saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Caminhos possíveis na organização de uma estratégia de telemonitoramento em Unidades Básicas de Saúde durante a pandemia da covid-19

Possible paths in the organization of a telemonitoring strategy in Basic Health Units during the COVID-19 pandemic

Geovane Menezes Lourenço[1], Sabrina Stefanello[1], Deivisson Santos[1], Carla Daniele Straub[1]

DOI: 10.1590/2358-28982025E19586P

RESUMO O objetivo do estudo foi compreender como ocorreu a organização do telemonitoramento de pessoas com sintomas respiratórios, na atenção básica, durante o contexto da pandemia da covid-19 no ano de 2020. Nesta pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, 12 enfermeiros e gestor inseridos nas unidades de saúde de um município de médio porte no interior do Paraná foram entrevistados. O material foi analisado por diferentes pesquisadores, tendo a hermenêutica como referencial teórico. Nos resultados, identificaram-se modos de organizações variados dos arranjos de telemonitoramento, envolvendo diferentes profissionais. De forma geral, essa tecnologia foi percebida como aliada pelos profissionais, sendo adotada e incorporada no cotidiano do trabalho na atenção básica em saúde, e identificada como facilitadora da comunicação com a população. Entretanto, ausência de equipamentos, infraestruturas e estratégias formativas adequadas são barreiras expressas para que tal tecnologia não se torne apenas mais um fardo no processo de trabalho da atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE Acesso à atenção primária. Telemonitoramento. Preparação para pandemia. Tecnologia da informação.

ABSTRACT *The objective of the study was to understand how the organization of telemonitoring for individuals with respiratory symptoms occurred in primary care during the context of the COVID-19 pandemic in 2020. In this qualitative research of the case study type, 12 nurses and manager working in health units in a medium-sized municipality in the interior of Paraná were interviewed. Different researchers analyzed the material using hermeneutics as the theoretical framework. The results identified various modes of organization for telemonitoring arrangements involving different professionals. In general, this technology was perceived as an ally by the professionals, adopted and incorporated into the daily work in primary health care, and identified as a communication facilitator with the public. However, the absence of equipment, infrastructure, and adequate training strategies are barriers preventing this technology from becoming another burden in the primary care work process.*

KEYWORDS *Access to primary care. Telemonitoring. Pandemic preparedness. Information technology.*

[1] Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.
deivianna@gmail.com

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

A sociedade contemporânea acompanha a progressiva incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) nas mais variadas dimensões da existência, e isso inclui as práticas de saúde. Desde 2019, a Organização Mundial da Saúde está atuando na chamada 'Estratégia Global de Saúde Digital'. Segundo o documento orientador, saúde digital incorpora todos os conceitos de aplicação das TIC na área da saúde, como e-saúde, telessaúde e saúde móvel. Trata-se de um novo campo de conhecimentos e práticas na área da saúde[1].

As primeiras experiências de telessaúde no Brasil remontam aos anos 2000, as quais tratavam de processos de formação e de consultorias que ocorriam entre trabalhadores da saúde[2]. A partir de 2006, o Ministério da Saúde (MS) identificou diferentes estratégias de telemedicina e telessaúde e implantou o Programa Telessaúde Brasil, que envolvia desde Unidades Básicas de Saúde (UBS) até universidades[3]. Em 2020, o MS lançou uma estratégia de saúde digital para o período de 2020 a 2028[4]. Em 2023, as questões ligadas à saúde digital mostraram a necessidade da criação da Secretaria de Informação e Saúde Digital no âmbito do MS[5].

As ações de telessaúde no País foram intensificadas por ocasião da pandemia do novo coronavírus (2020-2023). A relação trabalhadores da saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sempre foi mediada por tecnologias diversas, como as leve, leve-duras e duras, com equipamentos e outros instrumentos, fármacos, conhecimentos relacionais, entre outros[6]. Nesse sentido, a emergência da telessaúde inaugurou uma nova forma de organização do processo de trabalho em saúde, considerando que há uma distância física entre trabalhadores da saúde, usuários e o ato do cuidado em saúde mediado por TIC. Nos últimos anos, surgiram diversos serviços de teleatendimentos, tanto na rede privada como na rede pública. Por causa disso, é essencial escutar as vozes dos profissionais da enfermagem que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) para compreender como as TIC são introduzidas nas UBS, sobretudo em um contexto emergencial de chegada e agravamento de casos de covid-19.

No contexto da pandemia do novo coronavírus, a literatura científica indicou que o telemonitoramento domiciliar é uma modalidade clinicamente segura para o atendimento a pessoas infectadas pela covid-19[7]. Ele propiciaria redução na sobrecarga hospitalar e da taxa de mortalidade, sendo que mais estudos nessa área permitiriam uma melhor avaliação, bem como possibilitariam explorar variadas facetas e dimensões do atendimento remoto[8]. Alguns autores[9-11] destacaram que o cenário pandêmico exigiu a reorganização dos serviços de saúde na atenção básica, com o intento de favorecer atenção adequada à população. Essa prática, além de ser acessível e eficiente, facilita a interlocução. Mesmo assim, para muitos trabalhadores na área da saúde, a chegada do telemonitoramento pode ter trazido dificuldades e desafios, enfrentados de formas diversas pelas equipes multiprofissionais[12,13].

