

IMPLANTAÇÃO DE TELESSAÚDE EM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE: O DESAFIO DE CONSTRUIR CAMPO DE INTERLOCUÇÃO ENTRE O DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E A QUALIFICAÇÃO EM SAÚDE

*Implementation of Telehealth in the High Complexity Hospital: The Challenge of Building Field
Interlocution between Development Technology and Qualification in Health*

Ana Cristina Carneiro Menezes Guedes¹; Sergio Ricardo Ferreira Síndico²

Resumo Este artigo visa descrever e analisar o percurso e as construções para implantação da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) em hospital terciário, tendo como objetivo delinear um campo institucional de pesquisa e intervenção relacionado à Telessaúde, contribuindo para mudanças nas relações de pesquisa, ensino e assistência. O estudo compreendeu o período de março a outubro de 2013, com a participação de nove profissionais – membros da comissão de Telessaúde. Foram utilizados conteúdos das reuniões da comissão, cronograma das ações, e a produção gerada a partir do processo de trabalho para implantação do núcleo de Telessaúde. A interdisciplinaridade constituinte dos projetos de Telessaúde está intimamente atravessada pelos modelos estabelecidos nas práticas de saúde e a gestão do trabalho se configura como possibilidade de construir outros tipos de objetos e outras formas de cuidar. A experiência com a implantação da RUTE é uma interessante ferramenta para dar passagem não só ao que exista de mais eficaz em termos de tecnologia da informação e comunicação, procedimentos, e equipamentos, mas também gera a oportunidade de nos remeter à complexidade inerente aos modos de organização do trabalho, viabilizando a amplitude do diálogo entre os princípios do SUS e a formação em saúde.

Palavras-chave: Telessaúde, Métodos, Gestão em Saúde.

Abstract This paper presents describe and analyze the course and buildings for deployment of Telemedicine University Network (RUTH) in a tertiary hospital, aiming to delineate an institutional field research and intervention related to telehealth, contributing to changes in the relationships in research, teaching and assistance. The study covered the period from March to October 2013 with the participation of nine professionals - members of the telehealth commission. Contents of committee meetings, schedule actions, and the production generated from the process of working to implement the core telehealth were used. The interdisciplinarity of the constituent projects Telehealth is intimately crossed by the models established in health practices and the management of the work configures itself as possible to build other kinds of objects and other forms of care. The experience with the implementation of Ruth is an interesting tool for the passage not only to what exists more effective in terms of information technology and communications, procedures, and equipment, but also generates the opportunity of referring us to the inherent complexity modes of work organization, enabling the extent of dialogue between the principles of the Brazilian Unified Health System and health training.

Keywords: Telemedicine, Methods, Health Management.

1. E-mail: anamenegue@gmail.com. Coordenadora do Núcleo de Telessaúde do Hospital Federal dos Servidores do Estado; Coordenadora do Programa de Apoio psicopedagógico da Divisão de Ensino e Pesquisa do HFSE, RJ, Brasil. - Mestre em Ciência Ambiental, Psicóloga; 2. Bibliotecário chefe da Biblioteca da Saúde da Mulher e Criança do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil. - Mestre em Ciência da Informação. Recebido em 31/03/2014. Aceito, após revisão, em 21/05/2014.

Introdução

A Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) é uma iniciativa do Ministério da Ciência e Tecnologia e Inovação (MCTI), coordenada pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), que provê infraestrutura de rede de alta performance como subsídio a criação dos Núcleos de Telessaúde nos hospitais universitários e de Ensino, com a perspectiva de estabelecer uma rede colaborativa entre os parceiros e favorecer o desenvolvimento da pesquisa, do ensino e da assistência¹.

Os avanços e impactos da Telessaúde no Sistema Único de Saúde brasileiro podem ser evidenciados em iniciativas governamentais como o Telessaúde Brasil Redes. Destacam-se nesta iniciativa ações que potencializam a resolubilidade da rede e contribuem para melhorias significativas nos sistemas de saúde².

