



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GEOVANE MENEZES LOURENÇO

A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
DIANTE DO TELEMONITORAMENTO DE PESSOAS COM SINTOMAS  
RESPIRATÓRIOS EM UM MUNICÍPIO NO SUL DO PAÍS.

Curitiba  
2022

GEOVANE MENEZES LOURENÇO

A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
DIANTE DO TELEMONITORAMENTO DE PESSOAS COM SINTOMAS  
RESPIRATÓRIOS EM UM MUNICÍPIO NO SUL DO PAÍS.

Dissertação será apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família, no Curso de Pós-graduação estrito senso em Saúde da Família, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Professora Doutora Sabrina Estefanello.

Coorientador Professor Doutor: Paulo Poli Neto.

Curitiba  
2022

L892 Lourenço, Geovane Menezes

A percepção dos profissionais da atenção primária à saúde diante do telemonitoramento de pessoas com sintomas respiratórios em um município no sul do país. [recurso eletrônico] / Geovane Menezes Lourenço. – Curitiba, 2022.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Sabrina Stefanello

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Poli Neto

1. Telemedicina. 2. Covid-19. 3. Doenças respiratórias, 4. Atenção básica à saúde. I. Stefanello, Sabrina. II. Poli Neto, Paulo. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLM: W 83

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **GEOVANE MENEZES LOURENÇO** intitulada: **A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE DIANTE DO TELEMONTORAMENTO DE PESSOAS COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS EM UM MUNICÍPIO NO SUL DO PAÍS.**, sob orientação da Profa. Dra. SABRINA STEFANELLO, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 25 de Agosto de 2022.

Assinatura Eletrônica

26/08/2022 18:50:46.0

SABRINA STEFANELLO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

30/08/2022 10:40:50.0

CARLOS EDUARDO CORADASSI

Avaliador Externo (55001149)

Assinatura Eletrônica

29/08/2022 09:57:19.0

VINICIO OLIVEIRA DA SILVA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

*“Dedico a Deus por sempre estar ao meu lado nos momentos mais difíceis desse trabalho”.*

*À professora Sabrina e professor Paulo, pela sua paciência e ensinamentos que foram essenciais para o desenvolvimento da dissertação*

*A todos os meus professores do mestrado, que foram de fundamental importância na construção da minha trajetória profissional.*

*Dedico este trabalho à minha família e amigos que sempre estiveram presentes direta ou indiretamente em todos os momentos de minha formação.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me ajudado constantemente a enfrentar esse desafio, me dando coragem para me dedicar aos meus estudos, para o meu crescimento e para poder contribuir com a sociedade.

A minha família pela compreensão apoio e paciência.

A professora, Sabrina Estefanello e ao professor, Paulo Poli Neto pela acolhida, apoio paciência, incentivo e confiança.

Ao coordenador do curso professor Deiveisson pelo seu brilhante trabalho e dedicação ao curso do mestrado profissional.

A todos os colegas do curso de mestrado que de alguma forma tem contribuído para o meu desenvolvimento e crescimento.

A Thaiz pelo seu trabalho e ajuda constante aos mestrandos.

*“Ricoeur considera que nas ciências humanas e sociais não se trata de demonstrar que uma determinada conclusão é verdadeira, como impõe a lógica da verificação empírica empregada nas ciências naturais, mas se trata de demonstrar que uma conclusão é válida, legítima.”*

## RESUMO

A Atenção Primária em Saúde (APS) deveria ser a porta de entrada dos usuários no Sistema no Sistema Único de Saúde (SUS), possui papel importante na condução, organização e atenção, promovendo e ampliando a assistência. Na conjuntura de saúde vivida no Brasil, diante dos desafios de implantação e manutenção do SUS, com destaque para financiamento, a pandemia pelo novo coronavírus trouxe ainda mais tensão e demanda ao sistema, apesar disto, alguns locais investiram no atendimento remoto. Diante disso, o estudo teve objetivo compreender como foi organizado o processo de trabalho em relação ao telemonitoramento às pessoas com sintomas respiratórios acompanhadas por equipes da APS, no município de Ponta Grossa. Tratou-se de um estudo exploratório qualitativo realizado em Ponta Grossa - PR, no qual foram entrevistados, no ano de 2021, 12 enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um gestor voltado à APS. A escolha desses profissionais foi intencional, visto que todos estavam envolvidos com a organização do telemonitoramento no município, participando ativamente nesta atividade por, no mínimo, três meses. As entrevistas foram transcritas integralmente com auxílio de software (*sonix*), lidas, revisadas e analisadas pelos autores à luz da abordagem fenomenológica hermenêutica de Paul Ricoeur. Cada UBS teve liberdade para organizar o trabalho diante da imposição do telemonitoramento de sintomáticos respiratórios. As dificuldades ressaltadas foram a escassez de salas, pessoas e ferramentas tecnológicas, com relatos de uso de recursos dos próprios trabalhadores para garantia do monitoramento à distância. Observou-se ausência de treinamento e sensação de excesso de trabalho. Por outro lado, os entrevistados relataram experiências positivas a respeito do aprimoramento para o trabalho com tecnologias, comprometimento e integração entre a equipe, maior proximidade e vinculação com as pessoas de seu território. Também percebeu-se, nos colaboradores, discursos relacionados ao interesse, comprometimento, iniciativa, motivação, participação e colaboração. Contudo, não foi possível afirmar o quanto as pessoas suportariam tais condições de trabalho, com aumento de sua precarização. Neste caso em particular, o atendimento remoto garantiu o telemonitoramento de pessoas com sintomas respiratórios, mas não teve o objetivo de ampliar o acesso de modo geral aos atendimentos.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária. Telessaúde. Trabalho. Sistema Único de Saúde. COVID-19.



## ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) should be the gateway for users to the Unified Health System (SUS), playing an important role in conducting, organizing, providing, promoting, and expanding care. In the health situation in Brazil, faced with the challenges of implementing and maintaining the SUS, especially funding, the pandemic caused by the new coronavirus brought even more tension and demand to the system, despite this, some places invested in remote care. Therefore, the study aimed to understand how the work process was organized in relation to telemonitoring of people with respiratory symptoms accompanied by PHC teams, in the county of Ponta Grossa. This was a qualitative exploratory study carried out in Ponta Grossa - PR, in 2021, 12 nurses from Basic Health Units (UBS) and a manager focused on PHC were interviewed. The choice of these professionals was intentional, since they were all involved with the organization of telemonitoring in the county, actively participating in this activity for at least three months. The interviews were fully transcribed using software (sonix), read, revised and analyzed by the authors in the light of Paul Ricoeur's phenomenological hermeneutic approach. Each UBS was free to organize the work in view of the imposition of telemonitoring of respiratory symptoms. The difficulties highlighted were the scarcity of rooms, people and technological tools, with reports of the use of resources by the workers themselves to guarantee remote monitoring. There was also a lack of training and a feeling of overwork. On the other hand, the interviewees reported positive experiences regarding the improvement to work with technologies, commitment and integration among the team, greater proximity and bonding with the people of their territory. It was also noticed, in the collaborators, speeches related to interest, commitment, initiative, motivation, participation and collaboration. However, it was not possible to say how much people would support such working conditions, with an increase in their precariousness. In this particular case, the remote service ensured the telemonitoring of people with respiratory symptoms, but it was not intended to broaden access to care in general.

Keywords: Primary attention. telehealth. Job. Health Unic System. COVID-19.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Mimeses de Paul Ricoeur / Círculo Hermenêutica.....	35
--	----

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa .....	37
TABELA 2 – Caracterização das tecnologias utilizadas no telemonitoramento....	38

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
ACS	Agente comunitário de saúde
ABS	Atenção Básica de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAAE	Certificado De Apresentação Apreciação Ética
CEP	Comitê de ética e Pesquisa
CFM	Conselho Federal Medicina
COFEN	Conselho Federal Enfermagem
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia
CRF	Conselho Federal de Fisioterapia
CRP	Conselho Federal de Psicologia
CRN	Conselho Federal de Nutrição
COVID-19	Coronavirus
ESUS	Registro de Informações das Ações realizadas na Atenção Básica (AB) em Nível nacional.
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
GM	Gabinete do Ministro
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PENEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde

PENAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROFSAUDE	Programa de pós- graduação Stricto sensu em Saúde da Família
RUTE	Rede Universitária de Telemedicina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
TBR	Programa Nacional de Telesaúde no Brasil
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1 CONTEXTO E PROBLEMA.....	13
1.2 OBJETIVO GERAL .....	16
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
1.4 JUSTIFICATIVA .....	17
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>18</b>
2.1 CONTEXTO E DEFENIÇÕES DO ATENDIMENTO REMOTO.....	18
2.2 BREVE PANAORAMA DO ATENDIMENTO REMOTO NO SUS E NA APS.....	24
<b>3 CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	<b>29</b>
3.1 TIPOS DE PESQUISA.....	29
3.2 AMOSTRA E RECRUTAMENTO .....	29
3.3 COLETA DE DADOS .....	30
3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	31
3.5 O REFERENCIAL TEÓRICO .....	32
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	39
4.2 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE .....	41
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>52</b>
5.1 ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES ANTE AO TELEMONITORAMENTO AS PESSOAS COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS.....	52
5.1.1. Déficit de Recursos Humanos, Tecnológicos e Estruturas .....	54
5.2. ENFRENTAMENTO, PERCEPÇÕES E ENVOLVIMENTO DAS EQUIPES DA APS NO ATENDIMENTO REMOTO .....	62
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>68</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>69</b>
<b>APÊNDICE A – PARTE I - QUESTIONÁRIO GOOGLE FORMS</b> .....	<b>80</b>

<b>APENDICE B – PARTE II – QUESTIONÁRIO <i>GOOGLE FORMS</i> .....</b>	<b>82</b>
<b>Caracterização das ferramentas utilizadas para realização do telemonitoramento.....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE C – PARTE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ENFERMEIROS INSERIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (GIL, 2002).....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE D – PARTE II - ROTEIRO DE ENTREVISTA, COM O GESTOR RESPONSÁVEL PELA IMPLANTAÇÃO DO TELEMONITORAMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (GIL, 2002) .....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE F – TERMO DE SOLICITAÇÃO DE USO DE SOM DE VOZ PARA PESQUISA .....</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICE G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE H - CARTA DE CONCORDÂNCIA DE COPARTICIPAÇÃO PESQUISA .....</b>	<b>99</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTO E PROBLEMA

A telemedicina é uma ferramenta que apresenta várias opções quanto à forma de ser definida e entendida por diferentes autores. Assim, conforme será descrita em um capítulo no decorrer desse estudo, todas essas definições têm o mesmo intuito, que é proporcionar o atendimento à distância (JAKOBI; RIVERO, 2005). Apesar de ser desenvolvida em consonância com o desenvolvimento tecnológico, no Brasil, o seu uso ainda estava muito restrito. O Conselho Federal de Medicina aprovou o seu uso somente em caráter de emergência, devido à pandemia de coronavírus (GERMINARI; OLIVEIRA, 2021).

Contudo, por conta de seu significado ampliado, a telemedicina pode ser conceituada mediante a utilização das tecnologias da informação e comunicação na saúde, ampliando a demanda e abrangência do atendimento dos serviços, em locais com difícil acesso aos serviços de saúde. Assim,

[...] reforça a necessidade de uma perspectiva sistêmica e de ações conjuntas e coordenadas entre diferentes instâncias decisórias, com a participação da indústria, da academia, de instituições científicas e tecnológicas, de associações de classe, entre outros agentes relevantes no processo de inovação (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016, p. 9).

Alguns fatores têm propiciado a necessidade do uso dessas ferramentas, como a disseminação e contaminação pelo coronavírus, assim como o aumento das demandas em saúde com o aumento da longevidade.

Diante disso, o atendimento remoto tornou-se aliado dos serviços, o qual permite interação dos profissionais com os usuários. Nessas expectativas, ainda inclui-se a incorporação de tecnologias na área da saúde, o que corrobora para a diminuição de barreiras, como distanciamento, custo-benefícios e facilitação da educação permanente dos profissionais de saúde (PRESTON *et al.*, 1992).

Existem estudos que destacam o teletendimento em saúde como ferramenta amplamente utilizada e potencial de apresentar resultados positivos, em países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Itália. (PYGALL, 2018; GERMINARI; OLIVEIRA, 2021). Segundo Khan (2013), para haver resultado efetivo, faz-se



necessário seguir as instruções legais dos respectivos órgãos de classe profissional. Pygall (2018) complementa reforçando a necessidade de fazer anamnese precisa e entender o que é melhor para o paciente, de modo que os resultados obtidos sejam provenientes daquilo que a pessoa necessita, clinicamente, e não pelo impacto da forma de acesso disponível.

Discutindo um pouco mais sobre a amplitude do conceito e da utilização da telemedicina, telessaúde e e-saúde, destaca-se que não ocorre “consistência conceitual entre elas” (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016, p. 53). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) já definem a teleconsulta como todo serviço remoto, prestado pelos profissionais de saúde à população: na prevenção, promoção, reabilitação e diagnóstico, com o intuito de facilitar o acesso e a prestação de serviços à comunidade (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2014).

A consulta telefônica pode ser compreendida como “uma avaliação clínica aprofundada de um cliente via telefone quando o mesmo ou cuidador se comunica com o profissional de saúde para fazer questionamento sobre problemas de saúde” (PYGALL, 2018, p. 18).

Assim, facilita o trabalho dos enfermeiros e médicos com resultado efetivo, melhoria do acesso, redução de custos, bem como menor tempo de deslocamento dos pacientes. “No Reino Unido, além de se tratar de meios de melhoria de acesso e manejo da demanda, muitos serviços têm optado pelo modelo de oferta de cuidados mais centrados ao telefone” (PYGALL, 2018, p. 15). Catapan e Calvo (2020) complementam essa ideia, afirmando que a consulta telefônica possui maior efetividade, melhoria do acesso, redução de custos e do tempo de deslocamento das pessoas.

Em momentos de pandemia, faz-se necessária a utilização de tais ferramentas pelas equipes da Atenção Primária em Saúde (APS), assim fortalecendo e ampliando o acesso e cobertura integral da população adstrita, tendo em vista que essa é a porta de entrada ao serviço, bem como ordenadora e coordenadora do cuidado (STARFIELD, 2002).

O acesso é um desafio para atenção primária, mesmo em momentos nos quais não se há cenário pandêmico. No Brasil, os usuários possuem vínculo com os profissionais na Atenção Primária à Saúde. Contudo, ainda existe dificuldade de

aproximação e os pacientes migram para outros pontos de atenção à saúde, principalmente para Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (BIZINELLI *et al.*, 2019).

Dessa forma, a maximização do acesso na atenção primária também é importante, tendo em vista que os pacientes deveriam consultar um generalista antes de consultar um especialista (STARFIELD, 2002). Para Castro *et al* (2020), há uma preocupação dos profissionais de saúde e gestores em manter o acesso a população aos serviços de saúde durante a pandemia.

Wen (2008) destaca que, em situações nas quais a distância ou necessidade de distanciamento é fator crítico, a telemedicina prevê o emprego de tecnologias para possibilitar cuidados à saúde. A inovação da prática no setor público vinculado à saúde é fundamental para melhoria do acesso as pessoas na APS, além do seu papel significativo na caracterização da APS, com benefícios clínicos, humanos, organizacionais, educacionais, administrativos, técnicos e sociais.

Devido à conjuntura de saúde imposta pela pandemia do coronavírus e suas consequências, a equipe da Atenção Básica do município de Ponta Grossa, Estado do Paraná, criou o Plano de Contingência COVID-19, sendo incluído nesse plano o serviço de telemonitoramento a ser realizado pelas equipes da APS, junto às pessoas com sintomas respiratórios e familiares que residiam no mesmo domicílio. Cabe salientar que essa prática de atendimento foi efetivada apenas a essa população.

A equipe de gerenciamento era composta por: Secretário de Saúde, Secretário Adjunto de Gestão Administrativa, Supervisora de Vigilância em Saúde, Coordenadora de Vigilância Epidemiológica, Supervisora de Gestão Hospitalar e a Coordenadora da Atenção Primária, os quais estabeleceram um fluxo de atendimento as pessoas com sintomas respiratórios, designando-os ao atendimento na APS e UPA.

Essa estratégia foi apresentada através de documento intitulado: “Fluxograma de manejo e acompanhamento de casos suspeitos de coronavírus na Atenção Primária à Saúde”. Portanto, todos os pacientes atendidos com sintomas gripais e que se enquadrassem como suspeitos para coronavírus eram notificados, inseridos em planilhas e compartilhados para que fossem monitorados pelas equipes, por 14

dias, a partir do início dos sintomas. Contudo, o roteiro foi implantado em março de 2020.

Cabe ressaltar: o importante e desafiador papel da APS na prevenção e combate às doenças infectocontagiosas em momentos em que a epidemia e infecção por coronavírus tem se propagado ao nível global, com uma rápida transmissão, torna-se imprescindível, assim como a organização dos fluxos destes serviços. Assim, é fundamental garantir os atributos essenciais a população, conforme destacados por Starfield (2002), como o acesso, à longitudinalidade, à integralidade e à coordenação do cuidado, além dos derivados como a competência cultural, a orientação familiar e comunitária.

Nacoti *et al* (2020) trazem a importância de realizar uma prática focada no território em momentos de epidemia. Contudo, colocar em prática suas competências no combate é indispensável para o sucesso de toda a Rede de Atenção à Saúde, seja pública ou privada. Caso o enfoque seja restrito à transmissão da enfermidade através dos doentes que se direcionam às instituições, a atenção domiciliar pelas equipes da APS torna-se valiosa (SAVASSI *et al.*, 2020).

Associando as práticas a esses conceitos, percebeu-se e despertou-se o interesse pelo estudo sobre telemonitoramento, o que produziu a seguinte inquietação: como as equipes da APS organizaram o telemonitoramento as pessoas com sintomas respiratórios seus respectivos serviços?

## 1.2 OBJETIVO GERAL

- Compreender como foi organizado o processo de trabalho<sup>1</sup> em relação ao telemonitoramento das pessoas com sintomas respiratórios na Atenção Primária (APS), no município de Ponta Grossa.

## 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

---

<sup>1</sup> É o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja, é chamado de processo de trabalho. Dito de outra forma, pode-se dizer que o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade. ( FARIA,et al., 2009, p.21).

- Apreender o perfil dos profissionais de saúde que realizaram o telemonitoramento das pessoas com sintomas respiratórios.
- Descrever as estratégias de organização virtual para melhoria da comunicação e acesso as pessoas com sintomas respiratórios.
- Identificar os desafios e potencialidades das equipes ante ao telemonitoramento e ao instrumento de contato com esses usuários.

#### 1.4 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo atendimento remoto surgiu a partir das aulas ministradas pelo professor, na época, orientador da dissertação de mestrado e regente da disciplina Atenção Integral. No decorrer do mestrado e das atividades profissionais realizadas na APS, em meio à pandemia do coronavírus, o desejo de produção de conhecimento voltado para o teleatendimento aumentou, além da percepção da importância do uso dessas ferramentas para o atendimento, com redução do contato e transmissão do coronavírus.

Enquanto mestrando e profissional de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), inserido na APS, desenvolvendo as atividades da assistência, coordenação de equipes, tutoria e preceptoria da residência multiprofissional em saúde coletiva torna-se um desafio saber como ocorreu o telemonitoramento das pessoas com sintomas respiratórios no município de Ponta Grossa.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 CONTEXTO E DEFENIÇÕES DO ATENDIMENTO REMOTO

Esse subcapítulo traz uma breve contextualização de definição da telemedicina, alguns de seus componentes e termos trazidos por diferentes autores. Da mesma maneira, traz uma descrição sucinta da sua evolução e aprimoramento no Brasil ante à pandemia provocada por coronavírus, bem como a importância do desenvolvimento tecnológico e da internet para o atendimento a distância.

Segundo Catapan e Calvo (2020), a telemedicina teve seu início em 1950, com serviços de televisão e revistas, oferecendo variedade de material informativo e educativo sobre saúde. Porém, o maior avanço ocorreu com o surgimento da internet, a partir de 1990, e com o papel do desenvolvimento tecnológico. Nessa época, foram realizados laudos de eletrocardiograma por médicos especialistas e orientações para embarcações em plataformas marítimas.

Em 7 de agosto de 2002, o Conselho Federal de Medicina (CFM) criou a Resolução nº 1.643, conferida pela Lei nº 3.267, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, o qual normatiza a telemedicina no Brasil, como: “Assistência, educação e pesquisa em saúde, com advertências quanto à necessidade de disposição de aparato tecnológico apropriado visando a proteção de dados, a garantia da privacidade e do sigilo profissional” (GERMINARI; OLIVEIRA, 2021, p. 57).

Contudo, a regulamentação da internet, pela Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014, e da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), repercutiram diretamente sobre o atendimento à distância (BRASIL, 2018). Para Jesus e Mligres (2014), essa regulamentação teve início em 2009 por meio da consulta pública, por iniciativa do Poder Executivo, adentrou no Congresso Nacional por meio da PL nº 2126/2011 e tornou-se uma das primeiras leis criadas mediante a escuta da população, além de apoiar-se da mesma para o uso do debate, definindo o ‘Marco Civil da Internet’.

“A internet não é somente considerada rede mundial de computadores interligados entre si, mas uma complexa ferramenta das mais utilizadas no mundo inteiro, com os mais diversos objetivos” (RAMOS; SOUZA, 2014, p. 321).

Em seu art. 1.º estabelece princípios, garante direitos e deveres para o seu uso no Brasil e “determina as diretrizes para atuação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em relação à matéria” (BRASIL, 2014, p.13). Enfatiza-se que a comunidade virtual está em mudanças contínuas e propõe diferentes iniciativas para usá-la: “na comunicação, divulgação, informação, atuação profissional, educação, entretenimento, entre outros, o que faz com que essa ferramenta seja de fato popular e garanta direito de acesso à ‘internet’ a todos” (RAMOS; SOUZA, 2014, p. 317).

Após a publicação da Resolução n.º 2.227/2018 (CFM), que permitiu a teleconsulta médica, com premissas e recomendações, “[...] o atendimento remoto pode ser realizado por intermédio de diversificadas tecnologias para permitir o diálogo entre o paciente e seu médico, nos mais diferentes espaços geográficos” (CATAPAN; CALVO, 2020, p.1).

