

RICARDO CÉSAR GARCIA AMARAL FILHO

**A SEGUNDA OPINIÃO FORMATIVA NO TELESSAÚDE COMO INSTRUMENTO
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP e o Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS, para obtenção do Título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

São Paulo
2013

RICARDO CÉSAR GARCIA AMARAL FILHO

**A SEGUNDA OPINIÃO FORMATIVA NO TELESSAÚDE COMO INSTRUMENTO
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP e o Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS, para obtenção do Título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Cunha Cury

Co-orientadora: Prof. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

São Paulo

2013

AMARAL FILHO, RICARDO CÉSAR GARCIA

Segunda opinião formativa no Telessaúde como instrumento de educação permanente. / Ricardo César Garcia Amaral Filho – São Paulo, 2013.

(78 páginas)

Tese (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de São Paulo. - Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde CEDESS

Título em inglês - Formative second opinion on Telehealth as a tool for continuing education.

Palavras Chave: Telessaúde. Educação continuada. Educação Permanente. Telemedicina. Formação profissional em saúde.

RICARDO CÉSAR GARCIA AMARAL FILHO

**A SEGUNDA OPINIÃO FORMATIVA NO TELESSAÚDE COMO INSTRUMENTO
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

São Paulo, 22 de novembro de 2013.

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Cunha Cury

Prof^a. Dr. Nildo Batista

Prof. Dr. Cleinaldo

Prof^a Dr^a Sylvia Btista

AGRADECIMENTOS

A dois grandes professores e amigos que muito me incentivaram a fazer este mestrado, Dr Cleinaldo e Dr Nilson.

A meus orientadores, Geraldo e Beatris, que sem eles nunca terminaria com êxito.

Pessoas iluminadas e sábias o suficiente para levar-me a este resultado.

A todos os professores e colegas de curso, em especial, ao Itamar e Patrícia amigos verdadeiros para toda vida.

Em nome do Pedro Máximo e do Sandro Vieira, agradeço a todos os meus colegas de trabalho no polo de Telessaúde do Amazonas da Universidade Estadual do Amazonas.

Ao meu Amado Avô Galdino Formiga, por ter sido sempre uma referência em minha vida. De quem sentirei saudade eternamente. À minha Mãe Ruth por toda dedicação, afincos, amor incondicional e esforço feito para educar-me e tornar-me um homem digno.

Ao meu Pai Ricardo, meu herói, exemplo, profissional impecável e incansável incentivador para causas científicas. A quem busco dar orgulho todos os dias.

À Rosana, pelo apoio imensurável e amor dedicado a mim por toda uma vida.

À minha irmã Larissa que amo infinitamente e meu cunhado George que é amigo, irmão de MC e com quem divido sonhos e ideais.

A meu amado sobrinho e futuro companheiro de aventuras que o tenho como segundo filho Heitor.

À Família Kavati, que me tem em seu seio como um dos seus, em especial, meu Sogra Yoshito e Sogra Noriko, por quem tenho muita admiração e carinho, e minha sobrinha Fefê, que sempre será minha princesa.

Ao Lawrence MC e meus irmãos de clube.

À minha amada Esposa Melissa, que aceitou marchar ao lado a lado, possibilitou-me ser pai e tem o dom de fazer-me um esposo realizado e um homem feliz.

Ao meu Filhote Rico que, além de dividir minhas paixões por motociclismo e jiu-jitsu, também fez com que absolutamente tudo valesse a pena, dando verdadeiro sentido a minha vida e uma indescritível vontade de ser um ser humano cada vez melhor.

RESUMO

O Programa Nacional de Telessaúde - Atenção Primária à Saúde (www.telessaude.org.br) é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia, que tem como principal objetivo proporcionar apoio mediante o intercâmbio de conhecimentos e informações especializadas aos profissionais que atuam na rede de atenção básica à saúde (médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos e agentes comunitários de saúde e outros), integrantes da Estratégia Saúde da Família. Essa ação visa diminuir os gastos com saúde por meio da atualização profissional, da redução da quantidade de deslocamentos desnecessários de pacientes e da oferta de atividades de prevenção de doenças, combinando conhecimentos produzidos nos mais importantes centros universitários do país aos mais recentes avanços das tecnologias de comunicações e de informática necessárias para promover a integração e a valorização dos profissionais de saúde. O presente estudo teve como objetivo estudar a efetividade do TELESSAÚDE da Universidade do Estado do Amazonas como ferramenta de educação permanente dos profissionais de saúde. Os dados foram coletados e analisados utilizando-se de instrumento atitudinal do tipo Likert (Likert, 1993) aplicado aos profissionais que demandaram segunda opinião ao TELESSAÚDE do Estado do Amazonas. Este estudo demonstrou que o Programa Telessaúde atende aos eixos da formação bem como na adequada democratização das relações de trabalho dos profissionais de saúde na atenção básica do SUS no Estado do Amazonas. Em menor medida, mas, ainda dentro de uma zona de conforto, também contribui para a qualificação e alocação de médicos, enfermeiros e odontólogos em regiões mais distantes.

Palavras-Chave: Telessaúde. Educação continuada. Educação Permanente. Telemedicina. Formação profissional em saúde.

ABSTRACT

The National Telehealth Program - Primary Health Care (www.telessaude.org.br) is an initiative of the Ministry of Health in partnership with the Ministry of Science and Technology, which aims to provide support through the exchange of knowledge and information specialized professionals who work in primary health care (doctors, dentists, nurses and community health workers and other) network, members of the Family Health Strategy. This action aims to reduce health costs through professional development, reducing the amount of unnecessary travel for patients and the provision of disease prevention activities, combining knowledge produced in major university centers to the latest advances in technology communications, and information needed to promote the integration and enhancement of health professionals. The present study aimed to investigate the effectiveness of TELESSAÚDE State University of Amazonas as an educational tool for health professionals continuing. Data were collected and analyzed using the instrument attitudinal Likert (Likert, 1993) applied to professionals who required second opinion TELESSAÚDE the state of Amazonas. This study demonstrated that the Telehealth Program meets the axes as well as training in the proper democratization of labor relations of health professionals in primary care in the NHS in the state of Amazonas. To a lesser extent, but still within a comfort zone, also contributes to the classification and allocation of doctors, nurses and dentists in more distant regions.

Key-words: Telehealth. Continued education. Permanent education. Telemedicine. Health professional formation.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Perfil Geral Atitudinal por Dimensão sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes, setembro de 2013, Brasil	45
Gráfico 2 - Perfil Geral Atitudinal por Categoria Profissional por Dimensão sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, setembro de 2013, Brasil	46
Gráfico 3 - Perfil Geral Atitudinal por Gênero e Dimensão sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, julho 2013, Brasil	47
Gráfico 4 - Perfil Geral Atitudinal por Tempo de Formação e Dimensão sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, julho 2013, Brasil	48
Gráfico 5 - Perfil Geral Atitudinal entre Profissionais Com e Sem Pós-Graduação e Dimensão sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, julho 2013, Brasil	48
Gráfico 6 - Perfil Geral Atitudinal entre Profissionais residentes na capital e interior e Dimensão sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, julho 2013, Brasil	49
Gráfico 7 - Perfil Atitudinal sobre a Dimensão – D1- Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor no Processo de Formação dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica do SUS no Amazonas, julho 2013, Brasil	50
Gráfico 8 - Perfil Atitudinal por Categoria Profissional sobre a Dimensão1- Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor no Processo de Formação dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica do SUS no Amazonas, julho 2013, Brasil	52
Gráfico 9 - Perfil Atitudinal por Gênero sobre a Dimensão1- Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor no Processo de Formação dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica do SUS no Amazonas, julho 2013, Brasil	52
Gráfico 10 - Perfil Atitudinal por Tempo de Formação sobre a Dimensão1- Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor no Processo de Formação dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica do SUS no Amazonas, julho 2013, Brasil	53
Gráfico 11 - Perfil Atitudinal entre Profissionais Com e Sem Pós-Graduação sobre a Dimensão1 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor no Processo de Formação dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica do SUS no Amazonas, julho 2013, Brasil	54

Gráfico 12 - Perfil Atitudinal entre Profissionais residentes no Interior e na Capital sobre a Dimensão1 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor no Processo de Formação dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica do SUS no Amazonas, julho 2013, Brasil	54
Gráfico 13 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Alocação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS, Amazonas, julho 2013, Brasil	55
Gráfico 14 - Perfil Atitudinal por Categoria Profissional sobre a Dimensão 2 – Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Alocação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS, Amazonas, 2012, Brasil ...	56
Gráfico 15 - Perfil Atitudinal por Gênero sobre a Dimensão 2 – Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Alocação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS, Amazonas, julho 2013, Brasil	57
Gráfico 16 - Perfil Atitudinal por Tempo de Formado sobre a Dimensão 2 – Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Alocação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS, Amazonas, julho 2013, Brasil	57
Gráfico 17 - Perfil Atitudinal entre Profissionais Com e Sem Pós-Graduação sobre a Dimensão 2 – Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Alocação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS, Amazonas, julho 2013, Brasil	58
Gráfico 18 - Perfil Atitudinal entre Profissionais Residentes no Interior e na Capital sobre a Dimensão 2 – Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Alocação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS, Amazonas, julho 2013, Brasil	59
Gráfico 19 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Qualificação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil	59
Gráfico 20 - Perfil Atitudinal por Categoria Profissional sobre a Dimensão 3 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Qualificação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil	61
Gráfico 21 - Perfil Atitudinal por Gênero sobre a Dimensão 3 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Qualificação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil	61
Gráfico 22 - Perfil Atitudinal por Tempo de Formado sobre a Dimensão 3 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Qualificação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil	62

Gráfico 23 - Perfil Atitudinal entre Profissionais Com e Sem Pós-Graduação sobre a Dimensão 3 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Qualificação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil	63
Gráfico 24 - Perfil Atitudinal entre Profissionais Residentes no Interior e na Capital sobre a Dimensão 3 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Qualificação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil	63
Gráfico 25 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Adequada democratização das Relações de Trabalho dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil	64
Gráfico 26 - Perfil Atitudinal por Categoria Profissional sobre a Dimensão 4 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Adequada democratização das Relações de Trabalho dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil	65
Gráfico 27 - Perfil Atitudinal por Gênero sobre a Dimensão 4 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Adequada democratização das Relações de Trabalho dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil	66
Gráfico 28 - Perfil Atitudinal por Tempo de Formado sobre a Dimensão 4 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Adequada democratização das Relações de Trabalho dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil	66
Gráfico 29 - Perfil Atitudinal entre Profissionais Com e Sem Pós-Graduação sobre a Dimensão 4 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Adequada democratização das Relações de Trabalho dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil	67
Gráfico 30 - Perfil Atitudinal entre Profissionais residentes no Interior e na Capital sobre a Dimensão 4 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Adequada democratização das Relações de Trabalho dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resultado da Análise do Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, Brasil, julho 2013	35
Tabela 2: Dimensões das Assertivas Validadas do Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, Brasil, julho 2013	37
Tabela 3: Análise de Confiabilidade do Instrumento Atitudinal referente a pesquisa Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, Brasil, julho 2013	39
Tabela 4: Sumário da percepção, sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes- Amazonas por gênero, julho 2013, Brasil	39
Tabela 5: Sumário da percepção, sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, por Categoria Profissional, julho 2013, Brasil	40
Tabela 6: Sumário da percepção, sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, por Tempo de Formado, julho 2013, Brasil	41
Tabela 7: Sumário da percepção, sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, entre Profissionais Com e Sem Pós-Graduação, julho 2013, Brasil	42
Tabela 1: Sumário da percepção, sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes, entre Profissionais Inseridos no Interior e na Capital, julho 2013, Brasil	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A	Assertiva
AB	Atenção Básica
ABM	Associação Brasileira de Medicina
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COREME	Comissão Estadual de Residência Médica
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
D	Dimensão
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
ETSUS	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde
FORMSUS	Formulário na web
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
r	Coeficiente de Correlação Linear
R	Coeficiente de Confiabilidade Final
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENORTE	Rede Norte de Telessaúde
SGETES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SUS	Sistema Único da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEA	Universidade do Estado do Amazonas

UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
x	Resposta do respondente na asserção em análise
y	Pontuação total do respondente no instrumento

SUMÁRIO

PROLEGÓMENOS	13
1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Secundários.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
4 METODOLOGIA.....	30
4.1 Local do Estudo.....	30
4.2 Coleta de Dados.....	31
4.3 Aspectos Éticos.....	31
4.4 Critério de Inclusão	32
4.5 Critério de Exclusão	32
4.6 Riscos.....	32
4.7 Benefícios.....	32
4.8 Metodologia de Análise de Dados.....	32
4.9 Análise da Validade das Aserções	34
4.10 Na Primeira Administração.....	36
4.11 Na Segunda Administração.....	36
4.12 Análise da Confiabilidade do Instrumento de Percepção	38
4.13 Teste de Homogeneidade	39
5 RESULTADOS	44
5.1 Análise Quali-Quantitativa - LIKERT	44
6 CONCLUSÕES	68
7 BIBLIOGRAFIA	70

PROLEGÓMENOS

A Telemedicina e Telessaúde são experiências muito recentes no Brasil e no mundo. Iniciando-se ao final dos anos 1950 nos Estados Unidos da América, chegou ao Brasil com a implantação da primeira disciplina de Telemedicina na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1997 e logo a seguir no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Hoje encontra-se consolidada em dez estados brasileiros e caminha para implantação nos vinte e sete estados da Federação. O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, tem como objetivo apoiar a consolidação das Redes de Atenção a Saúde ordenadas pela Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (redefinido pela Portaria No 2546, de 27 de outubro de 2011). Pretende fornecer aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde no SUS os serviços de Telemedicina e Telessaúde desenvolvem-se em dois principais eixos: a teleassistência (Teleconsultoria síncrona e assíncrona, Telediagnóstico, Segunda Opinião Formativa) e a teleeducação. O Programa Telessaúde é integrado por gestores da saúde, instituições formadoras de profissionais de saúde e serviços de saúde do SUS, sendo constituído por Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico e pelos Pontos de Telessaúde. O Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico é caracterizado por instituições formadoras ou de gestão e/ou serviços de saúde responsáveis pela formulação e gestão de Teleconsultorias, Telediagnósticos e Segunda Opinião Formativa. O Ponto de Telessaúde correspondem os serviços de saúde a partir dos quais os trabalhadores e profissionais do SUS demandam Teleconsultorias ou Telediagnósticos. As diversas ações demandadas pelos profissionais de saúde do SUS poderão ser elaboradas ou respondidas a partir de qualquer Núcleo Técnico-Científico ou Ponto de Telessaúde. Estudar o papel pedagógico da segunda opinião formativa surge da necessidade de compreender esta ferramenta como instrumento de Educação Permanente e de indutora de reorientação profissional. Observar se este processo sócio-construtivista, com centralidade nas interações, com competências conceitual, atitudinal e procedimental, cujo ator se comportaria como um Sujeito social capaz de aprender refletindo em suas condutas, criticando e transformando sua atitude com novas informações recebidas.

Portanto, entende-se como necessária uma pesquisa para analisar as contribuições; a Segunda Opinião Formativa no Telessaúde como instrumento de Educação Permanente; apreender as contribuições da segunda opinião formativa para a formação dos profissionais da saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas; mensurar as contribuições do Programa Telessaúde Brasil Redes para a adequada alocação dos profissionais da saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas; identificar as potencialidades da segunda opinião formativa para a qualificação dos profissionais da saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas; apreender as contribuições do Programa Telessaúde Brasil Redes para a adequada democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores da saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas.

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) estabeleceu a Atenção Primária à Saúde (APS) como o princípio fundamental na gestão integral da política de saúde brasileira. Nesse sentido, articulou com os pressupostos da Organização Mundial de Saúde (OMS), que elegeu a APS como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, e o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Segundo STARFIELD (2002), a APS representa a “porta de entrada” para o sistema de saúde, garantindo a continuidade ou longitudinalidade da atenção nos demais níveis em que essa se faça necessária, ou seja a integralidade da atenção, por meio da coordenação e integração das ações. Para atingir tão amplos objetivos torna-se necessária a oferta de um leque abrangente de ações estratégicas voltadas ao apoio, à educação permanente e à gestão dos trabalhadores da rede de atenção básica à saúde.

Na experiência brasileira atual, a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como capaz de estruturar a Atenção Primária em Saúde (APS) no país. Porém, segundo a avaliação da Coordenação de Atenção Básica do MS, um dos principais fatores limitantes a esse processo ainda é a pouca qualificação dos profissionais (ALEIXO, 2002). Por sua vez, o Telessaúde pode ser definido como a oferta de serviços de saúde à distância, utilizando-se das tecnologias de informação e comunicação (TICs) para a troca de informações, a realização de diagnósticos, a prevenção e o tratamento de doenças, a educação continuada e a pesquisa (SPINARDI et al., 2008). A combinação entre a Telessaúde e a Teleducação pode contribuir para uma maior flexibilidade na organização e desenvolvimento dos estudos tendo como foco a aprendizagem (interesse do aluno) e o fortalecimento da autonomia intelectual no processo formativo. Além disso, pode possibilitar aos profissionais de saúde que atuam em pontos geográficos distantes da capital, o acesso à educação permanente com menores custos, mediados pelas TICs; a interiorização; redução dos custos de formação a médio e longo prazo; criação de infraestrutura adequada nas universidades públicas e de formação de recursos humanos para atuarem com educação *on line*, e sua institucional.

O MS tem colocado a APS como prioridade, e por isso tem estabelecido um amplo leque de ações estratégicas voltadas à educação e gestão do trabalho em

saúde. No Amazonas as ações em telemedicina começaram no dia 16 de março de 2006 a partir da portaria nº 561 que cria nove pólos do Projeto de Telemática e Telemedicina em apoio à APS no Brasil, entre eles o Pólo de Telemedicina da Amazônia vinculado a Universidade do Estado do Amazonas. Partindo do conceito de que uma experiência é sustentável, viável para educação, quando as diversas forças que se mobilizaram para concretizá-la (em múltiplos aspectos) continuam ativas (mesmo que modificadas), depois de terminado o projeto inicial que lhe deu origem; e da importância da telessaúde no Amazonas já citada anteriormente emerge o interesse e necessidade de avaliar as ações educativas feitas no Pólo de Telemedicina da Amazônia para definirmos se o sistema é eficaz nos locais a serem estudados e se o exercício do telessaúde por meio do Pólo de Telemedicina da Amazônia é um fator que influencia a melhoria do sistema de saúde no Amazonas. Na experiência brasileira atual, o Telessaúde é uma Estratégia capaz de fazer educação permanente da APS no país. Porém, levantamos o problema de carecer de avaliações, com o intuito de avaliar a efetividade financeira e sua função como indutora de boas práticas, melhorando a qualificação dos profissionais e tendo como foco a aprendizagem e o fortalecimento da autonomia intelectual no processo formativo.