A RUTE, ao compor o cenário de práticas de Telessaúde no país, integrando instituições, auxiliando na composição assistência/educação, destaca-se também como estratégia de fortalecimento na construção da síntese do conhecimento relacionada aos pressupostos da pesquisa translacional³.

Desse modo Telessaúde expressa-se para além do uso de tecnologias da informação e comunicação na prática da saúde, constituindo assim uma perspectiva ampliada e sistêmica no debate em torno do tema.

Na mesma linha podemos destacar que entre as questões que atravessam a prática da Telessaúde, há o desafio de resgatar a unidade entre teoria e prática, entre saber e fazer, na tentativa de promover reflexão sobre a prática assistencial fragmentada e hospitalocêntrica, que não contempla a complexidade dos processos de saúde.

Objetivo

Descrever e analisar como os processos de organização e estruturação dos núcleos de Telessaúde podem

contribuir com mudanças no modelo de atenção, e nas relações entre ensino-pesquisa-assistência, levando-se em consideração a dimensão *organizativa/operativa* do trabalho⁴, introduzindo a discussão sobre os impasses e desafios do processo de implantação.

Materiais e Métodos

Para pensar os modelos de saúde vigentes atuais e o desafio de construir um campo de reflexão sobre a prática de cuidados em Saúde, há que se revisitar o processo de Reforma Sanitária e os processos de organização e gestão das políticas implementadas em torno do Sistema Único de Saúde Brasileiro – SUS⁵. Bases conceituais, metodológicas, princípios que sustentam o SUS, compõem uma pluralidade de questões que podem ser tomadas como objetos de análise na compreensão acerca do processo, seus efeitos e possibilidades. Guzmán-Urrea⁶ destaca o processo de reforma sanitária na década de 1990, conhecido como terceira geração de reformas do setor de Saúde, e que teve seu ápice na América Latina.

Desse modo buscaremos polemizar o modelo de atenção hospitalocêntrico e a atenção multiprofissional, construindo suporte para a problematização das relações instituídas na prática de cuidados em saúde. A perspectiva do trabalho não é apresentar uma análise histórica e conceitual dos respectivos modelos de atenção, processos complexos, produtores de grandes questionamentos, porém pensar que concepção de saúde e cuidado estão presentes nos diferentes modelos e como podem nos ajudar pensar a introdução da Telessaúde no fortalecimento do cuidado no âmbito do SUS.

A primeira questão que apresentamos diz respeito a desconstrução da clínica como modelo centrado na consulta médica⁵, amparado na relação com a doença e não com os sujeitos. Tal perspectiva pode ser desta-

cada na reflexão de Franco⁷, que trazemos para pensar a abordagem subjetiva na esfera do cuidado:

“Na medicina, o encontro entre médico e paciente se realiza no próprio corpo do doente. Este corpo sofredor, considerado pelo primeiro em sua materialidade, opacidade e objetualidade nuas, não corresponde ao “corpo vivido”, ao “corpo próprio” com todas as modalidades e implicações subjetivas inerentes a essa apropriação corpórea. O fato de o corpo examinado pelo médico pertencer a um sujeito específico, que o vive e o significa, não diz respeito à finalidade da relação que se instaura. O sujeito, embora projete aquele corpo sofredor, não é levado em conta nesse relacionamento específico, como se fosse mantido a uma certa distância. Desse modo, o encontro entre o médico e o doente se dá mediante um corpo anatômico, que serve, simultaneamente, como objeto de investigação e como segundo pólo da relação. Não se trata, portanto, de um encontro real, em que um sujeito objetiva o outro ao mesmo tempo em que é por ele objetificado, mas de um encontro entre o sujeito e um corpo ao qual não é dada outra alternativa exceto a de converter-se em objeto aos olhos de quem o examina. Estranho, portanto, a este último, enquanto sujeito que o significa, embora sendo este encontro ao mesmo tempo o momento crucial e a própria finalidade da relação⁷.