Não obstante, o atendimento à distância já existia e era regulamentado, mas algumas indagações poderiam ser levantadas sobre o tema: como garantir qualidade da teleassistência?

Em 2020, devido à conjuntura de saúde imposta pelo coronavírus no país, o atendimento remoto ganhou força. Nessa linha de pensamento, os conselhos dos profissionais de saúde entenderam que essa modalidade de atendimento é imprescindível, e a regulamentaram em caráter de emergência, fazendo uso de resoluções (BRASIL, 2020). O Ministério da Saúde (MS) também publicou a portaria nº 467, de 20 de março de 2020, a qual regulamenta e operacionaliza as atividades de atendimento à distância em caráter de urgência.

Para assegurar maior abrangência do atendimento à distância, em 15 de abril de 2020 o governo sancionou a Lei nº 13.989, a qual dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo Coronavírus-2, da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2) em “caráter emergencial e temporário, sobre as suas ações com o intuito de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional” (BRASIL, 2020, p.2). Essa lei, em seu artigo 3º destaca que: “o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde” (BRASIL, 2020, p.3).

Embasados nessa Lei, os conselhos dos profissionais de saúde também buscaram inovar, regulamentar e orientar sobre o atendimento à distância em caráter de emergência. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), publicou a resolução nº 634/2020, o Conselho Federal de Medicina publicou a resolução nº 56 de 1 de abril de 2020, o Conselho Federal de Fisioterapia (COFFITO), de Nutrição (CFN) e Psicologia (CFP), também publicaram suas resoluções, com o intuito de regulamentar os serviços prestados por intermédio das tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) durante a pandemia do COVID-19 (BRASIL, 2020).

Em 2022, o Ministério da Saúde (MS) e conselhos dos profissionais de saúde entenderam que essa modalidade de atendimento foi substancial, tornando-se relevante considerar e impedir a regressão dessa prática. Deste modo, a regulamentação foi feita em forma definitiva para garantir o aparato profissional, o sigilo e privacidade das pessoas. Alguns exemplos de conselhos que sentiram a necessidade de regulamentação de forma efetiva podem ser mencionados, como o CFM (pela Resolução nº 2.314, de 20 de abril de 2022), o COFEN, (por meio da Resolução 696/2022), na normatização da telenfermagem, com regras claras, estabelecidas para essa prática na iniciativa pública e privada (BRASIL, 2022).

Esses são alguns órgãos responsáveis por categorias profissionais da saúde, os quais asseguraram o atendimento remoto, citados nesse estudo. Entende-se que os demais conselhos também podem ter aderido a essas medidas. Contudo, nesse estudo, limitou-se em pesquisar e citar apenas alguns exemplos, ilustrando e demonstrando o avanço do atendimento remoto.

Além do desenvolvimento e regulamentação do atendimento à distância, as literaturas trazem diferentes conceitos, definições e termos relacionados a essa prática, os quais vão sendo intitulados de acordo com cada cenário e especificidade de atendimento.

Em 1970 surgiu o conceito de telemedicina, com sentido limitado de cura à distância mediante a utilização das TIC – Tecnologias da Informação e Comunicação; à vista disso, possibilitaram “ampliação do alcance para o cuidado, melhoramento das relutâncias do estado clínico dos clientes e dos conhecimentos médicos” (WHO, 2010, p.17). A telemedicina pode ser também definida como a disponibilidade de atividades relacionadas aos cuidados nas situações em que a distância é uma condição crítica. Para Bashshur *et al.* (2011), a telemedicina pode

acontecer em dois formatos, tanto síncrona<sup>2</sup> ou assíncrona<sup>3</sup>. “Ambos os modos envolvem uma variedade de tecnologias, incluindo videoconferência, telemetria e sensoriamento remoto, e outros modos de comunicação interativa em saúde” (BASHSHUR *et al.*, 2011, p.40). Para Turisco *et al* (2002), as atividades são supridas por agentes profissionais que usufruem dessas tecnologias de informação e de comunicação para trocar conhecimentos autênticas de diagnósticos. O Conselho Federal de Medicina define, em seu art. 1º: “Como sendo o exercício da medicina por meio de tecnologias com propósito de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças, lesões e promoção de saúde” (BRASIL, 2019, p.1).

Existem outros autores que trazem definições da telemedicina como o “uso de informação médica difundida de uma região para outra através do diálogo digital, aspirando à saúde e educação dos clientes e do médico, com intuito de aprimorar o apoio à saúde” (PANTANOWITZ *et al.*, 2014, p.129). Jacob, Sanchez-Vazquez e Marfim (2020) consideram que esse dispositivo não é meramente ferramenta que oferece apenas técnicas, mas um processo contínuo de especulações que requer transformações organizacionais nos serviços de saúde. Para Pantanowitz *et al* (2014), telessaúde e telemedicina se utilizam das tecnologias de telecomunicações e de informação para oferecer trabalho, capacitações e orientações de saúde aos abastecedores dos cuidados.

Dessa forma, favorecem a prestação de serviços e da informação aos indivíduos em suas próprias comunidades, evitando o movimento dos usuários aos centros de saúde especializada.

Bashshur *et al* (2011) demonstram a evolução de alguns domínios importantes utilizados para o atendimento remoto. Embora a telemedicina tenha sido a pioneira, na atualidade isso não é o mais empregado na prática, pois outros termos têm se sobreposto a essa modalidade de atendimento, como a telessaúde,<sup>4</sup> e-saúde<sup>5</sup> e m-saúde<sup>6</sup>. Eles trazem detalhamento de cada um dos termos, como alguns aspectos e nomenclaturas, que são:

---

<sup>2</sup> “Presença concomitante de participantes interagindo localizados em lugares diferentes.”

<sup>3</sup> “Os participantes não interagem em equipe real.”

<sup>4</sup> “Amplia o escopo da telemedicina abrange um grupo maior de profissionais, serve como meio para promover educação em saúde, tanto para profissionais como para os pacientes.”

<sup>5</sup> “Plataforma de gestão para consultórios e marcação de consultas.”

<sup>6</sup> “Domínio de saúde baseado em TIC.”



Telessaúde: com alguns componentes propostos como: comportamento de saúde (educação saudável); saúde e doença ambiental(epidemiologia); gestão de saúde (saúde e política industrial).

E-Saúde: “foi introduzido principalmente por empresas com interesses comerciais, no final da década de 1990. Essa proliferação foi possibilitada pelo aumento da funcionalidade da ‘Internet’ e dos sistemas de dados eletrônicos” (BASHSHUR et.al., 2011, p.5).

M-saúde: vêm sendo um dos mais sofisticados e sobpõe-se as demais aqui citadas, devido à grande capacidade de armazenamento de dados (Imagem, voz), assim compõem o estado clínico, contemplando os sistemas de apoio e suporte, envolvendo controle remoto, profissionais, coleta de dados e o profissional médico.

Germinari (2021) destaca quatro grandes termos, como: tele-educação, a telemedicina, os serviços de investigação e pesquisa e a gestão dos serviços de saúde, os quais constituem os serviços temáticos, além de destacar que a telemedicina é uma ciência aberta com variedades de definições, estando em constante mudança e em consonância com o tempo.

Para Turisco *et al.* (2002), essas ferramentas estão aflorando seu significado para superar obstáculos, como barreiras sociais, econômicas, culturais e geográficas aos serviços e à informação em saúde, por auxiliar os territórios urbanos e rurais. A assistência virtual fornece benefícios como acesso ao cuidado especializado, serviço preliminar de assistência diferenciada, aumento da oferta de recursos e serviços médicos, bem como melhoria das informações e orientações no serviço comunitário. O termo “telemedicina está restrito à prestação de serviços apenas por médicos, enquanto a telessaúde compreende o atendimento aos demais profissionais de saúde” (GERMINARI; OLIVEIRA, 2021, p.66). Assim destaca tal autor.

Lima (2021) define telessaúde como um meio de conexão do saber que viabiliza atividades direcionadas a saúde e cuidado a distância. Conforme a mesma autora, a telenfermagem tem avançado no Brasil, principalmente depois da

Resolução nº 634/2020, que autoriza e normatiza a telenfermagem, colocando-a como forma de combate ao novo coronavírus (SARS-CoV-2) (COFEN, 2020).

O significado básico de telemedicina seria “atendimento a distância, a aplicação do cuidado médico, não sendo necessário o contato presencial, ou seja, é uma técnica e não uma tecnologia como muitos pensam” (JAKOBI; RIVERO, 2005, p.48). Os componentes da telemedicina, segundo os autores, são: invocação em saúde digital e telessaúde transversal, assim como às iniciativas de telessaúde e busca nas TIC, explorando novas ideias para resolução de problemas (WEN, 2005, p.8-9), Para Germinari e Oliveira (2021), antes da pandemia, o atendimento remoto ainda estava muito restrito no Brasil, já que apenas alguns fundamentos poderiam ser perceptíveis.

Desse modo, tais autores trazem alguns termos que designam o uso de tecnologias interativas, como: Teleconsultoria<sup>7</sup>, Telediagnóstico<sup>8</sup>, Telemonitoramento<sup>9</sup>, Telerregulação<sup>10</sup>, Teleducação<sup>11</sup>, Teleducação Interativa e Rede de Aprendizagem Colaborativa<sup>12</sup>, Teleassistência/Regulação e vigilância epidemiológica<sup>13</sup> e Teleciência<sup>14</sup>.

Embora sejam apresentadas as definições e nomenclaturas referentes à telemedicina com base na literatura pesquisada, percebe-se que apesar do conceito ter sido utilizado inicialmente com centralidade no médico, seu uso expandiu por todas as categorias de saúde. Cabe ressaltar que, nesse estudo, foi utilizada a nomenclatura “atendimento remoto”. Mantem-se, portanto, a congruência do

---

<sup>7</sup> “Instrumentos para tirar dúvidas, procedimentos clínicos, ações relativas e processo de trabalho por conta de mensagens off-line ou em tempo real.”

<sup>8</sup> “Serviço de apoio diagnóstico; serviço é autônomo e avalia os exames a distância, permitindo a realização do diagnóstico o mais precoce possível, o que possibilita antecipar o tratamento de complicações previsíveis.”

<sup>9</sup> “Monitoramento a distância de parâmetros de saúde e/ou doenças; a coleta de dados clínicos pode ser incluída, bem como a transmissão, o manejo e o processamento realizado por um profissional de saúde, utilizando o sistema eletrônico.”

<sup>10</sup> “Qualificar e reduzir a espera no atendimento especializado.”

<sup>11</sup> “Aprendizagem interativa com temas relacionados à saúde; foco: aprendizagem no trabalho de forma transversal à distância.”

<sup>12</sup> “Aumentando as facilidades de acesso a materiais educacionais de qualidade, seja permitindo acesso a centros de referência ou a estruturação de novas sistemáticas educacionais.”

<sup>13</sup> “Desenvolvimento de atividades com fins assistenciais a distância, tais como a segunda opinião especializada. Podem ser desenvolvidos sistemas para permitir a integração de atividades assistenciais com educação, vigilância epidemiológica e gestão de processos em saúde.”

<sup>14</sup> “Integração de diversos centros de pesquisa, permitindo a otimização de tempo e de custos, por meio do compartilhamento de dados, da capacitação e da padronização de métodos.”

compromisso ético de reconhecer os múltiplos profissionais que atuam na saúde e fazem o atendimento à distância, assim como a equipe multiprofissional.

O termo telemedicina foi utilizado apenas nas citações diretas de alguns autores ou pesquisas, preservando o modo como estava escrito no texto original. Para Maldonado, Marques e Cruz (2016), o atendimento remoto é considerado uma fonte geradora de inovações, por somar-se e depender das evoluções tecnológicas advindas de outras áreas, visto que é considerado interdisciplinar e social por ser dinâmico e ter capacidade incentivar variedades de indústrias e com potencialidade de promover o acesso remoto aos serviços de saúde.

## 2.2 BREVE PANAORAMA DO ATENDIMENTO REMOTO NO SUS E NA APS.

Em diversos países, a relação médico-paciente tem se dado por intermédio de correio eletrônico, sistemas de telefonia, consulta eletrônica, vídeo ou uma associação entre ambos, além do atendimento remoto, que permite atuar nas condições agudas e crônicas, desde os levantamentos dos problemas para elaboração do histórico do paciente, até intervenções, manuseios e instruções (PYGALL, 2018).

No Brasil, embora o disque-saúde tenha começado em São Paulo, em 1989, apenas como serviço de informação, posteriormente, passou a ser parte integrante de atendimento para marcação de consultas. Em agosto de 1991, o sistema foi implantado em Contagem (Minas Gerais) e, dois meses depois, foi estendido para Vitória (Espírito Santo), Curitiba (Paraná) e Florianópolis (Santa Catarina) (SILVA,2012).

A rede universitária de telemedicina (RUTE) e o programa de Telessaúde Brasil Redes são duas iniciativas na administração pública que articularam as atividades pontuais de telessaúde no SUS, utilizando a rede de computadores uma década depois (CAETANO, 2020).

Embora a telessaúde apresentasse mesma origem e finalidade da telemedicina, além de abranger outras áreas da saúde, seu desenvolvimento no Brasil foi marcado por iniciativas isoladas nas décadas de 1980 e 1990. Contudo, esforços concretos do MS ocorreram a partir de 2005.

A Portaria nº 35 GM/MS, de 2007, instituiu o Programa Nacional de Telessaúde para apoio à Atenção Primária à Saúde, mas foi revogada pela Portaria nº 402, de 24 de fevereiro de 2010, e redefinida e ampliada pela Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, com denominação de Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes (TBR). Essa portaria permitia o diálogo entre os profissionais de saúde, com o intuito de aperfeiçoar os conhecimentos deles (BRASIL, 2011).

Embora essa prática de atendimento remoto já existisse no Brasil, estava muito restrita em alguns fundamentos, conforme supracitado e descrito detalhadamente no subcapítulo anterior. Autores como Germinari (2021), Leite, Hodgkinson e Gruber (2020) e Lott *et al.* (2021) destacam que o atendimento à distância ainda era visto como um desafio. Novos registros ganharam amplitude somente após imposição situacional ocasionada pela disseminação rápida da COVID-19, o que leva à saturação dos sistemas de saúde, instante em que os anseios estavam revestidos por entraves de ordem ética. Assim, as ações foram rendidas em função das vantagens singulares dos serviços de atendimento remoto, e tem ganhado força em todo o território mundial. Em outras palavras, com a pandemia descontrolada, os sistemas de saúde ficaram sobrecarregados. Para Caetano (2020), nos últimos anos essa prática teve um crescimento expressivo e, com o aparecimento da COVID-19, registra-se um cenário positivo de desenvolvimento e manuseios da telessaúde.

Brasil (2019) o Ministério da Saúde, publicou o Decreto nº 9795, o qual aprimorou o departamento de Saúde Digital, e estabeleceu as Diretrizes para a Telessaúde no Brasil, no âmbito do SUS, tendo a finalidade de: transpassar obstáculos sociais e econômicos, instrutivos e geográficos, facilitando o acesso dos serviços e comunicação em saúde para todas as pessoas. Desse modo com melhoria do cuidado, da satisfação dos usuários, além de redução da fila de espera e dos custos para o SUS. Proporcionando cuidado centrado a pessoa, evitando locomoção de usuários do SUS e dos profissionais.

Em vista disto, os profissionais de saúde em geral, estão valendo-se do uso das tecnologias, tal como aliada crucial para realizar o atendimento remoto, particularmente no combate à pandemia, “como forma de melhorar a resposta do sistema de saúde à crise em curso” (CAETANO *et al.*, 2020, p.1).

Outros autores, tais como Amaral, Esteves e Texeira Junior (2020), Mendes (2020), Savassi *et al* (2020) e Brito e Leitão (2020), apontam o surgimento de novos desafios em relação às necessidades dos serviços de saúde para atendimento da sociedade. Com isso, foi necessário refletir sobre a reorganização do acesso e abrangência nos serviços na APS. Utilizaram-se, inclusive, de ferramentas que permitem o atendimento virtual remoto. Para Daumas (2021) e Catapan e Calvo (2020), essa prática facilita a interlocução, além de ser acessível e eficiente.

A literatura enfatiza que o telemonitoramento domiciliar é uma modalidade clinicamente segura para o atendimento a pacientes infectados pelo coronavírus (MARTINEZ-GARCIA *et al.*, 2020). O telemonitoramento propicia redução na sobrecarga hospitalar e da taxa de mortalidade, mas são necessários mais estudos referentes à essa área de atendimento (CASARIEGO-VALES *et al.*, 2021).

Amaral, Esteves e Teixeira Junior (2020), Rodrigues *et al* (2020) e Gomes *et al* (2021) reforçam que esse novo cenário exigiu a reorganização dos serviços de saúde na APS, com intento de favorecer manejo adequado da população, nesse momento incomum em que vive a humanidade. Desse modo, reduz-se os obstáculos no acesso, melhorando o manejo dos pacientes crônicos e o monitoramento das pessoas com sintomas respiratórios, além de ser pilar que corrobora no controle da doença e na prevenção de óbitos.

Tais estudos trazidos pelos autores supracitados contribuem com Starfield (2002), quanto aos quatro atributos essenciais<sup>15</sup> e os três atributos derivados<sup>16</sup> da APS, integralizados aos princípios do SUS<sup>17</sup> descritos e publicados na Lei nº 8.080, de 19 de setembro, de 1990 (BRASIL, 1990). Para a Organização Pan-Americana e Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2014), desde antes da pandemia o acesso aos serviços de saúde deveriam ser garantidos a todas as pessoas, sem distinção de idade, sexo, origem étnica, ideologia política, condição econômica ou social, religião ou orientação sexual. Ademais, faz-se necessário reforçar a relevância do acesso das pessoas aos serviços de saúde e a abrangência nos atendimentos.

Diante disso, leva-se em consideração o uso de tecnologias apropriadas que garantam a LGPD, e, desse modo, pessoas que utilizam-se de ferramentas que permitam o atendimento remoto. Contudo, a forma de conduzir o atendimento nessa

---

<sup>15</sup> “Primeiro contato, continuidade, integralidade e coordenação.”

<sup>16</sup> “ Centralizado na família, orientação para a comunidade e adequação cultural.”

<sup>17</sup> “Orienta-se pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.”

modalidade pode ser definida pelo país, Estado e/ou Município, de acordo com suas condições e necessidades, levando em consideração o seu contexto histórico, econômico e social. Vale-se dessa prática para organizar o sistema de saúde e utilizar seus recursos tecnológicos para assegurar que todas as pessoas tenham acessibilidade aos serviços de saúde integrais, quando deles necessitarem.

Para Catapan *et al* (2021), são necessárias políticas públicas voltadas para a organização do processo de trabalho, pensando na modalidade a distância. Cada gestor deve fazer o diagnóstico de seu território, averiguando as desigualdades regionais, de infraestrutura e tecnologias, antes da implantação do atendimento remoto, sendo necessário adequar-se às diferentes realidades. Pensando na Atenção Básica e Especializada. [...], “há muitos desafios que às vezes, vão além das tecnologias, como: fatores sociais, culturais e organizacionais” (JACOB; SANCHEZ-VAZQUEZ; MARFIM, 2020, p. 1). Para Bertasso *et al* (2021), essa modalidade de atendimento elimina o fator distância, pois o Brasil possui grande extensão geográfica com serviços de saúde sendo distribuídos de maneira desigual.

A oferta de atendimento à distância não pode ser considerada uma “panaceia<sup>18</sup>”, já que há muitos desafios a serem superados nesse setor; no entanto, a inclusão de tais serviços nas práticas de saúde tem se mostrado útil para as organizações dos profissionais médicos e pacientes (LEITE; HODGKINSON; GRUBER, 2020). Oliveira (2013) define a APS como um agrupamento de atividades e atos, o que não fica apenas restrito a assistência médica, organizando-se e sustentando-se no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do vínculo entre os profissionais e usuários.

Nessas concepções, nada é estático, pois há necessidade de inovar, as leis e resoluções de acordo com o tempo e as demandas da sociedade, motivados pelo sucesso da Internet, evidenciado pelo rápido progresso que favorece o meio de comunicação em todos os setores da sociedade, inclusive a saúde.

Para Sarti *et al* (2020), o uso desse aparato tecnológico de maneira consistente na APS contribui para o aumento dos atendimentos, proporcionando acesso das pessoas, além de diminuir a carga de trabalho dos profissionais e

---

<sup>18</sup> “Tudo aquilo que se considerava válido para resolver qualquer problema.”

organizar o fluxo do atendimento. Por ocasião do cenário pandêmico, houve muitos afastamentos de profissionais de saúde, e essa prática possibilitou que atuação remota, além da necessidade da operação desses serviços de maneira mais abrangente e integral no SUS e na APS. Tal modalidade, se adequadamente organizada, pode produzir efeitos positivos na APS em relação ao acesso, resolução, além do atendimento integral e a cobertura dos cuidados, proporcionando mais tranquilidade para a população e qualidade no cuidado dos portadores de doenças crônicas, os quais tem demanda continuada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

### 3 CAMINHO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPOS DE PESQUISA

O desenho da pesquisa consistiu em estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, abrangendo coleta de dados primários. Teve como objetivo compreender como foi organizado o processo de trabalho de telemonitoramento das pessoas com sintomas respiratórios na APS, no município de Ponta Grossa, descrevendo como acontece ou se denota o objeto de estudo no campo da prática (TURATO, 2005).

Essas abordagens se classificam como tipos de atitudes, bem como as manifestações físicas, psíquicas ou sociais percebidas em indivíduos ou grupos como estímulos-respostas intrapessoais e ambientais. Nesse contexto, a pesquisa qualitativa busca entender indagações singulares nas Ciências Sociais e se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Para Minayo (2001, p. 22), “o agrupamento de dados quantitativos e qualitativos não se contestam, ao contrário, se complementam, pois, a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer oposição.”

#### 3.2 AMOSTRA E RECRUTAMENTO

A pesquisa foi iniciada em 25 de junho de 2021, no município de Ponta Grossa. Após aprovação e a liberação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), com certificado de apresentação de apreciação ética (CAAE) 426338821.6.0000.0102, e Parecer 4.751.635, ambos em apêndice (Apêndice G) e carta de aceite da instituição, onde a pesquisa foi desenvolvida (Apêndice H). Término das entrevistas em 27/09/21.

