

Ética e bioética em telemedicina na atenção primária à saúde

Andrey Oliveira da Cruz¹, Jene Greyce Souza de Oliveira²

1. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil. 2. Universidade Federal do Acre, Rio Branco/AC, Brasil.

Resumo

A telemedicina na atenção primária à saúde por meio do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes surge como uma ferramenta tecnológica de apoio a profissionais de saúde no seguimento de pacientes do Sistema Único de Saúde. Neste trabalho relata-se a experiência sobre o uso do programa na atenção primária e discutem-se as implicações éticas e bioéticas envolvidas na adesão obrigatória do programa ao sistema de regulação local para diminuir filas de encaminhamentos e organizar o acesso aos serviços especializados. Identificaram-se dificuldades de acesso do usuário à assistência em saúde especializada, limitações à autonomia médica e conflitos na relação médico-paciente. O uso da telemedicina na atenção primária apresenta diferentes nuances éticas e bioéticas, que necessitam ser analisadas, e carece de legislação própria e normas, de modo a assegurar os direitos dos pacientes e valorizar a relação médico-paciente, assim como o trabalho do profissional médico que atua na porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Telemedicina. Atenção primária à saúde. Bioética.

Resumen

Ética y bioética en la telemedicina en la atención primaria de salud

La telemedicina en la atención primaria de salud a través del Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes aparece como una herramienta tecnológica para apoyar a los profesionales de la salud en el seguimiento de los pacientes del sistema único de salud. Este trabajo relata la experiencia sobre el uso del programa en atención primaria y discute las implicaciones éticas y bioéticas involucradas en la adhesión obligatoria del programa al sistema regulatorio local para reducir las colas de derivación y organizar el acceso a servicios especializados. Se identificaron dificultades de acceso de los usuarios a la atención de salud especializada, limitaciones a la autonomía médica y conflictos en la relación médico-paciente. El uso de la telemedicina en la atención primaria presenta diferentes matices éticos y bioéticos, que necesitan ser analizados, y carece de legislación y normas propias; con el fin de garantizar los derechos de los pacientes y valorar la relación médico-paciente, así como el trabajo del profesional médico que actúa en la puerta de entrada del sistema único de salud.

Palabras clave: Telemedicina. Atención primaria de salud. Bioética.

Abstract

Ethics and bioethics in telemedicine in primary health care

Telemedicine in primary health care through the National Telehealth Brazil Networks Program emerged as a technological tool to support health professionals in the follow-up of patients in the Unified Health System. This paper reports the experience of using the program in primary care and discusses the ethical and bioethical implications involved in the mandatory adherence of the program to the local regulatory system to reduce referral queues and organize access to specialized services. Difficulties in user access to specialized health care, limitations to medical autonomy and conflicts in the doctor-patient relationship were identified. The use of telemedicine in primary care presents different ethical and bioethical aspects that need to be analyzed. In addition, it lacks its own legislation and standards to ensure the rights of patients and value the doctor-patient relationship, as well as the work of the medical professional who works at the Unified Health System gateway.

Keywords: Telemedicine. Primary health care. Bioethics.

Declararam não haver conflito de interesse.

A Lei 8.080/1990¹ institui o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e define suas diretrizes de funcionamento, como a organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no que diz respeito à organização institucional e integração no chamado pacto federativo para consolidação do SUS.

Com o avanço da consolidação do SUS, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 4.279/2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). De acordo com o texto, a RAS é definida como *arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado*², tendo como objetivo *promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica*².

O fundamento principal da RAS é a compreensão da atenção primária à saúde (APS) como primeiro nível de cuidado para resolução dos problemas mais comuns de saúde e realização da chamada “coordenação do cuidado”. Assim, a APS centra-se nas necessidades de saúde da população, responsabilização contínua e integral, cuidado multiprofissional, longitudinalidade e compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos^{2,3}.

Entende-se como coordenação a *capacidade de os prestadores de atenção primária coordenarem o uso de serviços no território e em outros níveis de atenção para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas e garantir continuidade assistencial*⁴. Isso está relacionado à continuidade da atenção entre profissionais e serviços de saúde, ao acompanhamento dos casos clínicos por meio de ferramentas de informação e à existência de referências/fluxos entre serviços⁵.