Ocupar-se dos sujeitos em sua experiência desafia a fragilidade das abordagens particularizadas que encontram no aparente conforto da disciplina e da técnica vazios que não podem ser preenchidos sem os diálogos que a complexidade do campo convoca. Saúde é mais que um corpo “adaptado” aos padrões de normalidades ditados pela ciência, localizados no sujeito. Pensar saúde então implica pensar modos de existência que potencialize a vida. A vida com seus atravessamentos políticos econômicos e sociais. Ao sair do corpo individual ganha dimensão no coletivo, na complexidade das relações que produzem, alimentam, transformam as estruturas e os sujeitos.

Podemos dizer que na contra mão desse processo, o modelo hospitalocêntrico no encontro com o exercício da clínica, empresta a ela o sentido da fragmentação, do controle, da redução ao sintoma, caracterizando um modo de organizar o cuidado que não inclui estratégias que favoreçam a ruptura de paradigmas que sustentam a fundamentação da clínica.

Avançando no traçado dessa discussão, como contraponto as questões debatidas, apresentamos a atenção multiprofissional como possibilidade de ampliação do modelo assistencial, a fim de discutir estratégias e práticas favorecedoras ao manejo do cuidado em saúde, apontando para a transformação em práticas mais integrativas⁸.

Segundo Mendes⁸ estudos realizados em torno dos modelos de atenção à saúde baseados excessivamente na atenção uniprofissional tem apresentado resultados desfavoráveis no que se refere a prover cuidados adequados as condições agudas e crônicas e ao manejo das situações de saúde de acordo com as evidências disponíveis. O trabalho multiprofissional se apresenta como uma nova sistemática de atenção onde estabelecer e compartilhar uma visão comum focada na solução de problemas são aspectos fundamentais a serem incorporados ao cuidado. Mendes⁸ ressalta ainda que a utilização da Telessaúde pode fortalecer a ideia de equipe, a utilização de ferramentas que amplie e qualifique o cuidado prestado é fundamental.

No manejo desse recurso destacamos que não se trata apenas de ampliação de competências, mas da incorporação de novas relações que amplie o trabalho compartilhado para tornar produtivas as interações entre os profissionais e o conhecimento produzido. Desse modo a transformação do modelo de atenção pode ser favorecida no encontro com a construção da prática da Telessaúde. Teixeira⁴ propõe a reorientação da assistência individual e coletiva incorporando práticas de promoção de saúde e prevenção de riscos e agravos, com foco

em mecanismos de difusão e cooperação interinstitucional que contribuam para o estreitamento de relações; ultrapassando os limites da “garantia da assistência” para pensar de fato na “integralidade da assistência”.

Tendo esses aspectos como horizonte, adotamos como ponto de partida a noção de que a qualificação do cuidado em saúde está além dos aspectos técnicos e organizacionais, trazendo para o debate o campo de forças nos quais se engendram os processos de trabalho.

O relato tem como perspectiva elucidar o percurso e as construções para implantação da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) em hospital terciário, tendo como objetivo delinear um campo institucional de pesquisa e intervenção relacionado à Telessaúde, contribuindo para mudanças nas relações de pesquisa, ensino e assistência, fortalecendo a construção de vínculos entre os profissionais no que e refere a organização e o manejo da Telessaúde na instituição.

Resultados

A experiência apresentada ao citar os mecanismos envolvidos na estruturação do núcleo de Telessaúde em hospital terciário visa articular processo de trabalho e subjetividade como produção⁹ circunscrevendo as ações num campo de análise onde as expectativas, relações, afetos se entrecruzam constituindo um campo de forças.

O projeto de implantação das atividades de Telessaúde na instituição teve início em 2006. Ações foram organizadas em cumprimento as exigências do Termo de cooperação Técnica firmado entre o Hospital e a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa- RNP- assinado em abril de 2011.