O município de Ponta Grossa está situado na região Centro-Sul do Paraná, com população estimada de 355.336 pessoas, segundo o Plano Municipal de Saúde (2017). A Atenção Básica do município possui “52 Unidades de Saúde da família na área urbana e 10 na área rural que abrigam 80 equipes de saúde da família (ESF), dessas, 13 são de Saúde Bucal. Além disso, 02 Unidades Básicas com serviços rotineiros e consultas de clínica geral, pediatria, ginecologia e obstétrica” (PONTA GROSSA, 2017).



Contudo, cada unidade é organizada de forma diferente e, enquanto tal, a pesquisa buscou como base a entrevista de caráter qualitativo; logo, não se preocupa com a representatividade numérica, mas enfatiza-se uma amostra em que os atores sociais estejam ou tenham maior envolvimento com a problemática a ser investigada (MINAYO, 2001).

Foram convidados e fizeram parte da amostra um gestor odontólogo responsável pela coordenação e 12 enfermeiros inseridos nas UBS, os quais prestaram atendimento por meio do telemonitoramento às pessoas com sintomas respiratórios. Dessa forma, a fala do gestor somou-se com as dos enfermeiros, contribuindo na qualidade da amostra.

Por tratar-se de uma população-chave, as Unidades de Saúde e os profissionais escolhidos foram intencionais, apesar de o campo da saúde possuir um universo expressivo de categorias profissionais (GIL, 2002).

A escolha dessa categoria se justifica pelo fato de o município ter os enfermeiros como responsáveis por organizar as UBS e fazer a gestão de suas equipes de trabalho. À vista disto, possuem as mesmas características básicas por estarem na mesma categoria profissional, valorizando a experiência acumulada e papel que desempenham da atenção primária à saúde. Nesse caso, as atribuições dadas a esses profissionais em particular foram determinantes para a escolha.

Por conseguinte, os critérios de inclusão foram: os sujeitos são profissionais enfermeiros e estão inseridos na APS; o gestor da Atenção Básica de Saúde (ABS), estar envolvido há pelo menos três meses no telemonitoramento das pessoas com sintomas respiratórios assim como os enfermeiros. Todos os profissionais convidados aceitaram e nenhum retirou seu consentimento.

### 3.3 COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador, que também é enfermeiro atuante na APS. O pesquisador se envolveu como sujeito da pesquisa sem proferir julgamentos, promovendo diálogo de forma parcial e limitada. Mantendo a interação com os participantes, enfermeiros e gestor, sem induzi-los a respostas, buscou propiciar momentos tranquilos, para que os entrevistados ficassem à vontade para relatar suas vivências ante ao telemonitoramento. Para isso, foram elaborados dois roteiros, com perguntas disparadoras, que funcionaram como apoio no momento do

diálogo individual com cada participante, com tempo de duração entre 30 minutos. Os roteiros se encontram nos Apêndices C e D.

A coleta de dados, dividiu-se em duas etapas. Na primeira, os participantes foram convidados e esclarecidos pelo pesquisador sobre o assunto da pesquisa. Após o aceite, receberam via *WhatsApp* um link direcionando para o *Google Forms*, contendo o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura, assim como um questionário com perguntas fechadas para caracterizar o grupo (Apêndice A e B).

Na segunda etapa, após a resposta do aceite, o pesquisador fez contato para agendamento da entrevista. No momento da entrevista, o termo de uso de voz foi lido em voz alta e foi perguntado aos participantes se concordavam com a gravação. Cabe ressaltar que, devido à pandemia por coronavírus e à preferência dos participantes, as entrevistas foram realizadas predominantemente pela plataforma *Zoom*. Nas entrevistas presenciais, foram mantidos os cuidados esperados para a prevenção de transmissão e contágio do novo coronavírus.

Dessa forma, dez entrevistas foram realizadas pelo pesquisador pela plataforma *Zoom* e apenas três foram presenciais, totalizando 13 entrevistas. Importante salientar que os mesmos participantes respondentes dos questionários citados na etapa 1, também participaram da entrevista individual em profundidade, esta audiogravada e videogravada.

### 3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Uma vez finalizada a primeira etapa, os resultados foram compilados, organizados e apresentados em tabelas, com o intuito de caracterizar o grupo e obter conhecimento prévio, propiciando melhor aprofundamento na segunda etapa da pesquisa.

Com o fim da segunda etapa, todas as entrevistas foram transcritas com auxílio de software (*sonix*), lidas e revisadas várias vezes pelo pesquisador, com intuito de estarem conforme original, mantendo todos os cuidados para a manutenção do sigilo e preservação da identidade dos participantes, assim como repará-las para a análise.

Além disso, em toda essa etapa os materiais que foram angariados no estudo foram levados em consideração; tendo, assim, como relevância responder ao

problema e aos objetivos prepostos para esse estudo. Nessa etapa, também foi realizado levantamento de várias unidades de registro, com estabelecimento das temáticas, suas respectivas categorias e pré-categorias.

Na segunda etapa do tratamento de dados foi feita a exploração do material, com elaboração prévia de algumas categorias em consonância com o objeto do estudo, como: Estratégias, recursos, desafios e potencialidades, o que foram chamadas de *a priori*, por serem estabelecidas antes da análise do material coletado. Além dessas, emergiram outras temáticas e categorias à medida que se seguiu a análise do material obtido.

Em sequência, foi elaborada uma tabela no Excel, com inserção dos recortes das transcrições e busca por estabelecer o mesmo núcleo de sentidos. Assim, os itens foram agrupados por semelhanças em suas respectivas temáticas e categorias. O aprimoramento desta grade e análise dos resultados teve como referencial teórico a abordagem fenomenológica hermenêutica de Paul Ricoeur, descrita em três fases: leitura flutuante das narrativas, leitura crítica e apropriação. Segundo Pondé, Santos e Caroso (2009, p. 132) procura-se “interpretar a partir da explicação pela linguagem e não a interpretação da própria linguagem”.

### 3.5 O REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo o referencial teórico adotado, os profissionais de saúde atuaram como sujeitos críticos, promovendo as interações com usuários do SUS. Para Ricoeur (2011, p.29), “é nessa mediação que as narrativas<sup>19</sup> produzem um conhecimento do mundo e, ao mesmo tempo participam da sua configuração em particular da sua dimensão temporal”, moderadoras ante um ponto saída e um ponto chegada.

“Esta experiência do tempo corresponde a uma profunda vivência humana, mas ao mesmo tempo trata-se de uma experiência não comunicável, porque impregnada de subjetividade” (D’ASSUNÇÃO BARROS, 2012, p. 6). Apesar desse destaque da parcialidade da experiência, entende-se que ela nasce a partir das

---

<sup>19</sup> “Emergindo do vivido, ele retorna, transformando o e transformando se em um único movimento, de tal maneira que se pode dizer que a narrativa histórica é uma reflexão do Vivido sobre si mesmo, através das imprescindíveis mediações do historiador que constrói o texto e da atividade recriadora do leitor que recebe e ressignifica a obra historiográfica, compreendendo, através dela, a si mesmo e ao mundo. Neste ponto, é oportuno compreender o papel que é desempenhado pela Hermenêutica na compreensão ricoeuriana da História.” ((D’ASSUNÇÃO BARROS, J.;2012, p.17).”

vivências dos sujeitos, considerando o objetivo e o subjetivo, tendo significado a contar com a presença da “dialeticidade da linguagem, a qual constitui e é constituída pelos sujeitos, suscitando a produção de sentidos múltiplos e significados sobre ela” (DE GOUVÊA, 2010, p.8).

Além disso, na contemporaneidade as pessoas têm mais acesso às informações. Isso ocorre por causa do ascendente desenvolvimento das tecnologias, assim como o avanço da internet, a qual proporciona a chegada de informações em larga distância por meio das redes sociais e outros meios de comunicação.

Assim, a facilidade de informações gera conhecimento. Dessa forma, as pessoas têm mais capacidade de opinar sobre um determinado assunto, porque o saber não está em um mundo estático, ao contrário, está sempre em movimentos, “trabalha, quer dizer, que pretende conformar o mundo, tanto o mundo ‘natural’ quanto o mundo ‘social’ e ‘humano’, tanto a ‘natureza externa’ quanto a ‘natureza interna’, segundo seu saber, seu poder e sua vontade” (BONDÍA, 2002, p.24).

Nessa pesquisa, a interação do pesquisador com os entrevistados propiciou que os participantes ficassem à vontade para narrar suas vivências frente ao telemonitoramento. Cabe destacar que dentro desses relatos: “os textos, os discursos e as informações de um modo geral [...] têm, portanto, existência própria e são, em si mesmos, um fenômeno sociopolítico que adquire relevância no curso da história” (AZEVEDO, 2004, p. 130). Para Caprara e Veras (2005), as pessoas podem compreender os seus atos ou de outros indivíduos de forma diferente, ou seja, as pessoas podem narrar algo, e atribuir diferentes sentidos. Desse modo, é importante interpretar as narrativas por meio de várias leituras sem atribuir julgamentos.

Para Ricoeur (2011), as narrativas acontecem com o envolvimento do tempo e do sujeito que provoca o evento, o fato ou ação, e assim pode acontecer o discurso entre o autor e o leitor. Finalmente, a compreensão das narrativas se efetiva por meio do ciclo hermenêutico.

Dessa forma, vale destacar algumas questões relacionadas ao tempo. Quando se pensa em tempo, logo vem em nossa memória a dimensão cronológica e fenomenológica temporal. Porém, de acordo com Paul Ricoeur, leva-se em consideração o tempo da narrativa que ocorreu em um determinado espaço, onde ocorreram as narrações os discursos, as falas, em um tempo cronológico,

perspectiva que será utilizada nesse estudo. Vive-se em um tempo marcado pela circunstância de saúde posta no país, devido à pandemia do coronavírus, com encetamento em fevereiro de 2020, no Brasil. Assim, diante dessas particularidades, os profissionais e participantes da pesquisa sentiram a necessidade de se reorganizarem em suas práticas.

Para abordar um pouco sobre o tempo e a narrativa criada por Paul Ricoeur, apontam-se aqui duas concepções de tempo, sendo o tempo lógico (externo) de Aristóteles e o tempo interno da alma de Santo Agostinho. Porém, um diverge do outro, pois o tempo do mundo, cosmológico, é ocultado pela concepção psicológica do tempo de Santo Agostinho; o tempo da alma é ocultado pela concepção cosmológica de Aristóteles. A partir da interação dialética<sup>20</sup> entre o vivido e lógico, onde o tempo vivido é o tempo da alma, o qual inclui os sentimentos, as experiências e o próprio desafio de viver, o mesmo indivíduo pode enfrentar diferentes desafios e sensações. O tempo lógico é o tempo externo, ou seja, é tempo cronológico que parte desses dois polos, no qual Paul Ricoeur faz a construção da sua própria proposta do tempo da narrativa histórica, levando em consideração que tempo e narrativa se incorporam, em outros termos, um depende do outro (D'ASSUNÇÃO BARROS, 2012).

O mundo exibido por qualquer obra narrativa é sempre um mundo temporal, 'torna-se tempo humano à medida que se articula com o modo narrativo em comprobatório as narrativas e significativa na medida em que esboça a experiência temporal' (RICOEUR; BERLINER, 1994, p. 15). Assim, para os mesmos autores, o ser e a experiência fundamental são expressos por uma sequência de símbolos que reintroduz no estado nascente da linguagem. Toda essa relação é uma hermenêutica.

Desse modo, o homem descontente com sua linguagem inicial e natural e, para estampar sua experiência, julga necessário alcançar uma compreensão

---

<sup>20</sup> Paul Ricoeur, "percorre caminho da dialética da compreensão e da dialética da explicação, da compreensão a capacidade de alguém retomar, em si mesmo, um trabalho de estruturar e explicar um texto, procedendo por meio de uma operação para clarificar, elucidar e mostrar os códigos e as mediações subjacentes ao trabalho de estrutura feito pelo leitor-intérprete. Por outro lado, compreender um texto é achar um sentido que possa ser indicado pelo próprio texto, seguir o movimento desse sentido para as referências, seguir o que o texto diz (o quê?), para quem ele diz algo (a quem se destina?). Nesse processo, aplica-se a hermenêutica ou filosofia reflexiva [...]" (De Oliveira, 2011p.7).

causadora de sentido, uma maneira ideológica do compreender. “Para além da experiência das coisas e dos acontecimentos, situa-se a nível de linguagem filosófica, linguagem interpretativa capaz de revelar uma experiência ontológica [...]” (RICOEUR, 1999, p. 3). Assim, torna-se relevante compreender a narrativa a partir do envolvimento do leitor na própria narrativa (CAPRARA; VERAS, 2005).

Esse tempo vivido do sujeito representa o espaço das narrativas, momentos de narração e de experiência de desenvolvimento pessoal. Para que isso aconteça, é preciso um evento/fato. Assim como para existir o tempo é necessário que haja narrativas e estas se vinculem ao processo temporal, ou seja, um complementa o outro, o que Paul Ricoeur (1999) chama de tempo das narrativas.

Desse modo, da coleta dos dados até o tratamento e análise as reflexões foram realizadas segundo o expoente no campo da fenomenologia e da hermenêutica em Paul Ricoeur. Fundamentado nas leituras dos seus textos, as quais trouxeram embasamento para a compreensão das narrativas dessa pesquisa, as entrevistas foram transcritas, lidas e compreendidas, recorrendo à compreensão da própria narrativa dos autores, conforme hermenêutica ricoeuriana. Também foram feitos os recortes e o agrupamento por núcleo dos sentidos.

Assim, “quando precisamos agenciar as experiências de diversos indivíduos, então, e este é o caso da construção de uma narrativa ou de uma intriga historiográfica, as discordâncias multiplicam-se” (D’ASSUNÇÃO BARROS, 2012, p.13). A narrativa acontece quando agrupamos os discursos dos participantes por núcleo de sentidos, de modo que ocorre uma trama de diferentes ideias individuais, não isoladas tampouco desconectadas.

O mesmo autor aborda que: “Uma determinada trajetória humana, dentro desta narrativa, pode estar satura da de eventos importantes e uns mais importantes do que outros); [...]” (D’ASSUNÇÃO BARROS, 2012, p.14). O mesmo autor reitera ainda que, no tempo narrativo, eventos podem ser identificados em sequências, criando significado por estabelecer uma conexão. “[...] As ações dos vários agentes precisam ser unificadas através de uma relação necessária em uma totalidade de sentido, [...]” (D’ASSUNÇÃO BARROS, 2012, p.14).

Ademais, torna-se importante mencionar a caracterização do discurso das narrativas, assim conforme destacado por D’Assunção (2012). O discurso das narrativas irá dar forma ao discurso, já que a própria língua possui uma diversidade

de redes conceituais com potencial narrativo, o que é chamado por Ricoeur de “configurações pré-narrativas da ação”.

Dessa maneira, torna-se necessário identificar o sentido do acontecimento da linguagem e não o acontecimento propriamente dito, na ultrapassagem do acontecimento da significação e na particularidade do discurso. “É para isso que Ricoeur se utiliza da linguística do discurso, pois, para ele, é aí que acontecimento e discurso se articulam e compõem o problema hermenêutico” (FERNANDES, 2015, p. 3).

Diante desse contexto, cabe explicitar como ocorre toda essa trajetória ante às narrativas, cabendo reiterar a hermenêutica de Paul Ricoeur e procurar compreender a trama trazida nas 13 narrativas da pesquisa realizada na APS. Dessa maneira, será discorrido sobre o círculo hermenêutico proposto por Ricoeur e sua ocorrência entre narrativa e temporalidade. A tese de que a temporalidade depende da linguagem extraída da experiência temporal. Cabe salientar que o círculo da hermenêutica de Paul Ricoeur traz ao leitor a necessidade de examinar as relações entre o texto e o viver. Nessa perspectiva, o leitor/pesquisador está no mesmo ângulo dos participantes/ autores das narrativas, ou seja, isso demonstra que a pesquisa de campo deve ocorrer entre entrevistador e entrevistado, na mesma linha de raciocínio, ambos na vertical, onde o aprendizado é recíproco.

FIGURA 1 – MIMESSES DE PAUL RICOEUR / CÍRCULO HERMENÊUTICO



FONTE: Autor (2022).

Em conformidade com Ricoeur, para que o círculo hermenêutico transcorra é preciso compreender três momentos, chamados pelo autor de “estrutura trifásica” e divididos em mimeses, sendo 1, 2, e 3, conforme a seguir:

O grande círculo da hermenêutica representa o sujeito envolvido com o tempo, os fatos/acontecimentos e o discurso.

Mimese 1: experiência vivida - É campo prático que aproxima a vivência do sujeito. Desse modo, confrontando as Mimeses de Paul Ricoeur com a pesquisa, abrange-se os profissionais da APS. Desse modo, associa-se os 3 momentos da mimese com a pesquisa efetuada.

Na Mimese 1, há o envolvimento do sujeito/autor das narrativas, os quais atuaram no campo prático, realizando o telemonitoramento em tempos de pandemia provocada pela COVID-19, se reorganizando e inovando para usufruir das ferramentas que viabilizam o atendimento à distância. A pesquisa intitulada. “A percepção dos profissionais da atenção primária à saúde diante do telemonitoramento de pessoas com sintomas respiratórios em um município no sul do país”, procurou estabelecer uma relação com os sujeitos da pesquisa, com base no círculo hermenêutico de Ricoeur.

Mimese 2: experiências narradas - Aconteceu por meio da entrevista semiestruturada aplicada aos sujeitos da pesquisa que estavam na prática, assim interagindo com a Mimese 1.

Mimese 3: experiência transcrita e a experiência interpretada - Atuação do pesquisador leitor, o qual interagiu com os autores/sujeitos da pesquisa que estavam sendo representados na Mimese 1, mediante leituras e refiguração das narrativas produzidas pelos autores, presentes na Mimese 2.

Por intermédio das narrativas dos participantes da pesquisa, identifica-se experiência vivida, experiência narrada, experiência transcrita e a experiência



interpretada. O círculo hermenêutico representa o vivido que retoma ao seu próprio viver. Quando o leitor também está emerso nas narrativas, “compreende através delas a si mesmo e ao mundo” (D’ASSUNÇÃO BARROS, 2012, p. 16). “Ricoeur declara que nas ciências humanas e sociais não se trata de demonstrar que uma determinada conclusão é verdadeira, [...], mas se trata de demonstrar que uma conclusão é válida, legítima” (MELO, 2012. p. 5).

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Fizeram parte da pesquisa treze participantes, sendo doze enfermeiros e um gestor, que atuaram diretamente no atendimento remoto na estratégia de saúde da família, conforme TABELA 1.

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Nome fictício	Idade	Gênero com o qual se identifica	Formação	Tempo de trabalho com o monitoramento	Tempo de atuação na ESF
Amarelo	32	Mas.	Mestrado	1 a 2 anos	Mais de 5 anos
Azul/cia	47	Fem.	Especialização	1 a 2 anos	mais de 5 anos
Vermelho	41	Fem.	Especialização	1 a 2 anos	mais de 5 anos
Magenta	39	Fem.	Especialização	1 a 2 anos	mais de 5 anos
Laranja	35	Fem.	Especialização	1 a 2 anos	mais de 5 anos
Roxo	44	Fem.	Especialização	1 a 2 anos	mais de 5 anos
Vermelho	39	Fem.	Especialização	1 a 2 anos	mais de 5 anos
Azul	32	Fem.	Especialização	Menos 1 ano	mais de 5 anos
Cinza	40	Fem.	Especialização	1 a 2 anos	mais de 5

					anos
Vermelho-claro	32	Fem.	Mestrado	1 a 2 anos	Mais de um ano
Verde claro <sup>3</sup>	27	Fem.	Especialização	1 a 2 anos	Mais de um ano
Verde esc.	40	Fem.	Especialização	1 a 2 anos	mais de 5 anos
Verde claro	47	Fem.	Especialização	1 a 2 anos	mais de 5 anos

FONTE: Autor (2022).

Os instrumentos utilizados na realização do telemonitoramento estão elencados na TABELA 2. Mais detalhes sobre o modo o estudo aconteceu e as experiências serão detalhados a partir das análises das entrevistas em profundidade.

TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS UTILIZADAS NO TELEMONITORAMENTO

Entrevistado	Nome fictício	Telefone e fixo	Mensagem via WhatsApp	Ligação e via WhatsApp	Mensagem programada
1	Amarelo	X			
2	Azul/cia	X			
3	Vermelho-Escuro				X
4	Magenta	X	X	X	
5	Laranja		X		
6	Roxo		X	X	

7	Vermelho		X		
8	Azul		X	X	
9	Cinza				X
10	Vermelho-claro	X		X	
11	Verde claro3				X
12	Verde esc.	X		X	X
13	Verde claro	X		X	

FONTE: Autor (2022).

Ainda neste primeiro questionário, para caracterizar o grupo e ter uma percepção inicial do que foi realizado, observou-se que o grupo era impactado por alguns desafios, como a falta de equipamentos apropriados para garantir o telemonitoramento e a escassez de recursos humanos. Por outro lado, como potencialidades, indicaram melhora na cobertura em sua área de abrangência na ESF, possibilidade de reforço de orientações e cuidados em saúde e aumento da segurança e diminuição do medo dos usuários. Apesar de alguns ressaltarem a necessidade de melhoria de acesso à UBS, foi destaque o telemonitoramento como facilitador para o contato com o usuário.

Em um primeiro momento, a pesquisa realizada por meio do formulário elaborado no *Google Forms* respondeu ao primeiro objetivo da pesquisa, que era caracterizar os profissionais de saúde e as respectivas tecnologias utilizadas por eles, no contato com pessoas que tinham sintomas respiratórios. Esses dados obtidos na primeira etapa da pesquisa proporcionaram direcionamento e aprofundamento nas entrevistas audiogravadas e videogravadas.

#### 4.2 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

A partir da análise das transcrições, surgiram algumas temáticas e categorias.

Primeira temática: organização do processo de trabalho do telemonitoramento, a qual envolveu as seguintes categorias: organização, envolvimento da equipe e os recursos tecnológicos utilizados.

Segunda temática: enfrentamento das equipes ante ao telemonitoramento as pessoas com sintomas respiratórios, envolvendo as categorias potencialidades e dificuldades.