Para que o SUS possa assegurar a resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos devem ser considerados, como economia de escala e qualidade de recursos; integração vertical e horizontal; processos de substituição; região de saúde ou abrangência e níveis de atenção². Nesse sentido, foram implementadas estratégias

com o objetivo de fortalecer o Pacto pela Saúde e as políticas nacionais vigentes.

A primeira delas, o serviço de telessaúde surge como proposta de desenvolvimento dos sistemas logísticos e de apoio da RAS, visando auxiliar profissionais de saúde da “segunda opinião formativa”². Em 2006, o Projeto Nacional de Telessaúde teve início como piloto para apoiar a Estratégia Saúde da Família (ESF) em nove estados brasileiros^{6,7}.

No primeiro momento, constituíram-se núcleos de telessaúde em universidades públicas, com a responsabilidade de implantar outros pontos estaduais e qualificar aproximadamente 2.700 equipes da ESF em todo o território nacional. O objetivo era melhorar a qualidade do atendimento na APS, reduzir custos e tempo de deslocamentos, fixar profissionais de saúde em locais de difícil acesso, agilizar o atendimento e otimizar os recursos dentro do SUS⁶.

Por meio da Portaria 2.546/2011⁸, o MS amplia o programa, denominando-o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (TBR), e reorganiza a prestação de serviços do projeto, que passa a fornecer aos profissionais e trabalhadores das RAS os seguintes serviços:

- Teleconsultoria: consulta registrada e realizada entre profissionais e gestores da saúde para esclarecimento de dúvidas sobre procedimentos clínicos;
- Telediagnóstico: uso das tecnologias de informação para apoio diagnóstico;
- Segunda opinião formativa: resposta sistematizada com base nas melhores evidências científicas e clínicas a perguntas originadas das teleconsultorias;
- Tele-educação: conferências, aulas e cursos na área da saúde.

A mesma portaria também define como competência do Núcleo Técnico-Científico do programa a articulação do TBR com a criação de protocolos de acesso que incluam a solicitação prévia de teleconsultorias sobre procedimentos, avaliação da necessidade de encaminhamentos ou solicitações à Central de Regulação Médica das Urgências⁸.

Nessa linha de entendimento, o governo federal consolida o interesse em firmar íntima parceria do programa com o processo de regulação de vagas e serviços especializados no SUS, conforme disposto no Decreto 9.795/2019⁹. A ordenação define como

função do Departamento de Saúde Digital o estímulo a atividades e estratégias de apoio assistencial no SUS para fortalecimento, integração e regulação clínica nas redes de atenção à saúde.

O desenvolvimento e utilização de tecnologias em saúde tem sido objeto de acompanhamento há algum tempo pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Por meio da Resolução CFM 1.643/2002, a entidade reconhece a telemedicina como o *exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audio-visual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde*¹⁰. No entanto, a referida resolução não menciona diretamente o termo “telessaúde”.

Com a Resolução CFM 2.227/2018, propôs-se a atualização da resolução sobre telemedicina¹¹ e ficou reconhecida a teleconsultoria como ato de consultoria mediada com a finalidade de esclarecer dúvidas sobre procedimentos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho. Além disso, foi introduzido o conceito de teleinterconsulta como troca de informações e opiniões entre médicos, com ou sem a presença do paciente, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, clínico ou cirúrgico. Ambas as atualizações são aplicáveis à realidade do programa TBR⁸.

Apesar disso, a referida resolução gerou elevado número de propostas para alterações a respeito do uso das tecnologias da informação e comunicação para a prática da telemedicina e telessaúde. Isso suscitou questões éticas e bioéticas com respostas indefinidas, incluindo a interação entre a nova regulamentação e os serviços de telemedicina público e privados já existentes e as novas proposições para sua utilização no cenário da saúde brasileira. Por essa razão, o CFM revogou Resolução CFM 2.227/2018 e estabeleceu expressamente a vigência da resolução anterior, de modo a propiciar maiores estudos e contribuições de entidades, de profissionais médicos e da sociedade em geral¹².