A questão norteadora desse trabalho foi responder à hipótese de que o TELESSAÚDE é efetivo, enquanto ferramenta de educação permanente dos profissionais de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Estudar a efetividade do Programa TELESSAÚDE da Universidade do Estado do Amazonas como ferramenta de educação permanente dos profissionais de saúde.

2.2 Objetivos Secundários

- Descrever o processo do TELESSAÚDE;
- Apreender as percepções de aprendizagem dos usuários por meio da segunda opinião formativa;
- Dimensionar o processo de ensino do TELESSAÚDE por meio da segunda opinião formativa;
- Discutir o papel do TELESSAÚDE como indutor de mudanças de práticas e de fixação de profissional em área remota.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para Freire, comunicação é a coparticipação dos sujeitos no ato de pensar e implica numa reciprocidade que não pode ser rompida. Comunicação é diálogo na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados (1980, p. 66).

Segundo Lima (2011), Paulo Freire discutiu conceitualmente a noção de comunicação, tecendo uma crítica radical da tradição difusionista seguida pelos estudos de comunicação norte-americanos, que na época tinham grande penetração na América Latina, submetidos à rubrica geral de “comunicação e desenvolvimento”. Argumenta que extensão implica transmissão, transferência, invasão e não comunicação, compreendida como “coparticipação de Sujeitos no ato de conhecer”. Analisando semanticamente o termo extensão, Freire não atribui à palavra transmissão o mesmo sentido neutro que normalmente lhe é dado. Na verdade, em sua epistemologia, encara a transmissão como empecilho ao conhecimento.

[...] o termo extensão se encontra em relação significativa com *transmissão, entrega, doação, messianismo, mecanicismo, invasão cultural, manipulação, etc.*

E todos estes termos envolvem ações que, transformando o homem em quase “coisa”, o negam como um ser de transformação do mundo. Além de negar, [...], a formação e a constituição do conhecimento autêntico. Além de negar a ação e a reflexão verdadeiras àqueles que são objetos de tais ações. (FREIRE, 1980, p.13, grifos do autor)

Ainda segundo Freire, sua experiência o ensinou a “não supor que o óbvio é claramente compreendido”. Enfatiza o fato de que “toda prática educacional implica um posicionamento teórico da parte do educador. Este posicionamento, por sua vez, implica – em algumas ocasiões mais, em outras menos explicitamente – uma interpretação do homem e do mundo” (LIMA, 2011 apud Freire, 1976).

Lima (2011) adiciona comentários nas comparações de Freire entre os homens e os animais, onde os homens não seriam objetos por natureza, mas Sujeitos criativos. Acrescenta ainda que eles podem ser tratados como objetos por sistemas sociais opressivos, isto é, podem ser desumanizados, porém isso não altera a “vocação ontológica” do homem, que é a de ser Sujeito. Paulo Freire ainda, referenciando os trabalhos do filósofo espanhol Eduardo Nicol, que argumenta que

além das três relações compreendidas pelo conhecimento – gnosiológica, lógica e histórica, existe uma quarta relação, que seria a dialógica. Assim, da mesma forma que não existe ser humano isolado, não existe pensamento isolado. Freire se refere à discussão de Nicol com a seguinte argumentação:

O Sujeito pensante não pode pensar sozinho, Não pode pensar acerca dos objetos sem a coparticipação de outro Sujeito. Não existe um “eu penso”, mas sim um “nós pensamos”. É o “nós pensamos” que estabelece o “eu penso” e não o oposto. Esta coparticipação dos Sujeitos no ato de pensar se dá na comunicação. (LIMA, 2011 apud Freire, 1971, p.88).

O Relatório MacBride, publicado pela Unesco (1983) citado por Lima, reconhecia pioneiramente o direito à comunicação:

Hoje em dia se considera que a comunicação é um aspecto dos direitos humanos. Mas esse direito é cada vez mais concebido como direito de comunicar, passando por cima do direito de receber ou de ser informado. Acredita-se que a comunicação seja um processo bidirecional, cujos participantes – individuais ou coletivos – mantêm um diálogo democrático e equilibrado. Essa idéia de diálogo, contraposta à de monólogo, é a própria base de muitas idéias atuais que levam ao reconhecimento de novos direitos humanos. O direito à comunicação constitui um prolongamento lógico do progresso constante em direção à liberdade e à democracia (2011, p. 25).

Haddad (2011), faz referência às novas tecnologias de informação e comunicação e a educação à distância, como mecanismos que favorecem o auto-aprendizado, tornando o aluno ativo e consciente, sujeito na busca de seu desenvolvimento pessoal, criando condições para que seu aprendizado não seja episódico. Cita como chave desencadeadora deste processo a interatividade.

Por seu papel de centralidade nas profissões da saúde apresentam-se, inicialmente, dados referentes aos médicos. A pesquisa intitulada *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*, estudo epidemiológico do tipo ecológico, de iniciativa do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) e Conselho Federal de Medicina (CFM), coordenada por Mário Scheffer, Aureliano Biancarelli e Alex Cassenote foi divulgada em dezembro de 2011 e serve de base para observações apresentadas abaixo. O relatório desse

trabalho tem como ponto de partida a preocupação com as desigualdades gritantes do acesso à saúde no Brasil e os problemas históricos que assolam o atendimento da população. Este trabalho faz referência ao perfil demográfico dos médicos, distribuição geográfica, presença nos setores públicos e privados, além de um censo dos especialistas e da apresentação de comparações com a realidade internacional. A publicação dos resultados coincide com o surgimento de propostas do Governo Federal e do Poder Legislativo para o enfrentamento da escassez, provimento e fixação de médicos em áreas desassistidas.

O exercício da medicina é regulamentado pelo Estado, e as atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica são realizadas pelo Conselho Federal de Medicina, entretanto, as forças do mercado, as políticas governamentais, a configuração do sistema de saúde e as necessidades da população têm forte influência sobre as formas de organização da profissão médica. A prática médica no Brasil tem migrado do exercício liberal para uma prática no seio de organismos públicos e privados. Em um sistema de saúde fragmentado, a profissão médica assumiu diferentes formas de organização, com a maioria dos médicos possuindo múltiplos vínculos empregatícios (públicos e privados) e carga horária excessiva. A jornada semanal de trabalho dos médicos é, em média, superior a 50 horas semanais e em um terço dos casos superior a 60 horas semanais. Atuam em média, em três postos de trabalho, sendo que mais de 30% acumulam quatro ou mais locais de trabalho, dividindo formas de remuneração por produção e serviço assalariado.

Este estudo destaca que diversos trabalhos limitam-se a uma descrição da repartição geográfica de médicos, obviamente desigual, mas não considera diferenciais de produção dos serviços médicos, fatores como carga horária, produtividade, idade, gênero e oferta de outros profissionais. Isolada, e sem dialogar com outros indicadores, a relação médico-habitante pode superestimar ou subestimar o real serviço médico produzido. Vários autores analisaram as relações entre saúde e seus determinantes sociais demonstrando que desigualdade e iniquidade social estão relacionados no Brasil, que desigualdades geográficas na distribuição de médicos acarretam iniquidades de acesso aos serviços de saúde, que fatores sócio-econômicos influenciam a atração e a retenção de médicos, que a satisfação e as necessidades dos médicos passam por transformações e que a escolha de local de exercício profissional pelos médicos brasileiros nem sempre

coincide com a necessidade social. A demografia sempre foi próxima e até subordinada à economia, mas cada vez mais amplia o seu campo de investigação e redefine suas relações com outras ciências. Além da análise tradicional da demografia como “estatística humana”, que tem por objetivos medir os fenômenos demográficos, o domínio desse campo do conhecimento pode ser ampliado para o estudo dos fenômenos ligados ao trabalho e às profissões. Em outra perspectiva, a demografia médica vem somar-se à abordagens fundamentais do trabalho médico já proporcionadas pela sociologia das profissões e pela economia da saúde. No entanto, não pode ser afastada das análises que consideram os perfis epidemiológicos dos diferentes grupos sociais, dos determinantes da saúde e da doença, da disponibilidade dos demais profissionais da saúde, do financiamento, da oferta, do acesso e da utilização dos serviços de saúde.

Os autores do citado trabalho fazem referência ao fato de que no país não há uma harmonização de dados difundidos pelos organismos produtores de estatísticas e informações nessa área. O estudo ressalta que um olhar superficial das informações pode conduzir a equívocos. Os mesmos dados têm sido utilizados para propósitos distintos, combustível para alimentar o falso dilema: há escassez ou excesso de médicos no Brasil?

De 1970 a 2010, a população brasileira como um todo, cresceu 104%. No mesmo período, o número de médicos aumentou 530% (de 58.994 para 372.778 médicos). A escalada dos médicos se dá em um cenário onde as mulheres e os mais jovens tendem a ser a maioria (a base da pirâmide, onde estão 42% dos profissionais, tem 39 anos ou menos). A média de idade do médico no Brasil é de 46 anos. O aumento expressivo no número de médicos no país é resultado de uma conjugação de fatores relacionados à evolução da demanda. Entre eles estão as necessidades de saúde crescentes, mudanças no perfil de morbidade e mortalidade, garantia de direitos sociais, incorporação de tecnologias médicas e envelhecimento da população. Considere ainda fatores ligados à oferta, como abertura de cursos de medicina, expansão do sistema de saúde, surgimento de mais postos de trabalho médicos, entre outros.

Em relação à razão médico por cada grupo de 1000 habitantes no país, a razão era de 1,13 em 1980, chegando a 1,95 em 2011. (aumento de 72,5% neste período). O país conta com um crescimento natural anual de 6 a 8 mil médicos por ano (número de entradas menos o número de saídas).

O país tinha, em 2009, 185 escolas médicas, totalizando 16.876 vagas (58,7% oferecidas por escolas privadas e 41,3% por escolas públicas). Entre 2000 e agosto de 2011, 77 escolas médicas foram criadas (42,5% das escolas existentes). Destas 77 escolas, 52 são particulares, e 25 das 77 ainda não formaram turmas. Um total de 390.774 estudantes que participaram do exame das escolas médicas em 2009, com taxa média de candidato por vaga de 23,2. A diferença do número de alunos que iniciam o curso e aqueles que terminam é de apenas 7%, considerada muito baixa para um curso de duração de seis anos.

Estudos mostram que há tendência do médico fixar moradia e local de trabalho na cidade ou região que fez sua graduação ou residência. As cidades que abrigam escolas médicas, por sua vez, são aquelas que concentram maior número de serviços de saúde, públicos ou privados, o que significa maior oportunidade de trabalho. A cidade de São Paulo conta com uma vaga para cada 12.836 habitantes (4,33 médicos por 1.000 habitantes). A cidade de Vitória, com uma população bem menor, conta com uma vaga para cada 1.162 moradores (10,41 médicos por 1000 habitantes). Três estados do Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais) tem ao todo mais de 2000 vagas, enquanto três estados da região Norte (Acre, Amapá e Roraima oferecem menos de 50 vagas cada um, por ano). Segundo o IBGE, Amapá e Roraima foram os estados que apresentaram maior crescimento médio anual populacional entre 2000 e 2010, com taxas de 3,45% e 3,34% respectivamente, contra 1,17% observado no Brasil.

Avaliar a falta ou excesso de médicos de maneira a investir nesta ou naquela direção é um dos maiores desafios do sistema de saúde brasileiro, que precisa garantir ao mesmo tempo seus princípios constitucionais, sanitários, econômicos e políticos. Portanto, apenas a constatação quantitativa é insuficiente para ordenar uma política de reordenamento da necessidade de médicos, uma vez que a demografia médica vai além dos números.

Os autores na referida pesquisa, adicionaram à unidade de análise “médico registrado” e o “posto de trabalho médico ocupado”, desmembrando os universos da saúde pública e privada, que convivem e interagem no mesmo sistema de saúde. Ao se tratar como iguais unidades de um universo tão complexo como heterogêneo, o número de médicos por cada 1000 habitantes se mostra insuficiente para orientar uma política de saúde capaz de resolver distorções como no Brasil, de extenso território, com disparidades sócio-econômicas regionais, com grandes diferenças no

acesso e na oferta de profissionais, equipamentos e tecnologias, e com intensos conflitos entre o público e o privado na saúde, que impõem desigualdades no financiamento, na destinação dos recursos, na gestão e na prestação de serviços. Afirmam que tudo isso repercute diretamente na concentração ou disponibilidade de médicos. Em algumas especialidades, predomina a relação médico-paciente em consultas, e em outras (como as especialidades cirúrgicas e de diagnóstico) predominam tecnologias e habilidades em procedimentos ou intervenções. Além disso, o livre trânsito dos médicos entre o público e o privado, a extensa jornada e o baixo salário médio por vínculo, exigem uma nova forma de interpretar a demografia médica.

A região Sudeste conta com 2,61 médicos por 1.000 habitantes, 2,6 mais vezes do que na região Norte, que é de 0,98 médicos por cada 1.000 habitantes. No Amazonas a relação é de 1,28 médicos por 1.000 habitantes. Nas capitais nacionais como um todo, a relação de médicos é de 4,22 por 1.000 habitantes, contra 1,95 no país como um todo. Palmas conta com a proporção de 1,82 médico por 1000 habitantes (confirmando a desigualdade dentro da mesma unidade da federação).

O número de postos ocupados por médicos em estabelecimentos de saúde no país é 636.017, enquanto o número de profissionais registrados chega a 371.788. O número de postos ocupados por médicos a nível nacional é de 3,33 por 1.000 habitantes. Nas capitais, a média é de 5,89. A região Sudeste tem 4,29 postos de trabalho por 1.000 habitantes enquanto essa relação é de 1,86 na região Norte (a menor do país), sendo que no Amazonas é de 2,04 e em Palmas é de 3,57. Quando se exclui o Distrito Federal, o país aparece dividido claramente em duas grandes regiões, os estados do Sul e Sudeste de um lado e, o resto do país de outro. Os que vivem no primeiro território têm a sua disposição quase que duas vezes mais médicos em estabelecimentos de saúde (4,08 versus 2,25). A diferença entre os extremos – morador do interior de um estado pobre e residente de uma capital do Sul ou Sudeste é de 4 vezes, no mínimo.

Além disso, o referido estudo aponta desigualdades expressivas na oferta de médicos para a população coberta pelos planos de saúde e aquela que depende exclusivamente do SUS. Para cada 1.000 usuários de planos de saúde no país, há 7,60 postos de trabalho médico ocupados. Este índice cai para 1,95 para cada 1.000 usuários do SUS. Os postos de trabalho para a clientela que utiliza planos de saúde é em termos absolutos 26% maior que o para aqueles que dependem dos serviços

de saúde públicos (sendo que essa população é 3,25 maior que as dos planos de saúde). A região Norte tem 6,78 postos de trabalho ocupados por cada 1.000 usuários dos planos de saúde contra 1,29 dos serviços de saúde públicos. No Amazonas a razão para cada 1.000 usuários é de 9,78 postos de trabalho privados e 1,5 postos de trabalhos públicos. Para as capitais, em geral, a proporção de postos de trabalho médico no sistema privado é de 7,81 por 1.000 habitantes e para o SUS de 4,3 por 1.000 habitantes. Em Palmas, a população atendida pelos planos de saúde conta com 9,07 postos de trabalho médico para cada 1.000 habitantes e a população atendida pelo sistema público com 2,44 postos de trabalho médico para cada 1000 habitantes.

Em um sistema de regressão linear simples, constatou-se que para cada médico registrado (CFM), verifica-se o crescimento de 1,35 médico ocupando posto de trabalho no SUS e de 1,86 médico ocupando posto de trabalho no setor privado. Segundo a PNAD/IBGE (2009), um cidadão que conta com a cobertura de um plano de saúde realiza em média quatro consultas por ano, e tem maior probabilidade de ser internado do que àqueles que possuem somente acesso à rede pública e aos serviços privados conveniados com o SUS.

O Brasil conta com 204.563 médicos especialistas e 167.255 médicos generalistas, conforme censo 2011 realizado pelo CFM. Para dar resposta à maior parte dos agravos à saúde, em muitos países a atuação do generalista não só é suficiente como recomendada e considerada mais econômica. Os generalistas, juntamente com os titulados em especialidades básicas, são os responsáveis pelo atendimento médico primário, que constitui a “porta de entrada”, o primeiro ponto de contato do paciente com o sistema de saúde. Já os demais especialistas asseguram os atendimentos secundários ou terciários ou atuam em especialidades não curativas. A razão no Brasil é de 1,23 especialista para cada generalista. Na região Norte, a proporção se inverte, com maior número de generalistas (54,61%) contra 45,39% de especialistas. De um modo geral, os moradores de regiões pobres tem não só o menor número de médicos à disposição como também o menor número de especialistas entre eles.

O Brasil não segue à risca essa compreensão. O país prescinde de uma formação sólida na graduação médica, não há vagas na Residência Médica para todos os egressos de cursos de medicina e o Brasil ainda não consolidou um sistema de saúde único e hierarquizado como preconiza a legislação, centrado em

níveis de complexidade dos serviços, com referência e contra-referência para todas as situações que exigem atendimento especializado. Diante dos avanços tecnológicos, do perfil de morbi-mortalidade da população e de um sistema público-privado fragmentado, que busca responder à saúde coletiva e ao mesmo tempo atender demandas espontâneas de pacientes e interesses particulares de prestadores e segmentos empresariais, acentuou-se a pressão sobre os serviços médicos especializados. Além disso, mais que uma simples divisão simbólica do trabalho, a especialização estabeleceu uma hierarquia simbólica da prática e uma tarifação diferenciada do ato médico. Assim, não é homogênea a remuneração entre especialistas e generalistas, e também há diferenças de ganhos entre as especialidades. Ao se analisar a distribuição dos médicos em geral e dos especialistas, por grandes regiões, permite-se dizer que onde estão concentrados os médicos em geral, também estão os especialistas titulados.

Estudos já demonstraram que as vagas de Residência Médica estão concentradas de forma semelhante à distribuição dos médicos em atividade. Cerca de 63,50% das vagas de Residência Médica estão no sudeste, onde encontram-se 54,97% dos especialistas titulados. A região norte conta com apenas 3,47% dos especialistas do país e tem somente 1,9% das vagas de Residência Médica.

Novamente ao analisar a razão médico por 1.000 habitantes, a África permanece com a menor densidade (0.23) e a Europa com a maior (3.33). Nessa perspectiva, as Américas alcançam a segunda maior densidade, 2.50, e a Região do Pacífico Ocidental, que em número absolutos de médicos ocupava a terceira colocação, cai para quarta posição. O Brasil é o quinto país do mundo em número de médicos, atrás somente da China, Estados Unidos, Índia e Rússia. Se considerarmos apenas as capitais brasileiras, 20 delas têm mais de 1,95 médicos por 1.000 habitantes. Dez capitais têm razão médico habitante maior que 5. Quando se olha os estados como um todo, cinco deles têm razão maior de 1,95. Portanto, na maioria das capitais e em cinco dos estados, já há mais médicos do que a média nacional. Em contrapartida, 22 unidades da federação têm menos que a média brasileira, que é de 1,95 médicos por 1.000 habitantes, equiparando-se a níveis de países asiáticos e africanos.

