

# A TELESSAÚDE DE “BUBUIA”<sup>\*</sup>? A UTILIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA (EAD) PARA A FORMAÇÃO DE EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO ESTADO DO PARÁ

Tavares, A. G.<sup>1</sup>, Ponte, V. S.<sup>2</sup>, Melo, C. B.<sup>3</sup>, Fernandes, M. S. B.<sup>4</sup> Gonçalves, A. P. O.<sup>5</sup>.

1 Universidade Federal do Pará. Hospital Universitário João Barros Barreto, Hospital Universitário Barros Barreto, R. dos Mundurucus, 4487

2 Secretaria Executiva de Saúde, Av. Conselheiro Furtado, nº 1597 / CEP: 66040-100 / 4006-4800 / sec.gab@sespa.pa.gov.br

3 Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Rua Oliveira Belo, nº 395/ CEP: 66050-380

4 Universidade do Estado do Pará, Rua do Una, nº 156 - Belém - Pará - Brasil - 66.113-200 - Telégrafo

5 Universidade Federal do Pará, - Faculdade de Enfermagem. Praça Camilo Salgado, nº 1- CEP: 66050-60/Belém - Pará - Brasil - Umarizal

*Resumo: Introdução: O Estado do Pará, por meio da Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA), em parceria com as Universidades Públicas e a Secretaria de Estado de Desenvolvimento, Ciência e Tecnologia (SEDECT/FAPESPA), instituiu o curso de formação em Educação Permanente em Saúde para Equipes da Estratégia Saúde da Família, utilizando a EAD como ferramenta educacional, ampliando o acesso de trabalhadores e estudantes em todos os municípios paraenses. O curso é um dos componentes do Plano Estadual de Valorização da Atenção Primária. Objetivo: Propõe-se fomentar o processo de mudança na organização locorregional e na gestão do trabalho em saúde, produzindo mudanças nos modos de cuidar da saúde, em busca de maior resolubilidade possível, com ênfase na integralidade, Mattos (2001), Ceccim & Ferla (Nov/2008 fev/2009). Métodos: A proposta metodológica e pedagógica se baseia na aprendizagem significativa, na problematização e ressignificação do processo de trabalho, por meio da troca de conhecimentos e dos saberes com as pessoas usuárias do sistema, Freire (1992). Resultados: A dimensão geográfica do Estado definiu a ferramenta de EAD como uma alternativa para a universalização ao acesso de trabalhadores e estudantes atuantes nas ESF. As principais dificuldades encontradas são: a baixa conectividade e a incipiente institucionalização da política de educação permanente (EP) e de Telessaúde no Estado.*

**Palavras chave:** Telessaúde, educação à distância, atenção primária

**Key words:** e-health, e-learning, primary care

## Introdução

O estudo apresenta e analisa o contexto da Telemedicina e do Projeto Telessaúde no Estado e apresenta alternativas de articulação de ações entre a educação permanente (EP) em saúde para equipes da ESF e o Telessaúde. O curso de aperfeiçoamento em EP, por meio da EAD, é uma alternativa a ser complementada com a 2ª opinião formativa e as teleconferências.

O curso foi objeto de estudo sobre: 1) a sua posição de ainda “instituinte” na telessaúde; 2) o cuidado integral e 3) por relacionar-se com as Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTIC).

Os resultados iniciais foram as limitações ao avanço na política no Estado, principalmente, pela desarticulação entre as instituições.

Foi identificada a fase instituinte do curso para a telessaúde, a co-habitação de paradigmas da saúde como parte da complexidade e da religação de saberes, assim como a relação com as novas tecnologias.

## Objetivo

O objetivo deste trabalho é o de discutir o contexto do Telessaúde no Estado e examinar na proposta do Curso de Aperfeiçoamento a Distância em EP em Atenção Primária na Estratégia Saúde Família, as

<sup>\*</sup> Termo paraense para designar à superfície, à tona da água, boiando. (Miranda<sup>1</sup> VC. Glossário Paraense: Coleção de vocábulos peculiares à Amazônia e especialmente à Ilha de Marajó. Belém: UFPA, 1968).

potencialidades e limites de construção da integralidade e de sua aproximação com a telemedicina e com a telessaúde.