Em 2020, por força de situação de calamidade pública em razão da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV2), o CFM autorizou, em caráter de excepcionalidade e enquanto durar a pandemia, a utilização da telemedicina, além do disposto na resolução original por meio de teleorientação, telemonitoramento e teleinterconsulta¹³. Na mesma linha, o Congresso Nacional aprovou a Lei 13.989/2020, que dispõe sobre o uso da telemedicina durante a pandemia

de covid-19, reforçando a responsabilidade do CFM em regulamentá-la após o período de combate ao coronavírus¹⁴.

O núcleo Telessaúde Santa Catarina (Telessaúde SC) desde 2009 oferta teleconsultoria aos profissionais da APS. Porém, mesmo com a divulgação em órgãos colegiados e orientações da gestão, o serviço era pouco utilizado, com dados que indicavam baixa resolubilidade na APS e excesso de encaminhamentos às especialidades¹⁵. Nesse contexto, o Telessaúde SC implementou, em 2014, as primeiras ações sistematizadas para apoio às centrais de regulação no estado e municípios, por meio de oficinas e discussões técnicas quanto aos fluxos de encaminhamento e teleconsultorias realizadas por especialistas focais^{15,16}.

O estabelecimento de fluxo compulsório com uso da teleconsultoria para encaminhamento a outros níveis de atenção é uma decisão da gestão. Apesar disso, a teleconsultoria é prevista como estratégia de orientação e educação permanente: a obrigatoriedade refere-se à solicitação antes do encaminhamento, mas a decisão de seguir com o caso na APS ou de realizar encaminhamento à atenção especializada cabe ao médico assistente a partir do apoio recebido^{15,16}.

Em relatório de análise do TBR, identificou-se que os impasses de financiamento e de gestão são decorrentes de frágil institucionalização do TBR, com repasses financeiros intermitentes entre os núcleos, períodos sem fontes de verbas, dificuldade de interação entre os gestores nos níveis federativos e falta de planejamento integrado. Enquanto na esfera federal os gestores voltavam os números do TBR aos resultados e impactos na atenção básica, em nível local, nos núcleos, havia profundo interesse na formação profissional, com busca de qualificação da atenção básica a médio e longo prazo e de modo mais sustentável, causando inúmeras tensões e choques de expectativas¹⁷.

Em 2019 foi publicada carta informando o fim das atividades do programa Telessaúde SC, semelhante ao ocorrido em outros núcleos da federação. O encerramento é decorrente da proposta de mudanças no desenho lógico-estratégico do programa e alterações de financiamento do governo federal, com reordenação do escopo do programa e diminuição de atividades¹⁸. No início de 2021, o núcleo anunciou o retorno de suas atividades, após reformulação de contrato e financiamento federal¹⁹.