Mesmo considerando as deficiências da assistência médica suplementar, os beneficiários de planos de saúde no Brasil estão entre os mais bem servidos de médicos do mundo. Pelo critério do médico ocupado, a razão é de 7,60 por 1.000

habitantes. Vinte estados têm razão superior a 7, acima de Cuba (6,39) e Grécia (6,12), que têm a maior proporção médico/habitante do mundo. Nas capitais, os beneficiários de planos de saúde ultrapassam em mais de duas vezes a taxa de médicos dos países mais ricos. Na média, as capitais contam com 7,81 médicos ocupados por 1.000 habitantes. Várias capitais do Norte e Nordeste estão acima dessa média, chamando a atenção para as imensas desigualdades regionais acentuadas pela relação público-privada.

Países com maior gasto público do que privado em saúde – como Alemanha, França, Itália, Espanha, Inglaterra e outros – têm mais médicos por habitante e melhores índices em saúde. São também os governos que mais gastam em saúde proporcionalmente aos seus orçamentos totais, e cujas despesas nessa área representam a mais alta porcentagem do PIB (produto interno bruto). No conjunto dos países, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o gasto público equivale a 60%, contra 40% do privado. O Brasil vive uma situação inversa. Os gastos públicos representam 45%, para atendimento de toda a população coberta pelo SUS, contra 55% do privado, que em princípio atende apenas um quarto da população brasileira. Quando se compara as despesas em saúde com o PIB, o Brasil fica na média global, com 9,0%. Mas quando se olha apenas a fatia do investimento público, a porcentagem do PIB no país cai para 3,5%, enquanto a média internacional fica em 5,5%, segundo dados da OMS. Sem alterar essa equação, políticas indutoras de formação de mais médicos não surtirão o efeito desejado de oferecer melhor assistência em saúde para toda a população.

Haddad (2011) reafirma o papel da educação e da saúde como dois elementos fundamentais para a não reprodução da pirâmide da desigualdade social. “A reflexão sobre a formação na área da saúde e sobre a direção política adotada deve partir da premissa de que a saúde e a educação são bens públicos com traços em comum e grande diferencial em relação aos demais” (2011, p. 24).

Na mesma linha de pensamento já citada anteriormente, Haddad e colaboradores (2010) escreve sobre o tema recursos humanos em saúde e que o mesmo vem ocupando a agenda política de saúde como ponto nodal para a implementação dos sistemas nacionais de saúde. Como exemplos, podemos citar o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos para o Brasil. Esses sistemas enfrentam desafios relativos tanto a aspectos

quantitativos, de distribuição e fixação de profissionais, como qualitativos, ambos referenciados à formação.

Um foco importante consiste nas seguintes questões estudadas por Neri: “quais os ganhos trabalhistas derivados de diferentes carreiras universitárias? Mais especificamente: quanto ganham esses profissionais? Quantos conseguem trabalho? Quantas horas trabalham? Quantos conseguem proteção trabalhista?” (2013, p. 7)

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2013) ao discutir sobre perspectivas profissionais fala que o decorrer da última década tem revelado ao mundo um Brasil novo que, se destaca pela evolução de diversos aspectos ligados ao desenvolvimento econômico e social, sobretudo a redução da desigualdade. O potencial de crescimento do país e a sustentabilidade deste cenário estão, contudo, condicionados à superação de outros desafios bastante complexos que suscitam debates relevantes na sociedade, dentre ele, a educação ocupa lugar central.

Saber como o mercado valora as diferentes profissões é fundamental para o entendimento dos motivos relacionados com a escolha privada de carreira, bem como determinadas decisões públicas, como exemplo, a concessão de financiamentos estudantis e a abertura de novas faculdades. Mesmo ao gestor de políticas, o retorno privado é o componente mais fundamental do retorno social. O pico de oportunidades de trabalho pode ser verificado aos 41 anos de idade e o pico de renda do trabalho, dez anos depois, aos 51 anos (NERI, 2013).

Quando o assunto é a escolha universitária e performance trabalhista, a medicina é a vencedora do *ranking* trabalhista (multivariado, considerando idade, gênero, estado e tamanho da cidade), com o maior salário mensal (R\$ 8.459,45), a maior taxa de ocupação (97,07%), com a quinta maior cobertura previdenciária (93,38%) e a quadragésima-primeira jornada de trabalho (41,94 horas semanais). É seguida na classificação geral pela odontologia (segundo lugar), que ocupa a sétima posição em termos salariais (R\$ 5.367,31), com a segunda maior taxa de ocupação (96,22%), a quadragésima-terceira colocação em cobertura previdenciária (83,23%) e a décima-quarta jornada de trabalho (38,24 horas semanais). A enfermagem aparece no trigésimo-sexto lugar da classificação geral, com o nível salarial ocupando a vigésima-oitava posição (R\$ 3.495,07), a trigésima-segunda taxa de ocupação (92,56%), a décima-sétima colocada em cobertura previdenciária

(91,73%) com a trigésima-terceira colocação relacionada à jornada de trabalho (41,27 horas semanais) (NERI, 2013).

Ainda segundo Neri (2013) um *ranking* geral normalizado envolvendo as quatro qualidades trabalhistas (salário, cobertura previdenciária, jornada de trabalho e taxa de ocupação), com peso 2 a salário, a carreira de medicina tem um índice sintético 30% maior que a segunda colocada, a odontologia.

A segunda profissão de nível superior que mais teve postos de trabalho gerados no período de janeiro 2009 a dezembro de 2012 foi enfermagem (nove em cada cem postos de trabalho equivalentes à jornada em tempo integral), atrás apenas dos analistas de tecnologia de informação. Como comparação, foram gerados pelo menos quatro vezes mais postos de trabalhos para enfermeiros e afins, quando comparados com postos gerados no mesmo período para os médicos clínicos. Para a carreira de enfermagem, a quantidade absoluta de postos de trabalho no Amazonas, em relação ao Brasil, é considerada média-baixa. Contudo, a concentração relativa destes postos de trabalho no mesmo estado, quando comparado com o restante do país, é considerada alta. Logo, o Amazonas é um estado com campo de trabalho promissor para a referida categoria (NASCIMENTO; MACIENTE; ASSIS, 2013).

Na análise sobre os ganhos salariais Maciente, Nascimento e Assis (2013) apresentam a seguinte situação: na carreira médica, analisando os ganhos salariais entre janeiro de 2009 a dezembro de 2012, podemos notar três grupos diferentes, todos com ganhos salariais acima do considerado como ganho médio para os profissionais em geral. Um primeiro grupo, composto pelos médicos que atuam em medicina diagnóstica e terapêutica, conseguiu um ganho salarial expressivo no período de 47,3%, para os novos profissionais admitidos, que também tiveram salário maior que os correspondentes médicos que foram desligados, demonstrando uma clara escassez destes profissionais no mercado.

No segundo grupo, intermediário, os médicos com especialidades cirúrgicas obtiveram um ganho salarial de 25,8% no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013 para os admitidos, que possuíam o mesmo salário dos desligados, demonstrando uma tendência ao equilíbrio.

Na outra direção, podemos encontrar o terceiro grupo, formado pelos médicos clínicos, com um ganho salarial de 23,5% no período, para os novos profissionais admitidos, que tinham salários menores que os desligados, podendo

sugerir relativa facilidade para a substituição dos mesmos ou interferência pública indicando uma política de valorização salarial que pode ou não estar associada à escassez de profissionais. Entretanto, no Amazonas, a média salarial deste grupo é considerada alta, bem como a variação salarial entre 2009 e 2012, consolidando a importância dos fatores locais em comparação com outros estados do país.

Para a carreira de enfermagem, percebe-se o outro extremo do espectro salarial, com queda dos salários reais em relação ao ganho médio dos profissionais no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012. Para os admitidos, uma queda de 0,2% e para os desligados, uma variação negativa de 3,6%. No Amazonas, a média salarial (2012) para essa categoria é considerada média-alta e a variação salarial no período de 2009 a 2013 também, apontando para fatores regionais que valorizam o profissional em comparação com outras unidades da federação.

4 METODOLOGIA

4.1 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no pólo de Telessaúde (TS) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), instituição de ensino, pesquisa e extensão, criada nos termos do Decreto 21.666, de 01/02/2001, autorizado pela Lei Estadual nº 2.637, de 12 de janeiro de 2001. Essa IES integra a administração indireta do Poder Executivo, vinculada diretamente ao Governo do Estado Amazonas por meio da Secretaria de Estado e Ciência e Tecnologia. A UEA surge como resposta da coletividade amazonense às suas necessidades de conhecimento e formação, sendo sua finalidade: a) promover a educação, desenvolvendo o conhecimento científico, particularmente sobre a Amazônia, conjuntamente com os valores éticos capazes de integrar o homem à sociedade e de aprimorar a qualidade dos recursos humanos existentes na região; b) ministrar cursos de grau superior, com ações especiais que objetivem a expansão do ensino e da cultura em todo o território do Estado; c) realizar pesquisas e estimular atividades criadoras, valorizando o indivíduo no processo evolutivo, incentivando o conhecimento científico relacionado ao homem e ao meio ambiente amazônico; d) participar na colaboração, execução e acompanhamento das políticas de desenvolvimento governamentais, inclusive com a prestação de serviços; e) cooperar com outras universidades e instituições científicas, culturais e educacionais brasileiras e internacionais. Assim, o espaço amazônico, cuja complexidade é portentosa e desafiadora, tem na UEA um novo centro gerador de idéias e de ação para o desenvolvimento da Amazônia, sobretudo o desenvolvimento e a valorização do homem amazônico e de seu meio. Nosso estudo coadunou-se com o desafio desta universidade pois seu universo de estudo são os profissionais de saúde que são atendidos pelo pólo de Telessaúde da Amazônia da Universidade Estadual do Amazonas (UEA) que surgiu da necessidade de oferecer conteúdo educacional, aprimoramento técnico-profissional e assistência a saúde provida por segunda opinião permanente aos profissionais de saúde que atuam em toda Amazônia. Atualmente o Pólo de Telemedicina da Amazônia dá suporte aos programas de internato rural, realiza programas de educação continuada para profissionais de saúde do Amazonas enviando conteúdo

educacional e treinamento para os 62 municípios do estado apoiado nas normativas da portaria 402/2010, no Estado do Amazonas.

4.2 Coleta de Dados

Os dados foram coletados utilizando-se um instrumento atitudinal do tipo Likert (APÊNDICE B) aplicado aos profissionais que demandaram segunda opinião ao TELESSAUDE do Estado do Amazonas em 2011. Tendo sua aplicabilidade encontrada em estudos publicados por Luce (2005) e por Pasquali (2007) entre outros, na escala de Likert, as respostas para cada item variaram segundo o grau de intensidade, isto é, foram dadas por um continuum de "concordo inteiramente" até "discordo totalmente". A utilização de instrumento atitudinal utilizando escala de Likert foi empregado para complementar as informações qualitativas, como preconizado por Worthen e colaboradores. As dimensões de análise respeitaram as advindas da categorias criadas a partir dos núcleos de sentido resultantes das falas dos atores. Nesse modelo, foi possível fazer uma abordagem quantitativa estabelecendo o Ranking Médio (RM) para o questionário e mensuração do grau de concordância dos sujeitos que responderem aos questionários. Assim, foi possível realizar a verificação quanto à concordância ou discordância das questões avaliadas, por meio da obtenção do RM da pontuação atribuída às asserções, relacionando à frequência das respostas dos respondentes.

4.3 Aspectos Éticos

Atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que contempla as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, os sujeitos da pesquisa foram orientados quanto aos objetivos da mesma, e ao concordarem em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), sob garantia de anonimato e divulgação apenas das informações coletadas.

4.4 Critério de Inclusão

Profissionais dos Serviços de Saúde que utilizam a ferramenta TELESSAÚDE no Estado do Amazonas e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.5 Critério de Exclusão

Profissionais dos Serviços de Saúde que não utilizam a ferramenta TELESSAÚDE no Estado do Amazonas ou não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.6 Riscos

A realização da pesquisa não ofereceu danos físicos e nem psicológicos para os sujeitos envolvidos, porém poderia ter acarretado outros riscos, tais como: quebra de sigilo, perda de informações e constrangimento. Os riscos foram minimizados com a guarda sigilosa das informações e com a utilização dos dados exclusivamente para a pesquisa.

4.7 Benefícios

Possibilitar aos profissionais de saúde que atuam em APS no estado do Amazonas entendimento acerca da avaliação do programa, podendo, dessa forma, proporcionar a melhoria a partir dos resultados da pesquisa. Para o pesquisador e o meio científico, o estudo contribuirá com o preenchimento de lacunas ainda existentes sobre o tema em estudo, por meio de seus resultados e publicações.

4.8 Metodologia de Análise de Dados

Para o alcance dos objetivos, utilizou-se estratégia metodológica que consistiu em uma pesquisa do tipo exploratória, descritiva e analítica, do tipo corte transversal, com abordagem de natureza quantitativa e qualitativa, utilizando um instrumento de percepção do tipo atitudinal ou Likert.

A pesquisa teve uma análise quantitativa e qualitativa, com instrumento de coleta com quatro opções de resposta para cada asserção visando evitar a tendência centrante, ou seja, a possibilidade de uma postura indiferente conforme recomenda Bruno (1999) e Jansen (2012). Para cada uma das opções foi atribuído previamente um valor entre 1 (mínimo) e 4 (máximo) pontos. Cada valor foi definido de acordo com o conteúdo específico das várias dimensões e suas respectivas asserções, tendo sempre como suporte os fundamentos teórico-metodológicos de sustentação da pesquisa em questão. O instrumento foi analisado quanto ao conteúdo, validade de asserção por correlação linear e confiabilidade; e em relação aos resultados atitudinais finais. Para avaliar a presença de associação estatisticamente significativa foi utilizado o teste não paramétrico do qui-quadrado, considerando-se o nível de confiança de 95%. Na análise de conteúdo, o instrumento foi construído levando em conta os documentos considerados relevantes; contudo, procurou-se estabelecer parâmetros para a construção das asserções, tais como: a necessidade da asserção; o fato dela ser inteligível aos respondentes, não gerar duplicidade de interpretação e contribuir para a compreensão dessa dimensão.

Estruturamos o percurso metodológico da seguinte forma:

Processo de validação do instrumento

Validação da fraseologia

- Validação das asserções – correlação linear;
- Validação quanto à confiabilidade (Spearman – Brown).
- *Resultados da Pesquisa*
 - Valores médios por asserção validada;
 - Valores médios por asserção não validada;

Os recursos estatísticos utilizados foram:

- Teste de Correlação Linear (r);

4.9 Análise da Validade das Asserções

A validação do instrumento atitudinal foi baseada nos trabalhos de Bruno (1999) e Ferreira (2004), além disso, constou de validação de asserção e confiabilidade do instrumento. Esta análise visou assegurar que houve dispersão mínima de respostas entre os respondentes em relação à escala atitudinal proposta, que existe consistência entre pontuação baixa na asserção e pontuação total baixa no instrumento e vice-versa. Esta análise foi feita utilizando-se o recurso estatístico do cálculo do coeficiente de correlação linear (r), uma vez que, como se pode observar na fórmula abaixo, (x) referiu-se à resposta do respondente na asserção em análise e (y) referiu-se à pontuação total do respondente no instrumento.

$$r = \frac{\sum xy - \frac{(\sum x)(\sum y)}{N}}{\sqrt{\left[\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{N}\right] \left[\sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{N}\right]}}$$

O valor de (r) foi calculado para todas as asserções na simulação da primeira administração, visando à sua depuração com a eliminação das asserções com correlação linear inferior a 0,30. Na sequência, o valor de (r) foi calculado novamente no que se denomina segunda administração, levando-se em consideração apenas as asserções validadas na primeira administração, envolvendo todos os instrumentos respondidos. Caso alguma asserção ainda apresentasse correlação linear inferior a 0,20, esta deveria ser eliminada do cômputo final de pontos por respondente.

Associou-se à escala atitudinal de concordância plena e discordância plena, com termos intermediários, inclinado a concordar ou inclinado a discordar, uma escala numérica de intervalo constante que, neste caso, foi de 4, 3, 2, 1 ou 1, 2, 3, 4, dependendo do fato de a asserção ter sido favorável ou desfavorável, visando possibilitar a aplicação de estatística paramétrica, cálculo das médias e coeficientes de correlação linear (r).

A tabela 1 mostra os resultados da análise de asserção da primeira e da segunda administração do instrumento.

Tabela 2: Resultado da Análise do Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, Brasil, julho 2013.

Asserções	Primeira Administração		Segunda Administração	
	Correlação 1	Média	Correlação 2	Média
A1	0,67	3,66	0,68	3,66
A2	0,72	3,63	0,73	3,63
A3	0,72	3,29	0,74	3,29
A4	0,64	3,68	0,66	3,68
A5	0,28	3,27		
A6	0,78	3,45	0,81	3,45
A7	0,70	3,55	0,73	3,55
A8	0,76	3,48	0,78	3,48
A9	0,65	3,52	0,69	3,52
A10	0,48	3,11	0,41	3,11
A11	0,71	3,61	0,71	3,61
A12	0,57	3,57	0,60	3,57
A13	-0,07	2,48		
A14	0,38	3,80	0,39	3,80
A15	0,08	2,68		
A16	0,69	3,52	0,70	3,52
A17	0,84	3,54	0,86	3,54
A18	0,64	3,61	0,67	3,61
A19	0,72	3,30	0,73	3,30
A20	0,43	3,38	0,40	3,38
A21	0,69	3,45	0,72	3,45
A22	0,62	3,57	0,63	3,57
A23	0,25	2,96		
A24	0,61	3,64	0,62	3,64

4.10 Na Primeira Administração

A média geral foi de 3,41. As correlações lineares entre pontuação na asserção e os pontos no instrumento todo (correlação 1) foram baixas (correlação 1 < 0,30) na asserção A5, A13, A15 e A23, portanto essas asserções foram desconsideradas para análise do instrumento.

4.11 Na Segunda Administração

A média geral do instrumento foi de 3,52, levando-se em conta somente as asserções validadas. Nessa administração nenhuma asserção foi perdida.

Observação: Esta metodologia previu como aceitável uma perda de 30% a 40% das asserções. Nesta pesquisa tivemos uma perda de 4 assertivas o que configura um percentual de 17%. Assim, das 24 asserções foram validadas 20.

Isto denotou a qualidade do processo de validação de conteúdo com uma construção adequada das assertivas.

Tabela 3: Dimensões das Assertivas Validadas do Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, Brasil, julho 2013.

