessidade de agendamento, encaminhamos para o setor de abertura de prontuário e incluímos na agenda do serviço para atendimento presencial. Informamos o profissional via Plataforma. (Entrevistado A1)

O Centro Especializado acaba se caracterizando como o matriciador da Atenção Básica e, neste caso, é responsável pela capacitação dos profissionais, com inúmeras ofertas, sendo o Telessaúde um grande parceiro. Produz as diretrizes assistenciais para o Estado referente a Endocrinologia, como protocolos e materiais orientadores para pacientes. (Entrevistado B1)

Mudou muita coisa, o fluxo da unidade. A gente tinha um grupo de orientação de todas as pessoas que queriam ser atendidas, eram atendidas primeiro nesse grupo de orientação com assistente social, psicólogo, e hoje a gente já não faz mais desse jeito, a gente tem hoje o acolhimento por serviço. O acolhimento do infantil, o acolhimento do adulto, já é mais especializado na necessidade dele. (Entrevistado B2)

O modelo assistencial de um Centro de Referência Especializado, com abrangência Estadual e acesso a partir da Atenção Básica. Isto agora fica mais claro, pois antes era um Centro de Referência para quem conseguia ser atendido, privilegiando os usuários de Salvador. (Entrevistado A2)

A gente fez uma remodelagem no Serviço, onde todos participaram e diziam o que era necessário. Aproveitamos a própria ferramenta, a necessidade do momento com as mudanças e construímos junto com toda a equipe, todos os funcionários, opinando. (Entrevistado B2)

Processo de trabalho voltado para a efetivação do acesso qualificado.

Qualificação da sua oferta a partir do Telessaúde

Qualificação dos processos internos da instituição.

Readequação das atribuições a partir do Programa de Telessaúde

Elaboração coletiva da remodelagem do Serviço

As informações constantes na Tabela 3 demonstram mecanismos processuais necessários do serviço de Telessaúde em um Centro Especializado que envolvem procedimentos assistenciais, como o estabelecimento de estratificação técnica para priorizar atendimentos, mediante adequações de fluxos, reorientação para um novo modelo assistencial, pautado na efetivação do acesso, apoio técnico a profissionais de outro nível de atenção.

A estruturação eficiente de processos nas organizações requer clareza nas funções institucionais, definição de fluxos de trabalho e normas técnicas para garantir eficiência e qualidade na prestação de serviços (MINTZBERG, 2003). Para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é necessária a estruturação adequada de processos assistenciais, fluxos bem definidos entre os diferentes níveis de atenção, normas institucionais claras, buscando a qualificação da informação para tomada de decisão (MENDES, 2011).

A estruturação dos processos de trabalho tem uma importância significativa para o Sistema Único de Saúde brasileiro e, para tanto, deve considerar uma gestão participativa, a qualificação da informação e a normatização das atribuições institucionais, na perspectiva de uma maior eficiência e eficácia dos serviços de saúde (CAMPOS, 1999).

Segundo os dados, foi necessário um reposicionamento do Serviço referente as ofertas, que levaram-nos a responsabilidade pela qualificação dos profissionais, bem como qualificar os encaminhamentos, tendo como prática a avaliação do processo iniciado na Atenção Básica, impactando diretamente na qualificação do demandante e nas orientações que compunham os fluxos.

Para Donabedian (1980), a qualidade da assistência à saúde parte de três pilares: estrutura (recursos físicos, normativos e organizacionais), processo (fluxo do atendimento, normas e protocolos) e resultado (impacto na saúde da população).

Os processos aos quais Donabedian (1980) se refere envolvem as práticas clínicas, os fluxos de trabalho e as interações entre profissionais de saúde e pacientes, incluindo desde o diagnóstico até o tratamento e seguimento. Esses englobam ainda normas, diretrizes, protocolos clínicos e o modo como as decisões são tomadas nos serviços de saúde.

Caso transmute-se este conceito para a Telessaúde em Serviços Especializados, pode-se compreender que o processo corresponde ao fluxo de atendimento remoto, desde a solicitação da teleconsulta até a conduta final. Isso inclui: regulação do encaminhamento, agendamento e organização da consulta remota e presencial, os fluxos de troca de informações entre especialistas e profissionais da Atenção Primária, os registros e armazenamentos de dados clínicos, o monitoramento de desfechos e tudo que envolve uma ação-decisão estruturada.

Observa-se que a Telessaúde, a partir do relato dos informantes, possibilitou na lógica do programa, conforme proposto pela Teoria do Programa: a estratificação técnica da demanda, reestruturação de fluxos e reorganização da oferta de serviços.

Os efeitos da Telessaúde propiciaram um reposicionamento institucional, passando a assumir novas funções além da assistência direta, como a qualificação da Atenção Básica via apoio matricial e regulação pedagógica. Nesta perspectiva, o redesenho do modelo assistencial fica mais alinhado à lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que pressupõe integração entre os níveis e corresponsabilidade pela gestão do cuidado.

Tabela 4 – Dados que sustentam a interpretação sobre **incorporação tecnológica**

Citações representativas	Subcategorias
<i>Quando o Telessaúde vai para dentro da estrutura da instituição central, acho que a gente consegue ampliar a capacidade de discussão para dentro da própria instituição, de fazer com que a telessaúde consiga ser mais conhecida dentro da própria instituição, pelas outras áreas técnicas, e, portanto, essas estratégias, passam a ser utilizadas pelas áreas técnicas para capilarizar discussões de temáticas importantes da saúde pública para que chegue a isso nos municípios. (Entrevistado A1)</i>	Incorporação institucional do Programa.
<i>A gente precisa avançar na tecnologia. Que hoje temos muita coisa disponibilizada, mas a gente não tem o espaço para ganhar em qualidade e avançar. (Entrevistado B1)</i>	Necessidade de incorporação Tecnológica para qualificação da oferta.
<i>Quando o Telessaúde vem para a SESAB, fica toda sobre a responsabilidade da Diretoria de Atenção Básica, e na pandemia, o atual diretor, tem a grande ideia para apoiar toda a SESAB no uso dos recursos de web para que a gente consiga manter as atividades da SESAB em pleno funcionamento. Então, a gente apoia com a oferta de salas virtuais, para que as áreas técnicas da SESAB possam utilizar e, também na operacionalização e no manejo dessas salas virtuais para as atividades. (Entrevistado A1)</i>	Tecnologia a serviço da instituição de forma estratégica.

Fonte: Entrevistas realizadas pelo autor.

A incorporação tecnológica apontada pelos entrevistados denota desde a assunção do projeto de forma institucional como aspecto motivador para sua expansão. Este ponto,

também tem a ver com o entendimento institucional, passa a fazer sentido para a instituição o uso da tecnologia.

A partir dos relatos dos entrevistados, observa-se que a expansão do uso da tecnologia no serviço não se deu apenas por aspectos operacionais ou normativos, mas principalmente por uma mudança institucional de percepção e apropriação do projeto. Isso indica a ativação de um mecanismo organizacional e simbólico, no qual a aderência institucional se torna condição para a consolidação da intervenção. Esse processo de assunção institucional representa mais do que a aceitação formal do projeto; trata-se de uma reconfiguração de sentido atribuída à tecnologia, que passa a ser reconhecida como instrumento legítimo e coerente com os objetivos organizacionais.

Para Greenhalgh et al (2017) incorporação tecnológica deve ser compreendida como um processo institucional que envolve adaptação organizacional, aceitação por parte dos profissionais e integração nos fluxos de trabalho. Sem esse reconhecimento institucional, a tecnologia pode ser rejeitada ou subutilizada.

A incorporação de tecnologia é uma iminente necessidade que possui maior entendimento da sua aplicabilidade a partir do uso. Nas instituições de saúde, que são estruturas complexas e com processos de trabalho enraizados, a tecnologia pode ser vista como um desafio ou uma interferência. Nesta perspectiva, a incorporação citada possui uma conotação muito mais no sentido de reconhecimento como instrumento institucional.

Tabela 5 – Dados que sustentam a interpretação sobre integração de processos em Rede de Atenção

Citações representativas	Subcategorias
<i>Potencializar a resolutividade do cuidado, a atenção básica realmente ser gestora deste cuidado. Fazer com que a atenção primária dialogasse com a rede especializada, ambos, aliás, não só especializada, mas entre redes de atenção. Permitir que a rede não seja tanto hierarquizada, mas articulável em si, tendo a atenção primária como o centro dessa gestão do cuidado. (Entrevistado A1)</i>	Atribuição da Telessaúde no SUS

Este modelo induz uma nova lógica de acompanhamento desse profissional no cuidado desse usuário, porque aquele usuário principalmente que não vai para o serviço, ele vai continuar ali na atenção básica, então ele já tem um aporte, um respaldo, para poder estar manejando aquele usuário na atenção básica, então acho que é diminuir essas filas, garantir esse agendamento, qualificar esses encaminhamentos, potencializar recursos principalmente dos municípios, deslocando esse usuário somente se for necessário para o serviço, porque às vezes ele vem e nem tem a vaga. (Entrevistado B2)

Integração dos níveis de atenção via Telessaúde.

Atua não apenas na assistência direta aos pacientes, mas também no suporte à Atenção Primária à Saúde (APS), oferecendo consultorias especializadas, especialmente após o lançamento do projeto. (Entrevistado A2)

Integração dos níveis de atenção via Telessaúde.

Conseguimos fazer uma integração com a Atenção Básica e ter dados mais qualificados de onde vem nossos usuários. (Entrevistado B2)

Integração dos níveis de atenção via Telessaúde.

A nossa ligação hoje com a atenção básica se deu através do telessaúde. Antes, não. Foi com o telessaúde que as portas se abriram. (Entrevistado B2)

Integração dos níveis de atenção via Telessaúde.

Fonte: Entrevistas realizadas pelo autor.

A partir dos relatos, pode-se verificar a importância da implementação da Telessaúde como mecanismo indutor de processos de mudança na comunicação entre níveis de atenção assistencial. Fica evidente sua condição enquanto Tecnologia da Informação e Comunicação entre os níveis de atenção à saúde. Gera comprometimento ou corresponsabilização assistencial dos profissionais envolvidos e promove adequada transferência de informações ou dados qualificados.

A integração dos níveis de atenção de forma coordenada e hierarquizada é uma premissa do Sistema Único de Saúde e, também é definida pelas Redes de Atenção à Saúde que possibilita a integralidade da assistência (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004; MENDES, 2011).

O Programa Telessaúde Brasil Redes, criado em 2011, apresentava como objetivos ampliar a resolutividade da Atenção Básica e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde, buscando fazer uma costura de práticas tecnológicas e indução da coordenação do cuidado pela Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Na experiência relatada, a Telessaúde nos Centros Especializados estudados, não apenas operaram como instrumento técnico, mas também como dispositivo organizacional e relacional, capaz de estimular a corresponsabilização entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção. Isso evidencia um desdobramento importante: o entendimento de que a simples inserção da tecnologia não gera impacto direto sem que haja engajamento dos atores e ativação de práticas colaborativas.

Nesse sentido, o comprometimento dos profissionais e a melhora na transferência de dados entre os níveis assistenciais representam resultados intermediários fundamentais, que indicam que o programa está gerando as condições necessárias para alcançar seus resultados, como a integralidade do cuidado e a coordenação efetiva entre os pontos da rede, tendo a Atenção Básica como ordenadora da rede e Coordenadora do Cuidado.