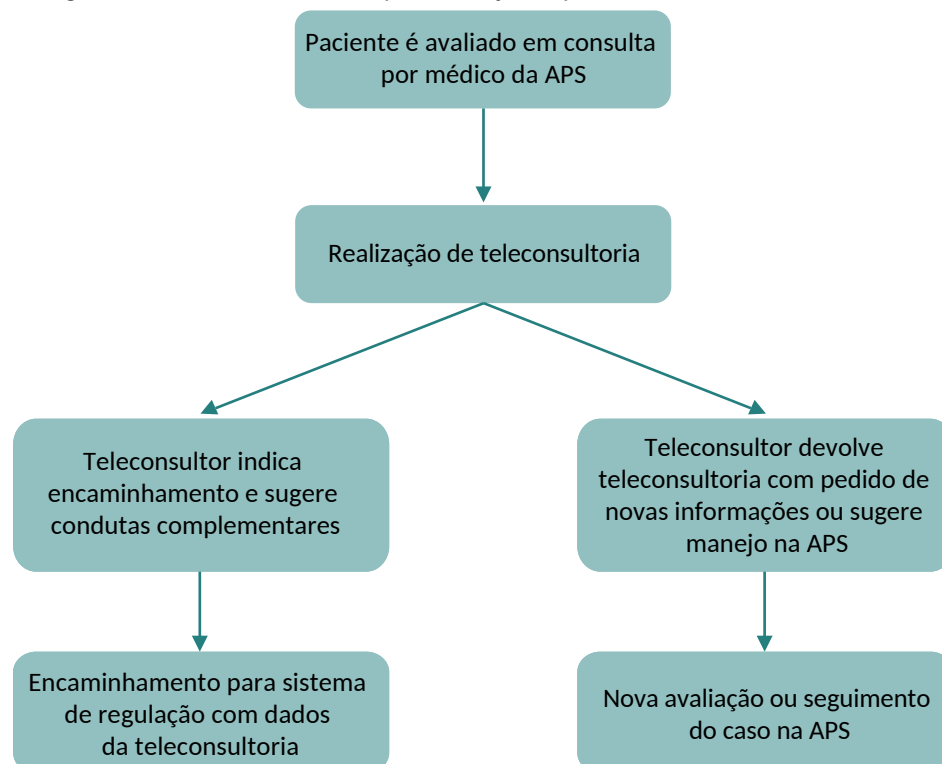
Relato de experiência

No estado de Santa Catarina, a obrigatoriedade da realização de teleconsultorias para seguimento de fluxo de encaminhamento às especialidades médicas foi definida por meio de portarias da Comissão Intergestores Bipartite ainda em 2016^{20,21}. Nessas portarias, ficaram definidos os critérios para avaliação de cada especialidade focal, bem como a obrigatoriedade de constar o número e a descrição da teleconsultoria nos encaminhamentos realizados pelo médico assistente da APS²².

O fluxograma de encaminhamento para atenção especializada em nível estadual (Figura 1) foi definido então pelos seguintes passos²²:

1. O paciente é avaliado por médico assistente da APS, que define necessidade ou não de avaliação por médico da atenção especializada. Se for preciso realizar o encaminhamento, um processo de teleconsultoria deve ser preenchido em ambiente virtual com dados gerais do paciente, especificações sobre o quadro clínico, hipótese diagnóstica e/ou justificativa clínica e resultados de exames, conforme protocolos próprios de acesso. Devem constar também o nome do profissional e o número do conselho profissional correspondente e possíveis dúvidas referentes ao manejo do caso;
2. O médico teleconsultor recebe a solicitação e formula resposta após análise, podendo: a) devolver a teleconsultoria com informações suficientes para o seguimento do caso, quando for passível de resolução na APS, propondo os cuidados possíveis; ou b) indicar o acompanhamento em nível especializado, já podendo realizar a classificação para regulação do caso, de acordo com a necessidade, e indicar possíveis condutas e exames a serem solicitados de forma a agilizar o processo de atendimento do paciente;
3. Em caso de manutenção do interesse de encaminhamento, o médico assistente deverá continuar o fluxo de cuidado, inserindo o caso na central de regulação com número da teleconsultoria e a descrição, para que o médico regulador possa dar o devido encaminhamento ao processo.

Figura 1. Fluxograma de encaminhamento para atenção especializada em Santa Catarina



APS: atenção primária à saúde

Assim, diversos municípios com regulação e serviços de atenção especializada próprios aderiram ao sistema de teleconsultoria mandatária ao encaminhamento em nível municipal, fazendo uso da mesma plataforma do telessaúde e fluxograma de atendimento.

Trata-se de relato de experiência de um município da região metropolitana de Florianópolis/SC que, por meio de instrução normativa da Secretaria Municipal de Saúde, determinou a implantação e regulamentação do fluxo compulsório de teleconsultoria previamente ao encaminhamento ambulatorial para pacientes maiores de 15 anos de idade em especialidades ofertadas em serviço próprio do município.

A instrução também definiu a obrigatoriedade de revisão de todos os encaminhamentos às especialidades solicitados previamente à publicação do documento. Com isso, as filas de encaminhamento foram finalizadas e a regulação condicionada à nova teleconsultoria, realizada por médicos da APS, incluindo casos que aguardavam em fila após já terem sido regulados com classificações de alto risco e a obrigatoriedade de constar no encaminhamento a descrição completa da resposta do teleconsultor.