Outros autores indicaram o surgimento de novos desafios em relação às necessidades dos serviços de saúde para atendimento da sociedade[14-16]. É necessário refletir sobre a reorganização do acesso e a abrangência dos serviços na APS, lançando mão das ferramentas disponíveis e de novas que permitam o atendimento remoto. O atendimento a distância favorece a interlocução; além de possibilitar a continuidade do cuidado para os casos estáveis, permite resolver demandas referentes ao uso de medicamentos, garante o monitoramento das pessoas infectadas, evitando deslocamentos desnecessários, e é um dos meios que a APS deve utilizar para continuar atuando conforme seus atributos.

Com a propagação do coronavírus, o suporte a distância ganhou relevância, regulamentado, em caráter de emergência, em 20 de março de 2020, pela Portaria nº 467 do MS[17]. Em 15 de abril de 2020, foi sancionada a Lei nº 13.989, que dispõe sobre o uso da telemedicina

durante a crise causada pelo coronavírus[18]. Em 2022, o MS e os conselhos dos profissionais de saúde entenderam que essa forma de assistência foi expressiva, tornando-se relevante considerar e impedir a regressão dessa prática. Exemplos disso são as Resoluções nº 2.314/2022[19], do Conselho Federal de Medicina, e nº 696/2022[20], do Conselho Federal de Enfermagem, na normatização da telenfermagem.

O atendimento remoto tornou-se parte dos serviços, possibilitando interação entre profissionais e usuários. A incorporação de tecnologias no setor de saúde auxilia na redução de obstáculos, formação contínua dos profissionais de saúde, simplifica o acesso a locais distantes ou de acesso complicado, bem como apresenta uma boa relação custo-benefício[21]. Mesmo assim, é importante que haja qualificação e preocupação com os conhecimentos e práticas das pessoas que atuam na saúde, visto que o telemonitoramento exige o domínio de ferramentas digitais aliado com a humanização. Gonçalves destacou a relevância de executar uma prática centrada no território durante períodos de pandemia[22], outros autores ressaltaram que o atendimento remoto contribui para evitar a transmissão e para minimizar os danos da pandemia[15].

À luz dos conhecimentos que versam sobre o processo de trabalho em saúde[23], este estudo possui o objetivo de compreender como se deu incorporação de ações de telemonitoramento de pessoas com sintomas respiratórios durante o desafiador contexto da pandemia da covid-19 em UBS.

Material e métodos

Tratou-se de um estudo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, visando compreender um nível de realidade que não pode ser quantificado[24]. Esse desenho permitiu uma aproximação das experiências dos profissionais da enfermagem atuantes na APS durante a pandemia da covid-19, sendo que o enfoque nessa categoria se deu por compreender que, muitas vezes, é sobre esses trabalhadores que recai boa parte da organização do trabalho das equipes de saúde.

Esta pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 426338821.60000.0102 e Parecer nº 4.751.635; e pela Secretaria Municipal de Saúde do município em questão. Respeitou-se a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde[25], que estrutura normas e diretrizes para pesquisas com seres humanos, o que inclui a realização de entrevistas.

Este estudo foi resultante de um trabalho de conclusão de Mestrado Profissional em Saúde da Família. O primeiro autor atuou e atua como enfermeiro em uma UBS do município, realizando atividades de assistência, coordenação de equipes, tutoria e preceptoria de residentes multiprofissionais em saúde coletiva. Essa inserção permitiu a identificação de participantes de interesse para a pesquisa, entrada em campo e implicação com a temática.

O cenário do estudo foi um município do interior do estado do Paraná com uma população estimada de 355.336 habitantes com 50 UBS. Devido à conjuntura de saúde imposta pela pandemia do coronavírus e suas consequências, a gestão municipal criou o Plano de Contingência COVID-19, que incluiu o serviço de telemonitoramento de pessoas com sintomas respiratórios e familiares que residiam no mesmo domicílio, a ser realizado pelas equipes da atenção básica. Essa estratégia foi apresentada por meio do documento intitulado 'Fluxograma de manejo e acompanhamento de casos suspeitos de coronavírus na Atenção Primária à Saúde'[26]. Todas as pessoas atendidas com sintomas gripais e que se enquadrassem como suspeitas para coronavírus deveriam ser monitoradas pelas equipes das UBS por 14 dias a partir do início dos sintomas.

Foram convidados para participar do estudo: 12 enfermeiros, de ambos os sexos, inseridos(as) em 12 diferentes unidades de

saúde do tipo Estratégia Saúde da Família (ESF) do município. Os profissionais atuavam tanto na assistência como na gestão. O coordenador da atenção básica do município, à época, também foi convidado para ser entrevistado. Apesar de o campo da saúde possuir um universo expressivo de categorias profissionais, por tratar-se de um grupo-chave, as unidades de saúde e os profissionais foram escolhidos intencionalmente. Estes estavam atuando diretamente no telemonitoramento havia pelo menos três meses.

Foram realizados contatos telefônicos com explicação do objetivo da pesquisa e do caráter voluntário da participação. Aqueles que aceitaram participar receberam, via Google Forms, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ler e sinalizar concordância ou não. Posteriormente, foi agendada a entrevista em profundidade conforme disponibilidade e preferência de cada indivíduo participante. Nesse momento, aproveitou-se para esclarecer novamente qualquer dúvida em relação à pesquisa e ao TCLE.