Sobre a organização do processo de trabalho, os relatos dos participantes indicaram o fluxo da organização, as tecnologias utilizadas e o envolvimento dos profissionais no telemonitoramento. Foi possível compreender que quando começaram a surgir casos de COVID-19 na cidade, o telemonitoramento era realizado pela própria gestão, em uma sala na prefeitura, com atendimento a poucas pessoas com sintomas respiratórios. Entretanto, à medida que os casos aumentaram, o monitoramento das pessoas com sintomas respiratórios foi expandido para as UBS, exigindo necessária reorganização.

Nos relatos, surgiu a descrição de um enfermeiro, escalado pela gestão, o qual permaneceu em uma sala na prefeitura, coordenando as ações, estabelecendo fluxos e agrupando dados. Esse profissional recebia as fichas de notificações da vigilância epidemiológica, nas quais constavam o nome das pessoas com sintomas respiratórios que tinham sido notificados pelas unidades de referência para COVID-19. Posteriormente, organizava os dados em planilhas e compartilhava com os profissionais das UBS, pelo *e-mail* institucional no *Google Drive*. Na UBS, esses colaboradores recebiam essas planilhas, verificavam os nomes das pessoas, os números telefônicos, endereços e se realmente pertenciam a respectivas áreas de abrangência.

Se os dados estivessem adequados, eles organizavam em planilha específica de cada UBS, para iniciar o telemonitoramento. Se a planilha possuísse dados incompletos ou incorretos, o enfermeiro da unidade solicitava para o agente comunitário entrar em contato com as pessoas para confirmação dos dados.

Então... inicialmente, uma equipe dentro da coordenação, é ...que fazia o monitoramento. Porque era um número pequeno de contaminados, à medida, que foi crescendo durante o ano, e nós fomos avançando, muitas unidades começaram a nos auxiliar (VERDE CLARO).

Ante à forma de organização do telemonitoramento, conforme relatos dos participantes, cada equipe, ao receber a planilha compartilhada da gestão, fez sua própria organização. Com seus recursos humanos, tecnológicos e estruturais, algumas organizavam-se por meio de escalas, com a participação de todos os profissionais. Outras deixaram um agente comunitário de saúde responsável por essa prática de telemonitoramento. Em alguns lugares, houve escalação de residentes.

Foram mencionados pelos participantes, diferentes modos de organização das equipes no telemonitoramento. Eles trouxeram, em seus relatos, que realizavam ligações do telefone fixo e que possuíam muitas dificuldades na adesão dos pacientes pois eles não atendiam as chamadas telefônicas. Para sanar esse problema, os profissionais salientaram que foram estabelecendo outros modos de contato: algumas equipes utilizavam *WhatsApp Web* do celular pessoal, enquanto outras faziam o uso de uma plataforma, com o *WhatsApp Business* instalado, para se comunicar com as pessoas que apresentavam sintomas respiratórios.

Notou-se, nos relatos, que as equipes dividiam-se para fazer o telemonitoramento: uma equipe ficava responsável pelo período da manhã e outra pelo período da tarde. Em uma das falas dos trabalhadores, verificou-se que algumas equipes realizavam essa atividade nos feriados e finais de semana

Também veio à tona que algumas equipes faziam as anotações/registros do atendimento remoto nas próprias planilhas compartilhadas no *drive*, enquanto um dos relatos abordou que também faziam no prontuário eletrônico, como Estratégia do Departamento de Atenção Básica (ESUS).

Evidenciou-se a partir da fala dos participantes que fizeram uso de seus próprios recursos, os profissionais levavam o *notebook* e faziam uso de seus próprios celulares, porque não havia equipamentos suficientes para fazer toda essa organização. Porém, destacavam que utilizavam a rede de internet da prefeitura. Um dos participantes faz o seguinte destaque, conforme trecho abaixo.

Como não sei, se foi talvez... numa próxima pandemia. (sorriu), talvez os serviços se organizem, de forma a garantir que esse trabalho, que as pessoas que fazem, trabalham, tenham mais acesso a um computador decente, uma internet decente, a um telefone à disposição., Então: não tinha uma estrutura só para isso, então, a gente conforme ia atendendo, ia assim.... [Fazendo o telemonitoramento] (AZUL-CIA).

Sobre o envolvimento da equipe no atendimento remoto, destacaram-se algumas categorias profissionais nos relatos, como: agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros, técnicos administrativos, técnicos de enfermagem, residentes da residência multiprofissional em saúde coletiva (educador físico, enfermeiro, odontólogo, veterinário, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta), “estagiários e até mesmo o pessoal da recepção”. O único profissional que não foi mencionado nessa modalidade de atendimento foi o médico.

Além disso, à medida que se analisou todas as transcrições percebeu-se que as pessoas que realizavam o telemonitoramento não ficaram fixas, pois houve local em que o trabalhador precisou se afastar e foi justamente esta pessoa que ficou responsável pelo telemonitoramento das pessoas com sintomas respiratórios. Pelos relatos, ocorreu flexibilização nessa organização, conforme os próprios trabalhadores vivenciavam os efeitos da pandemia. Segue um trecho de uma participante, que conta sobre o trabalho remoto.

[...] em agosto eu me afastei. Eu vim para teletrabalho em casa, por comorbidades, que de início eu nem quis. Achei que estava tudo ok, mas quando eu vi a obesidade, hipertensão, **estava** [ Grifo do autor para indicar o aumento do tom de voz] mesmo fazendo o quadro complicado, e eu já estava num período muito estressante, porque, POR SER pré-diabética, eu me afastei. Quando me afastei que eu vim para teletrabalho e tem mais colegas nossos que também estavam nessa condição (ROXO).

Segundo os entrevistados, a partir de janeiro de 2021 o telemonitoramento foi reorganizado e centralizado, retornando a ser conduzido em uma sala específica na Prefeitura Municipal, desta vez com uma infraestrutura maior, conforme descrito no trecho abaixo.

Na central de monitoramento tinha uma sala específica, tinha uma média de 25 computadores, com telefones, e foram contratados estagiários, para desenvolver essa tarefa de monitoramento (VERDE CLARO).

Mediante o que foi narrado pelos entrevistados, surgiram descrições de dificuldades e potencialidades associadas ao processo de telemonitoramento. Quanto às dificuldades, a maioria dos participantes relatou sobre a falta de pessoal. Relataram que houve vários afastamentos de profissionais.

Desse modo, as equipes trabalhavam com o pessoal reduzido. Salientaram, em suas explicações, que os serviços já estavam bem debilitados quanto ao número de pessoal, desde antes da pandemia. Além disso, também abordaram que

o monitoramento foi uma atribuição a mais, contudo, sem acréscimo de pessoal, conforme se lê abaixo.

Hoje falta recurso. O recurso humano, você.... o tempo que você tem os profissionais que a gente vai se adaptando para prestar atendimento. Era bem cansativo (VERDE CLARO).  
[...] mas era mais uma coisa, era mais um trabalho, era mais um peso, e acaba que recai sobre nós, essas mudanças. Foi bem difícil [...], mas o RH faltava. ... Isso ficou bem nítido, sabe? Foi estressante (ROXO).

Além do que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), foi citada no relato de um dos participantes como sendo uma medida que dificulta a contratação de profissionais.

E, a gente acaba tendo muita dificuldade de pessoal, até, com a nova legislação Penab (2017), que traz um novo formato de contratação de profissionais, na formação de equipes mínimas (AZUL).

Os trabalhadores expressaram alguns sentimentos em suas alocações, quanto à carência de estrutura física, e associavam também a falta de recursos tecnológicos para fazer o trabalho de telemonitoramento. Alguns deles apontaram que não existiam uma sala específica para prestar o telemonitoramento. Descreveram, em seus discursos, que inicialmente realizavam o telemonitoramento com o telefone fixo, instalado na recepção. Reforçaram que esses espaços utilizados não eram adequados para esse atendimento, pois era difícil manter a privacidade dos pacientes. Notabilizaram que isso foi um dos motivos que levou o uso mais extensivo dos seus próprios celulares. Conforme trecho abaixo.

A gente acabava travando o atendimento da unidade, o telefone ficava na recepção e não tinha muita privacidade, vamos dizer assim. E não dá para expor muito paciente embora fosse orientações para todos. A gente tinha esse cuidado também. Então acabava que nós usávamos o nosso celular, as ACS [agente comunitárias de saúde], usavam celulares delas. Eu acho que tinha sim [comprar mais computadores] só que eu acho que aí esbarramos nos recursos [financeiros] mesmo do município. **computador** [grifo do autor, para mostrar que falou mais alto]. Era tudo muito difícil (ROXO).

Teve dificuldades em utilizar o nosso próprio aparelho, por exemplo. Mas, eu acho que se é para o bom desenvolvimento. Eu não tenho problema nenhum. Eu acabo utilizando meu aparelho celular, por exemplo, que também acaba sendo uma ferramenta do meu trabalho ( AZUL).



Outro ponto que surgiu na fala dos participantes foi o sentimento de despreparo na prática de telemonitoramento, visto que afirmaram que sentiam medo de abordar as pessoas e passar resultados positivos dos testes de COVID. Ressaltaram ainda a necessidade de estar se familiarizando com as tecnologias e que não tiveram treinamento para executar tal atividade. Segue o trecho de um relato para exemplificar.

Eles foram sensibilizados para essa atividade? Como a gente nunca tinha passado por esse processo, a gente não tinha ideia da necessidade, do porquê fazer isso, porque esse monitoramento diário, ou a cada dois dias. Então, eu acho que foi tudo muito a toque de caixa. Acho que ninguém estava...[PREPARADO] [...]então, não entendeu o porquê dessa ação [telemonitoramento], então, ficou esse processo de trabalho... fico meio que assim, meio que na questão da imposição (AZUL-CIA).

Outra dificuldade notada na fala de um dos entrevistados se deu na mudança de planejamento por causa da pandemia. Eles assinalaram que isso foi um dos fatores alteradores da rotina, pois planejamentos que haviam realizados anteriormente foram modificados. Seguem os trechos para exemplificar.

A gente tinha todo um planejamento para 2020 lindo, maravilhoso e que março, porém foi por água abaixo e foi difícil largar ele lá e elegante, abraçamos o monitoramento, com todas as orientações, mas foi um trabalho.... assim de desentendimento de toda a equipe, sabe de toda a equipe, entender que o momento era outro, e que a gente precisava trabalhar diferente (ROXO).

Como dificuldades gerais do telemonitoramento os participantes destacaram dois pontos específicos: um relacionado ao contato presencial e outra relacionada ao aumento da demanda. Ainda com respeito à percepção geral, uma das explicações, salientou-se que essa modalidade de atendimento foi apenas para perguntar para as pessoas com sintomas respiratórios e seus familiares sobre seu estado de saúde. Frisou que não teve um caráter clínico.

Notou-se na fala de muitos entrevistados que o atendimento remoto não descartou a presença do físico e que alguns casos foram de possível resolução, outros não. Ademais, ainda expressaram que muitas pessoas necessitam do olhar mediante atendimento presencial.

Para algumas pessoas a gente percebeu que esse serviço [TELEMONITORAMENTO] era excelente. Para outras pessoas, já não é

capaz de suprir a necessidade, então, né? Não é uma coisa que possa dizer assim: Digamos assim, agora só isso. E não vai ter outra ...outra forma de atendimento, então para um público dá certo, para outros não (AZUL-CIA).

Então, é porque, no começo era tranquilo. Depois a pandemia tomou uma proporção, que a dificuldade maior era o volume, mesmo, era a que [fazer o telemonitoramento]. E isso acabou gerando... É quase que impossível, a gente conseguir acompanhar todo o mundo [todas as pessoas com sintomas e seus familiares] da maneira (CINZA).

Ainda sobre o telemonitoramento, um relato destacou duas questões relevantes, uma relacionada a dificuldades no contato telefônico e outra relacionada busca ativa. Outro relato cita como exemplo: por ser o número da prefeitura, “as pessoas têm receio em atender”. Descreveram também que muitos não aceitaram essa ideia de ser monitorados. Abaixo segue um trecho para exemplificar.

Às vezes a pessoa estava em casa e não dava um sinal de vida, não respondia, e a gente sempre se esforçando para fazer a busca ativa, mas sem muito sucesso. Quando a pessoa não responde o telefone [fixo], não responde às mensagens, e dificilmente você vai achá-lo também, [na] busca [ativa]. Mesmo ela estando em isolamento. Às vezes, ela não estava em casa, então, essa foi uma dificuldade, é... e então a principal dificuldade foi essa que as pessoas não atendiam ao telefone (VERMELHO).

Apareceu relatada de forma positiva a modalidade de atendimento, “telemonitoramento”: relataram que foi útil para o aprendizado e reorganização do processo de trabalho. As falas apontaram para o fato de que nunca tinham se deparado anteriormente com aquelas situações.

Perceberam o momento como fator importante para o desenvolvimento profissional e pessoal e, enquanto equipe, reiteraram o telemonitoramento e o uso de tecnologias como algo inovador. Destacaram, em seus relatos, que esse cenário favoreceu a compreensão de uma nova modalidade de atendimento aos pacientes do SUS. Relataram também que essa modalidade de atendimento, vai predominar no futuro.

[...] Eu acho, que logo a gente vai também trabalhar um pouco na saúde pública com telemedicina, não só para COVID, mas para muitas outras coisas. Eu acho que essa nova... esse novo tempo, e essas dificuldades servirão para a gente, repensar a maneira, com que a gente trabalha, e usar cada vez mais as tecnologias que estão à nossa disposição. No monitoramento a gente se reinventou. Foi um momento bem delicado. Foi um momento que ninguém estava preparado. Ninguém imaginou que a

gente viveria uma pandemia. A gente teve que se reinventar, para poder dar conta de um novo conceito, mas assim, eu acho que tudo é válido (VERDE CLARO).

Ainda relacionado a percepção geral outros relatos trouxeram o telemonitoramento, como uma potencialidade e destacaram que serviu para orientar, tirar dúvidas permitir aproximação do paciente, criando vínculo com a equipe. Também favoreceu o acolhimento, repasse de informações com precisão e rapidez. De modo geral, evidenciou-se, pelos comentários, que a população ficou bem assistida. Ainda exemplificaram, em seus relatos, que as pessoas monitoradas perguntavam: “porque o fulano, não me ligou?”

Então, eu acho que... o que é positivo. É que a gente consegue ser mais resolutivo: A gente consegue conversar, orientar, e muito orientação. Então acho que a gente consegue orientar melhor as pessoas, do que fazer, quando procurar atendimento (CINZA).

Nós tivemos muitos elogios da população, no sentido de ser valorizado como um indivíduo, ser atendido de forma individual (VERDE- CLARO).

Nas alocações, os trabalhadores expressaram seus sentimentos quanto ao envolvimento da equipe. Um dos relatos destacou que foi um trabalho conjunto, somando a força e a união de todos os trabalhadores, “...e tem que ser reconhecido”. Outras falas trouxeram que esse envolvimento foi muito forte e que os profissionais foram solidários entre eles mesmos e com a população. “Eles vestiram a camisa”. Segue um trecho de um relato para exemplificar.

Então assim, a gente foi percebendo que vários profissionais, foram sendo envolvidos no monitoramento, que eles nos ajudaram bastante, então assim, o fardo não ficou pesado para o colega, porque a gente dividia ali com todo mundo. A gente não pegou tudo para nós [enfermeiro]. A gente direcionava as orientações. Foi multiprofissional o monitoramento todo mundo ajudou um pouco e a gente conseguiu concluir com sucesso (AZUL).

Enquanto outros relatos apontaram como potencialidades os recursos tecnológicos, que favoreceu na elaboração de planilhas “bem mais elaboradas”. Reiteraram que se não fosse os recursos tecnológicos, seria impossível executar as atividades presenciais, devido ao aumento do número de pessoas contaminadas. Enfatizaram, como positivo, o uso de diferentes estratégias tecnológicas, como uso de uma “nova ferramenta, que deu muito certo, que foi o *Whatsapp Business* e

*Whatsapp Web*, trouxe tranquilidade, rapidez e facilidade”, forma que permitiu que as pessoas monitoradas retornassem seguidamente às equipes.

Então acredito que o recurso tecnológico, enquanto pandemia foi bem utilizado. NÉ? e o monitoramento veio ajudar mesmo, sabe? E acredito que preveniu bastante a questão de subnotificação ( AMARELO).

Quanto as tecnologias, apareceu relatada de forma positiva, destacaram que permitiu o trabalho no domicílio. Além do que, muitos outros enfatizaram a relevância do uso como aliados no serviço, possibilitando a comunicação com as pessoas para melhor acolhimento. Um dos entrevistados expressou em sua alocução que o telemonitoramento foi facilitador.

[...] [Telemonitoramento] serviu também para aproveitar esses... esses profissionais que ficaram em teletrabalho, sabe? E, aliviaria os profissionais que ficaram trabalhando[presencial], então como potencialidade [USO DESSAS FERRAMENTAS] (ROXO).

[...] se não fosse [ESSAS FERRAMENTAS] dessa forma não teria pernas, nem pessoas, ou algo para fazer todo esse monitoramento presencial (AZUL-CIA).

Ainda sobre o uso das tecnologias, eles relataram que o telemonitoramento foi algo inovador, visto que por meio de “perfil tecnológico” avançado, não havia risco para quem estava monitorando [profissionais], tampouco para as pessoas com sintomas respiratórios que recebiam esse atendimento. Apontaram que as equipes adaptaram-se para haver aprendizagem conjunta.

[...] adequar, salas, adequar, atendimentos, adequar todo, todo o momento, para que a gente conseguisse fazer, e se fazer valer desse momento. E, sempre priorizando, porque são muito sérios. Ele [telemonitoramento] é uma consulta (MAGENTA).

Eu acho que... eu acho que é isso, assim, eu penso que em momentos de pandemia, que a gente está vivendo, a gente vai se descobrindo enquanto profissional, aprendendo a trabalhar com aquilo que a gente tem, a trabalhar de forma diferente com a equipe (AZUL).

Os entrevistados trouxeram o telemonitoramento como potencialidade e salientaram que, caso não tivesse essa modalidade de atendimento, os profissionais não teriam “pernas” para atender toda a demanda de pessoas com sintomas respiratórios de forma presencial. Um participante enfatizou que foi efetuado uso de plataforma digital por meio de mensagens via *Whatsapp*. Outros participantes

trouxeram que faziam uso do *Whatsapp Web* em seus próprios celulares. Destacaram que, por meio dessa modalidade, bons resultados foram notados, visto que as pessoas visualizavam as mensagens e a maioria das pessoas dava retorno para as equipes.

Depois com o enfermeiro [FULANO], nós, nos ensinou, a usar uma nova ferramenta, que deu muito certo, que foi o WhatsApp business. E, aí ficou mais tranquilo, mais rápido, né? Hoje mesmo, eu trabalho numa comunidade, que é bem carente, mas, hoje em dia, quase todas as pessoas têm um celular, e fazem muito uso do WhatsApp, [... A equipe não tem pé, para estar fazendo visitas [...] então foi uma ferramenta de telemonitoramento, veio como uma ferramenta, para auxiliar mesmo, as equipes. Foi muito, muito bacana (MAGENTA).

A APS conseguiu essa melhoria e aumentou os recursos, que computador na unidade que a gente conseguiu dois computadores a mais para fazer o monitoramento. E, daí entra a própria equipe, que teve a adoção de um celular para que além do WhatsApp o, a tinha mais de um outro número, também para ajudar a fazer o monitoramento (VERMELHO).

Os entrevistados ainda abordaram algumas expectativas e experiências com o telemonitoramento e pandemia em suas alocações. Descreveram que esse serviço na APS não pode ser utilizado somente no tempo de pandemia. Além disso, sublinharam que isso poderá avançar para outros tipos de atendimento, como: “orientações aos pacientes crônicos, gestantes e mães com crianças na puericultura”.

[...] e eu espero que a gente consiga usar esses recursos para outros serviços (MAGENTA).

A gente tem que se preparar, e se programar para que cada vez mais a gente use as ferramentas tecnológicas, a nosso favor. [...] e a gente vê que isso veio para ficar (LARANJA).

Um dos participantes reiterou a situação, para ele, caótica, do SUS. As vulnerabilidades são externadas e a falta de consciência de parte da população se torna destaque. Além disso, o atendimento é comparado entre o setor público e privado, demonstrando que poderia haver mais espaço para quem possui plano de saúde, assim como ação mais qualitativa. Porém, falta conhecimento a respeito das demandas e carências do SUS, conforme aponta no trecho.

[...] Eu acredito que a gente enfrentou um **caos**. [ Grifo do autor para indicar o aumento do tom de voz] E, para mim, foi a experiência mesmo: De ver o quão a gente é vulnerável, assim, sabe? Quanto a população, é carente de saúde, assim como: o quanto o sus é **importante** “e que as pessoas não têm consciência disso.” Então muitas pessoas que não conheciam o SUS.

Hoje **conhecem**: É, porque tiveram que fazer um teste rápido lá, porque tiveram que usar o sistema[SUS...] então assim: Tinha dias, que não adiantava você ter plano de saúde, porque você não tinha vaga, em lugar nenhum. Então: Era onde você ia ser atendido **mesmo**... Muitas pessoas do particular...[que usaram o sus]: saíram agradecendo, pelo atendimento e falando: “Que legal, que organizado, que... não sabia que tinha isso, que não sabia que tinha aquilo”. [...] as pessoas conhecerem a importância, e conhecerem que isso [SUS...]. Mas, nem todo mundo conhece, então: Essa questão da pandemia em si (AMARELO).

Um dos relatos destacou o seu sentimento enquanto experiência, conforme exemplificado a seguir.

Mas pra mim, ficou: **a experiência mesmo**... E valorização. Mesmo sabendo de nosso trabalho enquanto enfermeiro, também [ enquanto ] equipe de saúde, como um todo, sabe que foi assim,[foi] fantástico. Todo mundo está esgotado: ainda não dá para dizer que a gente está descansado, porque está todo mundo esgotado. A pandemia não acabou, ainda. A gente está muito cansado, mas, a gente está aí. E, está aí para enfrentar (AMARELO).

Diante desses aspectos, destaca-se o esgotamento das equipes e a disposição para continuidade do trabalho. A partir dos resultados observados, torna-se necessária a discussão dos dados obtidos para que haja reflexão das práticas e aprimoramento de um trabalho com maior qualidade.