Nesse contexto, pacientes que aguardavam avaliação com especialistas havia diversos meses e que já tinham passado por consulta com médico assistente da APS e avaliação do médico regulador tiveram que buscar novo atendimento na APS para reavaliação, realização de teleconsultorias, solicitação de novos exames e reentrada na fila da central de regulação. Além disso, houve aumento considerável na demanda dos serviços da porta do sistema.

Em razão disso, o presente artigo se propõe a discutir o uso da telemedicina (teleconsultoria) e seus impactos na associação direta aos sistemas de regulação de vagas, com relação ao usuário e ao médico na APS. O foco norteador da discussão são as implicações éticas e bioéticas dessa ferramenta tecnológica no atendimento em saúde.

Método

Trata-se de pesquisa exploratória por meio de revisão narrativa da literatura realizada entre novembro de 2020 e fevereiro de 2021. Buscaram-se estudos relacionados à temática nas bases de dados Pubmed, SciELO e Google Acadêmico utilizando

os operadores booleanos: 1) “telemedicina and atenção primária à saúde” and “bioética or ética”; 2) “telemedicina or telerregulação” and “atenção primária à saúde” and “bioética or ética”; e 3) “autonomia profissional and telemedicina and bioética”.

Foram selecionados trabalhos em português e inglês, sendo 15 artigos publicados em periódicos; seis leis; quatro portarias; três resoluções do CFM; três pareceres-consulta a conselhos regionais de medicina; três relatórios técnicos; três sítios eletrônicos; dois decretos; uma carta; uma declaração; uma tese; um capítulo de livro; um ofício do CFM; e o Código de Ética Médica (CEM).

Resultados e discussão

A telemedicina é uma área de conhecimento e produção do saber relativamente nova, em constante atualização e avanço, sendo objeto de estudo de pesquisadores do mundo inteiro. Alguns autores apontam como vantagens no uso da telemedicina a melhoria do acesso à informação para profissionais da saúde e pacientes; a prestação de cuidados à distância de forma a suprir deficiências em locais com poucos recursos e falta de assistência; a melhoria do acompanhamento no cuidado à saúde; e a redução dos custos de cuidados, entre outros^{23,24}.

Apesar dos benefícios considerados significativos, podem-se citar como desvantagens as chances de prejuízo na relação médico-paciente, em razão do distanciamento; dificuldades organizacionais e burocráticas relacionadas à infraestrutura, regulamentações e pagamentos por serviços; risco inerente ao sigilo do atendimento médico e ao armazenamento de dados; e a falta de regulação adequada sobre a temática, trazendo insegurança aos usuários e, principalmente, aos profissionais da saúde^{23,25}. Diante disso, podemos levantar algumas questões éticas e bioéticas envolvidas na prática da telessaúde.

Riscos ao sigilo profissional e armazenamento de dados

O sigilo profissional é um dos pilares da relação médico-paciente, uma regra de ordem milenar normatizada desde o juramento de Hipócrates²⁶. No tocante ao sigilo de informações, o telessaúde propõe a utilização de plataforma virtual

própria com armazenamento de dados na qual, geralmente, a troca de informações sobre o paciente é apresentada entre profissionais médicos. Nessa situação, aplicam-se as normativas que regem o CEM para ambos os profissionais: médico assistente e médico teleconsultor.

O aspecto ético relacionado ao sigilo, à confidencialidade e à privacidade das informações é definido ao longo do CEM. Já em seus princípios fundamentais, o documento define que o *médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções*²⁷. O Art. 73, por sua vez, veda ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício da sua profissão sem consentimento do paciente; o Art. 75 veda a referência a casos clínicos identificáveis; e o Art. 85 proíbe o manuseio e o conhecimento dos prontuários médicos por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob a sua responsabilidade.