As entrevistas ocorreram entre os meses de junho e setembro de 2021, tendo o primeiro autor como entrevistador. Nelas, tentou-se criar um ambiente não julgador, privativo e que permitisse a livre expressão do participante. Foram utilizadas perguntas disparadoras que versassem sobre a organização do telemonitoramento na unidade de saúde, acerca dos resultados obtidos no processo de organização e como tal reorganização impactou nos demais processos de trabalho da unidade. Tendo os objetivos em mente e compreendendo a importância do papel do pesquisador na pesquisa qualitativa, outras perguntas eram feitas conforme o relato de cada entrevistado para aprofundar o que estava sendo contado.

As gravações foram integralmente transcritas pelo mesmo pesquisador, com auxílio do Soft Sonix®. Em seguida, foram revisadas para garantir que não continham erros e que eram fiéis ao que foi relatado. Para a análise dos dados, as transcrições foram lidas várias vezes, tendo como referencial a abordagem hermenêutica, em três fases: leitura flutuante das narrativas, leitura crítica e apropriação[27]. Os textos – na proposta metodológica feita, baseada na hermenêutica gadameriana[28] – constituem os dados essenciais, a base para as interpretações e o meio de comunicação dos achados da pesquisa. Por fim, os dados obtidos foram analisados, dessa vez, por dois pesquisadores experientes de forma independente para garantir a validação por mais de um olhar em categorias temáticas, gerando uma grade de análise.

Informações que pudessem incorrer em identificação dos entrevistados foram suprimidas ou trocadas para garantir o anonimato, sem prejuízo ao conteúdo do que foi dito. A cada entrevistado, foi atribuída a letra 'E', seguida de um número conforme a ordem cronológica de entrevista.

Resultados e discussão

Os participantes da pesquisa estão caracterizados no *quadro 1*, tendo participado 12 profissionais da enfermagem e 1 da gestão, responsável pela APS do município estudado. Entre os entrevistados, a faixa etária variou de 27 a 57 anos, predominaram mulheres, com mais de 5 anos de atuação na ESF, com pelo menos curso de especialização, sendo que 2 tinham concluído mestrado. Somente uma entrevistada atuava havia menos de um ano no monitoramento remoto, os demais atuavam entre um e dois anos.

Quadro 1. Caracterização dos participantes da pesquisa

Nome fictício	Idade	Gênero com o qual se identifica	Formação	Tempo de trabalho com telemonitoramento	Tempo de atuação na ESF*
E1	32	Masculino	Mestrado	1 a 2 anos	> 5 anos
E2	47	Feminino	Especialização	1 a 2 anos	> 5 anos
E3	41	Feminino	Especialização	1 a 2 anos	> 5 anos
E4	39	Feminino	Especialização	1 a 2 anos	> 5 anos
E5	35	Feminino	Especialização	1 a 2 anos	> 5 anos
E6	44	Feminino	Especialização	1 a 2 anos	> 5 anos
E7	39	Feminino	Especialização	1 a 2 anos	> 5 anos
E8	32	Feminino	Especialização	< 1 ano	> 5 anos
E9	40	Feminino	Especialização	1 a 2 anos	> 5 anos
E10	32	Feminino	Mestrado	1 a 2 anos	> 5 anos
E11	27	Feminino	Especialização	1 a 2 anos	> 5 anos
E12	40	Feminino	Especialização	1 a 2 anos	> 5 anos
E13	47	Feminino	Especialização	1 a 2 anos	> 5 anos

Fonte: elaboração própria.

* ESF = Estratégia Saúde da Família.

Os relatos de experiências trazidos pelos participantes da pesquisa indicam que houve diferentes formas de organização do processo de trabalho de telemonitoramento em função de diversos aspectos para além do caráter inédito que aquela conjuntura pandêmica impunha. Dar-se-á destaque aos agentes do trabalho, aos meios do trabalho, à finalidade e aos resultados.

O telemonitoramento: as equipes *"vestiram a camisa"*

Entre os trabalhadores que atuaram no telemonitoramento e que foram mencionados nas entrevistas, figuraram: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiros, técnicos administrativos, técnicos de enfermagem, odontólogos, residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, educador físico, veterinário, nutricionista, farmacêutico, estagiários e recepcionistas. A atuação de residentes foi muito referenciada nas entrevistas.

Nas entrevistas, o apontamento de que todos os trabalhadores da saúde se implicaram na organização das ações de monitoramento foi recorrente, sendo relatadas diversas estratégias para flexibilizar as demais atividades da unidade e priorizar as ações de telemonitoramento durante a pandemia. Os trabalhadores, por exemplo, organizavam-se em formato de rodízio para que todos participassem das ações de telemonitoramento. A dinâmica da pandemia, com a suspensão de algumas atividades, como grupos de educação e de promoção à saúde, permitiu que enfermeiros pudessem atuar mais prioritariamente nessa nova frente. Além disso, trabalhadores classificados como pertencentes a grupos de risco de agravamento para a covid-19 não poderiam atuar em atendimentos presenciais e foram realocados nas atividades de telemonitoramento.

Entretanto, em cada unidade de saúde, verificaram-se diferentes formas de implantar o arranjo. Houve unidades com ampla participação da equipe de saúde, com escalas e rodízios, como já relatado; mas em outras unidades, o trabalho acabava recaindo apenas para o profissional da enfermagem. Todavia, majoritariamente, predominaram arranjos multiprofissionais, nos quais uma parte da equipe ficou responsável pelo telemonitoramento e trabalhava com divisão de dias e horários. Foi possível compreender que existiram modelos mais hierarquizados e centralizados, com menor potencial democrático, mas também existiram modelos mais participativos. No modelo hierárquico, a definição de quem atuou no telemonitoramento foi feita pela chefia da UBS, e as informações eram centralizadas. Os arranjos mais democráticos parecem ter favorecido a continuidade do trabalho conjunto e da integração da equipe. Tal fato evidenciou o caráter colaborativo do trabalho em saúde.