Tabela 6 – Dados que sustentam a interpretação sobre **parcerias estratégicas**

Citações representativas	Subcategorias
<i>Gestão compartilhada da Secretaria de Estado, que seria aí responsável pelo projeto, e a Fundação Estatal de Saúde da Família, seria a instituição executora do serviço. Nesse formato não ficaria nenhum município sem a oferta da telessaúde, e aí em 2013 esse núcleo foi implantado com sede na Fundação Estatal de Saúde da Família e aí teleconsultoria precisou fazer uma parceria com o Núcleo do Rio Grande do Sul, que tinha um núcleo de telessaúde com muita experiência. (Entrevistado A1)</i>	Definição das parcerias institucionais para execução.
<i>O facilitador era o próprio contexto, que precisava mudar, existe também uma grande parceria do Telessaúde, da Diretoria de Atenção Básica e, também a sensibilização dos profissionais para resolver o problema. (Entrevistado B2)</i>	Oferta a partir de parcerias estratégicas
<i>Isso é importante. Essa articulação mais próxima com o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS também, porque o COSEMS é a representação do município e, eu sinto essa necessidade de estar mais próxima do COSEMS, para que ele também possa compreender melhor este processo. Eles têm uma equipe de apoio também, de apoio institucional. (Entrevistado B1)</i>	Oferta a partir de parcerias estratégicas

A gente foi muito bem capacitado pelo grupo dos telerreguladores do Núcleo de Telessaúde. Oferta a partir de parcerias estratégicas

Tivemos apoio para tudo, tudo o que a gente precisou. Todos os treinamentos que a gente fez no Estado da Bahia, a Diretoria de Atenção Básica estava junto. Então, a gente sempre foi muito apoiado, foi muito junto, construído tudo. (Entrevistado B2)

A mudança foi quando os serviços, a gente começou, com as demandas das perguntas, a gente conversava muito com a tele-educação, a gente precisa melhorar algumas coisas aqui da tele-educação, porque as perguntas estão vindo com uma complexidade, e que a gente precisa de maior apoio de especialistas (Entrevistado B1) Parceria com os Centros Especializados

Fonte: Entrevistas realizada pelo autor.

A implantação e implementação do programa estabelecido, conforme relatam os participantes da pesquisa, passa pela concretização de parcerias com expertise e disponibilidade, alinhados a objetivos em comum. Desde as condições estruturais, ao conhecimento executivo, ao poder decisório, até aspectos práticos, são condições apontadas que podem facilitar ou dificultar a implantação de um serviço inovador.

A falta de um esforço colaborativo estruturado, isto é, de parcerias estrategicamente planejadas, acaba por gerar incoerências e redundâncias, dificultando a implementação eficaz dos programas. A efetivação de programas depende, em grande parte, da existência de parcerias e colaborações estratégicas. Segundo Oliveria (2018), a ausência de parcerias robustas e de lideranças aptas a articular essas relações resulta em uma coordenação comprometida, o que, por sua vez, impede a obtenção dos resultados desejados.

Do ponto de vista da Teoria do Programa, isso revela a importância de explicitar e incorporar tais fatores no modelo lógico do programa, sob risco de se trabalhar com uma teoria incompleta, que desconsidera os fatores de viabilidade e governança. Ademais, a fala dos entrevistados sugere que a implementação bem-sucedida não depende apenas da previsão normativa do programa, mas da capacidade local de articulação, negociação e liderança compartilhada, um mecanismo relacional que também precisa estar contemplado na teoria do programa.

Assim, os dados reforçam a ideia de que programas inovadores em saúde não operam em ambiente séptico, mas em contextos institucionais complexos, o que exige que se

reconheça a importância das redes de cooperação, da pactuação interinstitucional e da mobilização de lideranças como fatores críticos para sua efetividade.

Tabela 7 – Dados que sustentam a interpretação sobre a **qualificação do acesso**

Citações representativas	Subcategorias
<i>E esse perfil, agora o Centro não mais está atendendo todo mundo da Bahia. Ela está atendendo aquele que compete a ela. (Entrevistado B2)</i>	Adequação do perfil assistencial e organização da Rede.
<i>Os usuários que são encaminhados hoje, que são admitidos, são usuários que realmente tem o perfil de usuários para serem acompanhados pelo Centro de Especialidades que apoia e qualifica os profissionais no manejo desses usuários na atenção básica. Então isso é um benefício. (Entrevistado B2)</i>	Efetividade e qualificação do acesso via Telerregulação
<i>Atender a população referenciada, além de promover capacitação e atualização dos profissionais de saúde e realizar pesquisas para melhorar a assistência ao diabetes e endocrinologia no estado. (Entrevistado A2)</i>	Atribuição do Centro Especializado
<i>Resultado esperado era qualificar o acesso, qualificar o acesso para o centro especializado, conseguir garantir que realmente o usuário que entrasse no serviço fosse o usuário que realmente precisasse daquele atendimento. Acho que isso é uma coisa para tirar a fila presencial, acabar com a fila presencial, e apoiar e qualificar os profissionais da atenção básica no manejo desses usuários. (Entrevistado A1)</i>	Objetivo do programa
<i>Eles mesmos analisam os casos e eles validam se realmente é para o serviço. Então, hoje, a gente não tem um custo direto com eles, porque o serviço entendeu que é lucrativo fazer a consultoria com o telessaúde para qualificação do processo. E, realmente, dar um valor de uso à instituição e aos profissionais que estão lá. (Entrevistado B1)</i>	Qualificação da sua oferta a partir do Telessaúde
<i>Outro aspecto é que conseguimos qualificar o acesso, priorizando os casos mais graves. Se tivesse algum usuário que necessitava intervenção devido a gravidade, já agendávamos com a maior brevidade possível. (Entrevistado A2)</i>	Qualificação do acesso com estratificação de risco.

Esse projeto de teleconsultoria foi implementado durante a pandemia de COVID-19 para descentralizar o atendimento de doenças crônicas e facilitar o acesso de pacientes de outras regiões à assistência especializada. (Entrevistado A1)

Então, hoje a gente tem uma porta de entrada que é bem avaliada. (Entrevistado B2)

Se as pacientes estão lá, é porque realmente precisa estar lá. E essa integração com a Atenção Primária, tem grande valor. (Entrevistado B2)

A perspectiva toda é para acabar com as filas físicas das pessoas chegarem lá de madrugada, pegarem senha e ampliar, na verdade, o acesso. E isso aconteceu. (Entrevistado A2)

Como é um serviço mais de reabilitação, o benefício é garantir também que esse usuário consiga esse agendamento, porque antes esses usuários chegavam e tinham somente 20 fichas, então alguns voltavam, e muitas vezes tinham algumas que possivelmente não conseguiam acesso, porque considerando que o perfil desses usuários do Centro Especializado são usuários que têm necessidades especiais, que têm aí uma dificuldade, para além disso, a gente consegue garantir essa questão da gente não precisar deslocar esse usuário, porque esse usuário se desloca uma, duas, três vezes para conseguir essa vaga no serviço. (Entrevistado B2)

Em paralelo fazer um processo de qualificação com a tele-educação. (Entrevistado B2)

Redução de vindas do usuário, gerando maior conforto e menor deslocamento e redução de custos para o Sistema Público. Dividiu responsabilidades com a Atenção Básica, pois só vem para nós aqueles casos que de fato se enquadram no nosso perfil assistencial, baseado em protocolos de acesso, o que não é, fica na Atenção Básica, com a orientação dada por nós, ainda tem isto. (Entrevistado A2)

Qualificação do acesso a partir do Telessaúde.

Qualificação do acesso a partir do Telessaúde.

Qualificação do acesso a partir do Telessaúde.

Efetividade e qualificação do acesso via Telerregulação

Efetividade e qualificação do acesso via Telerregulação

Estratégia de qualificação do encaminhamento.

Qualificação do acesso a partir do Telessaúde.

Conseguimos de fato ter uma abrangência Estadual, pois qualquer usuário com perfil para o serviço especializado, assistido pela Atenção Básica de qualquer município da Bahia pode ser encaminhado. (Entrevistado B2)

Readequação das atribuições a partir do Programa de Telessaúde

A gente consegue agregar outros atores nessa discussão. E ainda em 2019, a gente tem aí também um início do trabalho com o CEDEBA, que é um processo que inicialmente era só para fazer apoio matricial, e depois a gente consegue expandir para a admissão de novos usuários. Então, a teleconsultoria se torna a ferramenta, a estratégia utilizada pelo Centro Especializado para conseguir regular os usuários para a admissão de novos usuários no serviço. (Entrevistado B1)

Teleconsultoria como estratégia inicial para regulação do acesso.

Numa perspectiva de telerregulação a lógica é da teleconsultoria ser estratégia para admissão de usuários (Entrevistado B1).

Teleconsultoria como estratégia inicial para regulação do acesso.

Fonte: Entrevistas realizadas pelo autor.

As informações apresentadas pelos entrevistados apontam para o efeito resultante da implantação e implementação da Telessaúde. Percebe-se houve a qualificação do acesso com priorização de casos mais graves, adequação do perfil de usuários ao serviço, evitação de encaminhamentos desnecessários, redução de viagens para atendimento presencial, expansão da admissão para novos usuários.

As informações apresentadas pelos entrevistados evidenciam que a implantação e implementação da Telessaúde gerou um conjunto de efeitos desejados e interdependentes, que configuram a realização bem-sucedida de sua cadeia causal, conforme previsto na Teoria do Programa.

Em uma análise mais aprofundada para Penchansky e Thomas (1981) as dimensões para que se possa ter uma visão multidimensional do acesso ao serviço de saúde são:

- Disponibilidade - relação entre a oferta de serviços e a demanda dos usuários;
- Acessibilidade - localização dos serviços em relação aos usuários;
- Acomodação - organização dos serviços e como estes se ajustam às necessidades dos usuários;
- Aceitabilidade - compatibilidade entre as características dos serviços e as expectativas dos usuários; e,
- Acessibilidade financeira - relação entre os custos dos serviços e os recursos dos usuários.

Nesta perspectiva, qualquer deficiência de um destes componentes resulta no comprometimento do acesso ao serviço, sendo que, estruturas e processos adequados não só asseguram a qualidade do atendimento, mas também são determinantes para que os serviços sejam acessíveis aos usuários. A ideia central é que, sem uma base estrutural robusta, os serviços de saúde não conseguem oferecer acesso efetivo, prejudicando a satisfação e os resultados dos atendimentos (DONABEDIAN, 1980).

Como mecanismo de acesso via Telessaúde, os entrevistados relatam a iniciativa de telerregulação a partir de demandas de Teleconsultoria e validam-na como estratégia de qualificação da regulação de usuários.

No aspecto relacionado a regulação, a Telessaúde no Brasil (BRASIL, 2010), entende como tecnologia de gestão, sendo a regulação do acesso deve servir como instrumento para determinar o atendimento efetivo, eficaz e eficiente para o paciente, o profissional de saúde e o sistema. Nesse sentido, as estruturas e processos regulatórios devem, estar articulados com o planejamento/programação de ofertas e necessidades.

A teleconsultoria não aparece nos estudos da década de 1980 e 1990 como uma das estratégias para regulação do acesso, contudo as normativas do MS (BRASIL, 2012b) constituíram a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, o que foi seguido pelos demais entes federados.