DIMENSÕES	ASSERÇÃO
Dimensão 1 - Busca apreender as contribuições do Programa Telessaúde Brasil Redes para a adequada formação dos profissionais de saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas.	4, 8, 12, 16, 20, 23, 24
Dimensão 2 - Busca mensurar as contribuições do Programa Telessaúde Brasil Redes para a adequada alocação dos profissionais da saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas.	3, 7, 11, 15, 19, 22
Dimensão 3 - Busca identificar as potencialidades do Programa Telessaúde Brasil Redes para a qualificação dos profissionais de saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas.	2, 6, 10, 14, 18
Dimensão 4 - Busca apreender as contribuições do Programa Telessaúde Brasil Redes para a adequada democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores da saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas.	1, 5, 9, 13, 17, 21

O coeficiente de correlação linear calculado é uma medida resumo de como é a relação, de uma forma geral, entre a pontuação de cada um dos respondentes naquela asserção e sua pontuação total no instrumento.

Possíveis hipóteses para a correlação fraca, observada nas asserções A5, A13, A15 e A23:

- O tamanho da amostra pequeno pode estar relacionado com a correlação linear fraca;
- O entendimento das asserções por parte dos usuários talvez não tenha sido ideal, em função do uso de fraseologia inadequada.

4.12 Análise da Confiabilidade do Instrumento de Percepção

A forma mais direta para se verificar a confiabilidade de um instrumento é aplicá-lo a um grupo de pessoas, esperar um período de tempo e então reaplicá-lo ao mesmo grupo. O coeficiente de correlação envolvendo o total de pontos por respondente entre a primeira e a segunda aplicação é conhecida como coeficiente de confiabilidade e o procedimento utilizado chama-se método do teste-reteste (SCHIMIDT, 1975). Neste trabalho, foi utilizado o método de split-half (divisão ao meio), conforme descrito por Ritz (2000), que implicou aplicar o instrumento ao grupo uma só vez e computar, para cada respondente, a soma dos pontos das asserções ímpares e, separadamente, a soma dos pontos das asserções pares, simulando, portanto, duas aplicações do instrumento, procedendo-se, a seguir, ao cálculo do coeficiente de correlação linear entre os valores mencionados, envolvendo todas as pessoas do grupo pesquisado. Na sequência, calculou-se o coeficiente de confiabilidade do instrumento por meio da fórmula de Spearman-Brown (SCHIMIDT, 1975), objetivando-se conhecer qual a porcentagem do tempo que o mesmo grupo responderia da mesma forma ao instrumento, sendo o critério de aceitação um mínimo de 80%, equivalendo a R igual ou maior que 0,80.

O coeficiente de confiabilidade final (R) foi calculado pela fórmula de Spearman-Brown, como segue:

$$R = \frac{2r_{XY}}{1 + r_{XY}}$$

Os resultados de confiabilidade do instrumento são reportados na tabela 3.

Tabela 4: Análise de Confiabilidade do Instrumento Atitudinal referente a pesquisa Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, Brasil, julho 2013.

Número de Aserções Validadas	Confiabilidade r	Teste-Reteste R
20	0,88	0,94

A confiabilidade r encontrada foi de 0,88 e o coeficiente de confiabilidade de teste-reteste R foi de 0,94. Notamos que o coeficiente de confiabilidade R foi alto, acima do limite do aceitável (0,80), o que confere consistência estatística ao instrumento.

4.13 Teste de Homogeneidade

Os respondentes foram divididos em quatro subgrupos conforme sua pontuação total no instrumento, classificando-se assim o nível de sua atitude. Foram analisados os eixos assumidos na pesquisa:

- Gênero
- Categoria Profissional
- Tempo de Formação
- Presença ou não de pós-graduação
- Residência na capital ou interior
-

Tabela 5: Sumário da percepção, sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes- Amazonas por gênero, julho 2013, Brasil.

Intervalo de Pontuação	Nível de Atitude	Total (n = 56)		Feminino (n = 34)		Masculino (n = 22)	
		N	%	N	%	N	%
65 – 80	Muito Positiva	43	77%	25	74%	18	82%
50 – 65	Positiva	11	20%	9	26%	2	9%
35 – 50	Negativa	2	4%	0	0%	2	9%
20 – 35	Muito Negativa	0	0	0	0	0	0

Para verificar a igualdade ou não do número mulheres e homens em cada intervalo de pontuação, foi realizado o teste de homogeneidade com a hipótese nula a seguir:

H0: não há diferença entre as quantidades de respondentes em cada intervalo de pontuação.

A estatística χ_0^2 , calculada a partir dos dados disponíveis acima, deve ser maior que o valor tabelado para que essa hipótese seja rejeitada. Os valores obtidos para o teste e seu p-valor são:

$$\chi_0^2 = 38 > 13,8 = \chi_{0,01,2}^2 ; \text{ p-valor} < 0,001$$

Em um nível de confiança igual a 99%, rejeitamos a hipótese nula (“*não há diferença entre as quantidades de respondentes em cada intervalo de pontuação*”), devido a seu baixo p-valor. Portanto, existe de fato uma diferença significativa entre as quantidades de respondentes em cada intervalo de pontuação e essa não se deve ao acaso.

Tabela 6: Sumário da percepção, sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, por Categoria Profissional, julho 2013, Brasil.

Intervalo de Pontuação	Nível de Atitude	Total (n = 56)		Enfermagem (n = 29)		Medicina (n = 23)		Odontologia (n = 4)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
65 – 80	Muito Positiva	43	77%	22	76%	18	78%	3	75%
50 – 65	Positiva	11	20%	7	24%	3	13%	1	25%
35 – 50	Negativa	2	4%	0	0%	2	9%	0	0%
20 – 35	Muito Negativa	0	0	0	0	0	0	0	0

Para verificar a igualdade ou não do número de Médicos, Enfermeiros e Odontologistas em cada intervalo de pontuação, foi realizado o teste de homogeneidade com a hipótese nula a seguir:

H0: não há diferença entre as quantidades de respondentes em cada intervalo de pontuação.

A estatística χ_0^2 , calculada a partir dos dados disponíveis acima, deve ser maior que o valor tabelado para que essa hipótese seja rejeitada. Os valores obtidos para o teste e seu p-valor são:

$$\chi_0^2 = 76 > 18,5 = \chi_{0,01,4}^2; \text{ p-valor} < 0,001$$

Em um nível de confiança igual a 99%, rejeitamos a hipótese nula (“*não há diferença entre as quantidades de respondentes em cada intervalo de pontuação*”), devido a seu baixo p-valor. Portanto, existe de fato uma diferença significativa entre as quantidades de respondentes em cada intervalo de pontuação e essa não se deve ao acaso.

Tabela 7: Sumário da percepção, sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, por Tempo de Formado, julho 2013, Brasil.

Intervalo de Pontuação	Nível de Atitude	Total (n = 56)		Até 5 anos (n = 30)		Mais que 5 anos (n =26)	
		N	%	N	%	N	%
65 - 80	Muito Positiva	43	77%	24	80%	19	73%
50 - 65	Positiva	11	20%	6	20%	5	19%
35 - 50	Negativa	2	4%	0	0%	2	8%
20 - 35	Muito Negativa	0	0	0	0	0	0

Para verificar a igualdade ou não do número de Profissionais com Tempo de Formado até 5 anos e Profissionais com Tempo de Formado a mais de 5 anos; em cada intervalo de pontuação, foi realizado o teste de homogeneidade com a hipótese nula a seguir:

H0: não há diferença entre as quantidades de respondentes em cada intervalo de pontuação.

A estatística χ_0^2 , calculada a partir dos dados disponíveis acima, deve ser maior que o valor tabelado para que essa hipótese seja rejeitada. Os valores obtidos para o teste e seu p-valor são:

$$\chi_0^2 = 40 > 13,8 = \chi_{0,01,2}^2; \text{ p-valor} < 0,001$$

Em um nível de confiança igual a 99%, rejeitamos a hipótese nula (“*não há diferença entre as quantidades de respondentes em cada intervalo de pontuação*”), devido a seu baixo p-valor. Portanto, existe de fato uma diferença significativa entre as quantidades de respondentes em cada intervalo de pontuação e essa não se deve ao acaso.

Tabela 8: Sumário da percepção, sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, entre Profissionais Com e Sem Pós-Graduação, julho 2013, Brasil.

Intervalo de Pontuação	Nível de Atitude	Total (n = 56)		Com Pós-Graduação (n = 26)		Sem Pós-Graduação (n = 30)	
		N	%	N	%	N	%
65 - 80	Muito Positiva	43	77%	19	73%	24	80%
50 - 65	Positiva	11	20%	6	23%	5	17%
35 - 50	Negativa	2	4%	1	4%	1	3%
20 - 35	Muito Negativa	0	0	0	0	0	0

Para verificar a igualdade ou não do número de Profissionais Com Pós-Graduação e Sem Pós-Graduação; em cada intervalo de pontuação, foi realizado o teste de homogeneidade com a hipótese nula a seguir:

H₀: não há diferença entre as quantidades de respondentes em cada intervalo de pontuação.

A estatística χ_0^2 , calculada a partir dos dados disponíveis acima, deve ser maior que o valor tabelado para que essa hipótese seja rejeitada. Os valores obtidos para o teste e seu p-valor são:

$$\chi_0^2 = 0 < 13,8 = \chi_{0,01,2}^2; \text{ p-valor} = 0,9365$$

Em um nível de confiança igual a 99%, não rejeitamos a hipótese nula (“*não há diferença entre as quantidades de respondentes em cada intervalo de pontuação*”), devido a seu alto p-valor. Portanto, não existe de fato uma diferença significativa entre as quantidades de respondentes em cada intervalo de pontuação.

Tabela 9: Sumário da percepção, sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes, entre Profissionais Inseridos no Interior e na Capital, julho 2013, Brasil.

Intervalo de Pontuação	Nível de Atitude	Total (n = 56)		Capital (n = 11)		Interior (n =45)	
		N	%	N	%	N	%
65 - 80	Muito Positiva	43	77%	6	55%	37	82%
50 - 65	Positiva	11	20%	3	27%	8	18%
35 - 50	Negativa	2	4%	2	18%	0	0%
20 - 35	Muito Negativa	0	0	0	0	0	0

Para verificar a igualdade ou não do número de Profissionais Inseridos no Interior e na Capital; em cada intervalo de pontuação, foi realizado o teste de homogeneidade com a hipótese nula a seguir:

H0: não há diferença entre as quantidades de respondentes em cada intervalo de pontuação.

A estatística χ_0^2 , calculada a partir dos dados disponíveis acima, deve ser maior que o valor tabelado para que essa hipótese seja rejeitada. Os valores obtidos para o teste e seu p-valor são:

$$\chi_0^2 = 40 > 13,8 = \chi_{0,01,2}^2; \text{ p-valor} < 0,001$$

Em um nível de confiança igual a 99%, rejeitamos a hipótese nula (“*não há diferença entre as quantidades de respondentes em cada intervalo de pontuação*”), devido a seu baixo p-valor. Portanto, existe de fato uma diferença significativa entre as quantidades de respondentes em cada intervalo de pontuação e essa não se deve ao acaso.

5 RESULTADOS

Foram distribuídos 86 instrumentos entre trabalhadores da área de saúde, com 24 asserções cada. Porém somente 56 instrumentos foram validados, outros 30 foram perdidos devido à falta de respostas em algumas asserções, invalidando o instrumento.

5.1 Análise Quali-Quantitativa - LIKERT

1. A validação estatística mostrou uma perda (não validação) de 4 asserções de um total de 24, perfazendo um percentual de 17% (21 asserções). A literatura admite perdas de 30 a 40% o que corresponderia nesta pesquisa a 7 até 10 asserções. Isto denota a **qualidade do processo de validação de conteúdo** onde a construção, a fraseologia usada nas asserções mostram-se adequadas para captação da percepção dos respondentes.

2. O teste de confiabilidade foi de $R = 0,94$ o que garante uma excelente sustentação estatística para os dados encontrados. Nesta metodologia considera-se adequado um índice de confiabilidade igual ou superior a 0,80.

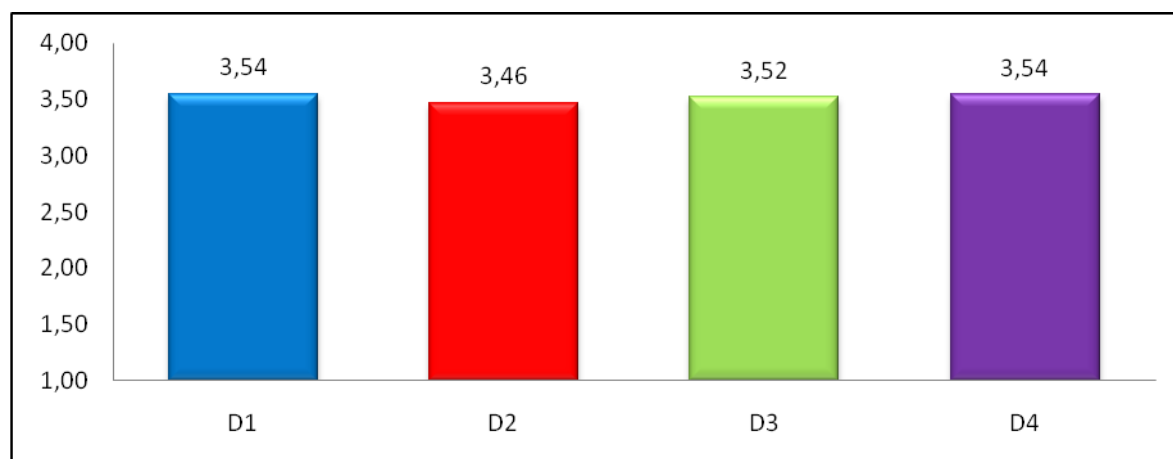
3. No teste de homogeneidade todos os critérios adotados na pesquisa como gênero, categoria profissional, tempo de formado, existência ou não de pós-graduação e residência na capital ou interior, não demonstraram interferência significativa; num nível de confiança igual a 99% encontramos o valor de $p < 0,001$.

4. Como eixos de análise foram adotados: gênero, categoria profissional, tempo de formação, presença de pós-graduação e inserção na capital ou interior.

Conforme podemos perceber no Gráfico 1 todas as dimensões encontram-se na zona de conforto sendo que as Dimensões 1 – Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor no Processo de Formação dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica do SUS no Amazonas e 4 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Adequada democratização das Relações de Trabalho dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica do SUS no Amazonas tiveram média de 3,54 pontos, seguidas da Dimensão 3 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Qualificação dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica do SUS no Amazonas com 3,52 e Dimensão 2 - Programa Telessaúde Brasil Redes como

Contribuidor na Alocação dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica do SUS no Amazonas com 3,46 pontos.

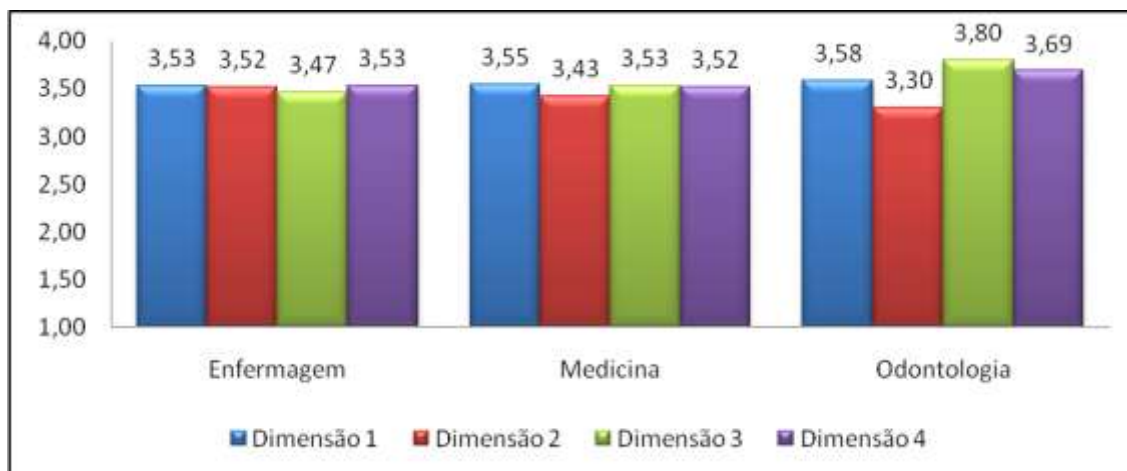
Gráfico 1 - Perfil Geral Atitudinal por Dimensão sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes, setembro de 2013, Brasil.



Podemos inferir, portanto, que o Programa Telessaúde Brasil Redes no estado do Amazonas tem grande importância na Formação bem como na Adequada democratização das Relações de Trabalho dos profissionais de saúde na atenção básica do SUS. Em menor escala o Programa contribui na Qualificação desses profissionais e por último na sua Alocação.

No Gráfico 2, temos a percepção das referidas dimensões por categoria profissional. Podemos perceber uma avaliação muito homogênea dos três cursos em relação à Dimensão D1 que trata da formação dos profissionais; em relação à Dimensão D2 que trata da alocação o curso de enfermagem tem uma percepção mais positiva (3,52) seguido da medicina (3,43) e da odontologia (3,30). A recente incorporação desta categoria no SUS pode contribuir para este resultado. Na Dimensão D3 que trata da qualificação a percepção foi inversa com uma resposta mais positiva entre os odontólogos (3,80), médicos (3,53) e enfermeiros (3,47).

Gráfico 2- Perfil Geral Atitudinal por Categoria Profissional por Dimensão sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, setembro de 2013, Brasil.

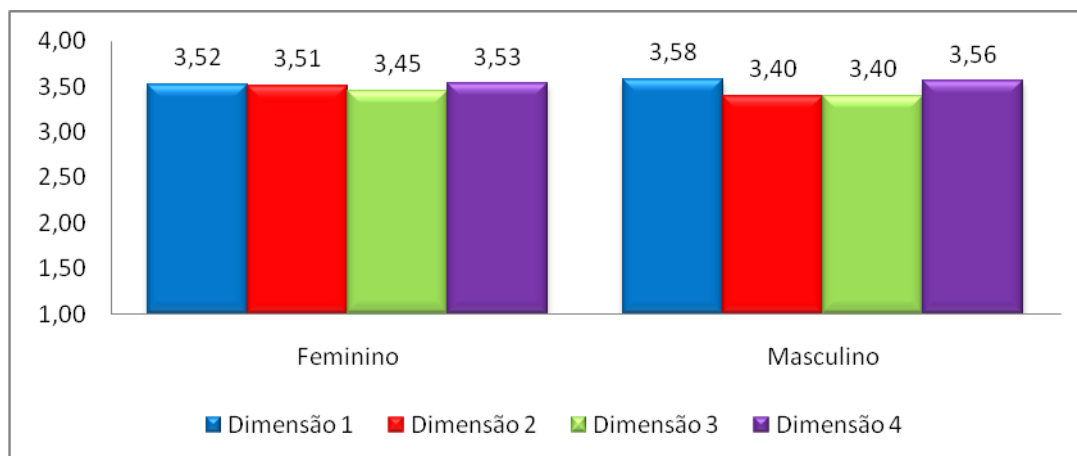


Entendemos que este resultado guarda uma sintonia com o acima citado na medida em que, a inserção mais recente dos odontólogos no SUS e seus programas de apoio como o Telessaúde, tem representado para esta categoria, uma efetiva qualificação.