#### Materiais e método

O estudo privilegiou a abordagem quanti-qualitativa, segundo Minayo (2007)<sup>2</sup>. Foram aplicados alguns métodos e técnicas das ciências sociais e humanas, como a observação participante Brandão (1990)<sup>3</sup> e o trabalho de campo Malinowski (1994)<sup>4</sup>. As fontes secundárias foram relatórios, planos, atas de reuniões, Projeto e cadernos do curso. As fontes primárias foram os questionários, a observação participante e registro em diário de campo.

#### Resultado

Os resultados indicam achados que convergem com as Políticas de Saúde (SUS), de Educação e de Ciência e Tecnologia e suas derivações. O curso, objeto de estudo deste trabalho, apresenta indicativos da coexistência de paradigmas divergentes na realidade social, segundo Oliveira (2006)<sup>5</sup>. A análise do Projeto e dos cadernos do curso evidenciou conteúdo tanto da linha do paradigma da integralidade como do paradigma biologicista.

O curso constitui-se de experiência ainda “instituinte” no Estado para o Telessaúde, com potencial de associar discussão e qualificação sobre processo de trabalho em equipe, na perspectiva da linha do cuidado integral em saúde, por meio da ferramenta de educação a distância (EAD). Um achado é a metodologia da problematização, que poderá associar-se à 2ª opinião formativa, ação do Telessaúde, assim como as teleconferências, já realizadas pelos núcleos da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), em áreas de especialidades, contribuiriam para a resolutividade na atenção primária, interligadas aos ciclos de vidas discutidos no curso. A infraestrutura tecnológica disponível é a instalação de pontos com conectividade pública em 15 municípios, com 46 pontos em unidades de saúde, cobrindo 5 das 9 macrorregiões de saúde - com necessidade de investimentos em ampliação.

E quais as limitações detectadas? Levantamos algumas hipóteses: 1) a dificuldade de articulação entre os gestores estaduais, municipais e das IES/Hospitais; 2) a dificuldade em realizar a referência e contrarreferência; 3) a baixa compreensão e indefinição dos papéis dos atores envolvidos, provocando disputas pelo poder; 4) a baixa compreensão, por parte dos atores, da articulação entre Política de CT e de Saúde; 5) a dificuldade de articulação de ações de EP, Telemedicina e Telessaúde por parte da gestão/gerência das instituições envolvidas. As hipóteses revelam novas tecnologias e velhos problemas.

O contexto do Telessaúde no Estado, utilizando a metáfora “de bubuia”, é interpretado como liminar, Turner<sup>6</sup> (2005), o que poderá levá-lo a pelo menos três situações: 1) a marginalidade; 2) assumir e reafirmar seu papel inserido na política; ou 3) perder o contexto da história e afundar.

#### Discussão

##### 1) Contexto do processo da Telemedicina e do Telessaúde no Pará.

Em 2007, houve reunião de trabalho com a equipe do Ministério da Saúde/SGTES, a SES e as Instituições de Ensino Superior (IES) do Estado. O objetivo foi o de discutir telemedicina e telessaúde e as possibilidades de um projeto articulador na área. O processo continuou nas IES e “[...] a UFPA, à época, possuía um Fórum de Saúde que, através dos HU’s, começaram o processo de discussão em reuniões [...] a partir de

decisões tomadas em reuniões da ABRAHUE”. Já “o Telessaúde surgiu através da concepção de que todas as áreas da saúde deveriam participar das ações, assim como propor a qualificação, atualização e treinamento de profissionais que trabalham na atenção básica de saúde, no sentido de reforçar a atenção primária e a equipe multiprofissional”. (Informante b. Questionário. Belém, Nov/2009).