## 5 DISCUSSÃO

Para melhor organização dos dados, os itens a serem discutidos foram separados em dois assuntos específicos: a organização das equipes ante ao telemonitoramento das pessoas com sintomas respiratórios e o enfrentamento, as percepções e o envolvimento das equipes da APS no atendimento remoto. Diante da organização das equipes para o telemonitoramento de pessoas com sintomas respiratórios, discute-se o déficit de recursos humanos, tecnológicos e estruturais, além da falta de treinamentos trazidas no relato dos participantes. Contextualizado sobre o subfinanciamento em relação ao SUS, que pode ser uma das possíveis causas. No que diz respeito ao enfrentamento, percepções e envolvimento das equipes da APS no atendimento remoto, discute-se algumas questões emocionais, de proatividade e de experiência dos profissionais envolvidos em relação ao telemonitoramento.

### 5.1 ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES ANTE AO TELEMONITORAMENTO AS PESSOAS COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

Vários estudos nacionais têm mostrado que a APS reorganizou o processo de trabalho, utilizando-se de diferentes plataformas digitais como aliadas ao atendimento à distância, durante a pandemia por coronavírus (DA SILVEIRA; ZONTA, 2020). Ainda houve envolvimento direto das equipes e de toda rede da atenção, com intuito de garantir o cuidado integral e desenvolver os atributos da longitudinalidade, que insere e coordena o cuidado (DAUMAS *et al.*, 2020; RIOS *et al.*, 2020; NETO *et al.*, 2020).

Além da inclusão das plataformas digitais, os gestores e profissionais inseridos nas UBS repensaram o fluxo dos atendimentos, com adaptações das estruturas, organização dos ambientes e recursos profissionais das respectivas unidades de saúde, com garantia de medidas de segurança para equipes e comunidade ante a rápida transmissão da enfermidade (DE MENESES, 2020).

Os relatos de experiências trazidos pelos participantes sobre o atendimento das pessoas com sintomas respiratórios indicaram que houve diferentes formas de organização das equipes nas UBS para realização do telemonitoramento em contexto pandêmico, algo que antes não existia. Além disso, houve envolvimento

interprofissional em determinados casos, elaboração de escalas e uso de tecnologias.

Dentre os profissionais mencionados que atuaram no telemonitoramento, figuram: os ACS, enfermeiros, técnicos administrativos, técnicos de enfermagem, residentes da residência multiprofissional em saúde coletiva, educador físico, odontólogo, veterinário, nutricionista, farmacêutico, estagiários e recepcionistas.

Nesse estudo, o médico não apareceu atuando diretamente no telemonitoramento. Tal fato pode estar relacionado com a escassez desse profissional no Brasil, conforme destaca Girardi *et al* (2011). Outros estudos, trazidos por Alves (2017), Oliveira (2017) e Carvalho e Souza (2013) também apontam carência desse profissional, assim como as formas pelas quais o país vem procurando se organizar para superar essa situação. Dessa maneira, é possível que o médico desenvolveu atribuições mais específicas do seu núcleo de conhecimento, garantindo atuação no que não poderia ser realizado por outro profissional.

Como os participantes desta pesquisa foram pessoas diretamente envolvidas na organização desta atividade e estavam em UBSs diferentes, diante do que foi narrado, foi possível perceber que apesar do telemonitoramento de pessoas com sintomas respiratórios ter chegado como determinação, as equipes organizaram o modo de sua realização. Não é possível saber como se deu, com exatidão, a escolha dos profissionais, visto que há relatos nos quais houve participação de todos, assim como outros nos quais alguém foi designado para a função. Dessa maneira, a diversificação nos modos de organização permite compreender que houveram modelos mais hierarquizados e centralizados, com menor potencial democrático, mas também existiram modelos democráticos, com participação dos envolvidos.

Outro indício de provável abertura mais ampla para a colaboração foi a proposição e uso de recursos vindos dos próprios trabalhadores. Dessa forma, dois pontos de discussão podem ser levantados: no primeiro, as dificuldades do SUS no suprimento dos recursos em contexto pandêmico; no segundo, o engajamento das equipes em entenderem suas atribuições e missões de cuidado e prevenção. Soma-se a isso, os efeitos da pandemia e sua longa duração, pois a extensão temporal dos trabalhos e do estado de emergência vividos trouxeram a necessidade de revisão dos processos laborais.



Ademais, torna-se importante verificar os déficits de recursos humanos, tecnológicos e estruturais para entender de maneira mais clara algumas defasagens.

#### 5.1.1. Déficit de Recursos Humanos, Tecnológicos e Estruturas

Em primeiro lugar, torna-se importante evidenciar que o pesquisador-autor desse estudo é profissional enfermeiro, está inserido na ESF e encontra-se na mesma categoria de profissionais dos sujeitos convidados para participar da pesquisa. Os itens discutidos a seguir abordaram e descreveram aspectos da organização das equipes da APS para prestar atendimento remoto às pessoas com sintomas respiratórios, bem como destacaram estratégias de organização, profissionais envolvidos, tecnologias utilizadas, dificuldades, potencialidades e expectativas das equipes ante a essa nova modalidade, dialogada e contextualizada com as literaturas.

No contexto pandêmico observado, o suprimento suficiente de recursos humanos, tecnológicos e estruturais pode ser fundamental para aprimoramento dos cuidados.

Ainda no que diz respeito aos recursos humanos, Barbosa *et al* (2018) enfatizam que mesmo após mais de 40 anos de publicação dos princípios de Alma-Ata, são percebidos obstáculos para a APS como centro das organizações de saúde no mundo.

Os recursos de pessoal, materiais e estrutura são considerados insumos imprescindíveis, para o desenvolvimento das atividades com eficiência na APS. (BARBOSA *et al.*, 2021). Entende-se que é impossível realizar um bom trabalho não tendo um quantitativo ideal de pessoal. A constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece força de trabalho como das medidas que favorece o alcance do acesso universal à saúde. Assim, “a força de trabalho em saúde tem um papel central na aceleração do alcance dos objetivos de saúde e no atendimento das necessidades da população em direção a Saúde Universal” (DE OLIVEIRA *et al*, 2020, p.2).

Além disso, averiguou-se que a falta de pessoal é uma questão crônica. No entanto, com o cenário de saúde vivenciado no país devido à pandemia por coronavírus, esse desfalque ficou ainda mais notável. Estudos mostram que essa escassez já existia antes da pandemia. Bousquat *et al* (2019) identificaram as

dimensões políticas, de estrutura e de organização na APS em cinco regiões de saúde. Em seu estudo realizado em cenário regional apresentou com nitidez:

[...] insuficiência de condições que assegurem minimamente a execução de funções essenciais da APS. Pontos críticos são escassez, má distribuição e problemas de qualificação de recursos humanos, além do subfinanciamento das ações. Na dimensão organização são visíveis as dificuldades para se romper a fragmentação dos serviços. A APS não consegue assumir seu papel de coordenadora do cuidado, e observa-se a ausência de um *modus operandi* capaz de atender às necessidades dos usuários considerando as especificidades de cada região. A superação dos constrangimentos identificados é central para o fortalecimento do próprio SUS como sistema público, universal, equânime e integral. (BOUSQUAT *et al.*, 2019, p.1).

Sobre essa defasagem de recursos na APS, vale destacar que já havia precariedade antes da pandemia. Porém, nesse momento de emergência, houve maior destaque e repercussão. Foi notório, no relato dos participantes, que essa deficiência influenciou na organização e na prestação de serviços de saúde.

Diante disso, a promoção de saúde torna-se difícil, complexa e desafiadora para as equipes quando falta o essencial, que são os profissionais capacitados para o manejo do cuidado com a população. Ademais, alguns destaques podem ser mencionados como agregadores da falta de recursos materiais e estrutura, fatores importantes para a assistência de qualidade.

Um desses destaques, percebido no relato dos participantes, se colocou nas dificuldades encontradas pelas equipes ante à falta de recursos de pessoal, estrutura e equipamentos, além do sentimento de menos preparo para executar a prática de telemonitoramento. Notou-se que sentiram essas carências quando organizaram o processo de trabalho em suas respectivas unidades de saúde.

No decorrer da análise em profundidade mediante as experiências averiguadas, percebeu-se que existiu uma equipe multiprofissional atuante, que se organizou e envolveu-se no telemonitoramento, mesmo sem a participação direta do médico. Contudo, a escassez de pessoal foi notada, visto que os participantes expressaram essa carência em suas falas. Destacaram déficit de recursos materiais e estrutura. Entretanto, mesmo com a escassez de suporte material e estrutural, o telemonitoramento aconteceu.

Quanto à estrutura física, vale ressaltar estudo realizado por Gomes *et al* (2015), em 16 unidades básicas de saúde, no Estado do Maranhão com intuito de identificar se as UBS estavam adequadas com as normativas do Ministério da

Saúde. Detectaram que todas as unidades pesquisadas estavam inadequadas. Mesmo com estruturas precárias, o avanço na APS foi inegável. Contudo, “a melhoria da estrutura pode contribuir para a redução das ainda marcadas desigualdades regionais brasileiras” (BOUSQUAT *et al.* 2017, p.11). Bordin *et al* (2016), em estudo realizado com profissionais da APS e usuários do SUS no município de Ponta Grossa-PR, apontaram a necessidade de melhoria na estrutura física das UBS.

Quanto à infraestrutura de insumos e equipamentos disponíveis, um estudo transversal realizado por Giovanella *et al* (2020), em alguns municípios brasileiros na região Norte e Nordeste, identificaram insuficiência de acesso à internet e falta de recursos materiais, assim os profissionais faziam uso de seus próprios celulares. Percebe-se a importância de conformidades entre os equipamentos, recursos humanos e estrutura física/espço das UBS, de forma que as atividades sejam executadas com eficiência.

A seguir, outros autores apontam, em seus estudos, a carência em sincronia desses insumos, na APS. Silva e Medeiros (2015, p.2) analisaram “fatores intervenientes na implantação da Estratégia de Saúde da Família em municípios brasileiros”. Apontaram alta rotatividade de pessoal, falta de recursos financeiros, problemas de estruturas e de materiais. Da Rosa, Zocche e Zanotelli (2020) realizaram uma pesquisa pelo método da pesquisa-ação, com dez enfermeiros da APS, a respeito da assistência à saúde da mulher. Em seguida, apontou desafios, como falta de recursos humanos e material. O mesmo estudo destacou que, para uma assistência de qualidade, faz-se necessária adequação do processo de trabalho dos enfermeiros. Scherer *et al* (2016) complementam essa ideia ao enfatizar a sobrecarga de trabalho para a enfermagem. Em estudo multicêntrico com técnicos de enfermagem da região Sul, Centro-Oeste e Norte do Brasil, destacou sobrecarga de trabalho devido à escassez de pessoal, baixa remuneração, falta de estrutura e recursos tecnológicos na APS. Apontou também que essa dificuldade de recursos se tornou constante no SUS.

Para Mendes *et al* (2015), a estrutura é formada por recursos pessoais, financeiros e materiais, contemplando as dimensões quantitativa e qualitativa. Tais dimensões são vistas pelos pesquisadores como indispensáveis às instituições que prestam serviços de saúde. Os profissionais dependem, no mínimo, de

equipamentos, estrutura física adequada e qualificação pessoal, com intuito de prestar cuidado integral e de qualidade. Ademais, percebeu-se a importância de conformidades entre os recursos tecnológicos, humanos e estrutura física/espço das UBS, para que as atividades sejam executadas com eficiência.

Além das dificuldades, supracitadas e descritas acima, relacionadas ao enfrentamento das equipes, na organização e execução do telemonitoramento, os participantes trouxeram outros apontamentos, relacionados com a execução e manejo de exames, como: dificuldades em passar o resultado de exames e , incertezas de atendimento quando o resultado era positivo para COVID-19. Relataram que tudo parecia novo, complicado de ser executado e enfatizaram que faltou preparo. A partir desses indicativos que os participantes trouxeram em suas falas, foi possível perceber que se sentiram menos qualificados para executar o telemonitoramento, o que permite racionalizar que apesar dessa lacuna, se reorganizaram, utilizaram a criatividade, seus conhecimentos, sem deixar de executar o telemonitoramento.

Outras observações surgiram, em uma tentativa de explicar a construção dos fluxos para a APS do município, pois muitos protocolos de base eram divergentes, como no Estado do Paraná e do próprio Ministério da Saúde. Diante dessas incongruências protocolares, ficou explícita a dificuldade dessa contextualização.

Diante do relato dos entrevistados, identificou-se a necessidade da educação permanente em saúde (EPS). De acordo com a Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, mediante “a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do sistema único de saúde”, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2017). No setor da saúde, a Educação Permanente (EP) recebe uma definição pedagógica sendo considerada a integração entre ensino e serviços, promovendo docência e atenção à saúde (ANDRADE; MEIRELLES; LANZONI, 2011). Ceccim (2005, p.39) conceitua EP como Educação em Serviço, “quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar”.

Gigante e Campos (2016) corroboram para compreender que resultados positivos podem ser alcançados mediante estratégias delimitadas e programas que frisam educação permanente, como o Saúde da Família.

Ao ser assumido como estratégia, a Saúde da Família difunde uma perspectiva inovadora para a atenção primária no país, voltada para a família e a comunidade, que tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial, efetivando o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos. Os resultados positivos de algumas das experiências municipais sugerem essa potencialidade. Contudo, o sucesso da implementação da ESF para a grande maioria da população brasileira, afora os incentivos financeiros federais, dependerá da política adequada de recursos humanos, que viabilize: a profissionalização dos agentes comunitários de saúde; a fixação dos profissionais da saúde, proporcionando-lhes satisfação no trabalho; políticas de formação profissional e de educação permanente adequadas ao desenvolvimento de suas atribuições em atenção primária à saúde, de forma a dar mais densidade à sua atuação cada vez mais complexa; iniciativas locais competentes e criativas para enfrentar a diversidade existente no país. (GIGANTE; CAMPOS, 2016, p.47).

Segundo Andres, Carlotto e Leão (2021), para o bom desenvolvimento e atuação da APS no enfrentamento ao COVID-19, é primordial que haja organização da equipe, bem como envolvimento e desempenho satisfatório de cada profissional, na busca por reorganização com adaptação e mudanças no processo de trabalho ante a conjuntura de saúde que vive o país.

De Moraes (2020) complementa essa ideia, argumentando que a pandemia causou impacto nos serviços de saúde, impondo a necessidade urgente na adesão ao atendimento remoto, o que criou insatisfação e desconfortos aos trabalhadores do serviço público. Isso porque por não havia tempo hábil de preparo para essa nova modalidade de atendimento e que, por ser em caráter de emergência, teve compulsoriedade aos trabalhadores. Grande parte dessas instituições nunca tinham experimentado essa forma de trabalho e passaram por transição súbita na forma de treinamento relacionado ao material ou apoio psicológico (OLIVEIRA, 2022).

Quanto às dificuldades apontadas pelos participantes voltadas ao sentimento de menos preparo, na execução de alguns procedimentos e/ou na construção de protocolos que embasavam os fluxos do município, percebeu-se que não havia nenhum plano estabelecido e funcionando na modalidade de EP, ou seja, ensino em serviço e aprendizado na própria realidade local, o que exige planejamento, organização e implantação previa.

Todavia, verificou-se que não houve muito tempo para organizar treinamento de diretrizes gerais para todos, por conta da urgência da pandemia e preocupação com questões mais urgentes, como a garantia de leitos e expansão de UTIs e leitos hospitalares.

No que diz respeito aos processos de educação permanente, quando instituídos nas UBSs, esperava-se que as equipes obtivessem espaço para isso, permitindo não somente melhor organização, mas também aprendizado, podendo ser articulado com gestão e pedidos a pessoal externo qualificado, de modo a auxiliar a equipe em questão não dominada.

Conforme percebido, não houve aparição de nenhuma fala a justificar essa prática de educação em serviço, assim como não houve possibilidade mencionada a respeito da inserção dos acadêmicos de saúde na relação ensino/serviço, o que faria parte da proposta e contribuiria na EP. Assim, se enfatiza a necessidade de “estabelecer diálogos da academia com o serviço, e vice-versa (GLERIANO *et al.*, 2020, p.6). Sobre isso, Ceccim *et al* (2004) complementa o raciocínio de Gleriano *et al* (2020) ao apresentar proposta estratégica da EPS envolvendo as instituições de ensino, com o intuito de modificar a organização em processo formativos, no sentido de articular ensino, serviço e comunidade com as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, o que implicaria em trabalho articulado entre várias esferas da gestão.

Desse modo, “tanto limitações estruturais quanto de capital e humano justificam a urgente necessidade de readequação sistema de saúde para responder às demandas recorrentes de gestão que se agravaram com a pandemia” (GLERIANO *et al.*, 2020, p.3).

Ainda é importante mencionar que possíveis causas das dificuldades que foram trazidas no relato dos participantes podem estar associadas ao subfinanciamento do SUS.

Apesar de a pandemia ter sido um momento atípico provocando mudanças e transformações bruscas no processo de trabalho das equipes, no entanto, com ou sem ela, a APS já vivia constantes modificações. Vale lembrar que o desmonte da saúde pública no país já ocorria antes da pandemia, com ações políticas específicas como o teto de gastos e a escassez de concursos para contratação de maior quantitativo. Assim, as dificuldades estruturais e de recursos decorridas na

pandemia podem ser um reflexo direto de políticas anteriores que promoveram tal desmonte.

Para Morosini, Fonseca e Lima (2018), a Política Nacional de Atenção Básica (PENAB, 2017) é outro fator que tem contribuído para a desorganização dos SUS. Foi aprovada Emenda Constitucional no 95, de 15 de dezembro de 2016, que aprofunda ainda mais os problemas antigos de subfinanciamento do SUS, propiciando perdas de recursos. “Agiliza-se o fluxo financeiro de um montante congelado por vinte anos que seguiu a lógica da produção/oferta até o momento, e não a lógica das necessidades de saúde, o que implicaria distinto rateio e recursos adicionais” (GIOVANELLA, 2018, p. 1).

Além disso, como um modelo em construção, para seu efetivo desenvolvimento, a APS necessita ser amparada por políticas públicas mais amplas, bem definidas e estruturadas para implementação na saúde. Da mesma maneira, é importante que haja profissionais de saúde envolvidos no processo capazes de assumir “[...] uma consciência transformadora no processo de trabalho”(DE OLIVEIRA, 2011, p. 1).

Como afirma Demarzo, não basta somente isso, pois também se faz necessária a agregação de um conjunto de “ações individuais e coletivas, recursos, tecnologias e estratégias para o enfrentamento das necessidades de saúde das pessoas e comunidades de acordo com os determinantes sociais de cada território e conjuntura de saúde atual” (DEMARZO, 2011, p. 5). Para Sarti *et al* (2020), a APS deve ser destacada como essencial e o SUS não pode ser asfixiado com emendas constitucionais capazes de impossibilitar os recursos destinadas pela união ao setor da saúde.

Isso porque a APS trabalha na base assistencial de saúde pública, em diferentes contextos e com inúmeros desafios. Os investimentos trazidos ao SUS amparam as ações da APS, assim como possibilitam que diferentes espaços do território brasileiro sejam atendidos com recursos e qualidade sistematizada. Ademais, todas essas deficiências de recursos para a saúde estão intimamente ligadas com os subfinanciamento e com o desmonte do SUS.

Na APS já existia excesso de trabalho e, com a pandemia, houve aumento significativo devido ao atendimento direto aos sintomáticos respiratórios, como

testes rápidos, novas vacinas inseridas no calendário e o telemonitoramento, além da demanda já existente.

O impacto da pandemia interferiu na organização do processo de trabalho e de telemonitoramento da gestão e dos serviços de saúde. Tal situação provocou uma sobrecarga no serviço e contribuiu ainda mais para a precarização, visto que os serviços de saúde precisavam atender mais do que a sua capacidade diária, e ainda buscar estratégias para superar tais fragilidades crônicas que a saúde pública sempre enfrentou. Contudo, percebeu-se que a pandemia não foi um problema isolado, ou seja, um problema único que precarizou a saúde do povo brasileiro. O contexto do SUS vai além disso. A pandemia aguçou dificuldades que o sistema de saúde já vinha enfrentando. Para Giovanella (2020, p.1) “o país vivencia uma crise política sem precedentes”, com sonegação de dados e da ciência. Outro estudo mostra que o desmonte do SUS teve seu início no Governo Temer:

As principais mudanças em programas do Ministério da Saúde e iniciativas governamentais que contribuíram para o desmonte do SUS no Governo Temer iniciaram-se com a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, que foi sistematizada no Ofício nº 60 (2017) da Secretaria de Atenção à Saúde e teve o intuito de reagir à perda de usuários dos planos de saúde, propondo então, planos de saúde que possam atingir a todas as camadas sociais. A proposta está dividida em três: Plano Simplificado, Plano Ambulatorial Hospitalar e Plano em Regime Misto de Pagamento, sendo que o principal ponto desse retrocesso são as restrições de cobertura, que ferem diretamente à integralidade da assistência. (SILVA; SANTOS; CORREIA, 2020, p. 14).

Para Giovanella *et al* (2018), o SUS vem se construindo ao longo de 30 anos, com avanços na atenção básica, como a implantação Estratégia Saúde da Família (ESF). Contudo, é importante notar que esse modelo, mesmo com suas limitações, foi além do modelo tradicional, com implementação das equipes no modelo generalista, ações multiprofissionais, agentes comunitários de saúde (ACS), orientação comunitária, territorialização. No entanto, é fundamental que haja continuidade de repasse financeiro para que o SUS seja sustentado ao longo do tempo.

Porém, é válido ressaltar que as políticas estão indo na contramão. Ações de cunho político têm favorecido o desmonte e sucateamento do SUS, como o teto de gastos, o que favorece os planos de saúde, a terceirização dos serviços, o



contrato de profissionais sem carteira assinada, baixos salários, alta rotatividade e carência de profissionais qualificados (AQUINO *et al.*, 2016).

Esses são fatores que propiciam um trabalho precarizado com reflexo direto na qualidade do atendimento à população. Com todo esforço político para reduzir as responsabilidades do governo o SUS vem sendo sucateado, deixando de ser prioridade para o Estado, fato que se apresenta nas dificuldades dos repasses de verbas para os Estados e Municípios. A atenção básica, porta de entrada da população aos serviços de saúde, está cada vez mais precária, com déficit de estrutura física, equipamentos e recursos humanos. Diante dessas condições, o cuidado fica fragmentado e não tem garantia da continuidade assistencial (SOUZA, 2017).