A telerregulação por intermédio de teleconsultoria possibilitou, conforme relatos, a evitação dos encaminhamentos desnecessários e a redução de deslocamentos para atendimento presencial representando **resultados intermediários concretos**, que corroboram uma das suposições centrais do programa: a de que o uso de tecnologias de informação e comunicação, associado ao apoio técnico especializado, pode racionalizar o fluxo assistencial e melhorar a eficiência da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Tabela 8 – Dados que sustentam a interpretação sobre a restrição do acesso

Citações representativas	Subcategorias
<i>Além disto, existe o lado humano nosso, que via estas pessoas virem muito cedo, para buscar atendimento para abertura de prontuário, não era a consulta ainda, gerando grande sofrimento, pois nem todos conseguiam, devido a limitação. Para além disto, existia uma distorção, pois quem conseguia a maioria dos atendimentos eram os moradores locais. (Entrevistado A2)</i>	Modelo anterior gerava restrições de acesso.
<i>A gente estava com uma demanda reprimida enorme e uma outra coisa que foi assim que a gente começou a ficar chocado foram as pessoas dormindo para serem atendidas aqui no outro dia para abrir o prontuário. E a gente teve que implantar senha, isso aí me cortava o coração. Porque distribuía 40 senhas, tinha dormido cento e tantas pessoas aqui esperando ser atendidas no Centro. Isso começou a trazer um mal-estar muito grande, um incômodo muito grande. (Entrevistado B2)</i>	Modelo anterior gerava restrições de acesso.
<i>Toda hora, estavam sendo o alvo de críticas, inclusive de jornal, e vimos a possibilidade do telessaúde apoiar a qualificação do acesso desses usuários. (Entrevistado A2)</i>	Pauta negativa para justificar a mudança.
<i>Outro aspecto, é que as pessoas que moravam a 8, 10, 12 horas, viajam sem a certeza de que iriam conseguir o agendamento, pois era presencial, retornavam para seus municípios e depois retornavam para uma consulta inicial, que gerava exames e condutas e que levava a outro momento, que aí sim dava-se início ao tratamento. Um sofrimento só, um gasto enorme para o Sistema e um risco gigantesco, pois eram viagens longas em estradas precárias. (Entrevistado A2)</i>	Restrição do acesso e custos para o sistema.
<i>Mas o fator que fez com que tomássemos a decisão, foi a Pandemia, pois víamos nossos usuários sem conseguir acesso e seguir no modelo anterior levava a riscos imensuráveis para àquele momento. Este foi o fator que motivou a mudança. (Entrevistado B2)</i>	Risco da perda de finalidade justificou a mudança.

Fonte: Entrevistas realizadas pelo autor.

Conforme relato dos entrevistados, pode-se perceber a análise sobre a restrição do acesso dos Serviços Especializados estudados, levava uma condição desumana no atendimento, reflexos negativos para a imagem institucional, além de custos desnecessários

paro o sistema. Contudo, o fator que levou a mudança do modelo de acesso precarizado para o modelo que utiliza a Telessaúde, foi a imposição da Pandemia de COVID 19.

Cabe ressaltar que o não seguimento das premissas estabelecidas para o acesso aos serviços de saúde resultam em uma restrição do acesso e consequente descontentamento dos usuários e trabalhadores comprometidos. Estes fatores quando detectados, justificam a mudança para garantir a qualidade do serviço.

Penchansky e Thomas (1981) afirmam que o acesso aos cuidados de saúde é estabelecido na correlação entre as necessidades dos usuários e a oferta dos serviços, o que implica que qualquer descompasso – seja na disponibilidade, acessibilidade, acomodação, aceitabilidade ou na acessibilidade financeira – restringe o acesso, pode gerar descontentamento e agravamento da situação de saúde.

Nesta perspectiva, ao identificar discrepâncias entre o que é oferecido e o que os usuários e os profissionais necessitam, torna-se justificável a adoção de mudanças, mediante o uso de TIC, que visem qualificar os serviços de saúde, garantindo assim maior eficácia, resolutividades e satisfação no atendimento.

A mudança para um novo modelo de acesso, mediado por Telessaúde, não foi fruto de uma ação planejada como oferta do Telessaúde Bahia, mas imposta por um evento externo disruptivo: a pandemia de COVID-19. Esse contexto funcionou como mecanismo de aceleração da inovação, ativando uma reconfiguração da teoria do programa originalmente formulada. À luz da Teoria do Programa, isso indica que a teoria formal estava incompleta ou não suficientemente sensível às restrições históricas e estruturais de acesso, exigindo adaptação emergente da estratégia do programa diante de nova realidade contextual.

Tabela 9 – Dados que sustentam a interpretação sobre a **transferência tecnológica**

Citações representativas	Subcategorias
<i>Com essa experiência nessa parte de teleconsultoria, a equipe do Rio Grande do Sul ficou dando suporte à Bahia. Foram contratados também uma equipe de teleconsultor na Bahia, que atuaram conjuntamente com a equipe e foram ganhando experiência, então o serviço foi ganhando outra perspectiva. (Entrevistado A1)</i>	Ação de tutoria com transferência de conhecimento e tecnologia

A mudança da gestão federal muda essa lógica de financiamento e o Rio Grande do Sul não tem mais como apoiar os núcleos de telessaúde, mas a Bahia já vinha aí em desenvolvimento de um sistema de teleconsultoria e consegue iniciar o processo e fazer a gestão do processo de teleconsultoria. Em 2017 a Bahia assume todo o processo de oferta, com sistema próprio e toda a parte de teleconsultoria. Já tinha uma equipe de teleconsultor que já vinha atuando no Rio Grande do Sul, a gente já tinha aí uma independência também dos Teleconsultores, então essa equipe migra para atuar no novo sistema. (Entrevistado A1)

Fonte: Entrevistas realizadas pelo autor.

Além de estabelecer parcerias estratégicas, segundo apontado pelo entrevistado a transferência de tecnologia possibilitou a continuidade do programa e passando a gerir as intempéries e, também ganhando autonomia.

A transferência de tecnologia é definida por Besant e Rush (1993) como um conjunto de atividades e processos por meio do qual uma tecnologia é passada de um usuário para outro. A incorporação destas atividades e processos envolvem produtos e novos processos, ou como conhecimento, habilidades, entre outros, que passa a ser desenvolvida em outra realidade e muitas vezes necessitando de adaptações.

Foi devido assunção tecnológica que o Telessaúde Bahia conseguir customizar ofertas à realidade local e voltada às necessidades institucional, dentre elas a Telessaúde para os Serviços Especializados próprios e dos parceiros.

Para Cysne (1995) a transferência tecnológica necessita de profissionais mais qualificados e consequentemente formação adequada e educação permanente, visto que a dinâmica e o impacto da informação no processo de transferência e inovação tecnológica e carece de novas abordagens que se apresentam para a área de atuação a qual se deseja incorporar.

Tabela 10 – Dados que sustentam a interpretação sobre a transição do modelo

Citações representativas	Subcategorias
<i>O principal fator foi o descontentamento da Gestão do Serviço e da população com a metodologia de acesso, que gerava filas gigantescas, sendo muitas vezes pautada na mídia. Era uma pauta negativa e desgastante. (Entrevistado A2)</i>	Modelo anterior gerava restrições de acesso.

Inicialmente, tanto o CEDEBA como o CEPRED fizeram um movimento de teste. Não era obrigatório o uso da teleconsultoria para admissão. Foi feito um processo tanto era admitido via teleconsultoria para quem fizesse, mas também para quem chegasse lá presencial. (Entrevistado B1)

Transição de modelos de acesso.

Então, elas fizeram a reunião com os Especialistas, que ficavam na triagem. Então, começou com eles, então a gente começou um processo paulatino, a gente não regulou uma grande quantidade, porque no início era dupla entrada, era a demanda espontânea, que chegava lá e pela consultoria. E aí eu regulava um para um, aí depois a gente começou, aumentou para dois. Eles estavam presencialmente e respondendo pela consultoria remotamente. Eles mesmos começaram a gostar. Aumentamos para três, aí eu fui aumentando. Aí começamos com seis, fomos para oito, agora já está em dezoito. E hoje eles reclamam, porque não receberam os dezoito para analisar. (Entrevistado B1)

Transição de modelos de acesso.

Então, a gente iniciou de forma híbrida durante seis ou oito meses. Atendia quem chegava, explicava, deixava 50% das vagas para quem chegasse e 50% a gente já ia para o telessaúde. (Entrevistado B2)
Fomos aumentando, aumentando, aumentando até escolher uma data, porque senão não ia acontecer. Vai ser tal dia, acabou, não tem mais ninguém presencial. E aí a gente trabalhou para isso e deu certo. (Entrevistado B2)

Transição de modelos de acesso.

Fonte: Entrevistas realizadas pelo autor.

O processo de transição é relatado pelos entrevistados, possibilitando extrair a estratégia utilizada, em que se primou por uma não ruptura radical, com agregação de processos e práticas da telessaúde de forma gradual.

No campo da saúde, os modelos assistenciais e os processos que sustentam os modelos estão em constante disputa (PAIM, 2011). Para Viana e Dal Poz (2005) a ampliação do acesso aos serviços de saúde não ocorre de forma abrupta, mas sim em um processo progressivo, no qual coexistem diferentes modelos de atenção, em constante disputa e transformação.

Em um contexto mais amplo, os mesmos autores referem que no Brasil a reforma da saúde é incremental, visto que o conjunto de mudanças pode ocorrer, separada ou

simultaneamente, nas formas de organização dos serviços, nas modalidades de financiamento dos programas e suas ações de saúde ou, até mesmo, em como será realizada a assistência.

Este processo também está atrelado a incorporação gradativa da tecnologia, seja por meio do conhecimento, seja por práticas ou processos que estão em fase de teste ou por adequações estruturais que necessitam compreensão.

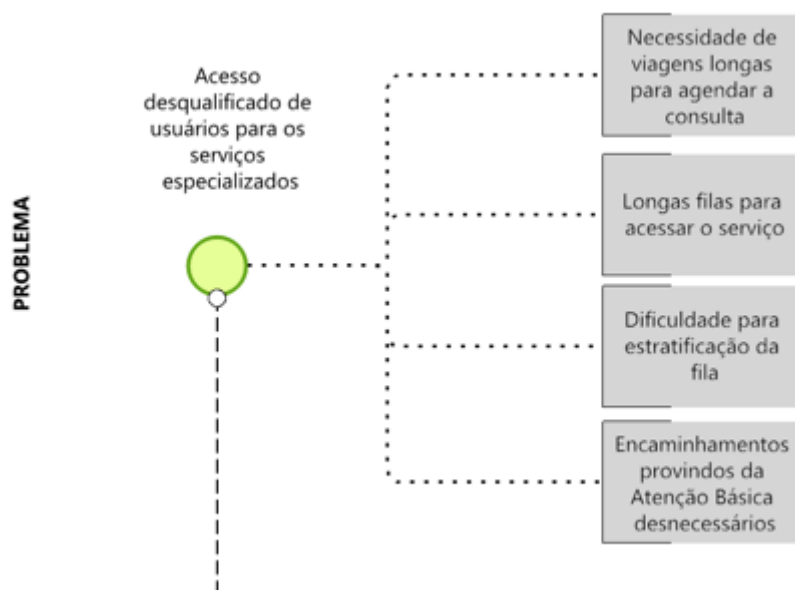
4.4 MODELO LÓGICO DO TELESSAÚDE PARA QUALIFICAÇÃO DO ACESSO

A partir da análise das entrevistas, e aplicação da Teoria do Programa, foi possível estabelecer o vínculo causal das decisões e caminhos necessários para estruturação do programa, sendo que ficou definido o Problema e todas as suas repercussões (Figura 5), que o acesso dos usuários se dava de forma precária e demorada aos Serviços Especializados, produzindo a necessidade de realização de viagens, muitas vezes longas e com alto custo, somente para realizar o agendamento.