Essa mesma percepção foi encontrada na avaliação realizada pela SGTES/MS sobre a primeira edição do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde I onde este três cursos participavam.

No Gráfico 3 verificamos a percepção quanto ao gênero que não evidenciou nenhuma tendência. Assim, podemos inferir que o eixo de análise gênero não determina nenhuma alteração quanto à avaliação do Programa Telessaúde Brasil Redes no estado do Amazonas.

Gráfico 3 - Perfil Geral Atitudinal por Gênero e Dimensão sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, julho 2013, Brasil.



O Gráfico 4 considera o eixo de análise “tempo de formado” e evidencia que para os profissionais com menos de 5 anos de formado o Programa é entendido de forma muito contributiva em todas as dimensões. Este dado merece atenção já que se por um lado ele atinge novos enfermeiros, médicos, e odontólogos, ele se mostra menos interessante ou com dificuldades tecnológicas que devem ser observadas, pois, os profissionais com mais de cinco anos de formado muito provavelmente já se fixaram no Estado, e sua adesão corroboraria em muito para a qualidade da atenção prestada numa região tão carente de recursos em saúde.

No Gráfico 5 observamos a percepção em relação ao eixo “pós-graduação” e é evidente que o Programa é mais bem percebido entre os profissionais sem pós-graduação do que os que detêm algum curso. Essa percepção atende a um dos pressupostos do Programa que é o de fornecimento de uma qualificação para além da graduação em regiões distantes do país.

Gráfico 4 - Perfil Geral Atitudinal por Tempo de Formação e Dimensão sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, julho 2013, Brasil.

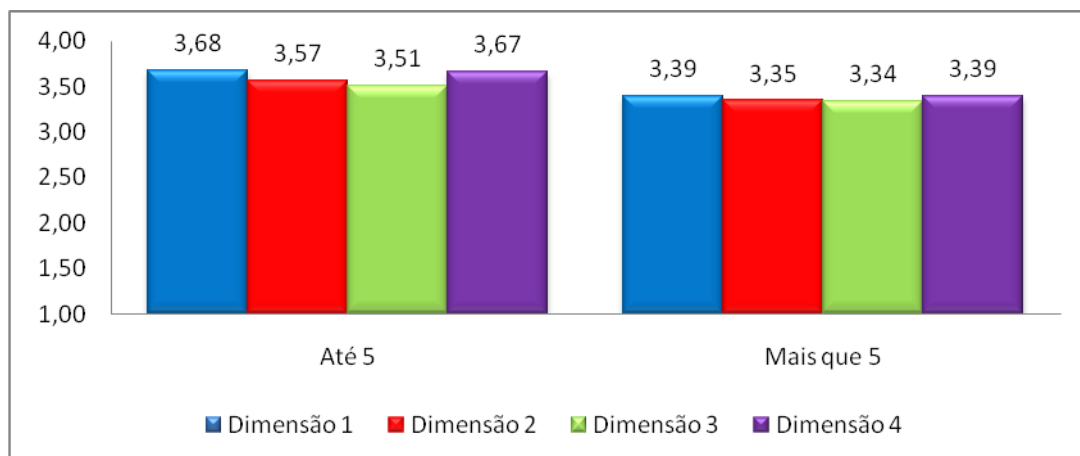
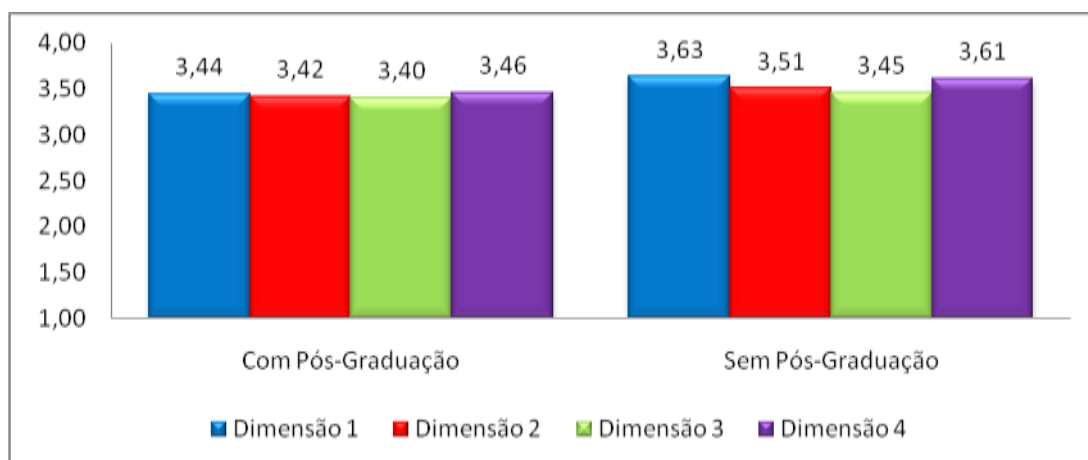
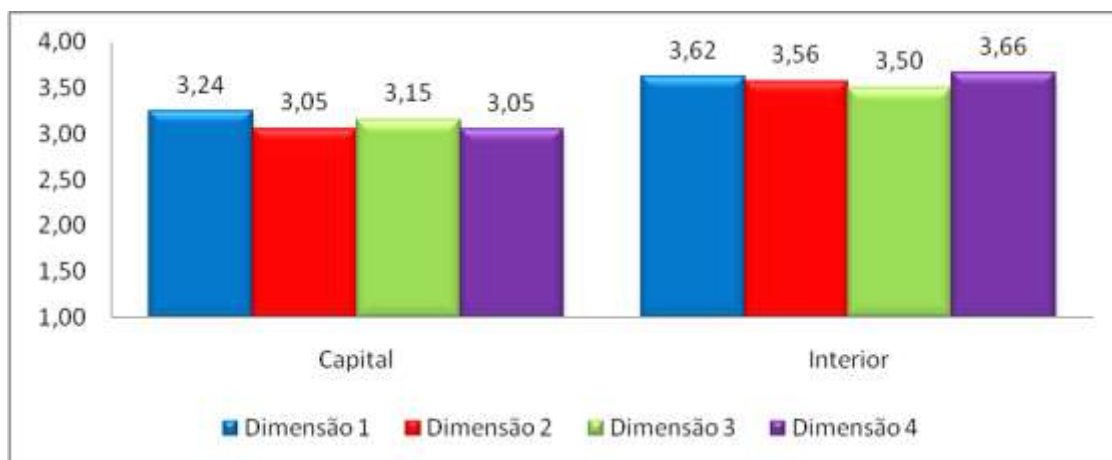


Gráfico 5 - Perfil Geral Atitudinal entre Profissionais Com e Sem Pós-Graduação e Dimensão sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, julho 2013, Brasil.



O Gráfico 6 traz a percepção dos profissionais residentes na capital e no interior e nota-se que os residentes no interior têm uma percepção mais positiva do Programa, o que novamente, atende a outro pressuposto do Telessaúde, que é instrumentalizar os profissionais de saúde das regiões com menor recurso tecnológico e o interior do Estado se enquadra nesta situação.

Gráfico 6 - Perfil Geral Atitudinal entre Profissionais residentes na capital e interior e Dimensão sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes - Amazonas, julho 2013, Brasil.



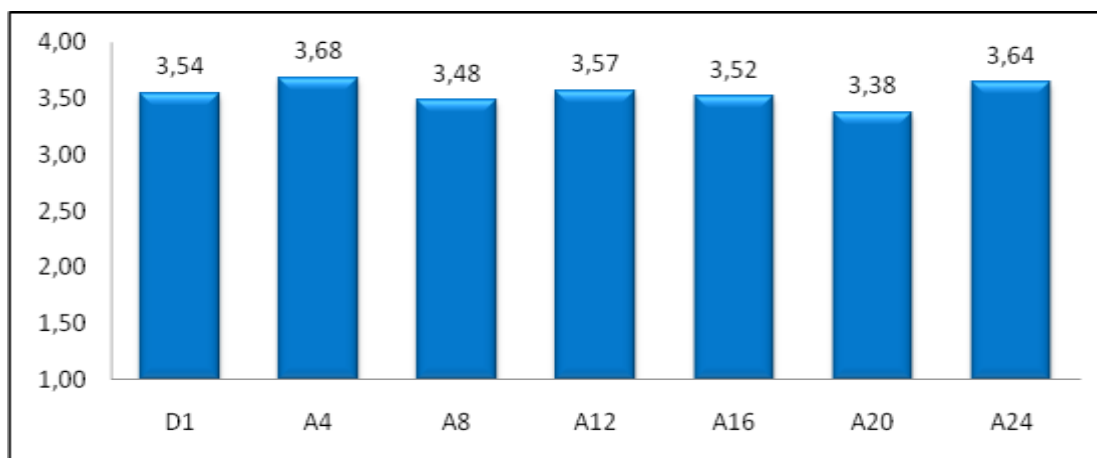
Passaremos a análise das dimensões e suas respectivas asserções. A Dimensão D1 foi juntamente com a dimensão D4 a melhor pontuada com 3,54 pontos.

Na asserção **A4** afirmou-se que **“O Programa Telessaúde permite o acesso à qualificação dos trabalhadores da Atenção Básica”** com 4 pontos para a concordância plena (CP) e os respondentes mostraram-se fortemente inclinados a concordância.

Na asserção **A8** diz-se que **“O Programa Telessaúde leva em conta as necessidades regionais de ensino e serviço no país”** com 4 pontos para a CP e obtivemos 3,48 pontos, evidenciando a inclinação a concordância.

“O Programa Telessaúde viabiliza maior integração entre as instituições de ensino, os serviços de saúde e a comunidade” (4 pontos CP) foi à afirmação da asserção **A12** com 3,57 pontos, mostrando à inclinação a concordância em um dos pressupostos do Programa que é a integração ensino/serviço/comunidade.

Gráfico 7 – Perfil Atitudinal sobre a Dimensão – D1- Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor no Processo de Formação dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica do SUS no Amazonas, julho 2013, Brasil.



Na asserção **A16** afirmou-se que **“O Programa Telessaúde contribui para o processo de reorientação da formação profissional na graduação de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais”** (4 pontos CP) e os atores envolvidos postaram-se inclinados a concordância.

Na **A20** defendeu-se que **“O Programa Telessaúde Brasil não contribui para a superação das desigualdades regionais”** (4 pontos CP). Os respondentes colocaram-se inclinados a concordância, o que chama a atenção para necessários ajustes no Programa, para uma maior efetividade frente à desigualdade social, tecnológica entre outras que marcam fortemente nosso país.

Vários estudos apontam para a necessária adequação das políticas dos programas de saúde em nosso país, dada a condição continental do mesmo e as “marcas” regionais tão distintas, há que se adaptarem os pressupostos dos mesmos para uma maior aderência e conseqüente resolutividade.

A asserção **A24** dizia que **“O Programa Telessaúde Brasil Redes contribui para a criação de mecanismos de alocação de profissionais de saúde em áreas/regiões com dificuldade de provimento”** (4 pontos CP) e os respondentes mostram-se inclinados a concordância o que configura um excelente resultado, dada à complexidade que tem sido em nosso país a fixação de profissionais de saúde, especialmente médicos, gerando inúmeras iniciativas como o Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB, o Mais Médicos, entre outros.

No Gráfico 8 consideramos o eixo categoria profissional para a D1 e podemos destacar:

- Os odontólogos entendem o Telessaúde como um programa qualificador, que atendem as necessidades regionais re-orientando a formação profissional.
- Os enfermeiros avaliam positivamente o potencial do Programa para a integração ensino/serviço/comunidade.
- Os médicos mostram-se inclinados a concordar que o Telessaúde não contribui para a diminuição das desigualdades regionais e vem no Programa, um potencializador da alocação de profissionais de saúde em áreas mais distantes.

Ressalta-se que a boa percepção dos odontólogos e a contribuição da fixação médica é de extrema importância em nosso país.

Gráfico 8 - Perfil Atitudinal por Categoria Profissional sobre a Dimensão1- Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor no Processo de Formação dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica do SUS no Amazonas, julho 2013, Brasil.

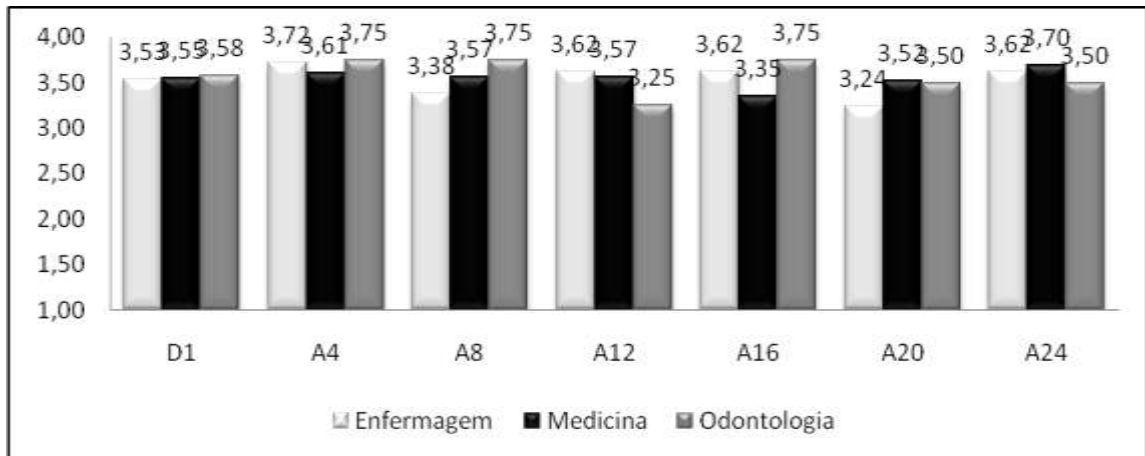
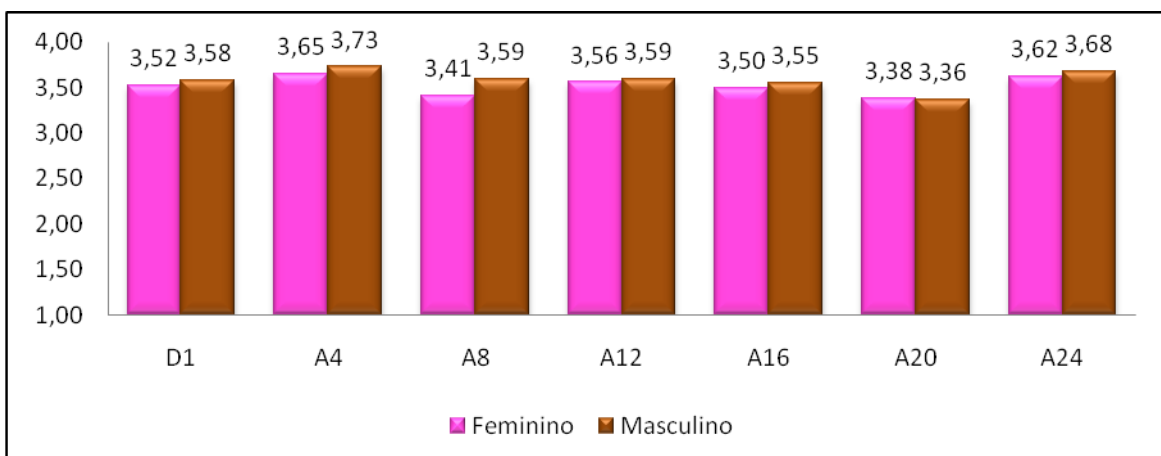


Gráfico 9 - Perfil Atitudinal por Gênero sobre a Dimensão1- Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor no Processo de Formação dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica do SUS no Amazonas, julho 2013, Brasil.

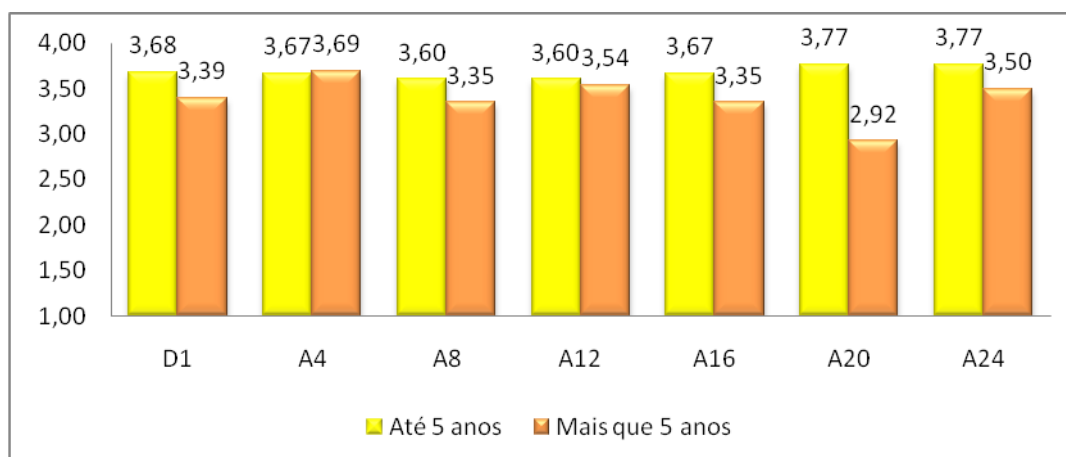


O Gráfico 9 nos mostra a percepção dos respondentes na D1 considerando o eixo gênero, e podemos notar que esta não é relevante.

O Gráfico 10 nos mostra a percepção da D1 quanto ao tempo de formado e podemos inferir que os profissionais com menos de cinco anos avaliam o Telessaúde como um programa contributivo para as questões de desigualdades regionais, na integração ensino/serviço/comunidade, no processo de reorientação profissional e atendimento as DCNs bem como na alocação de

profissionais de saúde em áreas distantes. Já os com mais de cinco anos postam-se **inclinados a discordar quanto à afirmação feita que o Telessaúde não contribua para a diminuição das desigualdades sociais.**

Gráfico 10 - Perfil Atitudinal por Tempo de Formação sobre a Dimensão1- Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor no Processo de Formação dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica do SUS no Amazonas, julho 2013, Brasil.



Os Gráficos 11 e 12 nos mostram a percepção da D1 quanto ao eixo pós-graduação e residência na capital e no interior e podemos perceber que os profissionais sem pós-graduação e residentes no interior são mais favoráveis ao Programa quanto a todos os aspectos abordados nesta dimensão.

Gráfico 11 - Perfil Atitudinal entre Profissionais Com e Sem Pós-Graduação sobre a Dimensão1 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor no Processo de Formação dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica do SUS no Amazonas, julho 2013, Brasil.