Outros autores corroboram com os descritos acima e destacam que os entraves estruturais e circunstâncias que impedem a concretização absoluta do que foi determinado no início da reforma sanitária brasileira, bem como, o financiamento público insignificante, as oposições no âmbito das políticas de ensino em saúde e “as necessidades do sistema público e os problemas não resolvidos de gestão e regulação públicas na saúde, constituem desafios importantes que devem ser considerados na avaliação da integração da saúde no SUS” (SILVA, 2011, p. 8). Por outro lado, a insuficiência do financiamento para APS é um dos fatores, que pode levar a um conjunto de problemas ante a estrutura dos serviços, ao acesso, qualificação dos profissionais, recursos tecnológicos e pessoal (HARZHEIM *et al.*, 2020). Barbosa (2021), reforça que é imprescindível debater sobre o financiamento deficitário dos recursos públicos.

Esse estudo não teve como intuito detalhar as formas de repasses financeiro para o SUS, mas contextualizar o porquê das dificuldades encontradas na APS.

## 5.2. ENFRENTAMENTO, PERCEPÇÕES E ENVOLVIMENTO DAS EQUIPES DA APS NO ATENDIMENTO REMOTO

Desde a segunda metade do século XX, o sistema de saúde tem se tornado mais complexo “num contexto de transformações nos perfis de saúde e doença, de mudança populacional e crescente incorporação tecnológica transição epidemiológica, demográfica e revolução tecnológica (VIANA; MACHADO, 2008, p. 8). Entender aspectos do enfrentamento, entendimento e envolvimento das equipes

diante desse contexto de transformações torna-se fundamental para averiguar se havia interesse e mobilização para a edificação de um trabalho qualitativo, o que será enfatizado nesse item. O primeiro apontamento destacado, evidente na fala dos participantes, se deu no interesse, comprometimento, iniciativa e colaboração entre as equipes. Diante disso, os sujeitos de pesquisa demonstraram-se participativos e motivados, de modo que foi notório o bom humor.

O segundo apontamento se dá no fato de que, apesar de apontarem as dificuldades que enfrentaram, em meio ao caos da pandemia, a reorganização de todo o processo de trabalho, a falta de recursos pessoal, estruturas, equipamentos, enfim dificuldades e limitações do telemonitoramento, o trabalho foi realizado com significação. Da mesma forma, as potencialidades destacadas pelos sujeitos em seus relatos ficaram em evidência. Afirmaram que foi um momento propício para aprendizagem, pois devido às incertezas e apreensão, buscaram novas alternativas para a realização do processo de trabalho. Enfim, refletiu-se que as equipes conseguiram expressar o papel da APS e do SUS.

Assim, as equipes utilizavam-se de escalas para organizar o serviço, adaptando-se com as tecnologias disponíveis como computadores e celulares. “A necessidade de subsidiar e instrumentalizar as equipes da ESF na realização/implementação de seu processo de trabalho, decorrente, principalmente, das mudanças na atenção primária à saúde” (PERUZZO, 2018, p. 15).

O terceiro apontamento se coloca no fato de que, a partir desse estudo, percebeu-se que os servidores do SUS foram proativos e uniram suas forças na prevenção e no cuidado integral aos usuários. Também trouxeram elogios ao atendimento remoto e acrescentaram que ele favoreceu a comunicação e diálogo com as pessoas, bem como o telemonitoramento.

Maldonado, Marques e Cruz (2016) arguem que o sistema organizacional dos serviços de saúde, ou seja, a disseminação e inovação desse atendimento, do ponto de vista institucional, soma-se à maneira como os serviços são organizados e executados.

Em tempos de pandemia, o uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC) foi aliado dos serviços, podendo facilitar o atendimento das pessoas identificadas como suspeitas ou contaminadas pela COVID-19. “Além disso, é fundamental que a APS reforce as estratégias de prevenção para a COVID-

19 e, ao mesmo tempo, mantenha o acompanhamento longitudinal das pessoas sob cuidado” (HARZHEIM *et al*, 2020, p. 1).

O quarto apontamento se consolida no fato de que as equipes se organizaram e usaram a criatividade Para Oliveira *et al* (2021, p.79), a criatividade está relacionada com“(habilidades, motivações, personalidade); organizacionais (cultura e clima organizacional); sociais ligados ao trabalho (relação com líderes e pares)”.

Percebeu-se também, a partir das falas que os participantes trouxeram em cena, a importância do SUS e o papel da APS. Giovanella *et al* (2021) reforçam a importância o comprometimento dos profissionais, atuando ativamente no SUS. A mesma autora destaca quatro<sup>21</sup>campos de atuação da APS, como estratégia no enfrentamento da epidemia, demonstrando a relevância dos SUS, seu papel no plano de contingência e atuação em todos os níveis da atenção para atendimento da sociedade.

Assim, no seu espaço diário de trabalho, os trabalhadores se organizaram de forma autônoma para prestar serviço de saúde, além de buscar relação mais próxima entre o trabalhador e usuário. Assim, “se constrói e reconstrói a liberdade de fazer as coisas de maneira que produzam sentido pelo menos para o trabalhador” (FEUERWERKER, 2014, p.85).

Os relatos apontaram várias dificuldades encontradas pelos profissionais na execução do telemonitoramento, mencionadas e discutidas acima. No entanto, observa-se que eles se reorganizaram como trabalhadores do SUS, utilizando-se de suas criatividade e de seus próprios recursos tecnológicos. Sobre isso, Oliveira e Ribeiro (2021) destacam que é importante ser criativo, proativo e ter a capacidade de apontar soluções inovadoras, auxiliando no enfrentamento de fatos que surgiram devido a circunstâncias de saúde, adaptando-se ao progresso exacerbado de transformações.

A proatividade envolve uma atitude voltada para o futuro que extrapola a realização da atividade atribuída. Ambas permitem que o trabalhador identifique oportunidades, aja sobre elas e desenvolva novos métodos de trabalho aprimorando o seu desempenho. (OLIVEIRA; RIBEIRO,2021, p.2).

---

<sup>21</sup> “vigilância em saúde nos territórios; cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de Covid-19; ação comunitária de apoio aos grupos vulneráveis no território por sua situação de saúde ou social; e continuidade dos cuidados rotineiros da APS.”

Apontaram em suas narrativas o uso das ferramentas disponíveis na UBS como algo inovador no atendimento à distância, com bons resultados no contato com as pessoas com sintomas respiratórios. Neste contexto, essa inovação metodológica do cuidado exigido pela pandemia tem sido bem aceita pelos profissionais da APS (FERNANDEZ *et al*, 2020). Da mesma forma, os profissionais têm realizado a reorganização dos serviços de saúde para dar conta dessa nova demanda imposta pela pandemia da COVID-19.

Contudo, “a urgência na saúde tem exigido rearranjos em todos os níveis de atenção, desafiando os profissionais quase que diariamente em busca de respostas a situações emergentes (CASAGRANDE; KOLANKIEWICZ, 2021, p.129). Assim, entende-se a fala dos participantes da pesquisa na defesa do SUS, da reorganização laboral e do telemonitoramento, de modo que destacam experiências positivas quanto à adesão e envolvimento da equipe ao telemonitoramento.

O último apontamento destaca, a partir do relato dos participantes, que as pessoas monitoradas pelas equipes tiveram reação positiva e aceitaram a modalidade de atendimento, e até “ficavam bravas e reclamavam quando a equipe, por algum motivo, não conseguia fazer ligação”. Muitas esperavam pelo monitoramento. Para Fernandez *et al* (2020), o retorno dos usuários é positivo e sinaliza valorização e robustez as equipes.

Neste contexto, cabe ressaltar a magnitude do comprometimento desses trabalhadores inseridos na APS, os quais efetuam o seu trabalho para que o SUS aconteça na vida das pessoas. Estudos tem mostrado a necessidade de a APS reconhecer o seu papel de ordenadora do cuidado no SUS (CASAGRANDE. KOLANKIEWICZ, 2021). Sarti *et al* (2020) complementam essa ideia, afirmando que “algumas medidas que, podem e devem ser tomadas de imediato; como a reorganização dos fluxos de usuários nos serviços” (SARTI *et al*, 2020, p.3).

Muitos entrevistados trouxeram, em suas narrativas, que essa prática foi indispensável, substanciando o acesso/abrangência as pessoas na APS.

Para Dos Santos (2021, p.1), a “orientação e monitoramento de sintomáticos respiratórios, retifica o papel da Atenção Primária e seus principais atributos, com destaque para o primeiro contato, a longitudinalidade e a integralidade”. Esse posicionamento corrobora com os estudos de Giovanella (2020) e Starfield *et al* (2002), pois ambos destacam os atributos da APS.

A APS é responsável por grande parte dos cuidados das ESF, mas é válido considerar também a responsabilidade dos médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos/auxiliares de enfermagem, técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias/agentes (HARZHEIM *et al*, 2020, p. 1). Porém nesse estudo, sobre atendimento remoto, os participantes trouxeram virtualidades do interprofissionalismo, o que não se limitou a equipe mínima proposta na PNAB (2017).

Os participantes deste estudo trouxeram, em suas experiências narradas, algumas expectativas em relação às ferramentas e atendimento à distância, armando esse tipo de atendimento permanecerá para outras consultas preventivas e outras possíveis situações.

Ademais, torna-se imprescindível a utilização e ampliação do telemonitoramento para outros grupos prioritários em tempos de pandemia por COVID-19. Assim, a APS sofreu modificações devido à emergência provocada pela pandemia, sendo necessária a reorganização e criatividade das equipes (RODRIGUES *et al.*, 2020). Ribeiro *et al* (2020) e Silveira *et al* (2020) complementam essa reorganização das APS como forma de prestar atendimento em redes, atuando na promoção, prevenção, previsão e realização de cuidados para a população.

Portanto, verifica-se que o atendimento à distância será continuado, pois “é o momento de incentivar essa prática no dia a dia da APS, tanto com pacientes com COVID-19, quanto com os crônicos” (GUIMARAES *et al.*, 2020, p.8). Fernandez *et al* (2020) corroboram para essa conclusão quando analisam o trabalho realizado pela equipe de saúde da UBS de Nova Lima. Os profissionais reorganizaram o processo de trabalho e o adequaram ao contexto pandêmico vivenciado. No estudo, essa nova modalidade de atendimento foi realizada por meio de aplicativos de mensagens e *webcam*, que foram instaladas nos computadores da Unidade. Isso permitiu a continuidade da assistência. Destacaram que os profissionais foram receptivos e adotaram essa prática, com grande aceitação pela população.

No estudo aqui realizado, com público e metodologia diferenciada de Fernandez *et al* (2020), os participantes trouxeram suas experiências a partir de suas falas, o que se levou a reflexão sobre o comprometimento dos profissionais.

Percebeu-se que utilizaram de suas próprias tecnologias para realização do atendimento remoto. Quando utilizaram as próprias ferramentas para o trabalho, preencheram lacunas que exprimiam precariedades do sistema de saúde.

Assim, descreve-se a percepção dos participantes da pesquisa em relação ao telemonitoramento, por meio da utilização de novos conhecimentos, referente à descoberta de novas tecnologias, como aliada no atendimento aos usuários.

A pesquisa atingiu a população máxima proposta na metodologia. No entanto, os resultados não podem ser generalizados devido à abordagem qualitativa. Assim, em um primeiro momento, foram trazidas questões relevantes para a organização do processo de trabalho de telemonitoramento, algumas delas comuns em vários recortes das narrativas. Dessa forma, o processo de organização no SUS faz-se necessário para ampliar o atendimento e permitir executar as ações e serviços de saúde.

Apesar de várias dificuldades encontradas nos serviços públicos, a fala dos participantes traz protagonismos, pois utilizavam os seus próprios recursos e se organizavam internamente para desenvolver o telemonitoramento.

Mesmo que esse estudo não tenha intuito de avaliar os modelos de gestão, cabe ressaltar que as dificuldades e potencialidades expressas pelos trabalhadores foram importantes para essa pesquisa, que teve o intuito de compreender a organização do processo de trabalho de telemonitoramento e identificar as potencialidades e dificuldades das equipes na APS.

Além de várias dificuldades supracitadas, ainda vale destacar o relato de um entrevistado, que cita a imposição para realização de atividade de telemonitoramento. Vale lembrar que um modelo democrático de gestão nem sempre é inserido com a concordância de todos os membros envolvidos, mas de uma maioria. O fato de haver imposição citada por um dos relatos não invalida a ação da maioria diante do telemonitoramento, mas promove reflexão sobre o fato de que o engajamento não se estabelece da mesma forma com toda a equipe. Para resolução desse processo, é importante reforçar capacitação e EP, pois a imposição pode levar ao descontentamento e a “insegurança ao profissional podem comprometer a qualidade da assistência e as boas práticas” (GONTIJO *et al.*, 2020, p.1).

## 6 CONCLUSÃO

Nas narrativas dos entrevistados surgiram apontamentos, como carência de insumos na APS relacionado a estrutura, equipamentos, pessoal e educação permanente. Percebeu-se pelos relatos que tais aspectos influenciaram na organização do processo de trabalho e no telemonitoramento. Apesar do telemonitoramento das pessoas com sintomas respiratórios ter sido descrito como algo a ser realizado, mesmo diante das dificuldades, as equipes tiveram liberdade para se organizarem localmente, cada UBS com seu perfil.

Esta pesquisa trouxe a reflexão sobre a necessidade de aproximação entre gestor e trabalhadores, com intuito de melhora no conhecimento das fragilidades, potencialidades, e construção mais democrática dos processos de trabalho. Incluindo a luta por melhores condições de trabalho, identificação e garantia do que promove satisfação com o trabalho.

Um aspecto que não foi avaliado e que seria importante ser abordado em futuras pesquisas é a percepção da população com o telemonitoramento que foi realizado.

Existem questões perceptivas que apareceram na fala dos participantes como interesse, comprometimento, iniciativa e colaboração. Por mais que a pandemia tenha sido um momento bastante difícil para os sistemas de saúde como um todo, entre os entrevistados surgiram relatos de aprendizado e de aspectos positivos previamente mencionados. Contudo, não é possível dizer o quanto as pessoas suportariam tais condições de trabalho com aumento de sua precarização. Neste caso em particular, o atendimento remoto garantiu o telemonitoramento de pessoas com sintomas respiratórios, ele não teve o objetivo de ampliar o acesso de modo geral aos atendimentos.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. R.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. M. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da política nacional e do pacto de gestão. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 373-381, 2011. Disponível em: . Acesso em: jan. 2020.
- ALVES, S. M. C. *et al.* Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. **Ciência & saúde coletiva**, v. 22, p. 2223-2235, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fkBy5WnXmq73kPDQMNVHGm/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 26/03/22
- AMARAL, L. M. D.; ESTEVES, J.; TEIXEIRA JUNIOR. Cuidado remoto na APS: experiência do uso do celular em uma equipe de Saúde da Família de área de favela durante COVID-19. **Revista de APS**, v. 23, n. 1, p. 1 – 11, 10 2020.
- ANDRES, S. C.; CARLOTTO, A. B. ; LEÃO, A. A organização e estruturação do serviço de saúde na APS para o enfrentamento da Covid-19: relato de experiência. **APS em Revista**, v. 3, n. 1, p. 09-15, 2021. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/137>. Acesso em: 13/03/22
- AQUINO, C. A. B. *et al.* Terceirização e saúde do trabalhador: uma revisão da literatura nacional. 2016. Disponível: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/18377/1/2016\\_art\\_vmximenes.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/18377/1/2016_art_vmximenes.pdf) Acesso em: 22/07/22.
- AZEVEDO, M. A. Informação e interpretação: uma leitura teórico-metodológica. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 9, n. 2, 2004.
- BASHSHUR, R. *et al.* **The Taxonomy of Telemedicine**. *Telemedicine and e-Health*, 17(6), 484–494. doi:10.1089/tmj.2011.0103
- BARBOSA, A. C. Q. *et al.* Eficiência e Gestão Pública em Saúde na APS. **APS EM REVISTA**, v. 3, n. 2, p. 144-153, 2021. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/209>. Acesso em: 27/03/21.
- BARBOSA, A. C. Q. *et al.* Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e185, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e185/pt/> Acesso em 09/07/22.
- BERTASSO, C. P. *et al.* Telemedicina nas instituições de longa permanência para idosos como social accountability no contexto da Covid-19. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 1, p. 1 – 5, 12 2021.
- BIZINELLI, B. M. *et al.* Acesso a Atenção Primária em Curitiba: A percepção dos usuários que frequentam a unidade de pronto atendimento. **Revista da Rede APS 2019**, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p. 198 – 205, 11 2019. ISSN 2596-3317. Acesso em: 22/05/21.



BORDIN, D. *et al.* Considerações de profissionais e usuários sobre o serviço público odontológico: um aporte para o planejamento em saúde. **Revista de APS**, v. 19, n. 2, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15732>. Acesso em 27/03/21.

BOUSQUAT, A. *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00037316, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33n8/e00037316/> Acesso em 09/07/22.

BOUSQUAT, A. *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00099118, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35suppl2/e00099118/>. Acesso em 04/07/22.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**, Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b, 1990a. Disponível em: [https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft\\_word\\_-\\_lei\\_n\\_8142.pdf](https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf).

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**, Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a, 1990b. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 2.546, Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a se denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes**, Brasília, p. 1 – 7, 2011.

BRASIL. Lei nº 12.965, estabelece princípios, garantia, direitos e deveres para o uso da internet no BRASIL. **Presidência da República Casa Civil**, Brasília, p. 1 – 1, 2014. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/l12965.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12965.htm). Acesso em: 29/12/21.

BRASIL. Presidência da República Secretária-geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)**, Brasília, p. 1 – 24, 2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/L13709compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709compilado.htm). Acesso em: 29/5/21.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 2228, de 26 de fevereiro de 2019**, p. 1 – 1, 2019. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/no\\_](https://sistemas.cfm.org.br/no_) Acesso em: 21/04/21

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 2314, de 20 de abril de 2022** p. 1 – 1, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852>. Acesso em: 08/05/22.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Portaria nº 467, de 20 de março de 2020 - DOU - Imprensa Nacional**, Brasília, p. 1 – 2, 2020a. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>. Acesso em: 08/05/22.

BRASIL. Diário Oficial da União. **LEI Nº 13.989, DE 15 DE ABRIL DE 2020- DOU - Imprensa Nacional**, Brasília, p. 1 – 2, 2020a. Disponível em: BRASIL. Diário Oficial da União. Disponível. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328> Acesso em: 08/05/22.

BRASIL. Conselho Federal de enfermagem. Diário Oficial da União. Resolução Nº **634/2020, de 26 de abril de 2020 - Imprensa Nacional**, Brasília, p.1 – 2, 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-634-de-26-de-marco-de-2020-249995879>.

BRASIL. Conselho Federal de enfermagem. Diário Oficial da União. Resolução Nº **696/2022, de 17 de maio de 2022 - Imprensa Nacional**, Brasília, p.1 – 2, 202c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cofen-n-696-de-17-de-maio-de-2022-401809728>.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, v. 183, n. 1, p. 68-68, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) . Acesso em: 26/03/22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Gabinete do Ministério. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html) Acesso em: jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 9795, de 17 maio de 2019. Estabelece diretrizes para a Telessaúde no Brasil. Disponível em: Telessaúde — Português (Brasil) ([www.gov.br](http://www.gov.br))

BRITO, de O. B.; LEITÃO, P. C. L. **Telemedicina no Brasil: Uma estratégia possível para o cuidado em saúde em tempo de pandemia?** Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 6, Supl. 2, P. 550, 2020.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, [S.L.], n. 19, p. 20-28, abr. 2002. Fap UNIFESP (SciELO) <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt>

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTTrnYRw98Rz3drwpJf/>. Acesso em: 09/05/22.

CAPRARA, A.; VERAS, M. S. C. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 131-146, 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/znZgB3NxyvpJFQcxvnGGJ3N/abstract/?lang=pt>  
Acesso em: 15/02/22

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, p. 913-926, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VcpW3Rq8XbZ5PnW93zyfYRh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26/03/22.

CASAGRANDE, D.; KOLANKIEWICZ, A. C. B. A reorganização da atenção primária em saúde frente a pandemia. In: **Congresso Internacional em Saúde**. Resumo publicado. n. 8. Atenção Integral à Saúde. 2021.

CASARIEGO-VALES, E. *et al.* Efficacy of Telemedicine and Telemonitoring in At-Home Monitoring of Patients with COVID-19. **Journal of Clinical Medicine**, v. 10, n. 13, p. 2893, 2021.

CASTRO, G. A. F. *et al.* Telemedicina rural e COVID- 19: Ampliando acesso onde a distância já era regra. **Rv. Brasileira de Medicina da Família**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 1 – 14, dezembro-janeiro 2020/15. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2484/1551>. Acesso em: 22/05/21.

CATAPAN, S. de C.; CALVO, M. C. M. Teleconsulta: uma Revisão Integrativa da Interação Médico-Paciente Mediada pela Tecnologia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, p. 1–13, 2020. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, p. 1 – 13, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rbem/v44n1/pt\\_1981-5271-rbem-44-01-e002.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbem/v44n1/pt_1981-5271-rbem-44-01-e002.pdf). Acesso em: 22/05/21.

CATAPAN, S. de C. *et al.* Estrutura e processo de trabalho para implantação da teleconsulta médica no Sistema Único de Saúde do Brasil, um estudo transversal com dados de 2017-2018. v. 30, n. 1, p. 1 – 12, 03 2021/26.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde e Educ.**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/> . Acesso em: jun. 2022.

CECCIM, R. B. *et al.* O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/>. Acesso em: jun. 2022.

DEMARZO, M. M. P. Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde. **Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS| UNIFESP**, 2011

DA ROSA, A. P. L.; ZOCHE, D. A.; ZANOTELLI, S. Gestão do cuidado à mulher na atenção primária: estratégias para efetivação do processo de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2670>. Acesso em: 27/03/22.

DA SILVEIRA, J. P. M.; ZONTA, R. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 91-96, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/122>. Acesso em: 16/03/22.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00104120, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n6/e00104120/pt/>. Acesso em: 16/03/22.

DE OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* Recursos Humanos em Saúde no Fortalecimento da Atenção Primária em direção a Saúde Universal: Prêmio APS Forte. **APS EM REVISTA**, v. 2, n. 3, p. 245-259, 2020. Disponível: <https://aps.emnuvens.com.br/aps/article/view/148> Acesso em: 04/07/22.