Existiam longas filas para acessar o serviço, sendo que os Centros Especializados possuíam dificuldades para estratificar os pacientes por prioridade clínica ou legal, assim como, os pacientes poderiam ser encaminhados da Atenção Básica, sem ter necessidade.

Para estabelecer o desenho (Apêndice D) do Modelo Lógico utilizou-se como ferramenta o programa Bizage Modeler®.

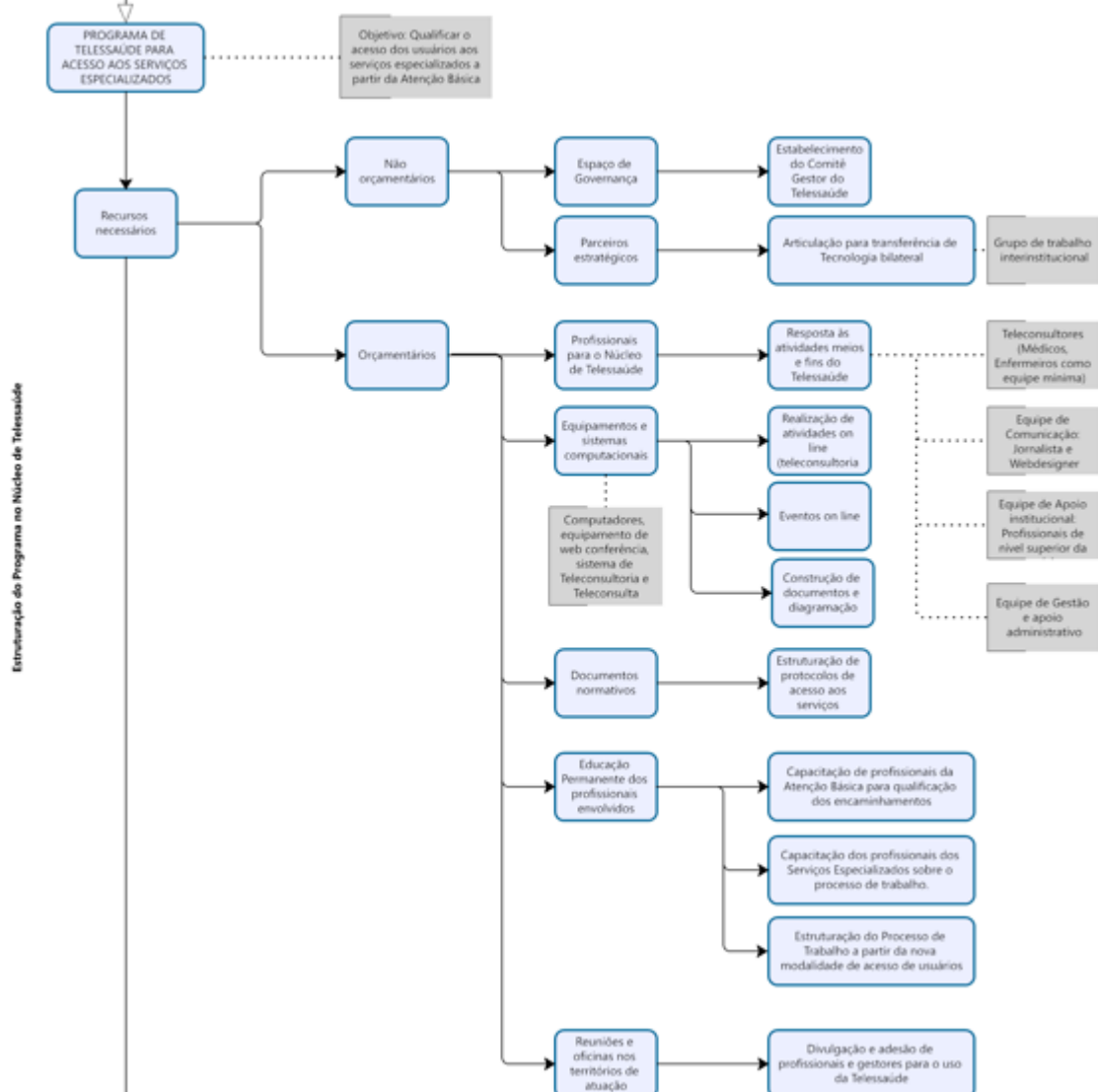
Figura 5 – Modelo Lógico do Programa de Telessaúde na Bahia para os Serviços Especializados



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2025.

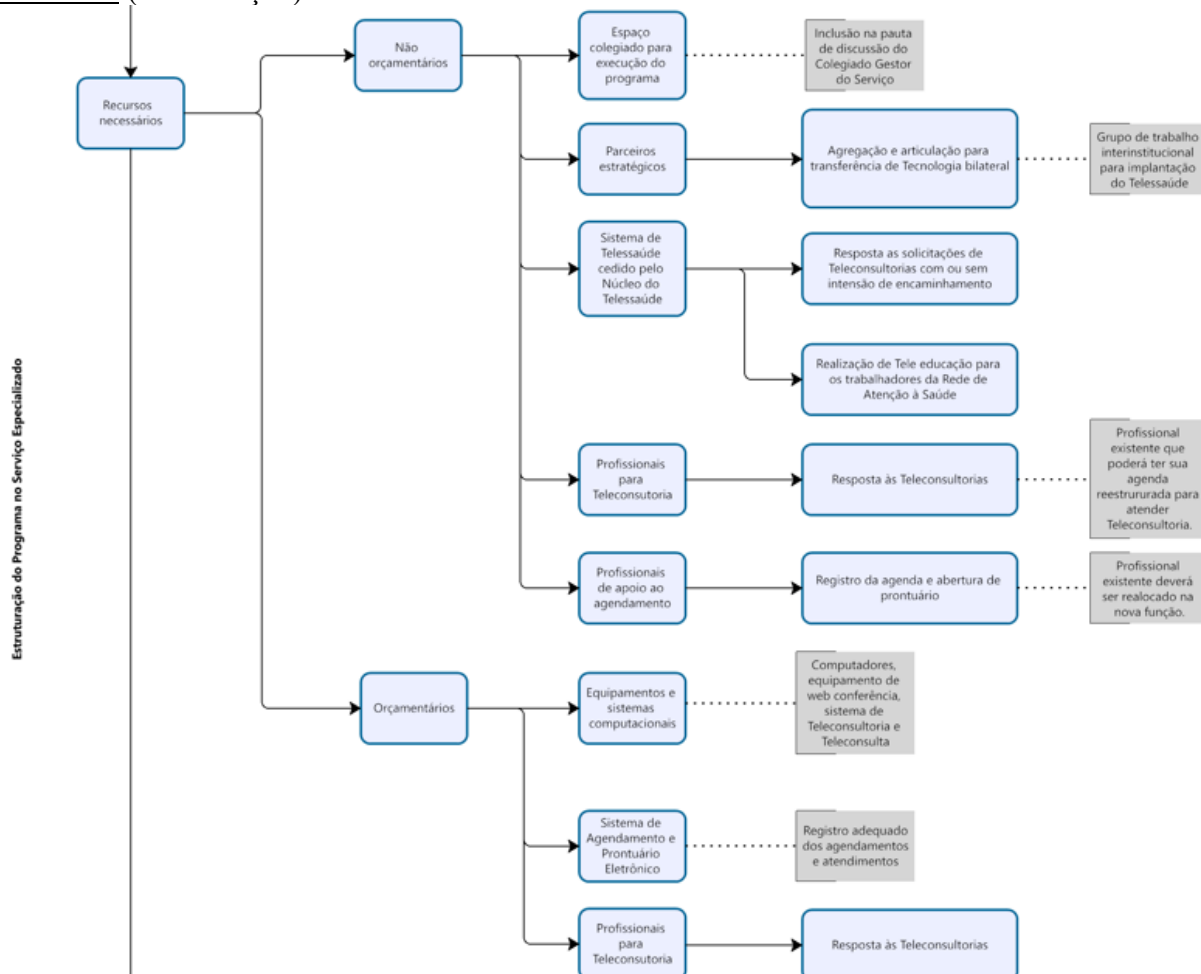
Com base no problema diagnosticado, o Núcleo de Telessaúde atuou junto com os Centros Especializados, produzindo um Programa de Telessaúde para acesso aos Serviços Especializados (Figuras 5,6 e 7).

Figura 6 – Modelo Lógico do Programa de Telessaúde na Bahia para os Serviços Especializados (continuação)



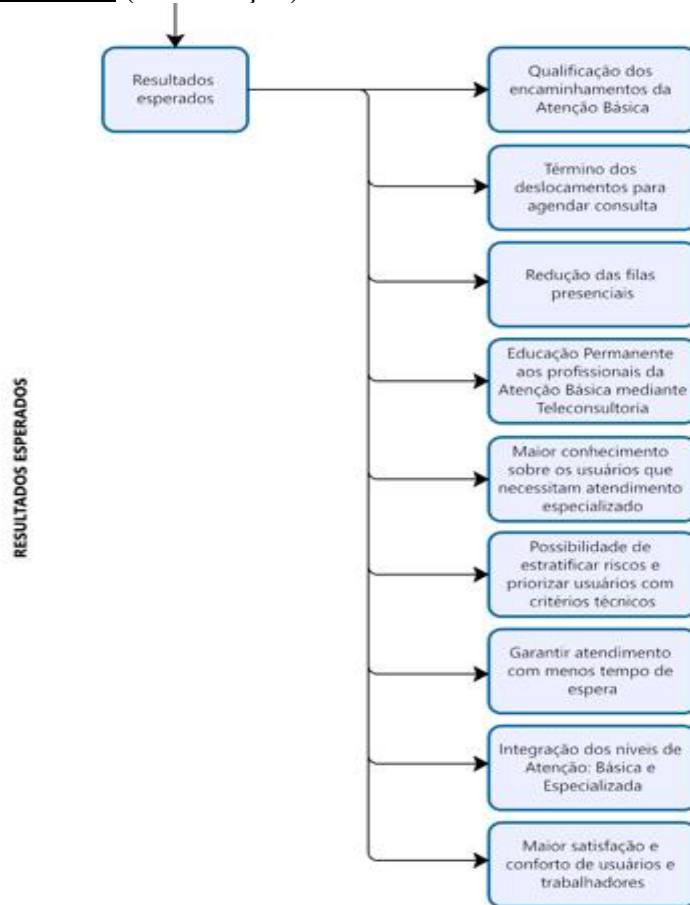
Fonte: Elaborado pelo Autor, 2025.

Figura 7 – Modelo Lógico do Programa de Telessaúde na Bahia para os Serviços Especializados (continuação)



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2025.