Em 2008, com o convênio entre a UFPA/HU's e a RNP/RUTE para implantar os núcleos de Telemedicina, foi promovido um encontro com o objetivo de “acolher e mobilizar diferentes setores para discutir e consolidar a política de telessaúde” (UFPA, 2008)<sup>7</sup>. Os participantes envolvidos foram as IES, a SES, as SMS dos municípios de abrangência da UFPA, o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e a SEDECT. A presença da equipe da SGTES/MS promoveu reunião de trabalho, visando à articulação e à elaboração de propostas para o Estado. Houve formação de uma comissão com representantes e detectado baixo entendimento da política, na medida em que “[...] a Telemedicina e Telessaúde são vistas apenas como uma “tecnologia” e não como um instrumento de apoio à formação e à gestão. Nos debates iniciais, a SES sempre enviou os coordenadores do Núcleo de Tecnologia e Informática”. (Informante a. Questionário. Belém, Nov/2009). A avaliação sobre o processo apontou como dificuldade “[...] a falta de integração entre as instituições; a falta de interesse das prefeituras; a inexistência de gestores competentes; o mau aproveitamento das verbas destinadas à educação permanente, entre outras” (Informante b. Questionário. Belém, Nov/2009). Complementado pela dificuldade de “Integração dos Hospitais universitários em um projeto único” (Informante a. Questionário. Belém, Nov/2009), e ainda pelas “mudanças periódicas de atores na gestão [...] e a dificuldade de articulação com a esfera estadual [...] e com a atenção básica [...]” (Informante d. Questionário. Belém, Nov/2009).

As discussões foram retomadas com reuniões e, em junho de 2009, com a inauguração do Núcleo de Telemedicina do Hospital Universitário João de Barros Barreto a, SES, em parceria com a SEDECT, assumiu e “atualmente o processo está sendo coordenado pela SESPA, que se propõe, entre outras medidas, a capacitação das equipes do Programa Saúde da Família” (Informante c. Questionário. Belém, Nov/2009). Nas primeiras reuniões, houve proposta de elaboração de um plano estadual de Telessaúde, em processo.

2) O curso de EP: o instituinte, o processo de co-existência de diferentes paradigmas e as NTIC's.

O curso é interpretado como instituinte para o Telessaúde. O conceito de instituinte, segundo Castoriadis (1982)<sup>8</sup>, aborda a realidade e sua complexidade e inacabamento. A realidade contempla ações instituídas, já incorporadas às instituições e reconhecidas formalmente por elas, assim como ações instituintes, aquelas emergentes e ainda não reconhecidas institucionalmente. Estas últimas como gérmen do novo e com potencialidade para instituírem-se em complemento ou em substituição a “velhas formas”. A realidade dialética construída por sujeitos sociais promove ações inovadoras que refletem a disputa por poder entre grupos, estes compartilham concepções diferentes e, por vezes, antagônicas. Nesse caso, a EP é compreendida como ação ainda instituinte para o Telessaúde, mas instituída para o Plano Estadual de Fortalecimento e Valorização da Atenção Primária<sup>\*\*</sup>. Outra argumentação é a de que o Telessaúde é instituinte para o Plano, por ele ainda não incorporá-lo nas suas ações. Dois elementos constitutivos de uma mesma política (SUS) dissociados, o curso de EP e o Telessaúde, ou pelo menos ainda não articulados e complementares como política estadual.

---

<sup>\*\*</sup> O Plano de Fortalecimento e Valorização da Atenção Primária foi criado em 2008, a partir do contexto de discussão sobre o Pacto pela Saúde e a sua adesão pelo Estado e pelos municípios. Fruto de um processo participativo envolvendo gestores, gerentes e trabalhadores da saúde. O plano apresenta como objetivo geral “Fortalecer e valorizar a atenção primária no Estado do Pará através da Estratégia Saúde da Família” e como um de seus componentes o curso de Educação Permanente. (PARÁ. SESPA. 2008)<sup>11</sup>.

O curso de EP interpretado como instituinte demonstra a vivacidade para a construção da realidade social. Os atores são protagonistas inventivos e não apenas reprodutores ou consumidores de conhecimento. A capacidade de criar imprime autonomia nos sujeitos, diante dos problemas, a capacidade de enfrentá-los.

O curso de EP, aprovado na UFPA em abril de 2009, apresentou dois objetivos:

Qualificar profissionais e estudantes da Estratégia Saúde da Família dos 143 municípios do Estado do Sistema Único de Saúde - SUS para melhorar o desempenho dos Serviços de Atenção Primária, com ênfase na Estratégia Saúde da Família, intervindo nas práticas de saúde, de modo a melhorar a resolutividade e os indicadores de saúde e solucionar problemas concretos, considerando o processo de trabalho como ferramenta determinante para impactar na cadeia de cuidado integral. (UFPA, 2009)<sup>9</sup>.