DE OLIVEIRA SILVA, Luzia Batista. A interpretação hermenêutica em Paul Ricoeur: uma possível contribuição para a educação. **Comunicações**, v. 18, n. 2, p. 19-36, 2011. Disponível em: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LobOkqxMY\\_8J:https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/comun](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LobOkqxMY_8J:https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/comun).

DE OLIVEIRA, Michele Mandagará et al. O profissional enfermeiro e a atenção primária à saúde. **Journal of Nursing and Health**, v. 1, n. 1, p. 184-189, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/55429/Downloads/3422-7550-1-PB.pdf>

DOS SANTOS, J. B. C. *et al.* A relevância do Sistema Único de Saúde frente à pandemia no combate ao COVID-19. **Gep News**, v. 5, n. 1, p. 228-231, 2021. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/12903/8959>. Acesso em: 18/03/22.

D'ASSUNÇÃO BARROS, J. Tempo e narrativa em Paul Ricoeur: considerações sobre o círculo hermenêutico. **Fênix - Revista de História e Estudos Culturais**, v. 9, n. 1, p. 1-27, 25 abr. 2012. <https://revistafenix.emnuvens.com.br/revistafenix/article/view/370/351>

DE MORAES, M. M. **Os impactos da pandemia para o trabalhador e suas relações com o trabalho**. Artmed Editora, 2020.

DE MENESES, A. S. Gerenciamento Emergencial de Recursos da Atenção Primária a Saúde no Enfrentamento a pandemia da COVID-19. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/557>. Acesso em: 16/03/22

DE GOUVÊA, V. M. Os caminhos metodológicos da história oral: narrativas e experiências de sujeitos que participaram do movimento social dos sem-teto, em Florianópolis-SC, 1984-2008. **X Encontro Nacional de História Oral**. Recife. UFPE. 2010.

FARIA, Horácio Pereira de et al. Processo de trabalho em saúde. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1826>, 2009.

FERNANDEZ, M. V. *et al.* Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 114-121, 2020.

FERNANDES, A. A hermenêutica do símbolo em Paul Ricoeur. **Sacrilegens**, v. 12, n. 1, 2015. <https://www.ufjf.br/sacrilegens/files/2016/03/12-1-8.pdf>

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em : [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/6/tde-16092019-101111/publico/LD\\_136\\_Feuerwerker\\_2012.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/6/tde-16092019-101111/publico/LD_136_Feuerwerker_2012.pdf) Acesso em: 24/07/22

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de Formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trab. Educ. Saúde*, v. 14 n.3, p. 747-763, 2016. Disponível em: . Acesso em: jan. 2020.

GIRARDI, S. N. *et al.* Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. **Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH**, p. 171-186, 2011. Disponível em: [http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos\\_pdf/Indice\\_de\\_escassez\\_de\\_medicos\\_no\\_Brasil\\_estudo\\_exploratorio\\_no\\_ambito\\_da\\_Atencao\\_Primaria.pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/Indice_de_escassez_de_medicos_no_Brasil_estudo_exploratorio_no_ambito_da_Atencao_Primaria.pdf). Acesso em: 26/03/22

GUIMARÃES, F. G. *et al.* A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 74-82, 2020. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&q=ORGANIZA%C3%87%C3%83O+DA+APS+NO+TELEMONITORAMENTO&btnG=#](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=ORGANIZA%C3%87%C3%83O+DA+APS+NO+TELEMONITORAMENTO&btnG=#) . Acesso em: 13/03/22

GERMINARI, J. P.; OLIVEIRA, B. B. de. **O desenvolvimento da Telemedicina no Brasil: Desafios e Entraves Normativo-Jurídicos**. Uberlândia: laboratórios Americano de Estudos Constitucionais Comparados- LAECC, 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas S. A, 2002. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Desktop/GIL.pdf. Acesso em: 23/05/21.

GLERIANO, J. S. *et al.* Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/ywxDq76bCmKWht46rCFM6fD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19/03/22.

GIOVANELLA, L. *et al.* Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 895-901, 2020. Disponível <https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44n126/895-901/>: Acesso em: 04/07/22.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em debate**, v. 44, p. 161-176, 2021.

GIOVANELLA, L. et al. Desafios da Atenção Básica no Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 no SUS, 2020.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?.. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt> Acesso em: 05/07/22

GOMES, E. M. de S. et al. Desafios da atenção primária à saúde durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. v. 2, n. 3, p. 299 – 313, 5 2021. Disponível em: <https://latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/322>.

GOMES, R. N. S. et al. Avaliação da estrutura física de Unidades Básicas de Saúde. **Rev Rene**, v. 16, n. 5, p. 624-630, 2015. Disponível: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324042637002.pdf> Acesso em: 09/07/22.

GONTIJO, M. D. et al. Atuação cotidiana no Sistema Único de Saúde em sua terceira década. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020.

HARZHEIM, E. et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2493-2497, 2020.

HARZHEIM, E. et al. Bases para a Reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade. Vol. 15, n. 42 (2020)**, 2020. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/212761>. Acesso em: 20/03/22.

JAKOBI, H. R.; RIVERO, S. L. de M. **Telemedicina: uma perspectiva para saúde de Rondônia**. 2005. 218 p. Monografia (Tecnologia em Processamento de Dados) — Faculdade de Ciências Administrativas -FATEC.

JACOB, C.; SANCHEZ-VAZQUEZ, A.; MARFIM, C. Fatores sociais, organizacionais e tecnológicos que afetam a adoção de ferramentas de saúde móvel pelos médicos: revisão sistemática da literatura. **JMIR mHealth e uHealth**, v. 8, n. 2, pág. e15935, 2020. DISPONÍVEL EM: [https://mhealth.jmir.org/2020/2/e15935\\_\\_](https://mhealth.jmir.org/2020/2/e15935__) Acesso em: 13/04/22.

JESUS, D. de; MLIGRES, J. A. **Marco Cível da Internet: Comentário á Lei n.12965 de 23de abril de 2014**. São Paulo: Saraiva, 2014.

KHAN, M. N. B. Telephone consultations in primary care, how to improve their safety, effectiveness and quality. v. 2, n. 1, p. u202013.w1227 –, 2013.

LEITE, H.; HODGKINSON, I. R.; GRUBER, T. New development: 'Healing at a distance'— telemedicine and COVID-19. **Public Money and Management**, v. 40, n. 6, p. 483 – 485, 8 2020.

LIMA, M. do Carmo de. **Guia prático para o exercício da telemedicina**. [S.l.]: Contents, 2021.

- LOTT, A. *et al.* Telemedicine Utilization at an Academic Medical Center During COVID-19 Pandemic: Are Some Patients Being Left Behind? v. 00, n. 00, p. 1 – 7, 2021.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11-24, 2018.
- MALDONADO, J. M. S. de V.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicina: Desafios à sua difusão no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 2, n. 32, p. 51 – 59, 11 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/54bg8d5mfWmCC9w7M4FKFVq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15/6/21.
- MARTÍNEZ; GARCÍA M, *et al.* Monitoramento de pacientes com COVID-19 por telemedicina com telemonitoramento. Telemedicina com telemonitorização e acompanhamento de pacientes com COVID-19. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2020; 220 (8): 472-479. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32620311/> . Acesso em: 25/07/21
- MELO, M. L. A. Análise da trajetória metodológica de pesquisa instruída pela abordagem fenomenológico-hermenêutica de Paul Ricoeur. Anais IV Sipeq, 2012. Disponível em: <https://arquivo.sepq.org.br/IV-SIPEQ/Anais/artigos/14.pdf> Acesso em: 18/06/2021
- MENDES, T. *et al.* Análise quantitativa do atendimento remoto durante a pandemia do COVID-19 relacionado aos marcos históricos da doença no Brasil. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 10, n. 53, p. 2394-2403, 2020.
- MENDES, Eugênio Vilaça *et al.* A construção social da atenção primária à saúde. **Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, v. 45, 2015. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3393643/mod\\_resource/content/2/MENDES-cap%201%20APS%20nas%20RAS.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3393643/mod_resource/content/2/MENDES-cap%201%20APS%20nas%20RAS.pdf). Acesso em: 20/03/22
- MINAYO, M. C. de Souza (org.). CIÊNCIA, TÉCNICA E ARTE: O DESAFIO DA PESQUISA SOCIAL. In: MINAYO, M. C. de Souza (org.) (Ed.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. [S.l.]: Petrópolis: Vozes, 2001. cap. 1.
- NACOTI, M. *et al.* At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. 2020.
- NETO, F. R. G. X. *et al.* Coordenação do cuidado, vigilância e monitoramento de casos da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1. ESP, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3682>. Acesso em: 16/03/22.
- OLIVEIRA, G. L.; RIBEIRO, A. P. Relações de trabalho e a saúde do trabalhador durante e após a pandemia de COVID-19. Resenha, **Cad. Saúde Pública**, V. 37, n.3, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00018321>.

OLIVEIRA, A. P. C. de *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1165-1180, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n4/1165-1180/>. Acesso em: 26/03/22.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. SPE, p. 158-164, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14/04/22.

OLIVEIRA, G. F. Comunicação organizacional e trabalho remoto em contexto de pandemia: construção de sentidos e percepções de empregados. 2022. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/217480> Acesso em: 23/04/22.

OPAS/OMS. **DeCS/MEsH**. Disponível em: [ecs:bvsalud.org](https://ecs.bvsalud.org). Acesso em: 19/05/21.

ORGANIZAÇÃO PAN AMAERICANA DE SAÚDE. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. **66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas**; CD53/5, Rev. 2, Washington, D.C., EUA, p. 1 – 17, setembro 2014. Disponível em: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9774:2014-53rd-directing-council&Itemid=40507&lang=pt](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774:2014-53rd-directing-council&Itemid=40507&lang=pt). Acesso em: 22/05/21.

PANACEIA. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2021. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/panacea> [consultado em 14-04-2022].

PANTANOWITZ, L. *et al.* American Telemedicine Association clinical guidelines for telepathology. v. 5, n. 1, p. 39 –, 2014.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 22, 2018.

PRESTON, J. *et al.* **Hospital and Community Psychiatry Using Telemedicine to Improve Health Care in Distant Areas**. [S.l.], 1992.

PONTA GROSSA. **Plano municipal de saúde de Ponta Grossa**: 2018-2021. [Internet]. Secretaria Municipal de Saúde. 2017.

PONDÉ, M. P.; MENDONÇA, M. S. S.; CAROSO, C. Proposta metodológica para análise de dados qualitativos em dois níveis. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 16, p. 129-143, 2009.

PYGALL, S. **Triagem e consulta ao telefone**: estamos realmente ouvindo? Porto Alegre:[s.n.], 2018.

RAMOS, I.; SOUZA, F. M. de. Marco Civil da Internet – Lei 12.965, de 23 de abril de 2014 Aspectos pontuais da Responsabilidade Civil dos Provedores. **REVISTA DIREITO & PAZ**, lorena/SP, v. 2, n. 21, p. 301 – 334, 06 2014. Disponível em: <https://www.revista.unisal.br/> Acesso em: 29/5/21.

RIBEIRO, M. A. *et al.* Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. **APS em Revista**, v. 2, n. 2,



p. 177-188, 2020. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&q=ORGANIZA%C3%87%C3%83O+DA+APS+NO+TELEMONITORAMENTO&btnG=#](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=ORGANIZA%C3%87%C3%83O+DA+APS+NO+TELEMONITORAMENTO&btnG=#) . Acesso em: 13/03/22

RICOEUR, P.; BERLINER, C. Tempo e narrativa: a intriga e a narrativa histórica. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. 408 p. [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3389488/mod\\_resource/content/1/P.%20Ricoeur%20Tempo%20e%20Narrativa%20I.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3389488/mod_resource/content/1/P.%20Ricoeur%20Tempo%20e%20Narrativa%20I.pdf)

RICOEUR, P. O Tempo e a Narrativa. Trad. Constança Marcondes Cesar. São Paulo: Papyrus, 1994. [ricoeur-p-tempo-e-narrativa-tomo-i \(1\).pdf](#)

RICOEUR, P. Interpretação e ideologias. 3. ed. Petrópolis: S/A. Trad. Hilton Japiassu. Rio de Janeiro: Imago, 1999. 91p. <file:///C:/Users/55429/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/paul.pdf>

RIOS, A. F. M. *et al.* Atenção Primária à Saúde frente à COVID-19: Relato de experiência de um Centro de Saúde. **Enfermagem em foco**, v. 11, n. 1. ESP, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/122>. Acesso em: 16/03/22.

RODRIGUES, A. P. *et al.* **Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19**: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 189-196, 2020.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? v. 29, n. 2, p. e2020166 –, 2020.

SAVASSI, L. C. M. *et al.* Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19. v. 15, n. 42, p. 2611 –, 8 2020.

SCHERER, M. D. A. *et al.* Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 89-104, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/4ZR8JctDd9fttkgDT5KCSgJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27/03/21.

SILVA, K. L.; MEDEIROS, C. Fatores intervenientes na implantação da estratégia saúde da família nos municípios brasileiros. **Revista de APS**, v. 18, n. 3, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/article/view/15610>. Acesso em: 27/03/21

SILVA, J. J. L.; SANTOS, V. M.; CORREIA, M. V. C. Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer. **Ser Social**, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/55429/Downloads/28792%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/55429/Downloads/28792%20(1).pdf). Acesso em: 04/07/22.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2753-2762, 2011. Disponível em:

[www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v16n6/14.pdf](http://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v16n6/14.pdf). Acesso em: 15/05/22.

SILVA, A. R. *et al.* Manual de telessaúde: para atenção básica, atenção primária à saúde. 2012.

SILVEIRA, R. P. *et al.* Telemonitoramento da COVID-19 com participação de estudantes de medicina: experiência na coordenação do cuidado em Rio Branco, Acre. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 151-161, 2020. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&q=ORGANIZA%C3%87%C3%83O+DA+APS+NO+TELEMONITORAMENTO&btnG=#](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=ORGANIZA%C3%87%C3%83O+DA+APS+NO+TELEMONITORAMENTO&btnG=#) Acesso em: 13/03/22.

SOUZA, B. C. **A precarização do trabalho dos profissionais na saúde pública: principais indicadores na atualidade.** 2017. 70 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social)–Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/25839> . Acesso em: 10/07/22.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: [s.n.], 2002.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507 – 14, 4 2005/5. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/TURATO.pdf>. Acesso em: 23/05/21.

TURISCO, F. *et al.* **Rural health care delivery: connecting communities through technology.** [S.l.: s.n.], 2002.

UNIDAS., N. **Objetivos de desarrollo del milênio.** 2005. Disponível em: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/2797-objetivos-desarrollo-milenio-mirada-america-latina-caribe>.

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 645-684, 2008.

WEN, C. L. Telemedicina e Telessaúde – Um panorama no Brasil. **informática pública**, v. 2, n. 10, p. 7 – 15, 2 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Telemedicina%20e%20Telessa%C3%BAde%20Um%20panorama%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 22/05/21.

WHO. **TELEMEDICINE: OPPORTUNITIES AND DEVELOPMENTS** IN Member States. [S.l.], 2010.

**APÊNDICE A – PARTE I - QUESTIONÁRIO *GOOGLE FORMS*****Acesso Virtual em tempos de Pandemia por Coronavírus na Estratégia de Saúde da Família Parte I - Questionário Google Forms Caracterização do sujeito da pesquisa**

Qual o seu nome?

Qual sua idade? Anos

Gênero:

Masculino

Feminino

Outros

Qual seu estado civil?

Casado

Solteira

Outro \_\_\_\_\_

Você é funcionário público concursado?

Sim

Não

Possui outro vínculo empregatício?

Sim

Não

Outros \_\_\_\_\_

Qual o seu tempo de formação?

Mais de um ano

1-2 anos

3-5 anos

Mais de cinco anos

Qual seu tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família?

- Mais de um ano
- 1-2 anos
- 3-5 anos
- Há mais de cinco anos Qual a sua formação?

Qual a sua formação

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

**APENDICE B – PARTE II – QUESTIONÁRIO GOOGLE FORMS****CARACTERIZAÇÃO DAS FERRAMENTAS UTILIZADAS PARA REALIZAÇÃO DO TELEMONITORAMENTO.**

1. Desde quando presta telemonitoramento em sua unidade (ESF)?

Inferior há um ano

1-2 anos

Mais de dois anos.

2. Na sua ESF, quem executa o telemonitoramento? Pode assinalar mais de uma questão.

Enfermeiro

Médico

Residentes

Outros \_\_\_\_\_

3. Em geral qual o seu grau de satisfação com o serviço de telemonitoramento? (Adaptado, Oliveira, 2017).

Satisfeito

Muito satisfeito

Pouco satisfeito

Outros \_\_\_\_\_

4. Como ocorreu o telemonitoramento em sua Estratégia de Saúde da Família? Pode assinalar mais de uma resposta.

Telefone fixo

Telefone celular

WhatsApp bussiness

Outros \_\_\_\_\_

5. Em sua opinião, qual foi a melhor estratégia na realização de comunicação e contato com o usuário com o serviço. Por quê? Pode assinalar mais de uma resposta.

Mensagens programadas

Vídeos chamadas

SMS

Ligação do fixo

ligação do celular.

6. Como profissional de saúde da APS, quais as dificuldades encontradas no telemonitoramento?

Falta de recursos humanos

Falta de ferramentas apropriadas para telemonitoramento

Falta de colaboração da equipe

Outros \_\_\_\_\_

7. Com o telemonitoramento teve ampliação de recursos em seu serviço?

Recursos humanos

Ferramentas apropriadas para telemonitoramento

Outros \_\_\_\_\_

8. Com o telemonitoramento o que você percebeu de melhoria em relação aos pacientes sintomáticos respiratórios?

Melhoria do acesso

Vínculo com os usuários

Melhor cobertura na área de abrangência

Facilidade no contato com os usuários

Outros \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C – PARTE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ENFERMEIROS  
INSERIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (GIL, 2002).**

- 1) Como organizaram o telemonitoramento em sua Unidade de Saúde? (ex. estratégias utilizadas, ferramentas)
- 2) Como foi implantado o telemonitoramento em sua unidade de saúde? (dificuldades)
- 3) Conte sua experiência com o telemonitoramento realizado em sua Unidade de Saúde? (melhorias, desafios)
- 4) O que achou do telemonitoramento realizado com os sintomáticos respiratórios em sua Unidade de Saúde?
- 5) Você poderia apontar alguns resultados já obtidos nesse processo? (ex.: Comunicação e contato)
- 6) O que mudou na organização do processo de trabalho da equipe com o telemonitoramento.

**APÊNDICE D – PARTE II - ROTEIRO DE ENTREVISTA, COM O GESTOR RESPONSÁVEL PELA IMPLANTAÇÃO DO TELEMONTORAMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (GIL, 2002)**

1. Como organizaram o telemonitoramento em seu município? (estratégias utilizadas, ferramentas, recursos humanos, materiais etc.)
2. Como foi implantado o telemonitoramento em seu município? (dificuldades)
3. Conte sua experiência com a implantação do telemonitoramento no município de Ponta Grossa? (teve melhoria da qualidade dos serviços públicos na APS)
4. O que achou do telemonitoramento realizado com os sintomáticos respiratórios em seu município?
5. Você poderia apontar alguns resultados já obtidos nesse processo? (resolutividade da equipe, envolvimento)
6. O que mudou na organização do processo de trabalho das equipes inseridas na Estratégia de Saúde da Família com o telemonitoramento?



## **APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**CAAE: 42638821.6.0000.0102**

**Número do parecer: 4.751.653**

Nós, o Professor Dr. Paulo Poli Neto, e Coorientadora Professora Dr<sup>a</sup> Sabrina Stefanello, do departamento de saúde comunitária juntamente com o aluno Geovane Menezes Lourenço do Mestrado Profissional em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação (PROFSAUDE) – da Universidade Federal do Paraná, convidamos você a participar de um estudo intitulado: “ **Acesso virtual em tempos de pandemia por Coronavírus na Estratégia de Saúde da Família**”.

Este estudo faz-se necessário para ampliar a percepção quanto à abrangência dos sintomáticos respiratórios, bem como faz parte dos quesitos parciais da dissertação de mestrado para obtenção do grau de mestre, tendo como objetivo, compreender como foi organizado o processo de trabalho de telemonitoramento aos sintomáticos respiratórios na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Ponta Grossa.

Caso haja concordância em participar da pesquisa, será necessário responder um questionário composto por perguntas abertas e fechadas. O preenchimento será por meio de formulário eletrônico (Google Forms), encaminhado através de um link via Whatsapp.

Estima-se um tempo aproximado de quinze minutos para o preenchimento do referido questionário. O questionário descreve atividades relacionadas ao processo de trabalho da equipe frente à realização do telemonitoramento aos sintomáticos respiratórios.

Caso ocorra algum desconforto ou constrangimento ao responder às perguntas, é possível não se pronunciar sobre o que foi perguntado ou interromper o preenchimento do questionário e não mais participar da pesquisa. A propriedade das informações desta pesquisa se encontrará sob guarda do orientador desta pesquisa durante todo o período em que ela estiver em desenvolvimento e será resguardada em arquivamento por cinco anos.

---

ASSINATURA DO PESQUISADOR ASSINATURA DO PARTICIPANTE

A pesquisa será realizada com profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família no município de Ponta Grossa, Paraná. Os benefícios esperados com essa pesquisa são os de subsidiar demais pesquisas, aprimorar o conhecimento dos pesquisadores frente ao telemonitoramento, descrever as potencialidades e desafios encontrados, bem como, contribuir para novas pesquisas científicas. Os pesquisadores, Mestrando Geovane Menezes Lourenço do PROFSAUDE da Universidade Federal do Paraná e os servidores da Universidade Federal do Paraná, Professor Dr<sup>o</sup> Paulo Poli Neto, do Departamento de Saúde coletiva e a professora Sabrina Stefanello, são os responsáveis por este estudo e poderão ser contatados em horário comercial (de segunda à sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h) para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer as informações necessárias, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Seguem abaixo os contatos:

**Geovane Menezes Lourenço** – Unidade de Saúde da Família Horácio Droppa, sito a Rua Santa Rosa, sem número Ponta Grossa PR, telefone: (42) 984016537. Email: mengeovane@gmail.com

**Professor Dr. Paulo Poli Neto** - Universidade Federal do Paraná, Campus Botânico, Departamento de Saúde Comunitária. Endereço: Av. Prefeito Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico, Curitiba-PR, telefone comercial (41) 3360-4073, e-mail: ppolineto@gmail.com

**Professora Dr<sup>a</sup> Sabrina Stefanello** - Universidade Federal do Paraná, Campus Botânico, Departamento de Saúde Comunitária. Endereço: Av. Prefeito Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico, Curitiba-PR, telefone comercial (41)3360-4073, email: binastefa-nello@gmail.com

A sua participação neste estudo é voluntária e caso não queira fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento. A propriedade das informações desta pesquisa se encontrará sob guarda do orientador desta pesquisa durante todo o período em que ela estiver em desenvolvimento até sua fase final e será resguardada em arquivamento por cinco anos.