> *Então, teve um bom entrosamento da equipe e ajudou a melhorar a relação interpessoal, mesmo da equipe que ele* [telemonitoramento] *ficou até o final do ano. A gente fez uma atividade avaliativa do ano e eles chegaram realmente à conclusão, de que eles foram muito bons, todos juntos, né? Porque todo mundo colaborava de alguma forma, ali para o monitoramento, então ajudou bastante a melhorar a relação da equipe, entre a equipe.* (E-3).

Esse aspecto colaborativo do trabalho foi destacado nas entrevistas realizadas e, segundo um participante, "*tem que ser reconhecido*" (E-1). Apreendeu-se que algumas equipes conseguiram organizar o processo de modo coletivo, participativo, descentralizado, com um objetivo em comum, discutindo e conferindo sentido ao que estava sendo proposto. Provavelmente considerando aspectos que nem sempre são conhecidos e/ou valorizados pela gestão, como recursos locais, peculiaridades do território e população, as preferências e habilidades individuais dos próprios trabalhadores, bem como uma divisão do trabalho que fique melhor para a equipe. Assim, "se constrói e reconstrói a liberdade de fazer as coisas de maneira que produzam sentido pelo menos para o trabalhador"[29], permitindo também uma fluidez e revisão do processo, como mencionado, com modificações nas funções conforme o cenário dinâmico da pandemia se modificava.

Outras falas trouxeram que esse envolvimento foi muito forte e que os profissionais foram solidários entre eles mesmos e com a população, "*vestiram a camisa*" (E-6). Segue um trecho de uma das entrevistas.

> *Então, a gente foi percebendo que vários profissionais, foram sendo envolvidos no monitoramento, que eles nos ajudaram bastante, então assim, o fardo não ficou pesado para o colega, porque a gente dividia ali com todo mundo. A gente não pegou tudo para nós* [enfermeiro]. *A gente direcionava as orientações. Foi multiprofissional o monitoramento, todo mundo ajudou um pouco e a gente conseguiu concluir com sucesso.* (E-8).

Foi recorrente também o relato de que as equipes de saúde, mesmo antes da pandemia, já se encontravam defasadas e sobrecarregadas com o trabalho na APS. Além disso, foram unânimes na menção ao reduzido número de ACS e à necessidade de ampliar a disponibilidade de profissionais. Esse déficit estrutural das equipes foi agravado na conjuntura pandêmica, haja vista que houve afastamento de trabalhadores de suas atividades laborais em função de adoecimento ou por fazerem parte de grupos de risco para a covid-19. Nesse cenário, a tarefa do telemonitoramento foi percebida pelos entrevistados como sobrecarga de trabalho.

> *Mas era mais uma coisa, era mais um trabalho, era mais um peso, e nós, acaba que recai sobre nós essas mudanças. Foi bem difícil, mas isso foi possível dentro das nossas possibilidades. A gente sabe que a gente não tinha pernas para atender todo mundo, mas quem procurou, quem está no nosso monitoramento, a gente conseguiu atender,*

mas o RH faltava. Faltava recursos humanos. Isso ficou bem nítido, sabe? Foi estressante. (E-6).

A redução dos ACS foi uma das mais comentadas, pela importância que esse profissional antes tinha: de ir até a casa das pessoas, fazer busca ativa e pelo conhecimento das histórias de vida e dos territórios, mais do que qualquer outro profissional. A Política Nacional de Atenção Básica, modificada em 2017, é outro fator que tem contribuído para a desorganização da APS. Nesse contexto, com uma maior relativização da cobertura, permitindo equipes com menor número de profissionais, e sem um direcionamento claro quanto à necessidade de maior número de trabalhadores para populações mais vulneráveis, bem como um descompromisso com a garantia da integralidade do cuidado[30].

Primeiros passos: *"nós e nossos celulares"*

O telemonitoramento iniciou, em diversas unidades, com a utilização de equipamentos de telefonia fixa disponíveis nos serviços de saúde. Esses equipamentos, geralmente, estavam situados nas recepções das unidades. Dois aspectos relacionados com esse fato precisam ser descritos: inadequação da realização de contatos telefônicos em ambiente público, considerando que informações pessoais de usuários poderiam ser acessadas pelo público em geral; e baixa efetividade dos contatos via telefonia fixa. Dessa forma, os entrevistados indicaram a necessidade de criar espaços restritos, privativos, que permitiam tratar de temas sensíveis com usuários sem expor o conteúdo a terceiros.

Outro ponto que fez esse tipo de estratégia refluir, segundo os entrevistados, foi o fato de que nem sempre os usuários estavam disponíveis para atender as ligações vindas das UBS. Com o tempo, percebeu-se que o envio de mensagens de texto por meio de aplicativos de mensagens, como o WhatsApp, Telegram e afins, era mais eficiente, pois garantia que haveria um retorno de usuários. Além disso, poucos usuários conheciam o número telefônico da UBS e acabavam não atendendo as chamadas por confundirem com contatos de telemarketing. Isso levou as equipes a adotarem, progressivamente, o uso de equipamentos celulares, *smartphones* e do aplicativo de mensagens. Um dos participantes faz o seguinte destaque, conforme trecho abaixo.