O objetivo foi redimensionado e rerepresentado como o de “Envolver os diversos atores municipais e das Instituições de Ensino Superior (IES) em uma atuação ativa, com base nas diretrizes pedagógicas da educação permanente, para o desenvolvimento de qualidade na atenção primária à saúde”. (PARÁ. SESPA. UFPA. 2009. Prelo)<sup>10</sup>. Em ambos os objetivos a relação ensino-serviço está descrita ao referir “profissionais e estudantes” e “atores municipais e das instituições de ensino superior”, ambos envolvidos na atenção primária.

A proposta do cuidado integral na ESF e a melhoria da resolutividade e de indicadores de saúde foi referida no primeiro objetivo. No segundo, o foco central foi nas diretrizes da EP, que incorpora o cuidado integral e a problematização no processo de trabalho. A EP busca contribuir para a melhoria da gestão/organização do processo de trabalho em equipe. A proposta de mudança no curso de EP relaciona-se à discussão de paradigmas na saúde. Paradigma curativista, com base biologicista/racionalista e o da integralidade, com base no cuidado e suas complexidades e nos determinantes sociais da saúde. A integralidade:

A integralidade é um conceito polissêmico, ou seja, tem muitos sentidos. A dimensão mais relevante para as análises sobre o cuidado em saúde é a de ser uma idéia-força que funciona como um dispositivo para produzir mudanças na saúde (Mattos, 2001)<sup>12</sup> e, especialmente, na formação dos profissionais da saúde (Ceccim & Ferla, 2008/2009)<sup>13</sup>. Ou seja, mais do que um conceito que pretenda um sentido único e uniforme, o valor da integralidade é gerar tensões no cotidiano do sistema de saúde, fortalecendo a idéia de sua qualificação permanente, de sua movimentação no sentido da superação dos seus limites técnicos, políticos, administrativos e organizacionais em direção a novos patamares de qualidade. O conjunto de sentidos já sistematizados mostra que essa expressão costuma abranger três dimensões (Ferla & Cols., 2007)<sup>14</sup>: uma relativa às políticas governamentais [...]; uma relativa à organização dos serviços[...]; e uma relativa aos conhecimentos e práticas dos trabalhadores [...]. Na história do sistema de saúde no Brasil, o conceito de integralidade surge no processo de Reforma Sanitária para se opor às dicotomias prevenção-cura e saúde-doença (Ceccim & Ferla, 2008/2009)<sup>13</sup>. (PARÁ. SESPA. UFPA, 2009)<sup>11</sup>.

O exame do Projeto do curso e dos cadernos apontou para uma proposta de perspectiva integral na qualificação, com dispositivos pedagógicos que envolvem a troca de saberes Freire (1992)<sup>15</sup> e a aprendizagem significativa Ausubel (1980)<sup>16</sup>, ambos valorizando o saber do outro e o reconhecimento dos sujeitos conhecedores e protagonistas. Ao valorizar os diferentes saberes, aproxima-se da complexidade e da religação dos saberes Morin (1999)<sup>17</sup>, uma analogia com um dos significados da integralidade. Como identificamos tal afirmação? No caderno de apoio foram desenvolvidos os tópicos sobre o cuidado por meio dos ciclos de vida, rediscutindo conceitos, como por exemplo, o de velhice, refletindo sobre o preconceito, sobre as diferenças culturais e seus significados, e não apenas como ciclo biológico/cronológico e suas principais doenças. Um exercício é ilustrativo:

[...] discuta em equipe quais as representações sobre a velhice? Levante quais os conceitos que a equipe tem sobre a velhice? Depois converse com o grupo de pessoas velhas assistidas no serviço e pergunte: como eles vivenciam a velhice? o que representa para eles a terceira idade, melhor idade, idosa e velha? Como eles se sentem sendo atendidos pelo serviço? Como gostariam de ser atendidos? (PARÁ. SESP. UFPA, 2009, no prelo)<sup>10</sup>.

Temas como: processo saúde-doença e cuidados progressivos, linha do cuidado e desenho organizativo da atenção à saúde também foram abordados nos cadernos.

Foram encontrados fragmentos de tendência biologicista, como por exemplo, uma planilha por programa, como de hipertensão e diabetes, que contém identificação de riscos não modificáveis e modificáveis, fatores de risco e tarefas para a organização do processo de trabalho. Num mesmo tema -velhos- estão agregados dispositivos da integralidade e de indicativos biologicista. A complexidade requer a religação de vários conhecimentos, portanto, é compreensível a co-existência de diferentes paradigmas, se possível, de complementariedade.