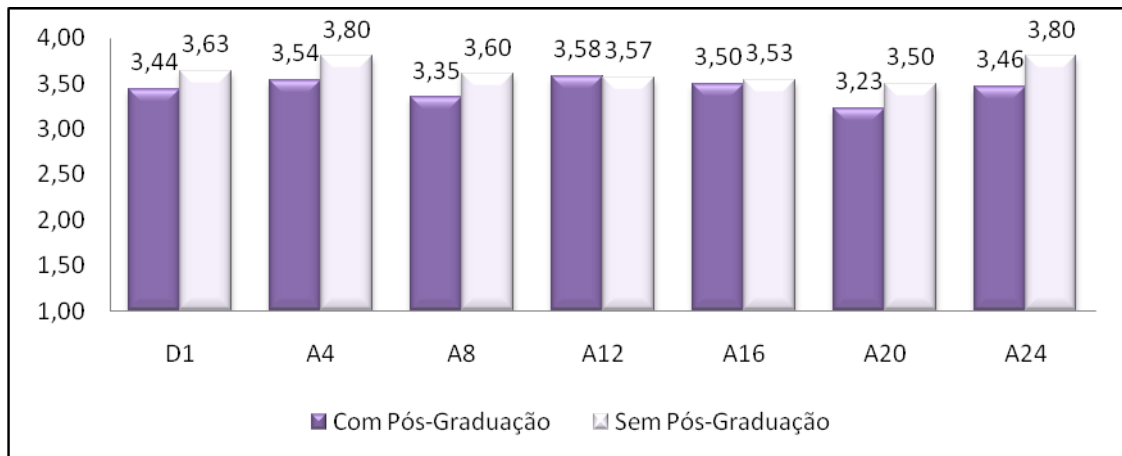
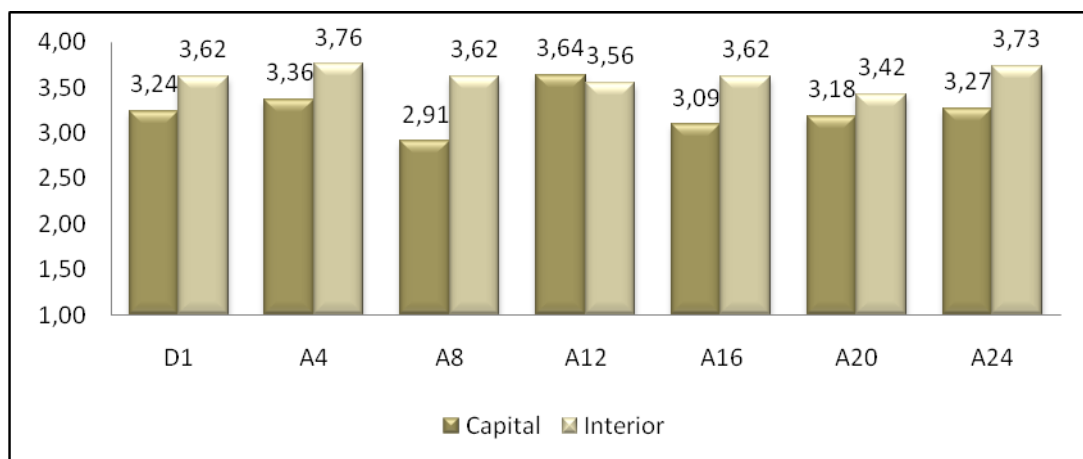
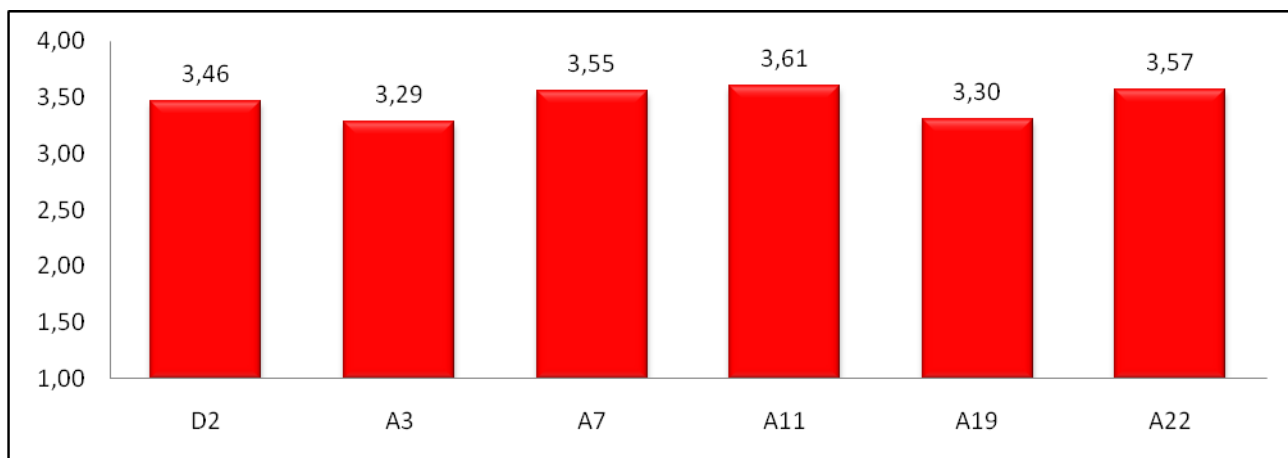


Gráfico 12 - Perfil Atitudinal entre Profissionais residentes no Interior e na Capital sobre a Dimensão1 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor no Processo de Formação dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica do SUS no Amazonas, julho 2013, Brasil.



O gráfico 13 nos mostra a percepção dos respondentes quanto a Dimensão D2 que tratou da contribuição quanto à alocação de profissionais.

Gráfico 13 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Alocação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS, Amazonas, julho 2013, Brasil.



Esta dimensão teve 3,46 e foi a menos pontuada. Na asserção A3 afirmou-se que **“O Programa Telessaúde fomenta o aperfeiçoamento de mecanismos de negociação entre gestores e trabalhadores de saúde em âmbitos local e regional”** com atribuição de 4 pontos para a concordância plena e os respondentes mostraram-se inclinados a concordar com 3,29 pontos.

Na asserção 7 afirmou-se que **“O Programa Telessaúde contribui para a construção e manutenção de um sistema nacional de informação e gestão do conhecimento integrado nas áreas de Educação e Trabalho na Saúde”** com atribuição de 4 pontos para a concordância e os atores envolvidos demonstraram inclinação a concordância com 3,55 pontos. Este resultado é de grande importância na medida em que evidencia uma ótima resposta a um dos objetivos do Programa.

A asserção **A11** dizia que **“O Programa Telessaúde estimula o fortalecimento das estruturas institucionais da gestão da educação e do trabalho na saúde”** com 4 pontos para CP e os respondentes mostram-se inclinados à concordância; vale destacar que este aspecto, a aproximação da educação e saúde, tem sido extremamente importante desde a criação de programas e políticas interministeriais que tem contribuído sobremaneira para com o processo de formação de recursos humanos na área da saúde.

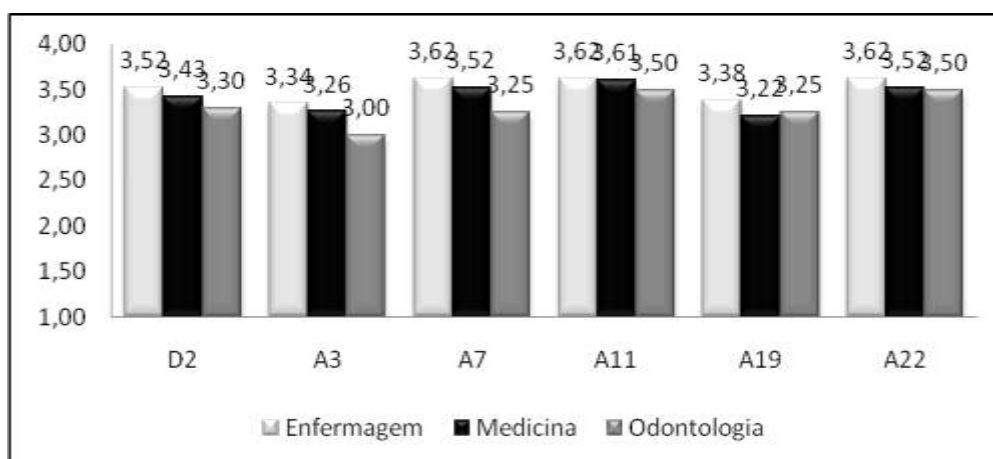
Na asserção **19** defendeu-se que **“O Programa Telessaúde permite a busca contínua por uma gestão eficiente e qualificada, de forma a proporcionar a democratização e a Transparência do Sistema Único de Saúde”**

com 4 pontos para a concordância plena. Tivemos 3,30 pontos, ou seja, os respondentes mostram-se inclinados a concordar.

Na asserção 22 afirmou-se que **“O Programa Telessaúde visualiza o trabalho na saúde como uma construção de sujeitos na produção de saúde”** com 4 pontos para a concordância plena. Os respondentes mostraram-se inclinados a concordar com 3,57 pontos, o que revela um processo de desenvolvimento de consciência quanto ao fazer saúde de forma coletiva e sustentável.

O Gráfico 14 nos mostra a percepção da D2 quanto ao eixo categoria profissional.

Gráfico 14 - Perfil Atitudinal por Categoria Profissional sobre a Dimensão 2 – Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Alocação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS, Amazonas, 2012, Brasil.

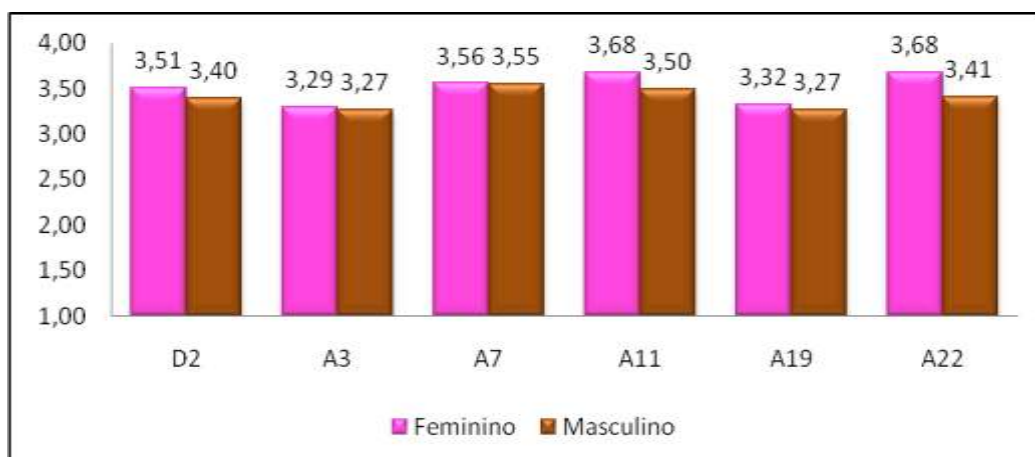


Podemos perceber que os enfermeiros tiveram uma percepção mais positiva em todas as questões abordadas nesta dimensão como:

- Negociação entre gestores e trabalhadores;
- Construção de Sistema de Informação
- Fortalecimento da gestão entre educação e saúde
- Democratização e transparência do SUS e,
- Saúde a partir da construção de sujeitos.

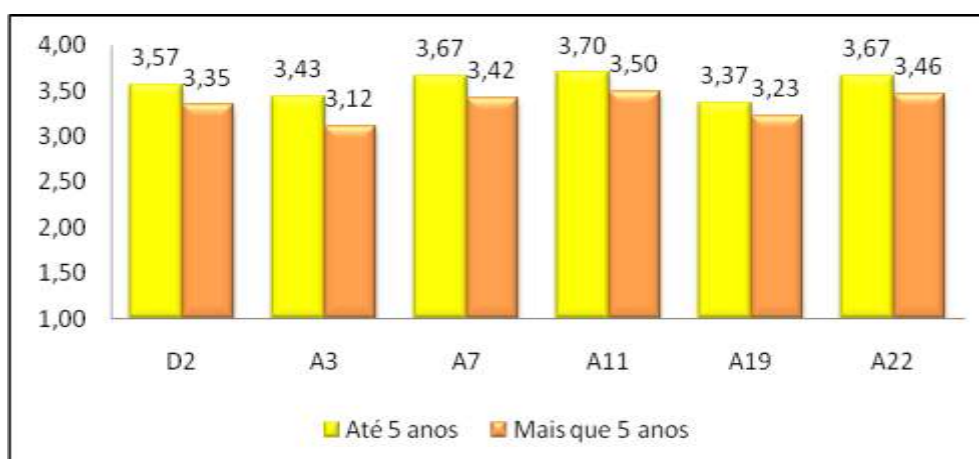
A história dos enfermeiros nos mostra uma presença sólida quanto à construção e implantação de programas e políticas públicas de saúde em nosso país, o que aparece nessa pesquisa de maneira muito evidente.

Gráfico 15 - Perfil Atitudinal por Gênero sobre a Dimensão 2 – Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Alocação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS, Amazonas, julho 2013, Brasil.



O Gráfico 15 nos mostra que a questão do gênero novamente não se coloca como determinante na percepção dos respondentes.

Gráfico 16 - Perfil Atitudinal por Tempo de Formação sobre a Dimensão 2 – Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Alocação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS, Amazonas, julho 2013, Brasil.



O Gráfico 16 nos mostra que o tempo de formação é um aspecto determinante na percepção quanto ao Telessaúde, sendo mais positiva entre os profissionais com até 5 anos de formação. Quando o eixo em análise reside sobre o fato de ter ou não pós-graduação, Gráfico 17, percebemos que os profissionais que

não tem, avaliam mais positivamente as contribuições que o Programa Telessaúde traz no seu exercício.

O Gráfico 18 evidencia a percepção entre os profissionais residentes na capital e no interior, denotando a valorização mais acentuada entre os residentes no interior.

O Gráfico 19 nos mostra a percepção em relação a D3 que trata da qualificação dos profissionais da saúde à luz do Telessaúde.

Na asserção

Gráfico 17 - Perfil Atitudinal entre Profissionais Com e Sem Pós-Graduação sobre a Dimensão 2 – Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Alocação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS, Amazonas, julho 2013, Brasil.

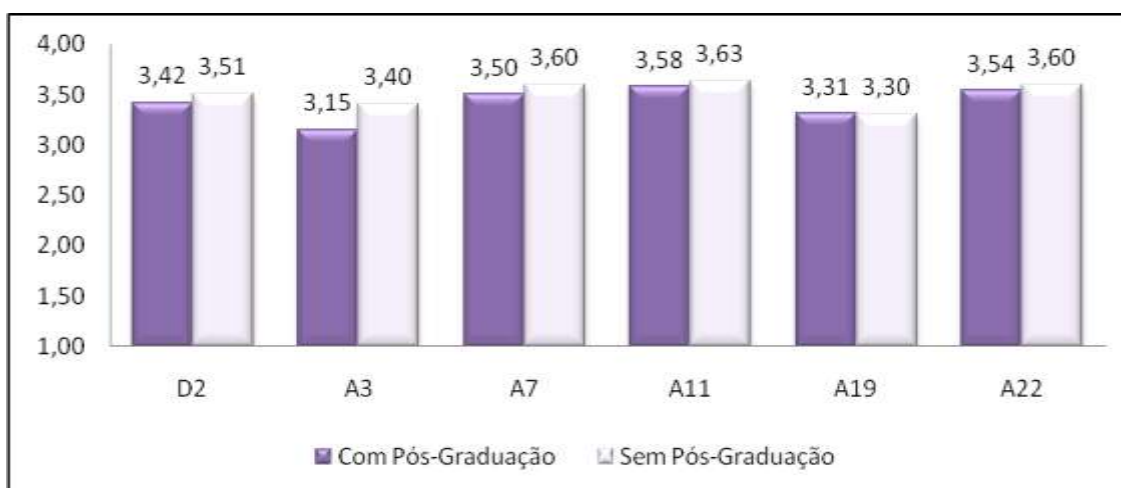


Gráfico 18 - Perfil Atitudinal entre Profissionais Residentes no Interior e na Capital sobre a Dimensão 2 – Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Alocação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS, Amazonas, julho 2013, Brasil.

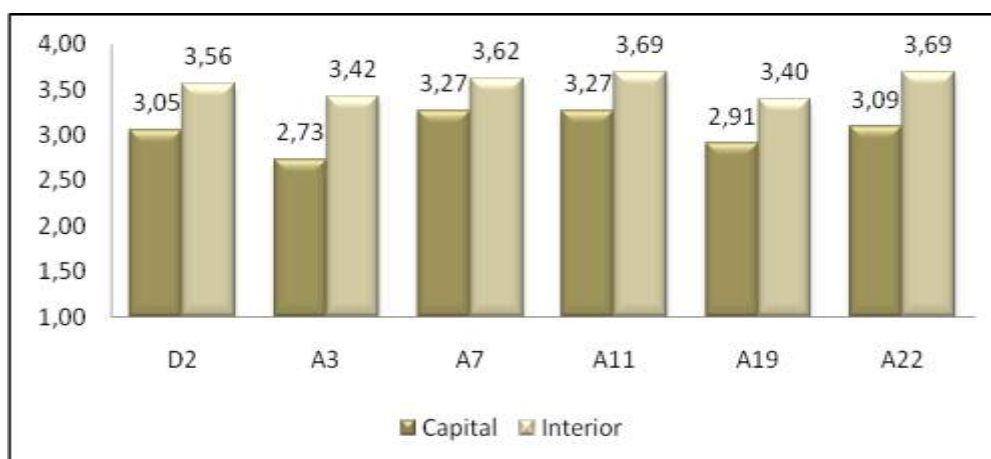
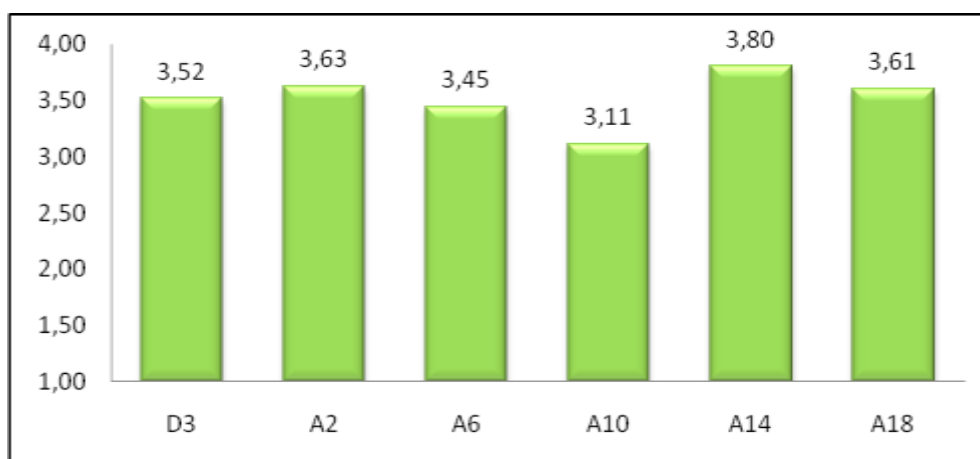


Gráfico 19 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Qualificação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil.