> *Como não sei, se foi talvez... numa próxima pandemia* [risos]*, talvez os serviços se organizem, de forma a garantir que esse trabalho, que as pessoas fazem, trabalham, tenham mais acesso a um computador decente, uma internet decente, a um telefone à disposição* [referindo-se a um smartphone]. (E-2).

Computadores também foram utilizados no processo, tanto para acessar prontuários eletrônicos com os dados de contato de pessoas com sintomas respiratórios e casos positivos de covid-19 quanto para realizar os registros dos contatos. Todas as UBS dispunham de internet fornecida pelo município, porém nem todas possuíam computadores em número e funcionamento adequados que garantissem a operacionalização dessa nova forma de cuidado. Assim, um expediente frequente era o uso de equipamentos particulares dos profissionais das equipes para conseguirem garantir o telemonitoramento. Há relatos de profissionais que levavam seus *notebooks* e usavam seus celulares pessoais na tentativa de otimizar e garantir o que precisava ser realizado, como demonstrado no relato a seguir: "*Então acabava que nós usávamos o nosso celular, as ACS usavam os celulares delas*" (E-6). A continuidade do telemonitoramento em finais de semana também era assegurada com a utilização de equipamentos pessoais.

Cabe destacar que vários estudos nacionais realizados identificaram a existência de condições precárias na APS antes da pandemia. Um estudo feito em 16 UBS, no estado do Maranhão, mostrou que todas as unidades pesquisadas não estavam de acordo com as

normativas do MS[11]. Outro estudo realizado com profissionais da APS e usuários do SUS em município de médio porte do Paraná destacou que a estrutura física das unidades necessitava de melhorias[31]. Em outro estudo transversal, feito nas regiões Norte e Nordeste, identificaram-se insuficiência de acesso à internet e falta de recursos materiais, com os profissionais utilizando seus próprios telefones móveis, assim como foi narrado nesta pesquisa[32]. Outro estudo também indicou os profissionais da saúde utilizando seus próprios celulares[9].

'Teleacesso e Telelongitudinalidade' na dimensão dos atributos da APS

A determinação da Secretaria Municipal de Saúde para que fosse adotado o telemonitoramento de pessoas com sintomas e teste positivo para covid-19 não foi acompanhada de consulta prévia às equipes nem de um direcionamento das ações. Como dito, cada equipe organizou-se de um modo distinto. As entrevistas demonstraram que a ausência de um protocolo ou de um fluxo orientador das ações gerou dificuldades adicionais. Ao cenário incerto e dinâmico da pandemia, em que não havia consenso acerca da abordagem terapêutica, no qual novos estudos e documentos oficiais eram produzidos em alta frequência, somou-se a necessidade de reorganizar os fluxos de atendimentos de toda a atenção básica e de incluir o telemonitoramento. Além disso, as equipes não estavam preparadas para essa modalidade de contato com os usuários.

Os participantes da pesquisa deram grande destaque ao fato de que o atendimento remoto e o uso de novas tecnologias no contato com os usuários do SUS foram sem preparo, sensibilização ou qualificação prévia dos trabalhadores. Eles estavam despreparados para lidar com isso; utilizaram termos como "*em cima da hora*", "*soco*", "*a toque de caixa*" e chegaram a comparar com as habilidades necessárias para se trabalhar em central de atendimento telefônico. Em suas percepções, esse aprendizado foi sendo adquirido à medida que realizavam o trabalho, no caso o telemonitoramento, ao mesmo tempo que aprendiam mais sobre a covid-19 e a pandemia.

Em suma, foi necessário incorporar às práticas, simultaneamente, conhecimentos a respeito dessa nova doença, do uso de TIC e ainda da comunicação mediada pelas TIC. A necessidade de aprendizagem para lidar com TIC foi bastante mencionada, pois elas não faziam parte do cotidiano do trabalho. Concomitantemente, segundo o que foi narrado, os profissionais também tentavam se manter atualizados com novas informações, normativas e recomendações relacionadas com a pandemia em si.

Desse modo, as equipes elaboraram uma sistemática tanto para os contatos remotos quanto para os registros dos acompanhamentos. Geralmente, utilizavam-se de planilhas digitais on-line para garantir atualização simultânea, evitando retrabalho e de fácil compartilhamento. Algumas equipes montaram e realizaram seu próprio treinamento para que todos os profissionais que atuaram no telemonitoramento estivessem minimamente aptos a isso, bem como abordaram como utilizar os recursos dessas novas ferramentas e organizaram um fluxo interno. Nas entrevistas, surgiu repetidamente a ampliação de conhecimentos relacionados com o manejo de tecnologias e sobre formas de comunicação mediada por tecnologias. Alguns entrevistados, por exemplo, referiram dificuldades iniciais em realizar a comunicação de resultados de exames aos usuários do SUS. A percepção, com o passar do tempo, foi que essas abordagens foram sendo aprimoradas, principalmente as habilidades comunicacionais, à medida que desenvolviam o trabalho remoto de telemonitoramento.

Segundo relatos, inicialmente, todos os casos eram monitorados, mas, com o aumento do número de casos de covid-19 e com a redução das equipes, passou-se a monitorar preferencialmente alguns grupos mais específicos, que apresentavam risco de complicações apenas dessa doença. Dessa forma, diversas equipes

passaram a priorizar o telemonitoramento de casos positivos de covid-19, principalmente sintomáticos respiratórios.