O Código Penal determina em seu Art. 154 que *revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem pode causar detenção de três meses a um ano, ou multa*²⁸. Ainda, define na alínea A do mesmo artigo como crime *invadir dispositivo informático alheio, conectado ou não à rede de computadores, mediante violação indevida de mecanismo de segurança e com o fim de obter, adulterar ou destruir dados ou informações sem autorização expressa ou tácita do titular do dispositivo ou instalar vulnerabilidades para obter vantagem ilícita*²⁸, com detenção de três meses a um ano e multa.

A *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)*²⁹, em linhas gerais, contempla questões éticas relacionadas às tecnologias associadas aplicadas a seres humanos. Segundo a DUBDH, essas tecnologias devem ser utilizadas de modo a salvaguardar a dignidade humana e proteger os direitos individuais no tocante ao acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos, à maior difusão possível, ao rápido compartilhamento do conhecimento relativo a essas tecnologias, e à participação nos benefícios, observando a particular necessidade dos países em desenvolvimento.

No quesito que trata do sigilo médico e armazenamento de dados²⁹, a DUBDH define em seu Art. 4º que os benefícios ao paciente, diretos e indiretos,

decorrentes do uso da telemedicina deverão ser maximizados e qualquer dano possível minimizado. Dessa forma, a privacidade dos usuários do sistema de saúde envolvidos e a confidencialidade de suas informações devem ser respeitadas, *com esforço máximo possível de proteção, e tais informações não devem ser usadas ou reveladas para outros propósitos que não aqueles para os quais foram coletadas ou consentidas, em consonância com o direito internacional, em particular com a legislação internacional sobre direitos humanos*²⁹.

No contexto de segurança de dados na prática da telemedicina, a Associação Médica Mundial define, em seu posicionamento a respeito da ética na telemedicina³⁰, que os médicos devem assegurar a confidencialidade, privacidade e integridade de informações de pacientes de acordo com a legislação local. Apesar disso, pesquisadores do mundo inteiro ressaltam que ainda é escassa a legislação em torno da segurança de dados na telemedicina, com divergências importantes entre localidades e dificuldade de unificação dos serviços de segurança e compartilhamento^{31,32}.

Rogozea e colaboradores³³ levantam a discussão sobre confidencialidade e telemedicina na visão de estudantes de medicina, tendo como principais preocupações: o respeito aos direitos dos pacientes na tentativa de assegurar que somente a equipe de saúde envolvida no tratamento tenha acesso às informações do paciente; a dificuldade em garantir a segurança da informação transmitida; e questões relacionadas ao manejo de dados e respeito à confidencialidade também pelo profissional receptor dos dados envolvidos na telemedicina.

No Brasil, onde os parâmetros definidores de compartilhamento de dados são regulamentados por meio de portarias, normativas e notas técnicas de diferentes órgãos governamentais, sem unificação em uma legislação específica, a situação da segurança de dados na telemedicina não é diferente³⁴. A referida aprovação de lei própria que autoriza o uso da telemedicina durante a crise de saúde pública do novo coronavírus não especifica questões inerentes ao manejo de dados, segurança do sigilo do paciente ou outras recomendações a respeito do tema¹⁴.

É consenso que a prática de telemedicina deve estar atenta à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 3.709/2018³⁵), apesar desta não versar especificamente sobre o tema. Desse modo, dados pessoais obtidos durante consulta devem

ser protegidos para evitar acesso não autorizado, com armazenamento em banco de dados seguro e conscientização das equipes de trabalho em saúde de modo a evitar vulnerabilidades.

Autonomia médica e a relação médico-paciente

A autonomia médica frequentemente é trazida para a discussão sobre a telemedicina. O CEM²⁷ reforça, como princípio fundamental, que o médico exercerá sua profissão com autonomia, não podendo renunciar a sua liberdade profissional nem permitir restrições que possam prejudicar a eficiência de seu trabalho.

A autonomia médica pode ser definida, então, como a liberdade do profissional médico para atuar em prol da saúde do paciente com base no interesse deste, sem interferências³⁶. No contexto de telessaúde, a autonomia do médico assistente é confrontada na obrigatoriedade da concordância em discutir casos e receber orientações de outro profissional considerado com maior *expertise* em determinado assunto para que certas condutas sejam oferecidas ao paciente³⁷.