Com o objetivo de consolidar a prática da Telessaúde, em março de 2013 o Núcleo de Telessaúde criado em portaria interna em 2008, é remodelado, na perspectiva de estabelecer um espaço de interlocação constituído

pelos profissionais de saúde da instituição – a equipe que compõem a Comissão de Telessaúde – (Portaria nº 0722/13).

O Grupo de Trabalho tem como diretriz a realização de encontros sistemáticos, focados na fundamentação teórica-metodológica para implementação do programa de Telessaúde. Nestes encontros concepções, crenças, valores, conceitos, que sustentam as questões e estratégias de trabalho trazidas, vividas e pactuadas com o grupo são considerados.

A criação do dispositivo coletivo favorece o encontro com o fazer cotidiano, desafiando a teorização permanente sobre esse fazer e favorecendo a criação e a organização de estratégias de intervenção de âmbito multidisciplinar, contribuindo para enfrentamento de questões ligadas ao processo de implantação da RUTE.

O estudo consiste em interrogar através dos encontros, quais questões estão em jogo no contexto do estabelecimento da prática de Telessaúde. Questionamentos múltiplos motivam a reflexão sobre a relação Telessaúde/integralidade/qualificação da assistência; sublinhamos algumas que estiveram presentes em nossa prática de trabalho:

- a. *Como se constitui a interlocação entre construção de conhecimento e prática de trabalho?*
- b. *Como potencializar as ações do cotidiano e os profissionais?*
- c. *Até que ponto o uso da Telessaúde tem significado para a prática assistencial?*
- d. *Como então, pensar Telessaúde, como “objeto” de trabalho incorporado aos modos de pensar as práticas de saúde focada na dimensão coletiva?*

Essas e muitas outras perguntas ecoaram e ecoam no grupo de trabalho para que possamos avançar na contribuição para os sistemas operativos da Telessaúde na instituição.

Dispositivo	Campo de Análise	Analísadores
Encontros sistemáticos (quinzenais e/ou mensais)	Nove profissionais de diferentes áreas de conhecimento	Conteúdo das reuniões
Março a outubro 2013	Reorganização coletiva Compartilhamento de lugares e saberes	Cronograma das ações
Processo dialógico – “por quê” – “para quê” – Produção de sentidos.	Processos de subjetivação	Produção gerada a partir do processo de trabalho

Quadro 1. Montagem e enquadre dos encontros.

Foram utilizados para subsidiar a reflexão conteúdos das reuniões, cronograma das ações, assim como a produção gerada a partir do processo de trabalho, como podemos observar no Quadro 1.

Dois aspectos fundamentaram as ações: Telessaúde/interdisciplinaridade e Telessaúde/gestão do trabalho. Ambos os aspectos se constituem como operadores importantes no processo de trabalho. Ora para pensar os diferentes lugares ocupados pelos “especialistas” e ora para pensar modos de operar com as diversas práticas, confrontando o idealizado com o real e com o possível, nos diferentes locais onde atuam.

O agenciamento das falas e dos acontecimentos cotidianos sustentam-se na lógica da micropolítica processual⁹ onde a cada encontro, a cada vez, novas conexões, referências, vão se constituindo em novas relações, produzindo novos caminhos. Segundo Guattari e Ronilk⁹ essa perspectiva se expressa nos processos de singularização, onde esse modo de gerir o trabalho fortalece a apropriação do próprio sujeito sobre o seu fazer cotidiano:

“A subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social,

e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e de criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que eu chamaria de singularização.”⁹.

Nessa direção de análise estamos imprimindo na ação dos sujeitos a possibilidade de criação, atentando para as práticas cotidianas que vão se revelando, permitindo indagar sobre a inserção da prática da Telessaúde na instituição. Apresentamos a seguir, no quadro 2, elementos da vivência cotidiana dos encontros, com objetivo de condensar e potencializar o processo de restituição do trabalho.

Cabe destacar, que os elementos acima evidenciados, fazem parte de um desenho que implica movimento. Não estão relacionados a fatos lineares, sequenciais, dizem respeito ao desenho que foi se produzindo com a inserção da Telessaúde na instituição, caracterizando sua processualidade, na tentativa de colocar em questões o que faz falar e ver o cotidiano.