O contato remoto foi descrito como bem recebido pela população, inclusive com elogios aos trabalhadores, dando uma sensação de proximidade apesar da distância, o que pode ser visto nesta fala: "*[...] nós tivemos muitos elogios da população, no sentido de ser valorizado como um indivíduo, ser atendido de forma individual*" (E-13). Inclusive, os entrevistados notaram que as pessoas atendidas remotamente sentiram-se acolhidas, ficavam mais seguras, podiam tirar dúvidas e até cobravam o contato dos profissionais.

A facilidade da comunicação entre equipes de saúde e usuários do SUS foi muito destacada nas entrevistas; e, para os entrevistados, o uso de TIC, a partir da experiência que tiveram com o telemonitoramento, é algo que deveria permanecer e se expandir, inclusive para outros serviços, conforme o relato a seguir:

> *A gente tem que se preparar, e se programar para que cada vez mais a gente use as ferramentas tecnológicas, a nosso favor. E a gente vê que isso veio para ficar*. (E-5).

Considerando que esse é um canal precioso de comunicação, ele pode ser usado também como um dos recursos no combate à desinformação e às notícias falsas em saúde.

Na compreensão dos entrevistados, a adoção do telemonitoramento das pessoas com sintomas respiratórios apareceu como uma medida que mostrou a capacidade de organização do SUS, gerando uma percepção positiva do sistema público de saúde entre aqueles que eram contatados. Os entrevistados narraram experiências que se conectam com os atributos da APS, particularmente garantindo acesso, longitudinalidade e coordenação do cuidado, bem como atenção integral à saúde. Pode-se até dizer que se experenciou um 'teleacesso', uma 'telelongitudinalidade' na dimensão dos 'teleatributos' da APS. Ao permitir o contato com mais pessoas rapidamente, essas estratégias facilitam o acesso à UBS ao mesmo tempo que auxiliam a conter a disseminação da covid-19[33].

Em um cenário de doenças altamente transmissíveis, as TIC permitem reavaliações a distância e direcionamento de atendimentos presenciais necessários ao local adequado da rede de saúde, com informações precisas, em tempo hábil. Desse modo, atuam como importante apoio ao ordenamento do cuidado realizado pela atenção básica e facilitam o acesso de pessoas ao sistema de saúde[33]. Entretanto, é fundamental que a análise dessa dimensão considere o grupo de pessoas excluídas digitalmente e que precisarão de outras estratégias de modo que seu cuidado seja garantido.

Ao auxiliar no ordenamento do fluxo de atendimentos, a incorporação das TIC no trabalho das equipes de saúde da APS pode reduzir a carga de trabalho. Entretanto, trata-se de uma nova atividade inserida no processo de trabalho e que requer adequado dimensionamento e reorganização para evitar sobrecargas. É necessário, por exemplo, que sejam definidos momentos e/ou trabalhadores específicos para desempenhar as atividades de atendimento e acompanhamento remoto.

No município em que foi realizada a pesquisa, depois de um tempo, o telemonitoramento foi centralizado em uma equipe específica, abrangendo todo o território, e deixou de ser realizado pelas UBS. Não é possível saber se as comunicações de modo remoto continuaram como parte do atendimento à população a partir das equipes de Saúde da Família, garantindo territorialização. Contudo, outras experiências locais vêm indicando que muito pode ser feito, inclusive com grande aceitação pela população e pelos próprios profissionais de saúde, desde que se garanta infraestrutura e meios para que os atendimentos aconteçam[34].

Além do que foi mencionado até aqui, cabe ressaltar que as ações que estavam sendo tomadas nos anos próximos ao da pandemia vinham favorecendo o desmonte e o sucateamento do SUS, como o teto de gastos, a terceirização dos serviços, o contrato de profissionais

de modo precarizado, os baixos salários, a alta rotatividade e a carência de profissionais qualificados, o que afeta diretamente a estrutura organizacional das equipes. Mesmo com o crônico subfinanciamento do SUS, em 2016, a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, conhecida como 'Emenda do Teto dos Gastos', aprofundou ainda mais os problemas; e com a entrada de um novo governo, em 2019, isso foi agudizado, com ausência ou precariedade na contratação de trabalhadores na APS e ainda sob uma gestão federal que vacilava em organizar o esforço nacional de resposta à pandemia[35,36].

Reunido a isso, os Programas Telessaúde e Telemonitoramento ainda não foram implementados adequadamente e amplamente nas equipes de saúde. O País possui proporções continentais e desigualdades sociais significativas, o que também recai sobre programas de telemonitoramento em saúde. A valorização e o investimento público no acesso às tecnologias e nas orientações de saúde podem ser fundamentais para que o programa tenha melhor funcionamento. Além disso, a implementação inadequada do programa traz problemas variados, como o distanciamento no atendimento da população e dificuldades no acompanhamento de casos[37].

Apesar do cenário desafiador para os profissionais da saúde na pandemia, e dos entraves, os entrevistados descreveram que as equipes responderam de forma competente aos desafios da pandemia, aprendendo a utilizar novas tecnologias, desenvolver novos modos de atendimento e permitindo uma reorganização do próprio processo de trabalho. Isso evidencia o caráter colaborativo do trabalho das equipes de saúde, desde trabalhadores do apoio, como faxineiras e recepcionistas, até médicos.