Na asserção A2 afirmou-se que **“O Programa Telessaúde promove a implantação dos processos que utilizem a educação permanente nos locais de trabalho”** com 4 pontos para a concordância plena. Os respondentes mostraram-se inclinados a concordância com 3,63 pontos, aspecto muito positivo na medida em que se percebe claramente a contribuição de um Programa em relação a uma política como a Política Nacional de Educação Permanente – PNEP.

É indiscutível a centralidade que esta Política tem na atualidade, no processo de formação e qualificação dos profissionais de saúde.

A asserção A6 dizia que **“O Programa Telessaúde permite que o profissional de saúde atue de forma resolutiva, escutando, avaliando e se comprometendo na busca do cuidado integral em saúde”** com 4 pontos para a concordância plena e os respondentes mostram-se inclinados a concordar com 3,45 pontos.

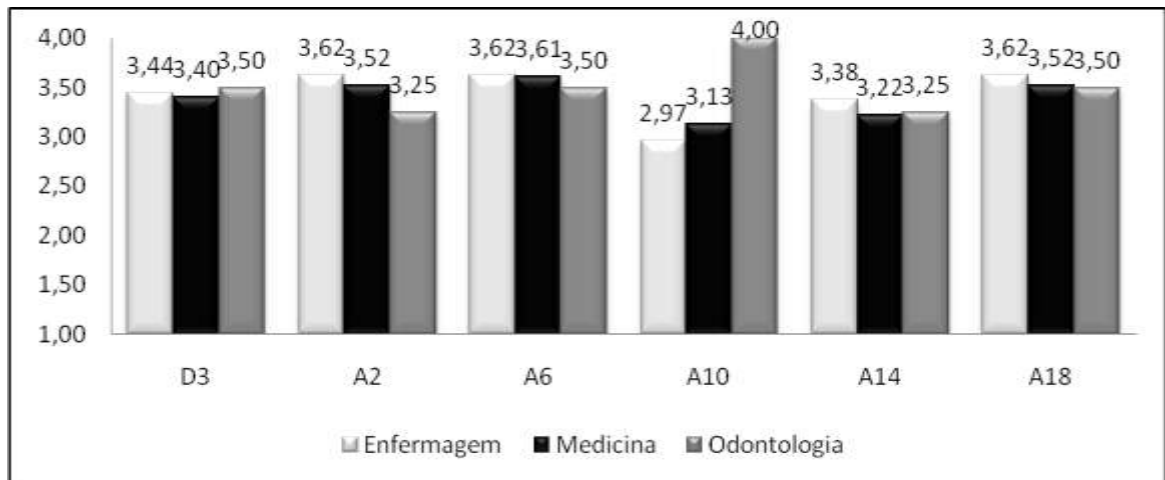
A asserção A10 defendia que **“O Programa Telessaúde Brasil Redes não contribui para que a resolutividade na Rede de Atenção seja assegurada”**. e atribuiu-se 1 ponto para a concordância plena.

Percebemos que os respondentes mostram-se inclinados a discordar, o que evidencia que o Programa tem sua contribuição na resolutividade do cuidado, e da assistência.

Na asserção 14 defendeu-se que **“O Programa Telessaúde Brasil redes deve fornecer aos trabalhadores de saúde da atenção básica do sistema único de saúde o serviço de teleconsultoria, seja em tempo real ou através de mensagens eletrônicas”** com 4 pontos para CP.. Podemos observar uma forte inclinação à concordância entre os respondentes.

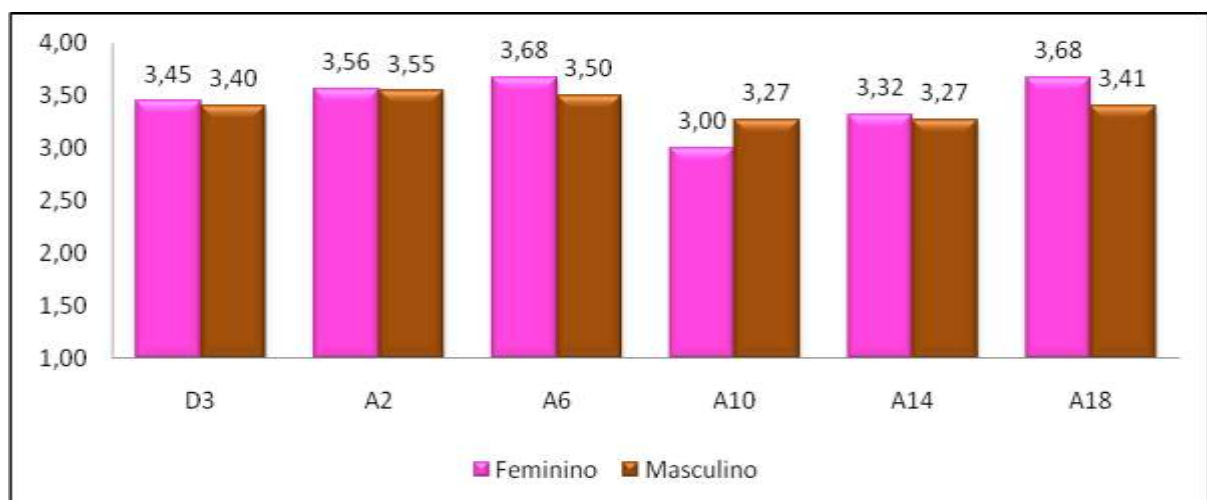
Por último a asserção A18 afirmava que **“O Programa Telessaúde fornece aos trabalhadores de saúde o serviço de Segunda Opinião Formativa”** com 4 pontos **para CP** e novamente percebe-se a inclinação a concordância.

Gráfico 20 - Perfil Atitudinal por Categoria Profissional sobre a Dimensão 3 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Qualificação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil.



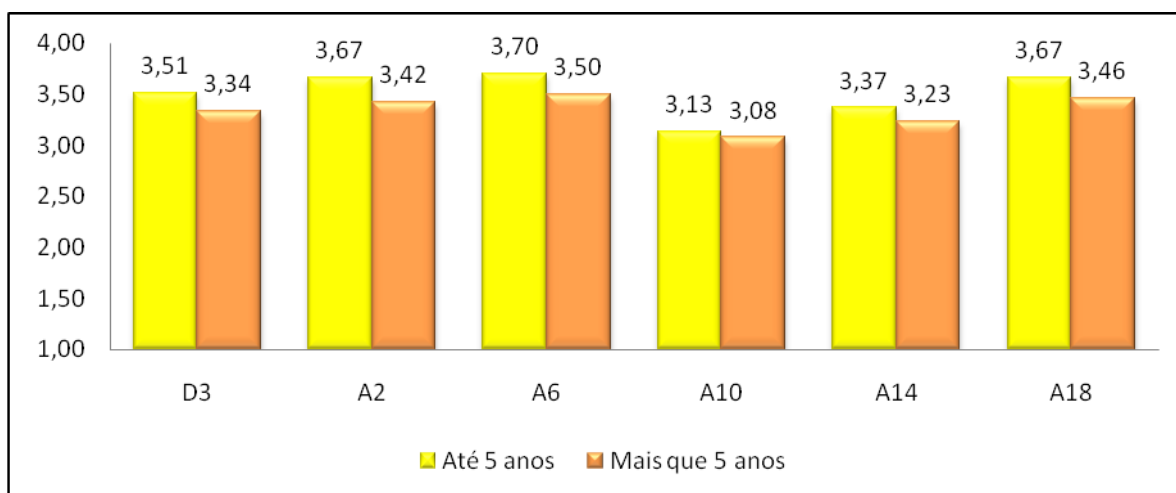
Podemos ver que os enfermeiros tem uma visão mais positiva quanto à contribuição do Telessaúde na PNEP, no cuidado integral, na oferta de teleconsultoria e na 2ª opinião formativa. É importante destacar a discordância plena dos odontólogos na A10, que, nesta pesquisa, defendem a resolutividade do Telessaúde quanto ao cuidado e a assistência como um todo.

Gráfico 21 - Perfil Atitudinal por Gênero sobre a Dimensão 3 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Qualificação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil.



Como nas dimensões anteriores, o eixo de análise gênero não evidenciou nenhuma interferência relevante.

Gráfico 22 - Perfil Atitudinal por Tempo de Formado sobre a Dimensão 3 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Qualificação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil.



O Gráfico 22 evidencia que o tempo de formação traz uma diferença na percepção, sendo mais positiva entre os profissionais com até 5 anos de formado. O mesmo acontecendo com os eixos pós-graduação e local de residência; os profissionais sem pós-graduação e residentes no interior, são mais sensíveis às contribuições do Programa.

Gráfico 23 - Perfil Atitudinal entre Profissionais Com e Sem Pós-Graduação sobre a Dimensão 3 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Qualificação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil.

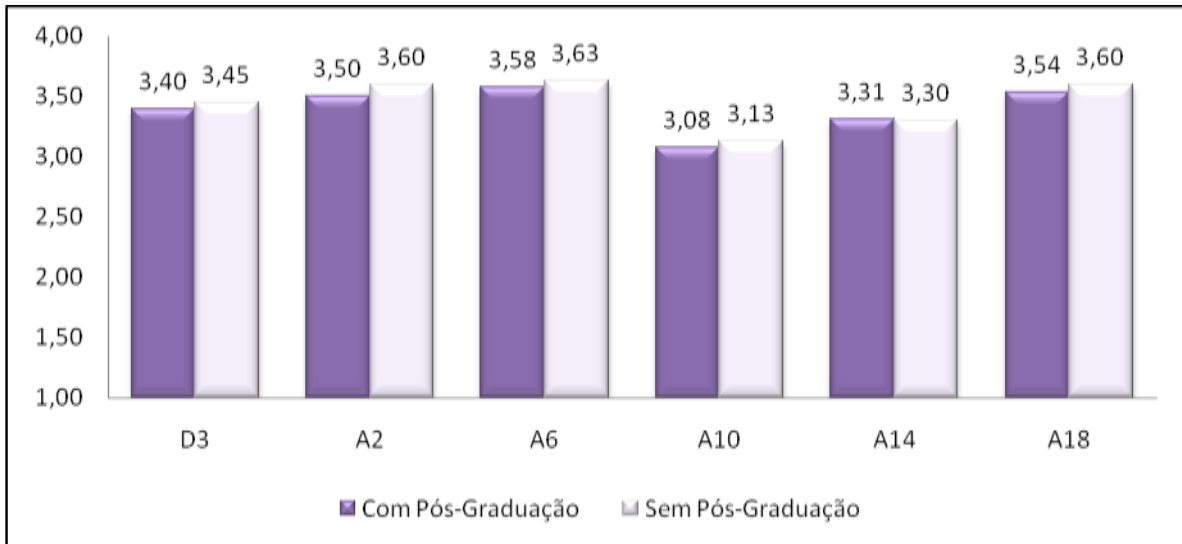


Gráfico 24 - Perfil Atitudinal entre Profissionais Residentes no Interior e na Capital sobre a Dimensão 3 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Qualificação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil.

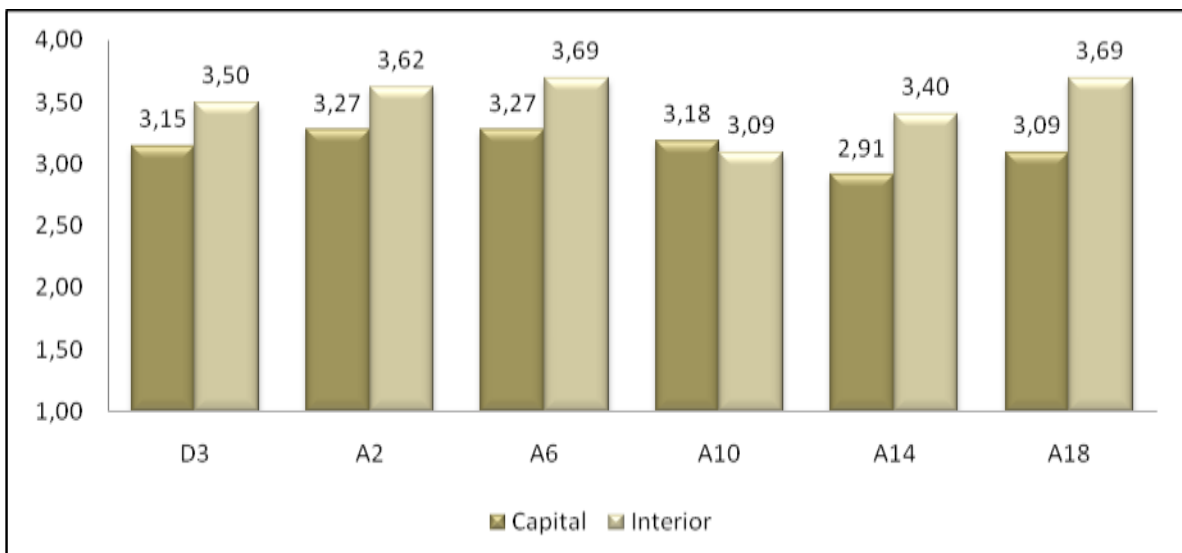
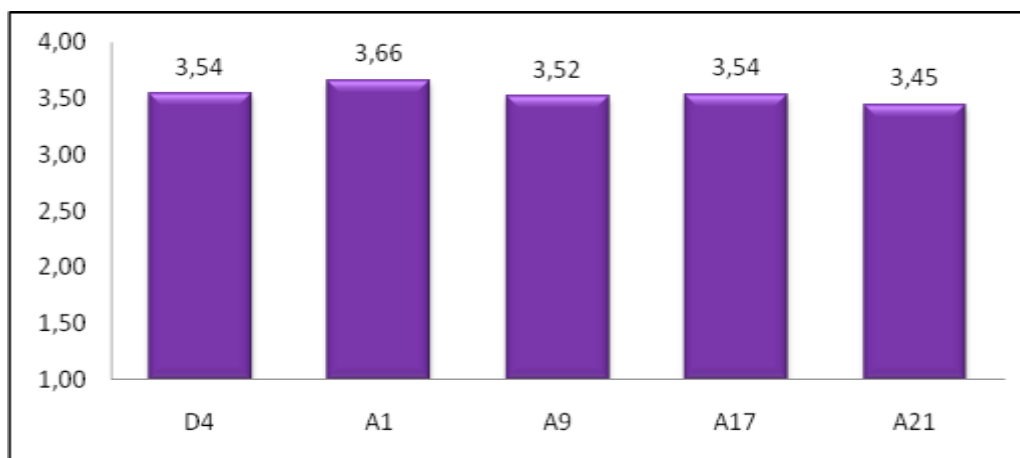


Gráfico 25 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Adequada democratização das Relações de Trabalho dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil.



O Gráfico 25 nos mostra a percepção quanto a Dimensão D4 que trata da democratização das relações de trabalho dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS no Amazonas; esta dimensão também foi a mais pontuada (3,54) juntamente com a Dimensão D1 que trata do aspecto da formação de recursos humanos para o SUS.

Na asserção A1 defendeu-se que **“O Programa Telessaúde fornece aos trabalhadores de saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde o serviço de Telediagnóstico”** com 4 pontos para a concordância plena e os atores envolvidos mostraram-se inclinados a concordar com 3,66 pontos.

Na asserção A9 defendeu-se que **“O Programa Telessaúde permite que qualquer ação demandada pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde seja elaborada e respondida por teleconsultores de qualquer Núcleo Técnico-Científico ou Ponto de Telessaúde”** com 4 pontos para a concordância plena e os respondentes mostraram-se inclinados a concordar com 3,52 pontos.

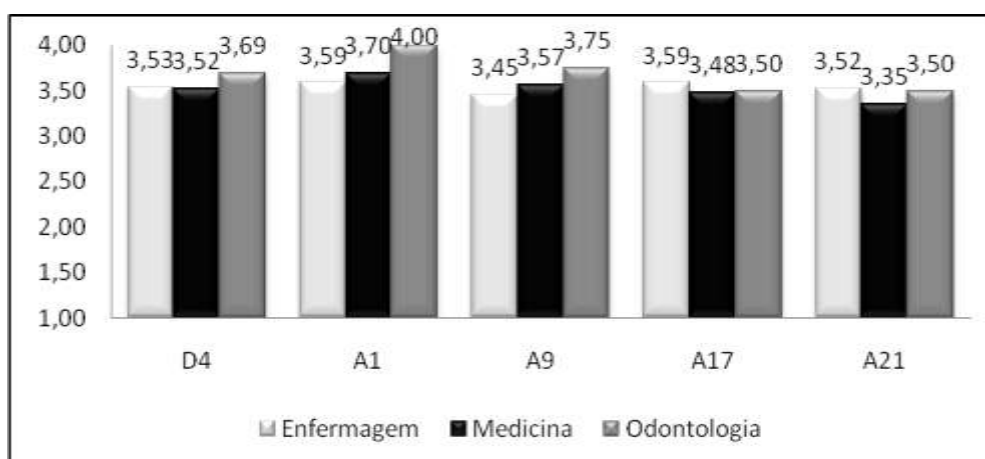
Ambas as questões evidenciam aspectos exitosos do Programa que indiscutivelmente, corroboram para a qualificação da Atenção Básica no Estado do Amazonas.

A asserção A17 afirmou que **“A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde considera as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde, respeitando as especificidades loco-regionais”** com 4 pontos para a CP. Os respondentes tenderam a concordar, o

que merece destaque, face à relevância que esta Política tem na formação de recursos humanos.

Por último a asserção A21 defendeu que **“A utilização dos recursos do Telessaúde tem acesso amplo, podendo ser realizada de qualquer local conectado à internet”** com 4 pontos para a CP recebendo a inclinação a concordância dos atores envolvidos.

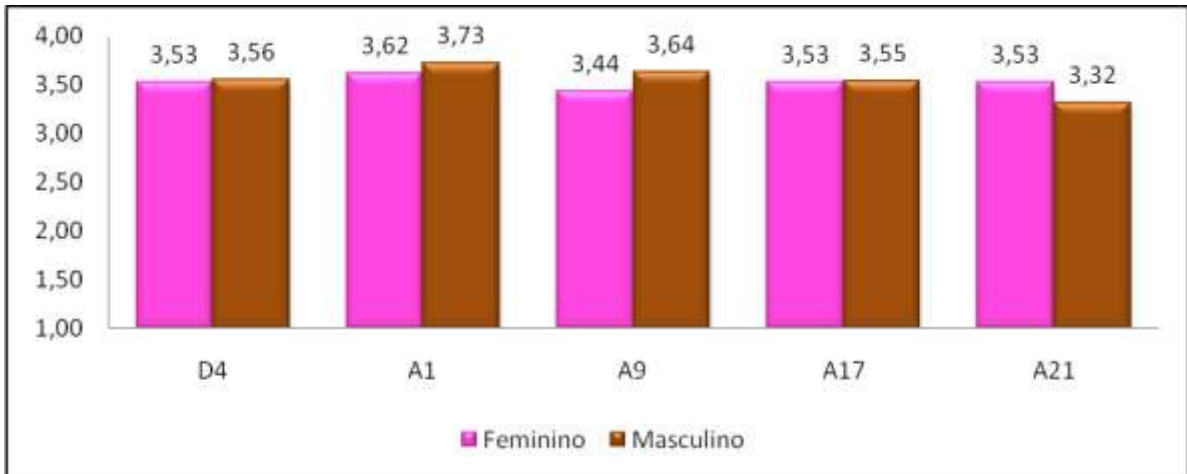
Gráfico 26 - Perfil Atitudinal por Categoria Profissional sobre a Dimensão 4 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Adequada democratização das Relações de Trabalho dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil.