Discussão

As estratégias de problematização coletiva na forma de campo de intervenção tem se mostrado como facilitadores para se pensar os efeitos de subjetividades produzidos nos processos de institucionalização das práticas¹⁰. Nesse sentido ao pensar a introdução do uso de “tecnologia dura” na saúde, privilegiando a relação com o campo das “tecnologias leve-dura” e “Leve” como afirma Merhy¹¹, constituímos uma possibilidade de pensar não só o uso de máquinas e procedimentos, para pensar o “trabalho vivo em ato”. Supomos que nessa aproximação, o processo de institucionalização

Período	Contexto	Conteúdo	Questões Produzidas
Março	<ul style="list-style-type: none"> • Reformatação do Núcleo de Telessaúde. • A coordenação do Núcleo de Telessaúde é assumida pela Divisão de Ensino e Pesquisa - DIVEP.. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dimensão que o trabalho ocupa na DIVEP; • Repactuação do trabalho com os profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Qual o saber/especialidade deve ocupar o lugar da coordenação do Núcleo de Telessaúde? • Como garantir práticas de atuação diferenciadas da rotina de trabalho?
Abril	<ul style="list-style-type: none"> • Contextualização do trabalho da Telessaúde na instituição- Resgate do processo de implantação da RUTE. 	<ul style="list-style-type: none"> • Delineamento do trabalho; • Expectativa de cada profissional que compõe o Núcleo com relação ao trabalho; • Formulações de questões sobre a prática da Telessaúde na instituição; • Apropriação dos documentos produzidos e reorganização da comissão de Telessaúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Como garantir a continuidade do investimento financeiro e humano na construção e manutenção das práticas de Telessaúde no Núcleo? • Hospital de Ensino - Qualificação da assistência • Como atrelar o núcleo de Telessaúde ao planejamento e propostas relacionadas ao tripé: ensino/pesquisa/assistência?
Mai	<ul style="list-style-type: none"> • Andamento do processo de homologação da sala de videoconferência; • Organização e estruturação de estratégias para implantação de infraestrutura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento de vínculo com o serviço de engenharia e serviço de informática da instituição; • Acompanhamento sistemático as obras de cabeamento interno e externo, equipamentos. Financiamento/aquisição. 	<ul style="list-style-type: none"> • Como ressignificar o papel dos diferentes serviços na proposta de um trabalho coletivo? • Como transformar “queixas” em demanda de trabalho?
Junho	<ul style="list-style-type: none"> • Integração das necessidades e demandas dos serviços ao trabalho do Núcleo de Telessaúde; • Fortalecimento das ações da equipe que compõem a comissão de Telessaúde; • Papel social/político do trabalho desenvolvido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mapeamento do escopo da instituição com relação a temática de Telessaúde; • Reestruturação do Regimento Interno do Núcleo de Telessaúde; • Releitura do Termo de Cooperação Técnica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Como dar visibilidade as diferentes realidades da instituição? • Qual a relação do Núcleo com a instituição? Como a serviço de que as relações são estabelecidas? • O que se faz fundamental introduzir no repertório de ações do núcleo para efetivação de uma prática institucional?
Julho	<ul style="list-style-type: none"> • Contrapartida da instituição com a inserção na RUTE. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reestruturação dos SIGs (<i>Special Interest Groups</i>) na instituição. 	<ul style="list-style-type: none"> • Como produzir sentidos as experiências de trabalho? • Como fazer alianças com as práticas muitas vezes fragmentadas?
Agosto	<ul style="list-style-type: none"> • Alargamento das ações- Divisão Médico Assistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Condicionantes do processo institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que espaços para reflexão da Telessaúde pode existir no hospital?
Setembro	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamento e manejo da sala de videoconferência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estruturação equipe técnica do Núcleo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quais as possibilidades de construção de redes, no apoio ao funcionamento operacional?
Outubro	<ul style="list-style-type: none"> • Homologação da sala de videoconferência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Efeitos produzido pelo núcleo de Telessaúde na Instituição. 	<ul style="list-style-type: none"> • Como intervir na rede institucional através da existência do Núcleo de Telessaúde? • Como ir além das condições técnicas de equipamentos e manejo?