Com esta pesquisa, não é possível saber se o uso das TIC experimentadas durante a pandemia da covid-19 permanecerá no cotidiano do trabalho das equipes de Saúde da Família, com novas adaptações ou não. Entretanto, espera-se que as portas das UBS continuem cada vez mais abertas e que o uso das tecnologias seja um recurso facilitador. Em virtude do método escolhido, não é possível dar detalhes sobre as características de infraestrutura ou de pessoal, pois não se realizou observação direta ou quantificação, muito menos sobre a população atendida. Seria importante que novas pesquisas explorassem a percepção das pessoas atendidas com o uso de TIC; este é um aspecto relevante que não foi possível ser feito nesta pesquisa.

Conclusões

A pesquisa permite um mergulho em como foi para os profissionais de saúde se verem diante de uma pandemia e precisar desempenhar novas funções, com recursos escassos e equipe insuficiente, para garantir o telemonitoramento de sintomáticos respiratórios ou com suspeita de infecção pelo novo coronavírus. Sem dúvidas, foi um período de grande instabilidade, capaz de gerar diversos obstáculos para os trabalhadores. Revisitar essa época e a compreensão de trabalhadores permite elaborar estratégias de enfrentamentos em futuras situações de crises sanitárias.

Ainda que o contexto pandêmico tenha sido de significativa dificuldade para os processos e as estruturas de saúde, entre os sujeitos de pesquisa, foram verificados relatos de compreensão dos contextos de ação e de aspectos positivos. A equipe esteve envolvida na organização do processo de trabalho, contando com certa flexibilização nesse planejamento. Com o avanço das atividades de monitoramento, houve aprendizado no uso de novas tecnologias e uma maior sensação de proximidade com os usuários, mesmo a distância. Além disso, a equipe percebeu que sua atuação ocorria em momentos oportunos, contribuindo para o direcionamento do cuidado na rede de saúde. O reconhecimento por parte das pessoas atendidas e a abertura para a continuidade do uso de tecnologias facilitadoras da comunicação reforçaram a importância dessas ferramentas na garantia da atenção em saúde.

Vários foram os problemas destacados nas entrevistas, especialmente falta de pessoas, de equipamentos adequados, de infraestrutura que permitisse a rápida incorporação dessas novas necessidades tecnológicas e de habilidades para a garantia do monitoramento a distância, destacando uma sensação de sobrecarga. Não é possível dizer o quanto esses trabalhadores suportariam tais condições de trabalho com tal precarização caso se exigissem deles manutenção do telemonitoramento e expansão do atendimento remoto. No caso particular desta pesquisa, o atendimento remoto garantiu o telemonitoramento de pessoas com sintomas respiratórios, ele não teve o objetivo de ampliar o acesso de modo geral aos atendimentos.

Assim, é importante compreender que as percepções trazidas dialogam com as necessidades do SUS, visto que há sobrecarga, envolvimento emocional, problemas de saúde mental, falta de políticas públicas para a capacitação desses colaboradores, entre outros aspectos. O estudo possibilita compreender que os trabalhadores do SUS encontravam-se em situação precária, vivendo sob governos que negavam a pandemia e vacilavam em organizar a resposta à pandemia e mesmo assim responderam de forma eficaz a essa nova demanda. Portanto, o telemonitoramento se tornou uma saída inicialmente eficaz, mas também trouxe novas demandas, como novas funções e dificuldades de acesso, entre outras barreiras.

Apesar de a pandemia ter sido um período incomum, provocando alterações e mudanças drásticas no processo de trabalho das equipes, a APS já vivia constantes modificações e seguia fragilizada. A pesquisa aponta para a necessidade de processos formativos, de educação continuada e educação permanente em saúde, capazes de qualificar práticas novas ao campo da saúde, mas com potencial de permanência e consolidação, como é o uso das TIC. Por fim, o estudo alerta para os efeitos deletérios do financiamento insuficiente da atenção básica brasileira, verificado empiricamente nas condições de trabalho, em suas dimensões dos agentes de trabalho e dos meios de trabalho.

Colaboradores

Lourenço GM (0000-0002-4242-8318)* contribui para elaboração do projeto de pesquisa, realização da pesquisa, compilação e análise e interpretação dos dados, elaboração, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito. Stefanello S (0000-0002-9299-0405)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Santos D (0000-0002-1198-1890)* contribui para revisão crítica e a aprovação da versão final do manuscrito. Straub CD (0000-0002-7367-575X)* contribui para redação, revisão crítica e da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [acesso em 2023 maio 16]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344249/9789240020924-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

2. Lisboa KO, Hajjar AC, Sarmento IP, et al. A história da telemedicina no Brasil: desafios e vantagens. Saude Soc. 2023;32(1):e210170pt. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210170pt

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Haddad AE. Experiência Brasileira do Programa Nacional Telessaúde Brasil. In: Mathias I, Monteiro A. Gold Book: inovação tecnológica em educação e saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2012 [acesso em 2023 maio 16]. p. 12-44. Disponível em: https://www.telessaude.uerj.br/resource/goldbook/pdf/2.pdf

4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2023 maio 16]. 128 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf

5. Presidência da República (BR). Decreto 11.358, de 1º de janeiro de 2023. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2023 jan 1 [acesso em 2023 maio 16]; Seção I:262. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11358.htm

6. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002. 71 p.