Figura 8 – Modelo Lógico do Programa de Telessaúde na Bahia para os Serviços Especializados (continuação)



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2025.

Os componentes do modelo proposto ganham sustentação nos dados levantados a partir dos gestores dos serviços e confrontados com a literatura, tendo embasamento na Teoria do Programa.

Cabendo algumas ressalvas, que passam pelo foco baseado nos problemas diagnosticados pelos entrevistados, sendo que o modelo proposto trouxe resultados, contudo podem ser necessárias adequações para outros problemas que forem observados.

Ainda é imprescindível estabelecer um método para avaliação da qualidade do modelo proposto. A avaliação da qualidade em Serviços de Saúde segundo Portela (2000) produz informações quanto a adequação, efeitos e custos associados ao uso de tecnologias, programas ou serviços de tecnologias. Nesta perspectiva, possibilita uma maior capacidade para a tomada de decisão em relação às práticas de saúde e consequentemente estabelecer políticas públicas relacionadas às ações e estratégias estabelecidas.

Para Donabedian (1980) qualidade é o cumprimento de requisitos básicos de segurança e processos, garantindo a conformidade do atendimento, sendo encontrado em seus trabalhos definições de qualidade, que perpassam pela definição absolutista, na qual existe uma correlação de riscos e benefícios em busca do seu equilíbrio, sendo definido pelo profissional seus objetivos e relação entre risco e benefício.

A definição individualista de qualidade parte da percepção desta pelo paciente e considera seu juízo de valores, sendo moralmente conflituosa no setor saúde, mas comumente utilizada nos setores econômicos, visto sua valorização mercadológica. E por último, a definição social, também definida por Donabedian como utópica, visto que a qualidade tem cunho coletivo e social, redistribuindo seus benefícios e buscando equidade. Talvez esta definição, apesar de difícil alcance, visto que necessita um afastamento das influências do mercado é a que mais se aproxima de políticas públicas com princípios universais, equânimes de cunho humanitário na saúde de forma efetiva (MENDES, 1993).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Telessaúde está avançando e adquirindo visibilidade como proposta tecnológica no campo da saúde, com investimentos crescentes, resultado da transformação do setor após a necessidade imposta pela Pandemia da COVID 19. Desde então, houve atualizações da legislação (BRASIL, 2022), bem como sua priorização na Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020 – 2028 (BRASIL, 2020a).

Este estudo teve como objetivo **investigar as contribuições do Programa Telessaúde Bahia na visão dos gestores, para melhorar a qualidade dos atendimentos nos Centros Especializados do Estado da Bahia, analisando como o Programa Telessaúde Bahia contribui para melhorar a qualidade dos atendimentos nos Centros Especializados do Estado da Bahia.**

Para tanto, utilizando-se da abordagem de Estudo de Caso, inicialmente foram definidos o contexto ao qual os serviços estavam inseridos, sua correlação e características individuais a partir de análise documental. Posteriormente, com a fase empírica, houve o aprofundamento sobre o caso, possibilitando a identificação de momentos históricos do programa de Telessaúde na Bahia, seus problemas e os registros institucionais públicos da solução.

A revisão narrativa relativa ao Programa de Telessaúde em Centros ou Serviços Especializados ou similares, possibilitou o aprofundamento sobre as pesquisas deste núcleo de conhecimento. Essa revisão evidenciou o impacto da Pandemia da COVID 19 para a mudança de modalidade assistencial de presencial para virtual, e acelerou a inclusão tecnológica para viabilizar a telessaúde e suas várias perspectivas de utilização, validando a trajetória e decisões tomadas pelo Gestores do Programa Telessaúde na Bahia.

O estudo, a partir da pesquisa de campo, tendo foco nos Gestores do Telessaúde possibilitou o registro histórico de como se deu o processo de implantação da Telessaúde em serviços especializados na Bahia, e a análise documental trouxe dados comprobatórios sobre as práticas e ofertas ascendentes que demonstram a importância desta modalidade para a assistência especializada na Bahia, além de comprovar a existência do programa alinhado a política pública, principalmente quando se verifica a qualificação do acesso, atendimento humanizado, demanda assistencial ordenada pela atenção básica à saúde, integração dos níveis de atenção.

A fase empírica do estudo explicitou as categorias de análise que auxiliaram na fundamentação do Modelo Lógico do Programa de Telessaúde na Bahia para os Serviços Especializados, visto que as entrevistas levantaram componentes estruturantes, do que foi e é

praticado na Telessaúde dos Serviços Especializados, além dos resultados positivos desta adoção. Na perspectiva teórica e empírica restou demonstrado nesta dissertação a confirmação dos Pressupostos I e II, respondendo-se à questão sobre “como” o telessaúde contribuiu para a qualidade dos atendimentos nos Centros Especializados no estado da Bahia.

Na construção do Modelo Lógico do estudo, focou-se no problema público principal identificado pelos gestores: a dificuldade de acesso dos usuários aos Serviços Especializados que se dava de forma precária e demorada, evidenciado pela necessidade de realização de viagens, muitas vezes longas e com alto custo, longas filas de espera para acessar os serviços, dificuldade para estratificação de risco dos usuários que estavam na fila de espera, e encaminhamentos desnecessários da atenção básica.

Tendo como base o problema, buscou-se no relato e na Teoria do Programa os componentes necessários que trouxessem respostas. Este alinhamento, resultou em um desenho estruturado do programa voltado para serviços especializados que detém estes mesmos problemas e que se implantado e implementado, **poderão ter como resultados:** a) qualificação dos encaminhamentos da Atenção Básica; b) término dos deslocamentos para agendar consulta; c) redução das filas presenciais; d) educação permanente aos profissionais da Atenção Básica mediante Teleconsultoria; e) maior conhecimento sobre os usuários que necessitam de atendimento especializado; f) possibilidade de estratificar riscos e priorizar usuários com critérios técnicos; g) garantia de atendimento com menos tempo de espera; h) integração dos níveis de Atenção: Básica e Especializada; i) maior satisfação e conforto de usuários e dos trabalhadores.

Neste caminho de aprofundamento teórico, perceberam-se lacunas que são recomendáveis de serem pesquisadas em estudos futuros, no que tange a um aspecto importante para a qualidade do modelo proposto, relativo à elaboração de um arcabouço de indicadores, que reproduzam as ofertas e os resultados. Estes indicadores necessitam ser pensados considerando-se, minimamente, a segurança para tomadas de decisões, mensuração do seu impacto assistencial, bem como mensuração da percepção da qualidade assistencial por parte dos usuários.

Para além disto, são necessários estudos complementares para avaliar o período pós pandemia de COVID 19. Visto que é de conhecimento que o Telessaúde Bahia permanece atuando e ampliou suas ofertas. Além disso, existe um novo contexto nacional, com a criação de uma Secretaria do Ministério da Saúde voltada para a saúde digital, foi reavaliado o Plano Nacional de Saúde Digital. Foram publicadas novas portarias ministeriais que colocam a Telessaúde como uma estratégia importante para ampliar o acesso a Especialistas.

Isto posto, não se pode ignorar que existia uma necessidade quase que obrigatória para os serviços e as pessoas, relativa ao atendimento remoto e que deixou de existir após a pandemia. Nesta perspectiva, recomenda-se estudos que possam comparar os períodos, as possíveis mudanças de propostas, as motivações e os resultados, entre outros.

6 REFERÊNCIAS

- ALVESSON, M. *Beyond neopositivists, romantics, and localists: a reflexive approach to interviews in organizational research*. **Academy of Management Review**, v.28, n.1, p.13-33, 2003.
- AÑEL-RODRÍGUEZ, R. M.; ASTIER-PENÑA, P. *Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud*. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2022. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1699-695X2022000200075&lng=es15> (2023), pp. 75-76. Acesso em 22 mai 2023.
- ARAÚJO, M. S. et al. Avaliação da implantação de um projeto de telerregulação assistencial em uma capital brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, n. 7, p. e00009623, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT009623
- BAHIA. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB 143/2011 de 21 de julho de 2011. Aprova o Projeto Telessaúde Bahia: Qualificando a Atenção Básica com acesso à tecnologia. 2011. Bahia. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/cib/resolucoes-cib-por-ano/resolucoes-2011-cib/>. Acesso em 20 jan 2025.
- _____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB 261/2012 de 31 de dezembro de 2012. Aprova o Projeto Único de Telessaúde Brasil Redes - Bahia e a adequação dos Projetos Intermunicipais e Estadual de Telessaúde Brasil Redes na Bahia.
- _____. Decreto nº 14.457 de 03 de Maio de 2013. **Aprova a Política Estadual de Atenção Básica**. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_DECRETO_N14457_03MAIO2013.pdf. Diário Oficial do Estado da Bahia: Salvador. Seção Executivo. Nºs 21.130 e 21.131. Sábado e Domingo 4 e 5 de Maio de 2013.
- _____. Diário Oficial do Estado. **Resolução CIB 107/2020**. Aprova o Programa de Telecompartilhamento da Saúde com a Atenção Básica do Estado da Bahia. 2020. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2020/RES_CIB_107_2020.pdf. Acesso em: 13 set 2021.
- _____. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB 173/2020**. Aprova *ad referendum* o Plano de Ação Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) da Bahia, relacionado ao quadriênio 2020-2023, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Disponível em: https://drive.google.com/drive/folders/1c1dkpPdWCZskApM6VWo5oaFSqVohe_sh. 13 nov. 2020a.
- _____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Diretoria da Atenção Básica - DAB. **Núcleo Telessaúde da Bahia**. História e Ofertas de Serviços do Telessaúde (Teleconsultorias, Tele-educação, WebTreinamentos e Segunda Opinião Formativa). Salvador: SESAB, 2021. Disponível em: <http://telessaude.ba.gov.br/telessaudebahia>.
- _____. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB 244/2021**. Aprova o Projeto TeleCepred – Teleconsultoria especializada no cuidado à pessoa com deficiência, que integra o Programa de Tele Compartilhamento da Saúde com a Atenção Básica do Estado da Bahia. Disponível em: https://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2023/04/RES_CIB_244_2021-Telecepred.pdf. 3 dez 2021a.
- _____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Nota técnica - Fluxo de admissão de usuários no CEPRED via telerregulação/Telessaúde. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2024/08/Nota-Tecnica-do-novo-fluxo-de-admissao-de-usuarios-no-Cepred-via-TeleCepred.pdf>. 21 dez 2023.

_____, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Diretoria da Atenção Básica – DAB. Coordenação Gestão de Projetos – COGEP. **Planilha de Atualização: competência setembro 2024**. Salvador: SESAB, 2024.

_____, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Histórico do Cedeaba. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, [s.d.]. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeaba/historico/#>. Acesso em: 9 fev. 2025.

_____, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB. Telecedeaba. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. [s.d.]. Disponível em: <https://telessaude.saude.ba.gov.br/telecedeaba/>. Acesso em: 9 fev. 2025a.

_____, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB. TeleCepred. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. [s.d.]. Disponível em: <https://telessaude.saude.ba.gov.br/telecepred/>. Acesso em: 9 fev. 2025b

BAHIA, L. Desafios da inovação tecnológica em saúde no Brasil: equidade e acesso. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 5-15, 2019.

BAHIA, L. O. Guia referencial para construção e análise de indicadores. Brasília: ENAP, 2021b. 43 p. : il.