Quadro 2. Elementos da vivência cotidiana dos encontros.

da prática da Telessaúde, convocou questões no âmbito das articulações entre arranjo organizacional e processo de trabalho em que é possível observar: Urgências da prática cotidiana dificultam a criação do espaço que estabeleça a interlocação entre produção de conhecimento e prática de trabalho;

Constituição de iniciativas na definição do sentido das práticas e não somente a execução de atividades possibilita o fortalecimento das parcerias, alianças e redes;

Complexidade do jogo de poder e saber inerente a prática da atenção à saúde circunscreve-se na organização das ações da equipe que se mantêm permeáveis ao modelo biomédico tradicional.

As questões apresentadas trazem para o contexto da implementação da Telessaúde um olhar sob as experiências do cotidiano. A lógica que se expressa nos modelos tradicionais de saúde/doença, sujeito/objeto⁵ podem ser destacadas nas três questões observadas no presente estudo. As práticas tendem a estabelecer-se na cisão entre o fazer e o pensar, e o caminho da exploração e experimentação possibilitaram a constituição da “liga” do grupo de trabalho. A adesão da equipe do Núcleo de Telessaúde foi uma composição tecida de forma minuciosa, devolvendo ao coletivo de trabalho a abertura de um campo de possíveis.

A interdisciplinaridade como eixo constituinte dos projetos de Telessaúde está intimamente atravessada pelos modelos estabelecidos nas práticas de saúde e a gestão do trabalho se configura como possibilidade de construir outros tipos de objetos e outras formas de cuidar no âmbito das práticas de saúde. Vimos de uma formação fragmentada, endurecida e encontramos no modelo hospitalocêntrico o lugar “ideal” para repousar o nosso saber de especialista, ou melhor, o nosso não saber sobre as redes que vão sendo tecida no processo do cuidar.

No Brasil o modelo hospitalocêntrico baseado na assistência curativista e consulta médica sofreu mudanças

a partir da concepção do SUS que rompeu com o sistema vigente através do desenvolvimento da atenção primária e equipes multiprofissionais⁶. Sustentar uma configuração tecnológica que possa produzir qualidade nesse sistema é o desafio. Buscamos muitas vezes nas redes de conhecimento, território endurecido, afirmar o nosso saber, o nosso lugar, sustentando muito pouco o “encontro”; lugar de acontecimentos singulares que se operam no âmbito da relação com o outro. Neste contexto podemos aferir que a Telessaúde pode ser entendida como um outro modo possível de religar os conhecimentos.

Desse modo, as práticas interdisciplinares gerada nos “encontros” se apresentam como elementos importantes na constituição de práticas de saúde mais integradas, considerando sua complexidade⁸. Podemos destacar que a prática de Telessaúde através da criação do Núcleo, ganha um importante papel no processo de institucionalização, e sua entrada no planejamento anual da instituição e no Plano de Metas, são respostas organizacionais a um processo de trabalho que tende a ultrapassar os processos normativos do uso da Telessaúde como ferramenta em si mesma para caracterizar um cenário mais abrangente.

O atual estágio do Núcleo de Telessaúde, que se traduz nas ações articuladas em âmbito institucional, contempla formulação de projetos específicos com diferentes serviços, consolidando vínculos e criando novas vias de ação. O conjunto destas ações, descritas neste trabalho, são caracterizadas na literatura por meio da mudança dos processos de trabalho e da intervenção multiprofissional sobre as equipes de saúde⁸.