---

## ASSINATURA DO PESQUISADOR ASSINATURA DO PARTICIPANTE

O material obtido, por meio de questionário eletrônico e entrevistas, será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído ao término da Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família, no período de cinco anos. Você terá a garantia de que os dados e resultados obtidos com este estudo, garantirão sigilo total das fontes e caso necessário algum tipo de identificação, será feita de forma codificada.

Em caso de dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br) e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08h30minh às 11:00h e das 14:00h.às 16:00h.

O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Local, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal

Eu, \_\_\_\_\_ declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

---

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCE.

## **APÊNDICE F – TERMO DE SOLICITAÇÃO DE USO DE SOM DE VOZ PARA PESQUISA**

**CAAE: 42638821.6.0000.0102**

**Número do parecer: 4.751.653**

Nós, o Professor Dr. Paulo Poli Neto, coorientadora Professora Dr<sup>a</sup> Sabrina Stefanello, juntamente com o mestrando Geovane Menezes Lourenço, responsáveis pelo projeto: “ **Acesso virtual em tempos de pandemia por Coronavírus na Estratégia de Saúde da Família**”, solicitamos a utilização de som de voz para este estudo, com garantia de proteção de identidade. Os avanços importantes em todas as áreas de conhecimento ocorrem por meio das pesquisas científicas, sendo fundamental sua participação. O objetivo da pesquisa é compreender como foi organizado o processo de trabalho de telemonitoramento aos sintomáticos respiratórios na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Ponta Grossa.

Caso você aceite participar da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista que será audiogravada, com sua autorização, em que o anonimato e a confidencialidade das informações e relatos serão preservados.

A entrevista descreve as estratégias de organização virtual, para melhoria da comunicação e acesso aos sintomáticos respiratórios, identifica os desafios das equipes, frente ao instrumento de contato com esses usuários e discute se essas iniciativas de atendimento à distância trouxeram melhoria nas condições de atendimento aos sintomáticos respiratórios.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: servir de subsídios para as demais pesquisas, bem como aprimorar o conhecimento dos pesquisadores frente ao telemonitoramento, além de descrever as potencialidades e desafios encontrados, bem como, contribuir para novas pesquisas científicas. A entrevista será realizada em uma sala virtual e on-line reservada, em horário a ser agendado, que não comprometa a realização de suas atividades de trabalho. O tempo aproximado para esse procedimento será de 45 minutos. A sua participação neste estudo é voluntária e caso não queira fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento.

---

## ASSINATURA DO PESQUISADOR ASSINATURA DO PARTICIPANTE

O material obtido por meio da entrevista audiogravada será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído ao término da mesma que é requisito para conclusão do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família e obtenção do grau de Mestre do pesquisador em exercício desta pesquisa – Geovane Menezes Lourenço e orientador Drº Paulo Poli no período máximo de até cinco anos.

Você terá a garantia de que os dados e resultados obtidos com este estudo, caso forem publicados, não aparecerá seu nome e nem da sua instituição, isso será forma codificada. A propriedade das informações desta pesquisa se encontrará sob guarda do orientador e pesquisador principal desta pesquisa durante todo o período em que ela estiver em desenvolvimento até sua fase final e será resguardada em arquivamento por cinco anos.

Os pesquisadores **mestrando Geovane Menezes Lourenço** do PROF SAÚDE da Universidade Federal do Paraná e os servidores da Universidade Federal do Paraná, professor **Drº Paulo Poli Neto** e a professora **Drª Sabrina Stefanello** do Departamento de Saúde comunitária são os responsáveis por este estudo e poderão ser contatadas em horário comercial (de segunda à sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h) para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Seguem abaixo os contatos:

**Geovane Menezes Lourenço** – Unidade de Saúde da Família Horácio Droppa, sito a Rua Santa Rosa, sem número, Ponta Grossa PR, telefone (42) 984016537. Email: [mengeovane@gmail.com](mailto:mengeovane@gmail.com).

**Dr. Paulo Poli Neto** - Universidade Federal do Paraná, Campus Botânico, Departamento de Saúde Comunitária. Endereço: Av. Prefeito Lotarão Meissner, 632, Jardim Botânico, Curitiba-PR, telefone comercial (41) 3360-4073, e-mail: [ppolineto@gmail.com](mailto:ppolineto@gmail.com).

**Drª Sabrina Stefanello** - Universidade Federal do Paraná, Campus Botânico, Departamento de Saúde Comunitária. Endereço: Av. Prefeito Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico, Curitiba-PR, telefone comercial (41) 3360-4073, e-mail: [binastefanello@gmail.com](mailto:binastefanello@gmail.com)

---

## ASSINATURA DO PESQUISADOR ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante desta pesquisa, pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br) e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08h30min às 11:00 h e das 14:00h.às 16:00h. (informar o contato completo do CEP/Coparticipante quando houver).

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e

compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Local, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

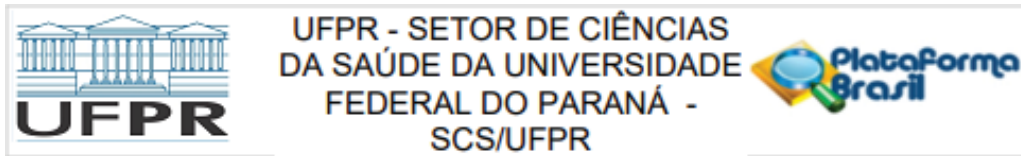
\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicando seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formulário

NOME POR EXTENSO DO PESQUISADOR PRINCIPAL/ RESPONSÁVEL

## APÊNDICE G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 4.751.653

- Identificar os desafios das equipes ante o instrumento de contato com esses usuários.
- Discutir se essas iniciativas de atendimento a distância trazem melhoria às condições de atendimento aos sintomáticos respiratórios.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com os pesquisadores, quanto aos benefícios:

“O estudo tem como intuito elaborar dissertação de mestrado, bem como servir de indicador de resultados positivos ou desafios a serem superados pela equipe e gestão, além de servir como base para outras pesquisas científicas. Os benefícios esperados com essa pesquisa consistem em servir de subsídios para outras pesquisas científicas, bem como aprimorar o conhecimento dos pesquisadores perante o telemonitoramento. Um benefício possível direto, é avaliar as possibilidades para o uso de recursos remotos na tentativa de garantia de qualidade de acesso e do cuidado para a população, sendo assim poder apontar para os profissionais quais são as possíveis potencialidades e dificuldades de uma organização pública de saúde (ESF) no atendimento a distância nesse caso o telemonitoramento. toda pesquisa visa aperfeiçoar o conhecimento tanto dos pesquisadores quanto dos participantes, sendo assim retornando como forma de benefício indireto para a sociedade por meio das práticas em saúde.”

Quanto aos riscos, destacam que “poderão ocorrer alguns desconfortos ou constrangimentos ao responder às perguntas. Caso isso ocorra, o participante pode não se pronunciar sobre o que foi perguntado ou interromper o preenchimento do questionário ou da entrevista e não mais participar da pesquisa.”.

Quanto à possibilidade de ocorrência, destacam que é “mínima, porém tem a possibilidade no momento em que for responder ao questionário eletrônico ou durante a entrevista. Se eventualmente isso acontecer, o participante não precisa se pronunciar sobre o que foi perguntado ou interromper o preenchimento do questionário ou da entrevista e não mais participar da pesquisa.”.

Quanto às medidas de minimização, ressaltam que “ações para minimizar e proteger o participante em todas as etapas da pesquisa, somente terão início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e liberação do gestor municipal. Dessa forma, os profissionais de saúde serão convidados e orientados quanto à pesquisa e, caso aceitem a participar, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com Resolução nº 466/12 e a Resolução nº 510/16, do Comitê de Ética em Pesquisa. Cabe ressaltar que caso ocorra algum desconforto ou

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

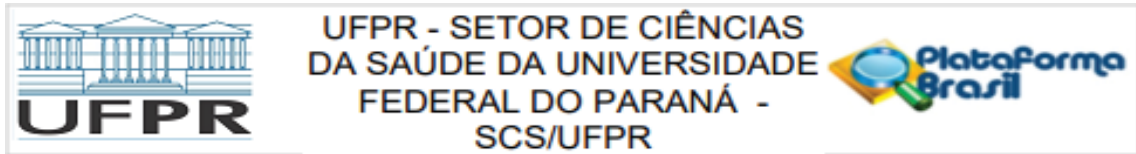
**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3380-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br





Continuação do Parecer: 4.751.653

constrangimento ao responder às perguntas, em qualquer momento da pesquisa é possível o participante não se pronunciar sobre o que foi perguntado ou interromper o preenchimento do questionário e não mais participar da pesquisa. Os profissionais que aceitarem participar desta pesquisa o farão através do encaminhamento de formulários eletrônicos através de aplicativos de mensagem ou e-mail e também através de entrevistas audiogravadas por meio de plataformas virtuais e em nenhum momento necessitarão realizar contato físico com os pesquisadores, considerando a pandemia em que se encontra o sistema de saúde desde a instalação da COVID-19. "Para, além disso, nenhuma pergunta possui caráter pessoal e/ou íntimo e, compreendendo o cenário pandêmico vivenciado no contexto mundial e de saúde coletiva, desde a instalação da COVID-19, serão buscadas todas as alternativas que possibilitem o sucesso desta pesquisa de maneira segura e eficaz, sem aglomeração de profissionais e/ ou quaisquer outras pessoas. Para tanto, a pesquisa busca valer-se da tecnologia, desde o preenchimento de formulários eletrônicos, encaminhados através de e-mails e/ou aplicativo de mensagem, as entrevistas audiogravadas realizadas através de plataformas virtuais, até uma coleta de dados secundários, realizados através de plataforma virtual do Sistema de Saúde."

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

De acordo com os pesquisadores, "trata-se de estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, compreendendo coleta de dados primários e secundários. (...) O estudo será realizado no município de Ponta Grossa, o qual está situado na região centro-sul do Paraná. A coleta de dados será com enfermeiros graduados, com idade superior a dezoito anos do sexo masculino e feminino e que estejam atuando na APS a mais de três meses no cuidado direto ou indireto aos sintomáticos respiratórios por meio do telemonitoramento. Farão parte da amostra não probabilística doze enfermeiros e um gestor, os quais prestarão atendimento por meio do telemonitoramento dos sintomáticos respiratórios e estão inseridos em uma unidade Básica de Saúde, sendo que as unidades escolhidas e os profissionais serão intencionais até completar a amostra definida."

"Como critério de inclusão deve ser profissional enfermeiro graduado, de ambos os sexos e estar atuando na ESF no mínimo três meses e na assistência direta ou indireta ao telemonitoramento. Serão excluídos da pesquisa os que não contemplarem os critérios descritos ou que optarem em não participar da pesquisa."

"Como metodologia desta pesquisa, serão adotados três passos principais, a saber:

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**Bairro:** Alto da Glória

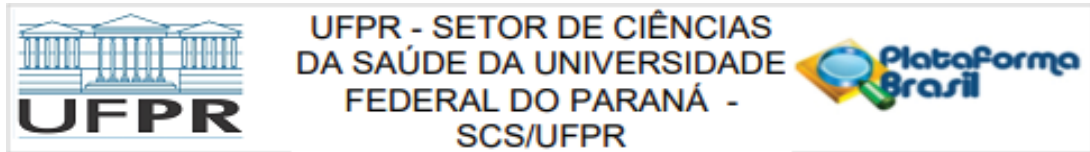
**UF:** PR

**Telefone:** (41)3360-7259

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.751.653

Etapa 1) composta pelo encaminhamento de formulários eletrônicos criados na plataforma Google Forms, aos enfermeiros e gestor das UBS, que farão parte da amostra, não probabilística, coletada para o desenvolvimento desta pesquisa, num total de 13 profissionais. Essa amostra de profissionais da saúde corresponde a cerca de 14,5% de todos os profissionais enfermeiros da Rede Básica de Saúde do Município de Ponta Grossa e, como pesquisa qualitativa, mas de abordagem também quantitativa, acredita-se que a amostra coletada trará um panorama mais diversificado a respeito do tema abordado. A Rede Básica de Saúde Pontagrossense possui apenas um gestor (coordenador da APS) para o município todo, não cabendo o envio de outro questionário o mais algum gestor. Portanto, o questionário respondido pelo gestor mostrará apenas uma avaliação, que não deixa de ser relevante à pesquisa.

Etapa 2) composta pela articulação de entrevistas audiogravadas que serão feitas através da plataforma virtual Google Meet, com os 13 profissionais selecionados para responder aos mesmos questionários citados na etapa 1, porém com perguntas nas entrevistas audiogravadas, diferenciadas da primeira etapa. Essa entrevista será marcada com data previamente estabelecida através do contato com cada profissional selecionado e suas disponibilidades e aceitação de participação. Tanto para a resposta dos formulários eletrônicos quanto para a realização das entrevistas audiogravadas, cada profissional selecionado receberá um termo de consentimento livre e esclarecido para que fiquem claras as condições às quais ele (a) se submeterá durante o preenchimento do documento.

Etapa 3) serão realizadas análises em documentos escritos. As Unidades Básicas selecionadas para a pesquisa documental secundária serão as mesmas em que foram realizadas as etapas 1 e 2 da pesquisa. No primeiro contato com os participantes da investigação, será solicitado o campo para realização da pesquisa documental e, para tanto, será apresentada a Autorização para Manipulação de Dados. Sendo assim, nas fontes secundárias serão analisadas se ocorreu o registro das informações que foram coletadas dos usuários pelos profissionais de saúde, durante o atendimento a distância, bem como, o que foi anotado e quais instrumentos utilizaram para realizar essas anotações (fichas de notificação, registro em prontuários, planilhas e outras fontes que comprovem se ocorreu o registro do atendimento na APS).

Esses dados coletados serão anotados e organizados em diário de bordo e/ou em planilhas de excel e posteriormente serão compilados, analisados e apresentados por meio de tabelas simples." "Para a realização da análise e discussão dos resultados obtidos por meio do questionário eletrônico, entrevista audiogravada e dos documentos escritos, a base será a análise de conteúdo.".

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**Bairro:** Alto da Glória

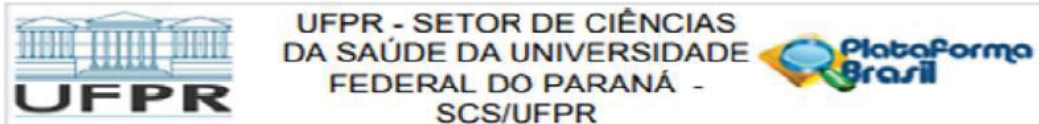
**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.751.653

"O último processo desta metodologia, portanto, será a análise de conteúdo, que fará a relação entre os formulários eletrônicos, respondidos pelos 13 profissionais selecionados; as entrevistas audiogravadas, também realizadas com os 13 profissionais, e os dados coletados através da documentação angariada nas Unidades Básicas de Saúde; os quais sejam de relatórios, fichas técnicas, prontuários e outros documentos que possam servir como suporte para esta pesquisa."

Quanto ao recrutamento dos participantes, destacam: "inicialmente, será solicitada liberação para a realização desta pesquisa ao Conselho de Ética em Pesquisa (CEP). Após aprovação do CEP, será realizado contato telefônico com o gestor municipal e com os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde selecionadas. Estes, escolhidos por meio da amostra de conveniência para apresentar o parecer do CEP e os objetivos da pesquisa. Dessa forma, será necessário definir os melhores horários para dar início à pesquisa e informar que esta contará com três etapas. Em segundo momento, dada a participação voluntária, será encaminhado, via WhatsApp, o questionário eletrônico, elaborado na plataforma Google Forms, com o termo de consentimento livre e esclarecido em anexo. A entrevista será realizada individual por meio de plataforma virtual, caso a pandemia do novo coronavírus continue; caso diminuam as restrições de contato, a entrevista tem a possibilidade de ser realizada presencialmente. Tal instrumento busca responder aos objetivos propostos quanto à implantação do telemonitoramento na APS dos sintomáticos respiratórios. A participação é voluntária e, dado o aceite, primeiramente o convidado será orientado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de uso de Voz. Sendo assim a entrevista, seja ela realizada na forma virtual ou presencial, será individual e em sala reservada com horário estabelecido pelo entrevistado. A etapa da entrevista será de acordo com o roteiro proposto conforme combinado com o participante da pesquisa e será audiogravada e, posteriormente, será transcrita. Para a efetivação da entrevista virtual, será criada uma sala on-line pela plataforma Google Meet. E o link será enviado para os participantes da pesquisa por e-mail ou pelo WhatsApp."

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram devidamente apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto de pesquisa apresenta uma proposta interessante e importante, diante do momento da



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -  
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 4.751.653

pandemia do novo coronavírus. As pendências foram atendidas.

Favor inserir em seu TCLE e TALE o número do CAAE e o número do Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD de 13 de julho de 2020.

Após o isolamento, retornaremos à obrigatoriedade do carimbo e assinatura nos termos dos novos projetos. Qualquer dúvida, retornar e-mail ou pelo WhatsApp 41-3360-7259.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: [www.cometica.ufpr.br](http://www.cometica.ufpr.br) (obrigatório envio)

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1691700.pdf	30/04/2021 12:58:06		Aceito
Outros	CartasimplesVERSAO2.docx	30/04/2021 12:56:48	Paulo Poli Neto	Aceito
Outros	TCLECORRIGIDOVERSAO3.docx	30/04/2021 12:49:03	Paulo Poli Neto	Aceito
Outros	TERMOUSOVOZVERSAO3.docx	30/04/2021 12:48:09	Paulo Poli Neto	Aceito
Outros	TERMOVOZVERSAOCORRIGIDO.docx	29/03/2021 15:58:02	Paulo Poli Neto	Aceito
Outros	cartasimples.docx	20/03/2021 19:06:27	Paulo Poli Neto	Aceito
Outros	projetoversaocorrigido.docx	20/03/2021 19:06:48	Paulo Poli Neto	Aceito
Outros	TCLEVERSAO2.docx	20/03/2021 19:01:26	Paulo Poli Neto	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Setor de Ciências da Saúde

CEP: 81.531-980



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -  
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 4.751.853

Outros	Checklistdocumental.pdf	29/01/2021 18:50:12	Paulo Poli Neto	Aceito
Outros	Cartadeencaminhamentodopesquisador aoCEPSD.pdf	29/01/2021 18:47:46	Paulo Poli Neto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDO.docx	21/01/2021 22:27:39	Paulo Poli Neto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAcessovirtualemtempodapande miaporCoronavirusnaEstrategiadeSaude daFamilia.docx	21/01/2021 22:26:15	Paulo Poli Neto	Aceito
Outros	Termodeusodevoz.docx	21/01/2021 22:08:09	Paulo Poli Neto	Aceito
Outros	AutorizacaoparaManipulacaodeDados.p df	21/01/2021 22:05:27	Paulo Poli Neto	Aceito
Outros	SolicitacaodeAcessoaosDados.pdf	21/01/2021 22:04:32	Paulo Poli Neto	Aceito
Outros	DECLARACAODECOMPROMISSOSDA EQUIPEDAPESQUISA.pdf	21/01/2021 22:01:44	Paulo Poli Neto	Aceito
Outros	ConcordanciadaInstituicaoCoparticipant e.pdf	21/01/2021 21:53:36	Paulo Poli Neto	Aceito
Outros	ConcordanciadosServicosEnvolvidos2.p df	21/01/2021 21:52:07	Paulo Poli Neto	Aceito
Outros	ANALISEDEMERITOCIENTIFICOASER CERTIFICADAPELOPESQUISADORPR INCIPAL.pdf	21/01/2021 21:43:20	Paulo Poli Neto	Aceito
Outros	Aladeaprovacoadoprojeto.pdf	21/01/2021 21:40:38	Paulo Poli Neto	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoparapesquisaenvolvendose reshumanos.pdf	21/01/2021 21:18:36	Paulo Poli Neto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**


Não

CURITIBA, 02 de Junho de 2021


Assinado por:  
**IDA CRISTINA GUBERT**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

## APÊNDICE H - CARTA DE CONCORDÂNCIA DE COPARTICIPAÇÃO PESQUISA



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTA GROSSA**  
CNPJ: 32.370.759/0001-52  
Núcleo de Educação Permanente



**Núcleo de Educação Permanente**  
SMS-PMPG

---

**Concordância de Coparticipação**

Ponta Gossa, 11 de janeiro de 2021.


Senhor Coordenador,

Declaramos que nós do (a) Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Fundação Municipal de Saúde do município de Ponta Grossa, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa **"Acesso virtual em tempos de pandemia por Coronavírus na Estratégia de Saúde da Família."** sob a responsabilidade do mestrando Geovane Menezes Lourenço e sob orientação do professor Drº Paulo Poli Neto e Coorientador (a) professora Drª Sabrina Stefanello nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em 23 de agosto de 2022.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão profissionais de saúde inseridos na Estratégia de Saúde da Família, bem como de que o trabalho proposto deve seguir a Resolução 466/2012 (CNS) e complementares.

Da mesma forma, estamos cientes que os pesquisadores somente poderão iniciar a pesquisa pretendida após encaminharem, a esta Instituição, uma via do parecer de aprovação do estudo exarado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

Atenciosamente,



**Carlos Eduardo Coradassi**  
Coordenador do Núcleo de Educação Permanente - FMS  
Unidade Concedente

---

**Carlos Eduardo Coradassi**

Coordenador do Núcleo de Educação Permanente da Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa.

---

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Av.: Visconde de Taunay, 950 – CEP: 84.051-000 – Fone:3220-1000 ramal 4 – Ponta Grossa - Paraná  
E-mail: sms@pontagrossa.pr.gov.br