BANCO MUNDIAL. Monitorização e avaliação: algumas ferramentas, métodos e abordagens. Washington: Banco Mundial, 2004. Disponível em: <<http://goo.gl/adLfkx>>.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARREIRA-NIELSEN, C. S.; CAMPOS, L. S. Implementação do modelo híbrido da teleaudiologia: aceitação, viabilidade e satisfação em um programa de implante coclear. *Audiology Communication Research*, v. 27, p. e2538, 2022. DOI: 10.1590/2317-6431-2021-2538

BESSANT, J.; RUSH, H. *Government support of manufacturing innovation: two country-level case study*. *IEEE Transactions of Engineering Management*, v.40, n.1, p. 79-91, Feb. 1993.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. e A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade* · Belo Horizonte · Volume 5 · Número 11 · p. 121-136 Mai./Ago.2011 · ISSN 1980-5756

BOYNE, George A. et al. **Public service performance: perspectives on measurement and management**. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 30 out. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Brasília, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério de Minas e Energia. **Manual de operacionalização do Programa Nacional de Universalização do Acesso e Uso da Energia Elétrica – “Luz para Todos”**. Brasília: MMA, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 402, de 24 de fevereiro de 2010. Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 fev. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 2.554, de 31 de outubro de 2011. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011, Sec. 1, p. 28-9.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Convênio 44593/2011. Convênio que entre si celebram a União, por intermédio do Ministério da Saúde e a Bahia, por intermédio da Secretaria de Saúde do Estado/BA, visando fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde: SICONV. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. **Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes)**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. Acesso em: 20 out 2021.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 466. 2012. Brasília: CNS; 2012.

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

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 7 de jul. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/13146.htm. Acesso em: 30 out. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Custeio dos Núcleos de Telessaúde. **Manual instrutivo**/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a

_____. Rede Nacional de Ensino e Pesquisa. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes: uma década de inovação. **Rede Nacional de Ensino e Pesquisa**. Rio de Janeiro, 2017 139p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2**, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017_comp.html

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. Guia Metodológico para Programas e Serviços em Telessaúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020**. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 de jan. 2020. Edição Extra.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Informática do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.128 p.

_____. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2022.

_____. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Agência Câmara de Notícias. Câmara aprova projeto que regulamenta telessaúde. Brasília, 13 dez. 2022. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/noticias/928169-camara-aprova-projeto-que-regulamenta-telessaude-acompanhe/>. Acesso em: 12 jun .2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: DF. Publicado em: 16/10/2023. Edição 196. Seção 1. Página 99. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.526-de-11-de-outubro-de-2023-516446366?fbclid=IwAR18VZQX8D5AzQolomw19Sijjd932jd3jNnbX3PgntL4kUe7JQuuGqGy-I>.

CAJAS SANTANA, L. J.; LÓPEZ, J. G. Descripción de un servicio de telerreumatología en una institución colombiana. **Revista Colombiana de Reumatología**, v. 28, n. 3, p. 161–170, 2021. DOI: 10.1016/j.rcreu.2020.08.002

CAMPOS, G. W. de S.. Eros e Tântos na reforma sanitária: políticas de saúde, planejamento e processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 1999.

CARVALHO, E.M.R. et al. Estratégias da Gestão Estadual da Atenção Básica diante da pandemia de COVID-19, Bahia, 2020/2021. Revista Baiana de Saúde Pública. v. 45, N Especial 3, p. 43-52 jul./set. 2021.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como Elaborar Modelo Lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: Ipea, setembro de 2010.

CASTELLS, M. A Sociedade em Rede: do conhecimento à ação política. In: CASTELLS, M; CARDOSO, G. (Org.). A Sociedade em Rede: do conhecimento à ação política. Lisboa: Casa da Moeda; Imprensa Nacional, 2005. p. 30-65. (Série Debates - Presidência da República).

CATAPAN, S. C. et al. Teleassistência no Sistema Único de Saúde brasileiro: onde estamos e para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 7, p. e03302024, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024297.03302024

CHÁ GHIGLIA, M. M. Telemedicina: su rol en las organizaciones de salud. **Revista Médica Uruguaya**, v. 36, n. 4, p. 411-417, 2020. DOI: 10.29193/RMU.36.4.9

CHARMAZ, K. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis*. London: Sage Publications, 2006.

CONSTANZO, F. et al. Contribution of a synchronic teleneurology program to decrease the patient number waiting for a first consultation and their waiting time in Chile. BMC Medical Informatics and Decision Making, v. 20, n. 20, 2020. DOI: 10.1186/s12911-020-1034-2

CYSNE, F.P. Transferência de tecnologia e desenvolvimento. Ciência da Informação - Vol 25, número 1, 1995. Disponível em: <https://revista.ibict.br/ciinf/article/view/672/681>

CUNHA, C. G. S. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. Rio Grande do Sul: Secretaria de Coordenação e Planejamento, 2006.

DOMÍNGUEZ-MORENO, R. et al. Implementation of and patient satisfaction with the first neurologic telemedicine program in Mexico during COVID-19. Neurology, v. 97, n. 6, p. 293-296, 2021. DOI: 10.1212/WNL.00000000000012291

DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring the criteria and standards of quality*. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

ESCRIVÃO JUNIOR, A. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. **Ciê. Saúde Coletiva**, v.12, n.3, p.655-666, 2007.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Como Elaborar Modelo Lógico de Programa**: um roteiro básico. Brasília: Ipea. Fevereiro de 2007.

_____. Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: O modelo lógico do Programa Segundo tempo. Brasília: Ipea. Janeiro de 2009. 27p.

- FIXSEN, D. L. et al. *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, 2005.
- FREIRE, M. P. et al. Telemedicina no acesso à saúde durante a pandemia de covid-19: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, supl. 1, p. 4s, 2023. DOI: 10.11606/s1518-8787.2023057004748
- G1. Pacientes enfrentam problemas para marcar consultas no Centro de Diabetes e Endocrinologia. G1 Bahia, 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/ba/bahia/videos-bahia-meio-dia/video/pacientes-enfrentam-problemas-para-marcar-consultas-no-centro-de-diabetes-e-endocrinologia-6079390.ghtml>. Acesso em: 9 fev. 2025.
- G1. Pacientes do CEPRED reclamam da dificuldade de conseguir atendimento em meio a Pandemia. G1 Bahia, 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/ba/bahia/videos-jornal-da-manha/video/pacientes-do-cepred-reclamam-da-dificuldade-para-conseguir-atendimento-em-meio-a-pandemia-8791232.ghtml>. Acesso em: 9 fev. 2025.
- GIOVANELLA, L. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- GREENHALGH, T. et al. *Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies*. Journal of medical Internet research, 19(11), e367. 2017. <https://doi.org/10.2196/jmir.8775>
- HADDAD, A. E.; LUZ, M.R.; PIERIN, A.M.G. Telessaúde como estratégia para a consolidação da atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 2, p. 565-578, 2021.
- HAIR, Jr et al. **Análise multivariada de dados**. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2020.
- KATZ, N. et al. Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1389-1399, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.28942019
- KELLOGG, W. K. *Logic model development guide*. Michigan: WK Kellogg Foundation, 2004.
- LIMA, E.A.C.; SOUZA, V.K.S.; SILVA, E.A. Análise Crítica da Aplicação da Telessaúde no Campo da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Brasil Frente à Pandemia da COVID-19. **APS em Revista**. 2022;4(2):104-121.
- LINDBLOM, C. *The Science of Muddling Through*. **Public Administration Review**, vol. 19, nº 2, 1959.
- MAGNAGO, P.F.; ECHEVESTE, M. E.; FACCHINI, A. R. **Sistema de alerta de tecnologias em saúde: revisão sistemática da literatura**. Porto Alegre: CRETIES; PPGE; UFRGS, 2010.
- MALDONADO, J. M. S. de V.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, supl. 2, e00155615, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00155615
- MARENGO, F.; SOUZA, L.E.P.F.; MENDES, Á. Tecnologias móveis em saúde: reflexões sobre desenvolvimento, aplicações, legislação e ética. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e37.
- MATOS, R.; SILVA, A. B.. Telessaúde: uma estratégia de educação permanente aplicada às práticas e reorganização dos processos de trabalho na atenção básica no estado da Bahia. **Informação em Pauta**, Fortaleza, v. 4, n. 2, p. 173-192, jul./dez. 2019. DOI: 10.32810/2525-3468.ip.v4i2.2019.42643.173-192.

- MENDES, V.L.P.S. Gerenciando qualidade em serviços de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 46, n. 3/4, 211-225. jul./dez. 1993.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- _____. Cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MURAMATSU, V. **Influências da comunicação digital nos vínculos humanos**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- NILSON, L. G. et al. *Theory of change in the evaluation of telehealth in care support to Primary Health Care in Brazil*. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 3, p.3900-3920 may./jun. 2020. ISSN 2595-6825. DOI:10.34119/bjhrv3n3-001
- OLIVEIRA, A. G. A (des)coordenação entre os órgãos de controle da administração pública federal: estudo de caso sobre a inter-relação entre as ações em prol da governança do TCU e o PROFIP da CGU. 135 f. 2018. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.
- OLIVEIRA, G.R et al. TELECEDEBA: Ampliando o acesso ao cuidado às pessoas com diabetes e doenças endócrinas para todo o Estado da Bahia. Serviços e cuidados nas ciências da saúde. **Editora Atena**. Ponta Grossa – PR. p.115-120. 2022.
- PAIM, J. S. et al. *The Brazilian health system: history, advances, and challenges*. **The Lancet**, v. 377, p. 9-28, 2011.
- PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. *The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction*. *Medical Care*, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.
- POISTER, T. H. *Measuring performance in public and nonprofit organizations*. San Francisco: Wiley, 2003.
- PORTELA, M.C. **Avaliação da qualidade em saúde**. In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Comissão Intergestores Bipartite/RS. Resolução nº 100/07. Aprova o Projeto de Telemática e Telemedicina em apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil: Núcleo Rio Grande do Sul. CIB/RS. 2007. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/cibs_pdf_20190404_isb.pdf
- ROGERS, P. J. *Using Programme Theory to Evaluate Complicated and Complex Aspects of Interventions, Evaluation*. 2008.14(1), pp. 29–48.
- RODRIGUES, A.; GONTIJO, T.; GONÇALVES, C. Eficiência do gasto público em atenção primária em saúde nos municípios do Rio de Janeiro, Brasil: Escores robustos e seus determinantes. *Ciência & Saude Coletiva*, 26 (Supl 2), 3567-3579, 2021
- ROSSI, P.H.; FREEMAN, H. E.; LIPSEY, M. W. *Evaluation: A Systematic Approach*. 6ª ed. Sage, 1998.
- SÁ FILHO, C.C. **Influência das TIC na dinâmica cultural e política de comunidades**. 2006. Dissertação (Mestrado em Teoria e História da Arquitetura e do Urbanismo) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2006.
- SANTOS, A.F. et al. Uma visão panorâmica das ações de telessaúde na América Latina. **Rev Panam Salud Publica**. 2014;35(5/6):465–70.