Um outro conhecimento agregado ao curso foi o de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), pois a dimensão territorial do estado e a necessidade de inclusão e acesso dos trabalhadores ao curso forçaram uma aproximação. As novas tecnologias de informação e comunicação (NTIC's) estão presentes na humanidade, de forma mais concreta, desde a revolução industrial, como marco histórico. As autoras Struchner, Giannella e Ricciardi (2005)<sup>18</sup> fazem um alerta e uma reflexão:

O panorama atual apresenta as NTIC's como um dos principais poderes das nações que, baseadas em movimentos de organização mundial e, principalmente, do mercado mundial, utilizam o fenômeno da globalização como mecanismos de interconexão entre países. A lógica de dominação passa a constituir-se como a de intensificar relações e não a de fortificar fronteiras. Esta lógica necessariamente não estabelece maior igualdade, mas a simplificação de opor-se a ela tende a tornar-se um mecanismo de impossibilidade de enfrentá-la. As autoras propõem, então:

[...] ao invés de opor a um movimento técnico-social irreversível, de longa duração, é mais construtivo acompanhá-lo como um processo real que está produzindo profundas transformações na base da estrutura social e orientá-lo para que se estabeleça a ampliação de sua socialização [...] (Struchner, Giannella, Ricciardi, 2005, p. 259)<sup>18</sup>

Uma das formas de enfrentamento seria a de questionar sobre a utilização da nova tendência global “[...] emancipadora ou criadora de novas dependências?” (Struchner, Giannella, Ricciardi, 2005, p. 259)<sup>18</sup> e buscar torná-la “[...] um bem de apropriação de todos e não de centralização de poder” (Struchner, Giannella, Ricciardi, 2005, p. 259)<sup>18</sup>.

O curso, como uma experiência em processo, reúne indicativos de diferentes paradigmas, com predominância significativa da perspectiva da integralidade. A aproximação com diferentes ciências provoca o entendimento dos determinantes sociais de saúde inacabados, com inclusão das tecnologias.

#### Referências Bibliográficas

1. Miranda VC. Glossário Paraense: Coleção de vocábulos peculiares à Amazônia e especialmente à Ilha do Marajó. Belém: UFPA, 1968
2. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2007.
3. Brandão CR. Pesquisa participante. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1990.
4. Malinowski B. Argonautas do pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Malanésia. 3 ed. São Paulo: Abril Cultural, 1994.
5. Oliveira RC. O trabalho do antropólogo. 2. ed. São Paulo: Ed. UNESP, 2006.
6. Turner V. Floresta de símbolos: aspectos do ritual Ndembu. Rio de Janeiro: EDUFF, 2005.

7. Pará. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Plano Estadual de Fortalecimento e Valorização da Atenção Primária. Belém, 2008. Folder.
8. Castoriadis C. A Instituição imaginária da sociedade. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
9. Universidade Federal do Pará. Projeto curso de Aperfeiçoamento, Belém, abril/2009
10. Pará. Secretaria de Estado de Saúde Pública e Universidade Federal do Pará. Caderno Metodológico Curso de Aperfeiçoamento em Educação Permanente. Belém, agosto de 2009. No prelo.
11. Pará. Secretaria de Estado de Saúde Pública e Universidade Federal do Pará. Projeto do curso de aperfeiçoamento à distância de educação permanente em atenção primária na estratégia saúde da família. Belém, abril/2009.
12. Mattos, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2001.
13. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trabalho, Educação e Saúde, nov./2008-fev./2009, 6,(3): 443-56.
14. Ferla AA e cols. Integralidade em saúde e envelhecimento: obras, texturas e desafios à formação dos profissionais de saúde. In: Herédia VB., De Lorenzi DRS, Ferla AA (Orgs). Envelhecimento, saúde e políticas públicas. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.
15. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 33. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
16. Ausubel DP. Psicologia Educacional. Rio de Janeiro: Ed. Interamericana, 1980.
17. Morin E. Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental. Natal: EDUFRN, 1999.
18. Struchiner M, Gianella TR, Ricciardi RV. Novas Tecnologias de informação e educação em saúde diante da revolução comunicacional e informacional In: Minayo MCS, Coimbra Júnior, C E. A. (org). Críticas Atuantes. Ciências Sociais e Humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 257-272