Conclusão

A experiência com a implantação da RUTE é uma interessante ferramenta para dar passagem não só ao que exista de mais efetivo, eficaz em termos de tecno-

logia da informação e comunicação, de procedimentos, de equipamentos, mas também gera a oportunidade de nos remeter à complexidade que envolve os modos de organização do trabalho, viabilizando a amplitude do diálogo entre os princípios do SUS e a formação em saúde.

Segundo Silva³, o desempenho da Telessaúde nos sistemas de saúde pode ser observado a partir de seu impacto sobre algumas dimensões como: Inovação, Interoperabilidade e Inclusão Digital, para tanto propõe um checklist a ser incorporado a avaliação e monitoramento de serviços de Telessaúde.

Destacamos então a dimensão da Inovação, que pode ser entendida pelas indagações que perpassam:

- a) *Qualificação profissional;*
- b) *Disseminação de práticas clínicas atualizadas;*
- c) *Adequação de conteúdos a realidade local;*
- d) *Educação permanente para o concreto procedimento;*
- e) *Coleta e sistematização de dados para melhorar a gestão;*

Estes elementos têm decorrências importantíssimas na gestão do trabalho e se atualizam nas práticas cotidianas. Lembramos que a estrutura e suporte nos programas de implantação da RUTE têm alcançado efeitos relevantes na sustentação de infraestrutura, mas os modos de apropriação dessa prática não é sua tendência dominante no percurso de implantação.

Acreditamos que ao incorporar a dimensão técnico-pedagógica e os múltiplos componentes de subjetividade ao trabalho, podemos contribuir com a reflexão em torno de alternativas que permitam rever caminhos para o fortalecimento da RUTE.

Em uma perspectiva futura, quando os serviços de Telessaúde ampliarem seu espectro de atuação, poderão ser caracterizados como 'metasserviços de saúde'. Essa atuação mais ampla implica tanto o aumento da quantidade das ações atuais, teleconsultorias

e telediagnóstico, como o oferecimento de outras modalidades de ação que intervenham com maior efetividade sobre as práticas dos serviços de saúde, por meio da mudança do processo de trabalho, incluindo ações de regulação do fluxo dos pacientes, assim como intervenções multifacetadas sobre as equipes de saúde¹².

Referências

1. Messina LA; Ribeiro Filho JL. Impactos da Rede Universitária: ações de educação contínua, pesquisa colaborativa, assistência, gestão e avaliação remota- RUTE- Fase I- 2006/2009. Rio de Janeiro: e-papers; 2013.
2. Campos FE; Haddad AE; Wen Chao L; Alkmin MBM. Telessaúde em apoio à Atenção Primária no Brasil. In: Dos Santos, A. de F.; De Souza, C.; (Org.). Telessaúde Um Instrumento de Suporte Assistencial e Educação Permanente. Belo Horizonte: UFMG; 2006.
3. Silva AB. Telessaúde no Brasil Conceitos e Aplicações. Rio de Janeiro: DOC; 2014.
4. Teixeira CF. Promoção e Vigilância da Saúde no Contexto da Regionalização da Assistência à Saúde no SUS. Cad Saúde Pública. 2002; 18 supl: 153-162.
5. Silva JM; Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde Cad. Saúde Pública. 2010; 26(6):1187-1193.
6. Guzmán-Urrea MP. Deficiências en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventas en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2009. 25: 84-92.
7. Franco B. Corpo e instituição: considerações antropológicas e psicopatológicas em psiquiatria institucional. In: Franco B; Franco AP (Org.) Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamound; 2005. 73-90.
8. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: OPAS; 2011.
9. Guattari F; Ronilk S. Subjetividade e História. In: Micropolítica. Cartografias do desejo. 4. ed. Petrópolis: Vozes; 1996.
10. Lourau R. Análise Institucional e Prática de Pesquisa. Rio de Janeiro; 1993.
11. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo de assistência e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR; Malta DC; Reis AT; Santos AF; Merhy EE (Orgs.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. 103-20.
12. Mazmanian PE; Davis DA. Continuing medical education and the physician as a learner guide to the evidence. JAMA. 2002; 288(9): 1057-60.