- SANTOS, M.D.K. I&D Empresas - Uma avaliação baseada na Teoria do Programa. Departamento de Economia Política. Instituto Universitário de Lisboa – ISCTE: Portugal. 2022
- SCHRAMM, W. *Notes on case studies of instructional media projects. Working paper, the Academy for Educational Oevelopment*. Washington, OC. Out 1971
- SEVERINI, R. S. G. et al. Rápido, barato e viável: Implementação da telemedicina pediátrica em um hospital público durante a pandemia de COVID-19. **Jornal de Pediatria**, v. 98, n. 2, p. 183-189, 2022. DOI: 10.1016/j.jped.2021.05.007
- SILVA-TINOCO, R.; TORRE-SALDAÑA, V. de la. La imperiosa necesidad de telemedicina en la atención de diabetes durante la pandemia de COVID-19. **Gaceta Médica de México**, v. 157, p. 323-326, 2021. DOI: 10.24875/GMM.20000674
- SIMÃO DE OLIVEIRA, C.; NOGUEIRA, R. M.; GOMES, I. D. *The interview in grounded theory: Learning from Participants*. **New Trends in Qualitative Research**, Oliveira de Azeméis, Portugal, v. 3, p. 742–753, 2020. DOI: 10.36367/ntqr.3.2020.742-753. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/199>. Acesso em: 20 feb. 2025.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Telemedicina na Cardiologia – 2019. **Arq Bras Cardiol**. 2019; 113(5):1006-1056.
- SOUSA, C. **Tecnologias da Informação e Comunicação na Região do Algarve**. Dos Algarves, [S.l.], v. 3, n. 7, p. 44-52, jun. 2003. Disponível em: <http://www.dosalgarves.com/revistas/N12/6rev12.pdf>. Acesso em: 01 out. 2021.
- STARFIELD, B. *Is primary care essential?* *Lancet*. 1994; 344:1129-1133.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. Fundamentos da Pesquisa Qualitativa: Técnicas e Procedimentos para o Desenvolvimento de Pesquisa Fundamentada, 1988.
- TERRA, M.G.; FERREIRA, A.M.; TEIXEIRA, E.A. Inclusão digital e telessaúde: desafios e potencialidades na atenção primária à saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200281, 2021.
- URTIGA, K.S.; LOUZADA, L.A.C.; COSTA, C.L.B. Telemedicina: uma visão geral do estado da arte. Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) [Internet]. 2004. Disponível em: <https://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/652.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.
- VIANA, A. L. d'Á.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 225-264, 2005.
- WEISS, C.H. *How Can Theory-Based Evaluation Make Greater Headway?* **Evaluation Review**. Ed. 21, No. 4. 1997.
- WHOLEY, J.S.; HATRY, H. P.; NEWCOMER, K.E. *Handbook of Practical Program Evaluation*. 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A health telematics policy in support of WHO's Health-for-all strategy for global health development: report of the WHO Group Consultation on Health Telematics*. Genebra: WHO, 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *E-Health*. Genebra: WHO, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/topics/ehealth/en>. Acesso em: 10 dez. 2010.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A– Roteiro de Entrevista Semiestruturada para o Núcleo de Telessaúde/Ba

Prezado(a) participante,

A presente entrevista é parte de uma pesquisa acadêmica realizada por José Cristiano Soster, sob a orientação da Profa. Dra Vera Lúcia Peixoto S Mendes (vinculados ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração da UFBA) e objetiva analisar **as contribuições do Programa Telessaúde na visão dos gestores, para melhorar a qualidade dos atendimentos nos Centros Especializados do Estado da Bahia**. Assim, não existe certo ou errado, mas importa o que você pensa.

Ressaltamos que será garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas. Obrigado!

I – Dados do(a) Entrevistado(a)

1.1 Entrevistado(a): [Iniciais]

1.2 Formação do(a) entrevistado(a) (tem especialização). Qual (is) _____

1.3 Experiência profissional em gestão pública em saúde (em anos) ____

1.4 Cargo/Função: [Cargo ou função do entrevistado no Centro Especializado]

1.5 Tempo no Cargo (em anos) _____

1.6 Data da entrevista: [Data]

1.7 Hora de Início _____ 1.8 Hora de término _____

II - Histórico e Contexto da implantação do Núcleo de Telessaúde da Bahia

2.1. Por gentileza, poderia nos relatar sobre a história/criação e implementação do Núcleo de Telessaúde da Bahia?

2.2 Quais são os principais objetivos e missão do Núcleo de Telessaúde da Bahia?

2.3 Como o Núcleo de Telessaúde da Bahia está inserido no contexto da saúde no estado e nos municípios?

2.4 Quando foi implantado o Programa Telessaúde nos Centros Especializados?

2.5 Quais os principais aspectos facilitadores e dificultadores da implantação do Programa Telessaúde/Ba?

2.6. Quais foram as principais razões e necessidades que levaram o Núcleo a adotar o Programa Telessaúde como uma forma de prestação de serviços?

III -Modelo Adotado pelo Telessaúde voltado para Centros Especializados

3.1 Como funciona o modelo de telessaúde adotado pelo Núcleo em relação aos Centros Especializados?

3.2 o (A) Sr (A) poderia descrever o **processo de implementação** na perspectiva de sua articulação como os Centros Especializados e com a Rede de Serviços?

3.3 Quais são os principais benefícios encontrados ao implementar o telessaúde?

3.4 Quais são os principais desafios encontrados ao implementar o telessaúde?

3.5 Quais aspectos contribuem para a adesão dos gestores, usuários e trabalhadores ao Telessaúde/Ba?

IV - Insumos necessários para o funcionamento do Núcleo de Telessaúde

4.1 Quais são os principais insumos, tecnologias ou equipamentos necessários para o funcionamento do Núcleo de Telessaúde da Bahia?

4.2 Existem problemas relativos à manutenção do Programa Telessaúde/Ba? Se sim, quais os mais frequentes?

4.3 Em caso de problemas no atendimento, a qual órgão/setor o usuário pode se reportar e, que medidas são tomadas para a não reincidência do problema?

V - Atividades e Ofertas do Núcleo de Telessaúde/Ba

5.1 Quais são as principais **atividades e serviços ofertados** pelo Núcleo de Telessaúde aos usuários e profissionais de saúde?

5.2 Quais são as principais **atividades e serviços mais demandados** e por quais municípios?

5.3 Como é feita a divulgação e a promoção dessas atividades?

5.4 Como o Sr (a) considera o fluxo de atendimento a partir da implantação Telessaúde/Ba? (crescente, decrescente, flutuante)

5.5 Como tem sido a colaboração e as construções conjuntas entre o Núcleo, os Centros Especializados e os Municípios?

VI - Detalhamento dos Processos de Trabalho do Programa Telessaúde/Ba

6.1 O (A) Sr (a) poderia explicar/descrever os principais processos de trabalho envolvidos na prestação de serviços pelo Núcleo de telessaúde/Ba?

- 6.2 Como são realizadas a triagem, seleção e encaminhamento dos casos e quais profissionais as realiza?
- 6.3 Existem protocolos escritos para o programa Telessaúde/Ba?
- 6.4 Qual o tempo médio entre o primeiro atendimento pelo Programa Telessaúde e o acesso do usuário ao serviço demandado?
- 6.5 Quais melhorias poderiam ser incorporadas aos Processos de Trabalho do Telessaúde/Ba?
- 6.6 São realizadas atividades de capacitação permanente com os trabalhadores do atendimento do Telessaúde? Em caso afirmativo, qual a frequência anual?
- 6.7 Existem mecanismos/instrumentos de avaliação dos **Processos de Trabalho**? Em caso positivo, quais são os utilizados e qual a periodicidade realizada

VII - Modelo de Monitoramento do Programa Telessaúde/Ba

- 7.1 Como são realizados o monitoramento, a avaliação das atividades e resultados do Núcleo de Telessaúde?
- 7.2 Qual a periodicidade da avaliação das **atividades e resultados do Núcleo de Telessaúde**?
- 7.3 Existem indicadores específicos utilizados para avaliar o desempenho do telessaúde/Ba?
- 7.4 Em caso afirmativo, quais e como os considera?
- 7.5 Em caso negativo, quais o (a) Sr(a) sugere?

VIII - Possíveis Resultados Programa de Telessaúde Bahia

- 8.1 Quais as contribuições do Programa de Telessaúde Bahia para os usuários, familiares, gestores e trabalhadores dos Centros Especializados?
- 8.2 Quais são os principais resultados esperados com a implementação do modelo de telessaúde voltado para Centros Especializados?
- 8.3 Há canal(is) de publicização dos resultados do Programa Telessaúde/Ba para os usuários?

IX - Indicadores Adotados para medir o impacto e a eficácia

- 9.1 Quais são os principais indicadores adotados para medir o impacto e a eficiência das ações do Núcleo de Telessaúde?
- 9.2 Há algum instrumento de avaliação da satisfação dos usuários com o atendimento prestado por este Centro?

X - Avaliação do(a) Gestor(a)

- 10.1 Em uma escala de zero a cinco (na qual zero é considerado péssimo e cinco é considerado excelente), como o Sr(a) avalia o **atendimento prestado** por este Núcleo? Justifique sua nota.

Obrigado!

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada para o(a) Gestor(a) do Centro Especializado

Prezado(a) participante,

A presente entrevista é parte de uma pesquisa acadêmica realizada por José Cristiano Soster, sob a orientação da Profa. Dra Vera Lúcia Peixoto S Mendes (vinculados ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração da UFBA) e objetiva analisar **as contribuições do Programa Telessaúde na visão dos gestores, para melhorar a qualidade dos atendimentos nos Centros Especializados do Estado da Bahia**. Assim, não existe certo ou errado, mas importa o que você pensa.

Ressaltamos que será garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas. Obrigado!

I – Dados do(a) Entrevistado(a)

1.1 Entrevistado(a): [Iniciais]

1.2 Formação do(a) entrevistado(a) (tem especialização). Qual (is) _____

1.3 Experiência profissional em gestão pública em saúde (em anos) ____

1.4 Cargo/Função: [Cargo ou função do entrevistado no Centro Especializado]

1.5 Tempo no Cargo (em anos) _____

1.6 Data da entrevista: [Data]

1.7 Hora de Início _____ 1.8 Hora de término _____

II. Histórico e Contexto do Centro Especializado:

2.1 Pode nos contar um pouco sobre o histórico e a criação do Centro Especializado?

2.2 Como o Centro Especializado se insere no contexto da saúde na região ou instituição?

III. Modelo Assistencial Adotado:

3.1 Como é o modelo assistencial adotado pelo Centro Especializado?

3.2. Poderia descrever o processo na perspectiva de sua articulação na Rede de Serviços?

IV. Justificativa para Adoção da Telessaúde:

4.1 Quais foram as principais razões e necessidades que levaram o Centro Especializado a adotar a telessaúde como uma forma de prestação de serviços?

4.2 Quais os principais aspectos facilitadores e dificultadores da implantação do Programa Telessaúde/Ba no Centro Especializado?

V. Modelo Adotado pelo Telessaúde voltado para Centros Especializados

5.1 Como funciona o modelo de telessaúde adotado pelo Núcleo em relação aos Centros Especializados?

5.2 O (A) Sr(A) poderia descrever o **processo de implementação** na perspectiva de sua articulação como os Centros Especializados e com a Rede de Serviços?