7. Teixeira MG, Medina MG, Costa MCN, et al. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. Epidemiol Serv Saúde. 2020;29(4):e2020494. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400015

8. Freire MP, Silva LG, Meira ALP, et al. Telemedicine in healthcare access during the covid-19 pandemic: a scoping review. Rev Saúde Pública. 2023;57:4s. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004748

9. Martínez HLH, Artmann E, Cruz SCS, et al. A telemedicina no combate à Covid-19: velhos e novos desafios no acesso à saúde no município de Vitória/ES, Brasil. Saúde debate. 2022;46(134):648-64. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202213404

10. Rodrigues AP, Felipe CR, Lima DB, et al. Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. APS em Rev. 2020;2(2):189-96. DOI: https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.100

11. Gomes RNS, Portela NLC, Pedrosa AO, et al. Avaliação da estrutura física de Unidades Básicas de Saúde. Rev Rene. 2015;16(5):624-30. DOI: https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000500002

12. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. Cad Saúde Pública. 2020;36(6):e00104120. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120

13. Castro TMS, Silva BAG, Venturi K. Análise quantitativa do atendimento remoto durante a pandemia do COVID-19 relacionado aos marcos históricos da doença no Brasil. Saúd Coletiv (Barueri). 2020;10(53):2394-403. DOI: https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i53p2394-2403

14. Catapan SC, Willemann MCA, Calvo MCM. Estrutura e processo de trabalho para implantação da teleconsulta médica no Sistema Único de Saúde do Brasil, um estudo transversal com dados de 2017-2018. Epidemiol Serv Saúde. 2021;30(1):e2020305. DOI: https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100015

15. Brito OB, Leitão PCL. Telemedicina no Brasil: Uma estratégia possível para o cuidado em saúde em tempo de pandemia? Saúde Redes [Internet]. 2020 [acesso em 2023 maio 16];6(2). Disponível em: https://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/download/3202/550

16. Catapan SC, Calvo MCM. Teleconsultation: an Integrative Review of the Doctor-Patient Interaction Mediated by Technology. Rev Bras Educ Med. 2020;44(1):e002. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190224.ING

17. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medi-

das de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2020 mar 23 [acesso em 2023 maio 16]; Edição 56-B; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20467-20-ms.htm

18. Presidência da República (BR). Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2020 abr 16 [acesso em 2023 maio 16]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm

19. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução nº 2.314 de 3 de maio de 2022. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Diário oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2022 maio 5 [acesso em 2023 maio 16]; Edição 84; Seção I:227. Disponível em: https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CFM-2314-2021-04-20.pdf

20. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 696 de 17 de maio/2022. Dispõe sobre a atuação da Enfermagem na Saúde Digital, normatizando a Telenfermagem. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2022 maio 23 [acesso em 2023 maio 16]; Edição 96; Seção I:308. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022/

21. Preston J, Brown FW, Hartley B. Using telemedicine to improve health care in distant areas. Hosp Community Psychiatry. 1992;43(1):25-32. DOI: https://doi.org/10.1176/ps.43.1.25

22. Worobey M, Levy JI, Serrano LM, et al. The Huanan Seafood Wholesale Market in Wuhan was the early epicenter of the COVID-19 pandemic. Science. 2022;377(6609):951-99. DOI: https://doi.org/10.1126/science.abp8715

23. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde; 1992.

24. Minayo MC. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. Petrópolis: Vozes; 2001. Capítulo 1, Pesquisa social: teoria, método e criatividade; p. 9-30.

25. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso em 2025 fev 26]; Edição 112; Seção I:59-62. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view

26. Ponta Grossa (PR), Função Municipal de Saúde. Fluxograma de manejo e acompanhamento de casos suspeitos de coronavírus na atenção primária à saúde. Ponta Grossa, Paraná; 2020.

27. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.

28. Gadamer H. Verdade e método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Trad. de Flávio Paulo Meurer. Petrópolis: Vozes; 1997. 731 p.

29. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação [Internet]. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014 [acesso em 2025 fev 26]. 174 p. Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Livro-Micropolitica-e-saude-producao-do-cuidado-gestao-e-formacao.pdf

30. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018;42(116):11-24. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601

31. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. Cad Saúde Pública. 2017;33(8):e00037316. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316

32. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. Epidemiol Serv Saúde. 2020;29(2):e2020166. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024

33. Amaral LM, Teixeira Junior JE. Cuidado remoto na APS: experiência do uso do celular em uma equipe de Saúde da Família de área de favela durante a crise da COVI-19. Revista de APS. 2020;23(3):706-16. DOI: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.30813

34. Bareiro AOG, Santos DVD, Poli Neto P, et al. Abrindo as portas de uma unidade de saúde da família através do telessaúde: a experiência dos usuários. Rev Portal: Saúde e Sociedade. 2024;9:e02409010. DOI: https://doi.org/10.28998/rpss.e02409010esp

35. Aquino CAB, Saboia IB, Melo PB, de et al. Terceirização e saúde do trabalhador: uma revisão da literatura nacional. Rev Psicol, Organ Trab. 2016;16(2):130-42. DOI: https://doi.org/10.17652/rpot/2016.2.660

36. Giovanella L, Medina MG, Aquino R, et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. Saúde debate. 2020;44(126):895-901. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012623

37. Sarti TD, Almeida APSC. Incorporação de telessaúde na atenção primária à saúde no Brasil e fatores associados. Cad Saúde Pública. 2022;38(4):PT252221. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT252221

Recebido em 18/06/2024
Aprovado em 10/03/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Paulo Victor Rodrigues de Carvalho