O Gráfico 26 nos mostra a percepção por categoria profissional quanto a D4 e destacamos:

- A concordância plena dos odontólogos quanto ao fornecimento de telediagnóstico bem como a resposta a qualquer demanda pelo Programa;
- A boa percepção de todas as categorias em especial entre os enfermeiros quanto à contribuição da PNEP bem como o bom acesso ao Telessaúde.

Gráfico 27 - Perfil Atitudinal por Gênero sobre a Dimensão 4 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Adequada democratização das Relações de Trabalho dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil.



A questão do gênero mantém o mesmo padrão não interferindo na percepção dos envolvidos.

O tempo de formação, a ausência de pós-graduação dos profissionais e a residência no interior também nesta dimensão, mostram-se eixos favorecedores para uma percepção mais positiva entre os respondentes.

Gráfico 28 - Perfil Atitudinal por Tempo de Formado sobre a Dimensão 4 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Adequada democratização das Relações de Trabalho dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil.

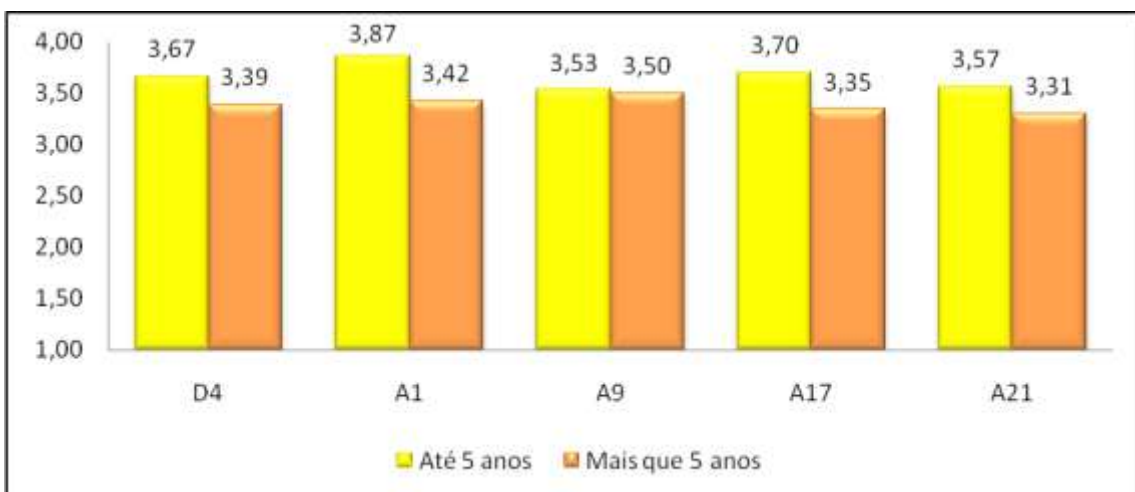


Gráfico 29 - Perfil Atitudinal entre Profissionais Com e Sem Pós-Graduação sobre a Dimensão 4 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Adequada democratização das Relações de Trabalho dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil.

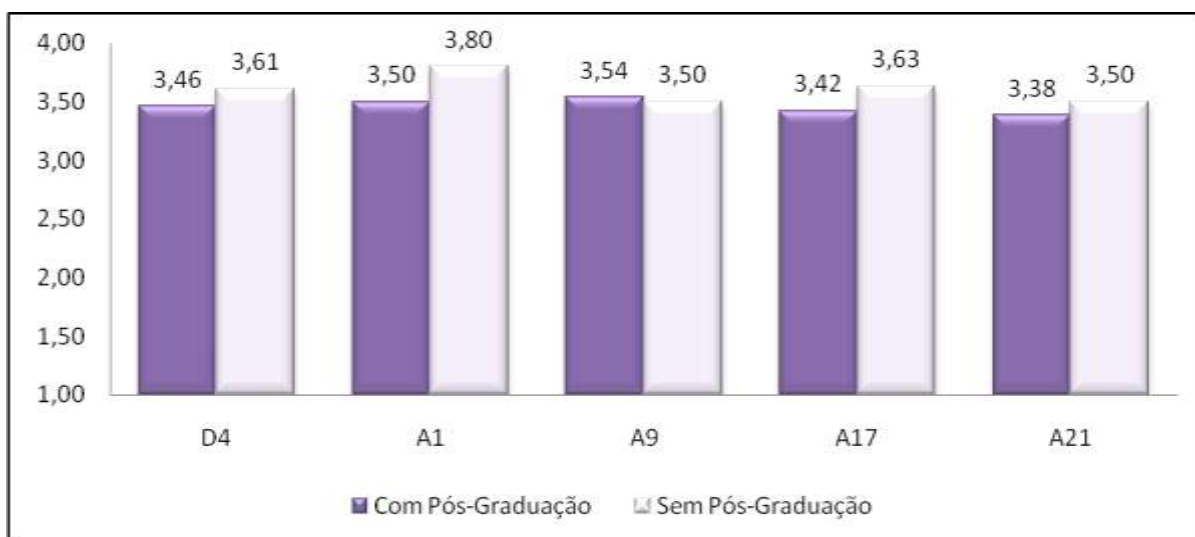
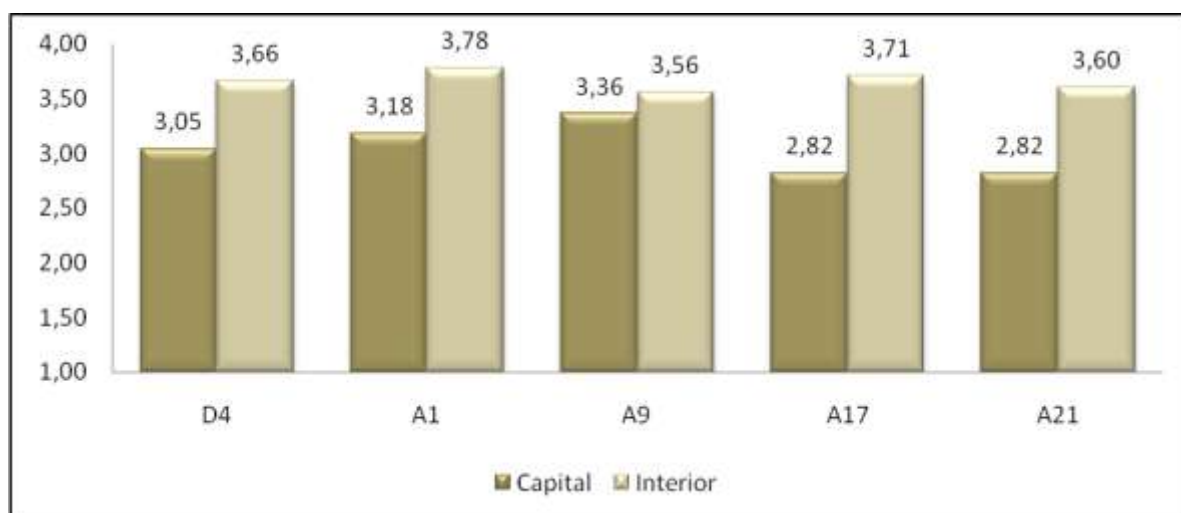


Gráfico 30 - Perfil Atitudinal entre Profissionais residentes no Interior e na Capital sobre a Dimensão 4 - Programa Telessaúde Brasil Redes como Contribuidor na Adequada democratização das Relações de Trabalho dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do SUS Amazonas, julho 2013, Brasil.



6 CONCLUSÕES

- Os fatores ter formação até cinco anos, não ter curso de pós-graduação e residir no interior, interferem positivamente na percepção dos profissionais enfermeiros, médicos e odontólogos quanto ao Programa Telessaúde Redes no estado do Amazonas.

- Podemos afirmar que o Programa Telessaúde atende aos eixos da Formação bem como na Adequada democratização das Relações de Trabalho dos profissionais de saúde na atenção básica do SUS no Estado do Amazonas. Em menor medida, mas, ainda dentro de uma zona de conforto, também contribui para a qualificação e alocação de médicos, enfermeiros e odontólogos em regiões mais distantes.

- No campo da formação profissional a pesquisa evidencia que os trabalhadores da AB atribuem o acesso a uma qualificação por meio do Telessaúde, bem como uma maior integração entre as instituições de ensino, os serviços de saúde e a comunidade.

- O Telessaúde reconhece as necessidades regionais de ensino e serviço no país demonstrando sintonia com as Diretrizes Curriculares Nacionais

- Os médicos mostram-se inclinados a concordar que o Telessaúde não contribui para a diminuição das desigualdades regionais e vem no Programa, um potencializador da alocação de profissionais de saúde em áreas mais distantes.

- No campo da Democratização das Relações de trabalho o Telessaúde contribui com a oferta de serviços de telediagnósticos bem como com a elaboração e resposta por teleconsultores de qualquer Núcleo Técnico-Científico ou Ponto de Telessaúde sobre qualquer ação demandada pelos profissionais de saúde do SUS, percepção de total concordância junto aos odontólogos.

- No campo da qualificação profissional, a valorização da PNEP mostra-se muito presente, bem como o acesso a uma segunda opinião formativa, disponibilizada no Telessaúde é percebida por todos os respondentes como um aspecto exitoso do Programa e um enorme ganho para a AB em regiões distantes do país, como a região Norte, local desta pesquisa.

- Os respondentes identificam no Telessaúde uma contribuição para a atuação no cuidado integral com o desenvolvimento de competências como resolutividade e capacidade avaliativa.

- No campo da alocação dos profissionais de saúde na AB evidencia-se a assertividade do Programa quanto ao fomento e aperfeiçoamento de mecanismos de negociação entre gestores e trabalhadores de saúde em âmbitos local e regional bem como em relação da busca contínua por uma gestão eficiente e qualificada, de forma a proporcionar a democratização e a Transparência do SUS.

- Os respondentes entendem que o Telessaúde corrobora para a construção de sujeitos na produção de saúde por meio da construção e manutenção de um sistema nacional de informação e gestão do conhecimento integrado nas áreas de Educação e Trabalho na Saúde fortalecendo-o à luz de um sistema nacional de informação e gestão do conhecimento.

7 BIBLIOGRAFIA

ALANEIR, de Fátima dos Santos. Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte, 2006.

ALEIXO, José Lucas Magalhães. A Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no Início do Terceiro Milênio. Disponível em: [/www.epidemiologia.ufpel.org.br/proesf/2%20Aleixo% 202002.pdf](http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/proesf/2%20Aleixo%202002.pdf).

BATISTA, Nildo Alves & BATISTA, Sylvia Helena S. S. Docência em Saúde: temas e experiências. São Paulo: SENAC, 2004. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A Educação e o Trabalho na Saúde: A Política e suas Ações. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. _____. Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes da ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. _____. _____. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. DF: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2009.

_____. _____. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de Agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

_____. _____. Portaria no 2546 de 27/10/2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. 2 Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BERGMO, T.S. A cost-minimization analysis of a realtime teledermatology service in northern Norway. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2000. 6 (5): 273-277.

BERNARDO, V. et al. Web-based Learning in Undergraduate Medical Education: Development and Assessment of an Online Course on Experimental Surgery. *Int. J Med Inform.* 2004 Sep;73(9-10):731-42.

BÖHM, G. M.; CHAO, L. W.; SILVEIRA, P. S. P. Telemedicine and Education in Brazil. *Telemedicine Journal*, 5 (1): 61, 1999. CASAROTTO FILHO, N. Redes de pequenas e médias empresas e desenvolvimento local: estratégias para a competitividade global com experiência italiana. São Paulo: Atlas, 1998.

CAMPOS, F.E.; HADDAD, A.E.; WEN, C.L.; ALKMIM, M.B.M.; Telessaúde em Apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Santos AF, Souza C, Alves HJ, Santos SF, organizadores. Telessaúde Um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. cap. 1 (parte 2), p. 59-74.

CHAO, L.W. Ambiente computacional de apoio à prática clínica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.

_____. Modelo de ambulatório virtual (Cyberambulatório) e tutor eletrônico (Cybertutor) para aplicação na interconsulta médica, e educação a distância mediada por tecnologia [tese Livre Docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.

CHAO, L.W. SILVEIRA P.S.P, BÖHM G.M. Telemedicine and Education: a Brazilian Experience. *Telemed* 98. Londres, 25 e 26 de novembro de 1998. *J Telemed Telecare*. 1999; 5:S1-131.

CHAO, L.W; KAVAMOTO, C. A. ; BATTISTELLA, L. R. ; BOHM, G. M. . A Brazilian model of distance education in physical medicine and rehabilitation based on videoconferencing and internet learning. *Journal of Telemedicine and Telecare*, Londres, v. 11, n. Supl 1, p. 80-82, 2005.

CHAO, L.W ; MASSAD, E. ; BOHM, G. M.; SILVEIRA, P. S. P. O universo da informática e o ensino médico. Savier Editora de Livros Médicos Ltda, 1998, 211-222., 1998.

CHAO, L.W; BOHM, G. M.; SILVEIRA, P. S. P. Telemedicina: acesso à distância aos registros de saúde. In: Massad E; Marin HC; Azevedo Neto RS. (Org.). O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: 2003.

COSTA, Cleinaldo de Almeida et al. Telehealth in the Amazon: development, results and perspectives. *Latin America Journal of Telehealth*. Agosto 2009; vol. 1, nº 2. Versão Online: www.revistatelessaudela.com.

_____. Telemedicine as a Direct Health Instrument for Marginalized Populations. *Latin America Journal of Telehealth*. Agosto 2009; vol. 1, nº 2. Versão Online: www.revistatelessaudela.com.

COSTA, C.A. Telemedicine and Tele-education Experience Through “Jovem Doutor” Project in Amazonas State from Brazil. *Ukrainian Journal of Telemedicine and Medical Telematics*, 2008; 6(1).

COSTA, C.A.; SOUZA, P.E.; ANDRADE, E.O.; CAMPOS, P.V.M.; WEN, C.L.; BÖHM, G.M. Pólo de Telemedicina da Amazônia, Universidade do Estado do Amazonas PTA/UEA. In: SANTOS, Alaneir de Fátima dos et al. *Telessaúde: um*

instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

DAVINI, M. C. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. DF: Ministério da Saúde, 2009.

DOOLITTLE, G.C. SPAULDING R.J. Defining the needs of a telemedicine service. In: Wooton R, Craig J, Patterson V. Introduction to Telemedicine 2 ed. London: Royal Society of Medicine Press Ltd: 2006. cap 60, p. 79-92. FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. 2. ed. Brasília:

FUNASA / Ministério da Saúde, 2002. <http://www.funasa.gov.br/internet>.

HJELM, N.M. Benefits and drawbacks of telemedicine. In: Wooton R, Craig J, Patterson V. Introduction to telemedicine 2 ed. London: Royal Society of Medicine Press Ltd: 2006. cap.10, p.135-150.

KHOURI, S.G. Telemedicina: Análise da sua evolução no Brasil. [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.

LIKERT, R., ROSLOW, S. & MURPHY, G. (1993). A simple and reliable method of scoring the Thurstone attitude scales. *Personnel Psychology*, 46, 689-690. (Original publicado em 1934).

LIMA, V. A. Comunicação e cultura: as idéias de Paulo Freire. Brasília: Editora Universidade de Brasília: Fundação Perseu Abramo, 2011. LUCE, R. D. (2005). Measurement Analogies: Comparisons of Behavioral and Physical Measures. *Psychometrika*, 70, (2), 227-251.

MELO, M.C.B.; SILVA, S.E.M. Aspectos Conceituais em Telessaúde. In: Santos AF, Souza C, Alves HJ, Santos SF, organizadores. *Telessaúde ¿ Um instrumento de*

suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. cap 1 , p. 17-31.

MELO M.C.B, MAGALHÃES JÚNIOR H.M, SANTOS A.F, SOUZA C, CAMPOS R.T, SANTOS S.F. Implantación del servicio de telesalud en el sistema público de Salud en Belo Horizonte-Brasil: ¿es posible reproducirlo? Revista eSalud.com 2007. 3 (9): e 1-14.

NORRIS, A.C. Essentials of telemedicine and telecare. Baffins Lane: John Wiley & Sons, Ltd, England; 2002.

NEVADO, Rosane Aragon. Ambientes Virtuais de Aprendizagem: do ¿Ensino na Rede¿ à ¿Aprendizagem em Rede. Disponível em: [/www.tvebrasil.com.br/salto/boletins2005/nfa/tetxt2.htm](http://www.tvebrasil.com.br/salto/boletins2005/nfa/tetxt2.htm)>

OLIVEIRA, T. M. V. (2001) - Escalas de Mensuração de Atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. Revista Administração online [online]. V.2, n.2.

PASQUALI, L. (2007). Teoria da resposta ao item. Brasília: LabPAM. PEREDNIA, D.A; ALLEN, A. Telemedicine Technology and Clinical Applications. Journal of the American Medical Association, Chicago, v.273, n. 6, p. 483-488, 1995.

PEREZ, José Hernandez, OLIVEIRA, Luis Martins, COSTA, Rogerio Guedes. Gestão Estratégica de Custos. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

SANTOS, A. F.; SOUZA, C.; ALVES, H. J.; SANTOS, S. F. Telessaúde: Um Instrumento de Suporte Assistencial e Educação Permanente. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

SOUZA, C. MELO, M.C.B. Aspectos éticos e legais em telemedicina. In: Santos AF, Souza C, Alves HJ, Santos SF, organizadores. Telessaúde: Um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

cap.2, p. 32-45. Thrall, J.H.; Boland, G. Telemedicine in Practice Seminars in Nuclear Medicine 1998. 28 (2): 145-157.

TISDELL, C. A Microeconomia. São Paulo, ATLAS S/A, 1978, p. 416.
WASHINGTON, D.C. American Telemedicine Association. Telemedicine: a brief overview, Congressional Telehealth Briefing. American Telemedicine Association; 1999. [Cited 2009 Sep.30]. Available from:<http://www.computer.org/portal/web/csdl/doi/10.1109/CI SIS.2009.181>.

Arquivo Anexos:

Parecer do Relator PB_PARECER_RELATOR_75798.pdf

TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido

PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_87115.pdf