5.3 Quais são os principais benefícios encontrados ao implementar o telessaúde?

5.4 Quais são os principais desafios encontrados ao implementar o telessaúde?

5.5 Quais aspectos contribuem para a adesão dos gestores, usuários e trabalhadores ao Telessaúde/Ba?

VI. Insumos Necessários para o Funcionamento da Telessaúde no Centro Especializado:

a. Quais são os principais insumos, tecnologias ou equipamentos necessários para o funcionamento da telessaúde no Centro Especializado?

VII. Detalhamento dos Processos de Trabalho com a Telessaúde:

7.1 Poderia explicar como funciona o processo de trabalho do Centro Especializado em relação à telessaúde? Como é feita a triagem e seleção dos pacientes para atendimento remoto?

7.2 Possíveis Mudanças no Processo de Trabalho a partir da Inserção da Telessaúde:

7.3 Quais são as mudanças percebidas no processo de trabalho desde a adoção da telessaúde? Como ela tem impactado os fluxos de trabalho e a forma como os serviços são prestados?

7.4 Como são realizadas a triagem, seleção e encaminhamento dos casos e quais profissionais as realiza?

7.5 Existem protocolos escritos para o programa Telessaúde/Ba?

7.6 Qual o tempo médio entre o primeiro atendimento pelo Programa Telessaúde e o acesso do usuário ao serviço demandado?

7.7 Quais melhorias poderiam ser incorporadas aos Processos de Trabalho do Telessaúde/Ba?

7.8 São realizadas atividades de capacitação permanente com os trabalhadores do atendimento pelo Telessaúde? Em caso afirmativo, qual a frequência?

7.9 Existem mecanismos/instrumentos de avaliação dos **Processos de Trabalho**? Em caso positivo, quais são os utilizados e qual a periodicidade realizada

VIII. Modelo de Monitoramento:

8.1 Como é realizado o monitoramento e a avaliação das atividades e resultados da telessaúde no Centro Especializado?

8.2 Existem indicadores específicos utilizados para medir o impacto e a eficácia da telessaúde?

IX. Possíveis Resultados do Modelo de Telessaúde:

a. Quais são os principais resultados esperados com a implementação da telessaúde no Centro Especializado?

X. Avaliação do(a) Gestor(a)

a. Em uma Escala de zero a cinco (na qual zero é considerado péssimo e cinco é considerado excelente), como o Sr(a) avalia o **atendimento prestado** por este Centro? Justifique sua nota.

Obrigado!

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Telessaúde: um olhar sobre os centros especializados da Bahia.” O projeto é de responsabilidade do pesquisador José Cristiano Soster sob orientação da Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes, sendo desenvolvido no âmbito do Programa de Mestrado Acadêmico do Núcleo de Pós Graduação em Administração (NPGA) da Universidade Federal da Bahia.

O projeto tem como principal objetivo analisar **as contribuições do Programa Telessaúde na visão dos gestores, para melhorar a qualidade dos atendimentos nos Centros Especializados do Estado da Bahia.**

O (a) Sr.(a) está sendo convidado porque a sua atuação como gestor(a) levou a desempenhar papéis e funções que influencia o Programa, sendo importante obter o seu relato e opinião sobre essa atuação e o seu impacto sobre suas atividades de forma a contribuir com a melhor elucidação de fatos e análise a que se propõe fazer esta pesquisa.

O(A) Sr.(a). tem a plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, bastando para tanto fazer contato com o pesquisador responsável pelo projeto.

Caso aceite participar, sua participação consiste em responder a um conjunto de perguntas constantes do roteiro de entrevista, a ser aplicado uma única vez, onde sua opinião sobre o tema será o principal objetivo de alcance da atividade, não havendo nenhum tipo de resposta certa ou errada a ser emitida. Para que isso seja feito, será necessário que o(a) Sr.(a) conceda autorização ao pesquisador para que este possa efetuar registro de imagem e/ou som da entrevista, o que poderá ser feito através da gravação de um encontro presencial ou gravação de um diálogo em plataforma virtual. A gravação ficará sob a posse do pesquisador durante o período de até 5 (cinco) anos e poderá ser compartilhada com o(a) Sr.(a) caso assim deseje. Além da gravação, poderá também o(a) Sr.(a) ter acesso ao arquivo que conterá a transcrição do conteúdo da entrevista, bastando para tanto requerê-lo ao pesquisador.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa são considerados como riscos para o(a) Sr.(a) possíveis desconfortos em responder as perguntas visualizando-as como uma análise de seu desempenho pessoal na organização. Caso isso

aconteça, o Sr.(a) poderá pausar o preenchimento, não responder à questão ou desistir da participação, sem qualquer penalidade.

Também são esperados benefícios com esta pesquisa como conhecer de forma mais aprofundada possíveis efeitos positivos do Programa Telessaúde Bahia para os usuários do Sistema único de Saúde.

Se julgar necessário, o(a) Sr.(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida, devendo a sua participação nesse estudo se dar de forma voluntária.

O(A) Sr.(a) não terá qualquer tipo de despesa para participar da pesquisa e não receberá remuneração por sua participação.

Fica garantido ao (à) Sr.(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica, bem como garantia de assistência e ressarcimento a qualquer despesa do participante da pesquisa e dela decorrente, assim como a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

O(A) Sr.(a). pode entrar em contato com o pesquisador responsável a qualquer tempo para informação adicional por meio do e-mail: cristianodab2@gmail.com e do telefone (71) 96469233.

Autorização:

Salvador, ____/____/____

Participante

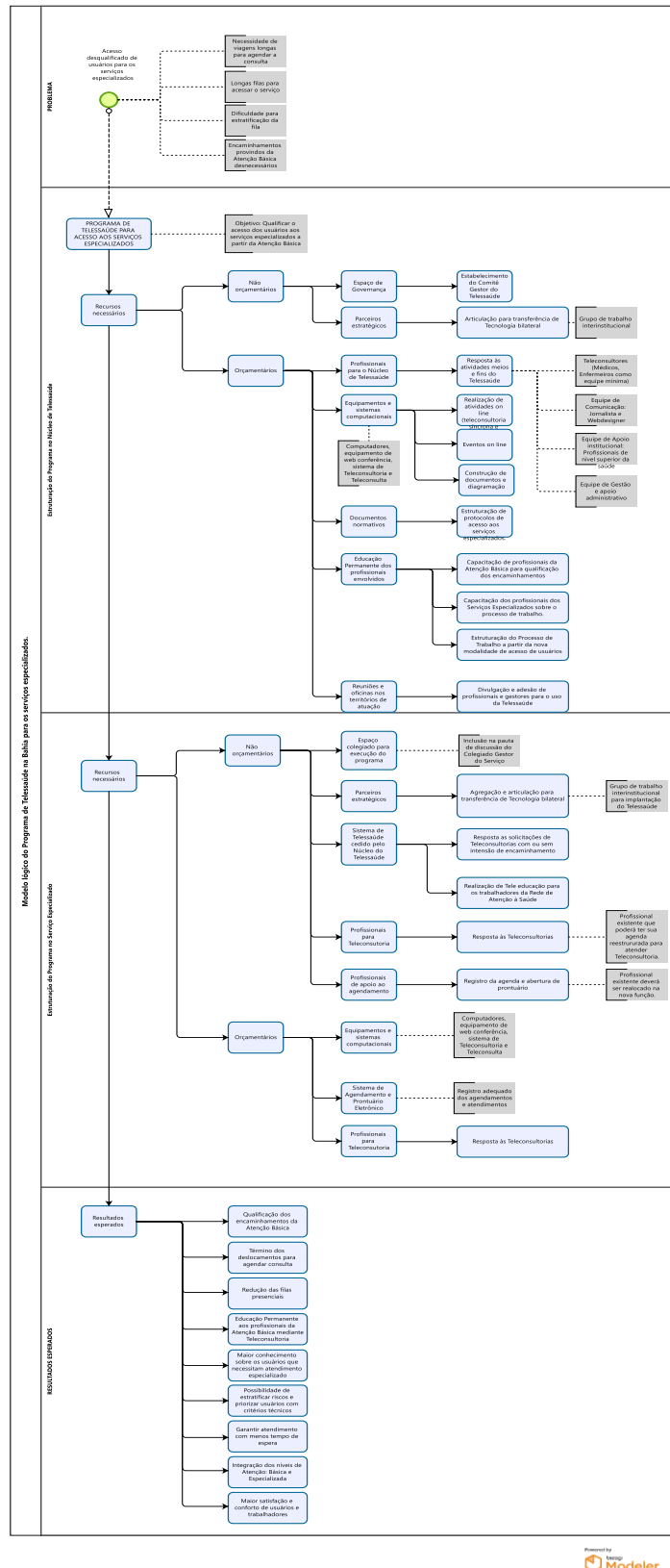
Pesquisador

Comitê de Ética em Pesquisa envolvidos:

CEP SESAB: sesab.cep@saude.ba.gov.br, Telefone: 71 31031671

CEP UFBA: cep.hupes@ebserh.gov.br, Telefone: (71) 3646-3450

Apêndice D - Modelo Lógico do Programa de Telessaúde na Bahia para os Serviços Especializados



APÊNDICE E – Impactos do Trabalho de Conclusão de Curso

Relação com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

O estudo apresenta conexão direta com o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), ao propor melhorias no acesso e na qualidade dos serviços especializados de saúde; e com o ODS 10 (Redução das Desigualdades), por qualificar o acesso de populações em territórios distantes aos serviços especializados.

1. Impactos Acadêmicos/Científicos

O estudo apresenta potencial de publicação em periódicos nacionais e internacionais da área de saúde coletiva, administração pública e saúde digital, com contribuições para o Campo, pois Avança na aplicação da Teoria do Programa e do Modelo Lógico como instrumentos de análise e planejamento no setor saúde, reforçando sua relevância na avaliação de políticas públicas.

Bem como há revisão Crítica, visto que traz análise aprofundada da literatura sobre Telessaúde no Brasil, destacando lacunas na integração entre atenção básica e especializada, e propondo um modelo lógico replicável.

2. Impactos Tecnológicos

A estruturação de um modelo lógico para Telessaúde em serviços especializados, inédito no Brasil, pode ser a base para aplicação em outros estados, o que possibilita desenvolvimento de metodologias. O que favorece transferência de tecnologia por meio de institucionalização de fluxos de teleconsultoria e telecompartilhamento, fortalecendo práticas já em uso nos centros especializados (CEDEBA e CEPRED).

3. Impactos Sociais

Os benefícios à sociedade podem ser evidenciados pela qualificação teórica e replicação de métodos que podem ser adotados para redução de filas presenciais, eliminação de deslocamentos desnecessários e melhoria da resposta assistencial nos serviços especializados da Bahia. Podendo ser adotado como política pública que oferece subsídios técnicos e conceituais para gestores estaduais e municipais na implementação de programas de saúde digital.

4. Impactos Econômicos

O estudo demonstra que o modelo, se adotado possui um potencial para diminuir custos operacionais da rede de saúde, por meio da racionalização de encaminhamentos e da teleassistência, além de servir de forma para a eficiência organizacional mediante otimização dos fluxos de regulação, contribuindo para maior eficiência da rede estadual de saúde.

5. Redes de Colaboração e Fomento

O trabalho evidencia articulações entre SESAB, Núcleo de Telessaúde Bahia, CEDEBA e CEPRED, além de diálogo com o Ministério da Saúde e a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) com benéfica para a execução do Programa de Telessaúde. Além disto, o trabalho em tela projeta as instituições por registrar boas práticas de gestão.