A teleconsultoria – que inicialmente assumiria caráter orientador e educacional – confunde-se com atividades de regulação e acesso a outros níveis de atenção. Assim, em outra situação, a limitação da autonomia médica é agravada quando medidas de gestão condicionam o aceite ou aprovação de um médico teleconsultor para o seguimento do caso de determinados pacientes pelo médico assistente.

Nesse prisma, há de se questionar quais são os níveis de responsabilidade de cada profissional no cuidado ao paciente: priorizar-se-á a avaliação do médico assistente, geralmente em atendimento presencial ao paciente, mas sem o conhecimento especializado sobre determinado assunto, ou a avaliação do médico teleconsultor, comumente especialista, mas sem a experiência e avaliação da consulta presencial?

Ainda nesse contexto, é praticamente impossível falar de autonomia médica sem associá-la à autonomia do paciente, pois a continuação do cuidado é condicionada ao envolvimento de outros profissionais. Mesmo nessas situações, ressalta-se

a importância do pleno entendimento do paciente e de seu consentimento – não somente o assentimento – na utilização do processo de telessaúde para manejo clínico³⁷.

Laskowski e Lyons³⁸ defendem que o estabelecimento de protocolos clínicos e de encaminhamento apresenta efeitos favoráveis a médicos e pacientes, uma vez que, quando bem desenvolvidos, tendem a melhorar o serviço de cuidado prestado ao paciente e facilitam o seguimento da prática clínica de acordo com as melhores evidências. Da mesma forma, o excesso de confiança e o estabelecimento de protocolos muito rígidos podem ofuscar aspectos únicos da relação médico-paciente e necessidades individuais.

Apesar de não haver parecer unificado do CFM sobre o tema, alguns conselhos regionais definiram orientações próprias a respeito da autonomia médica e teleconsultorias³⁹⁻⁴¹. No sentido de reconhecer o caráter ético da teleconsultoria como gestão dos recursos do sistema de saúde^{40,41}, os pareceres também prescrevem o respeito à autonomia do médico assistente, este geralmente na APS, em definir suas condutas com segurança, mesmo em desacordo com a orientação do especialista teleconsultor⁴¹.

Conflitos entre telessaúde e sistemas de regulação

Objeto de discussão importante, a teleconsultoria e a telemedicina na prática da saúde pública assumem caráter diferenciado quando associadas intimamente aos processos próprios de regulação entre os níveis de atenção, conforme disposto na legislação^{8,9}. Para compreender os conflitos entre a prática de telessaúde e os sistemas de regulação, é necessário resgatar o histórico do TBR no Brasil, com o início da discussão sobre uma proposta nacional de telemedicina e, posteriormente, de telessaúde, pautando-se nos problemas identificados na fixação de profissionais da saúde em cidades longínquas do país⁴².

Após mapeamento inicial dos projetos de telemedicina brasileiros, constatou-se que estes se encontravam isolados e diversificados. Com o passar do tempo, os debates foram ampliados nas gestões colegiadas do SUS, com a intenção de avançar com um processo nacional de integração

entre ensino e serviço, incluindo projetos de tele-educação, emissões de laudo e diagnóstico à distância e, sobretudo, ações educativas para qualificação e desenvolvimento de inovações na APS^{17,42}.

A partir da junção das atividades da tele-saúde com processos e sistemas de regulação do SUS, algumas questões bioéticas foram trazidas para discussão de maneira bilateral. A associação da teleconsultoria com os sistemas de regulação é uma importante estratégia para aumentar o uso do programa pelas equipes de saúde, qualificar a assistência na atenção primária e reduzir encaminhamentos desnecessários, fortalecendo a resolutividade no nível primário. Entretanto mantém-se o risco de causar resistência em equipes de saúde em razão da obrigatoriedade da teleconsultoria no fluxo de encaminhamento, com a diminuição de encaminhamentos necessários ou o uso de caminhos informais⁴².

A sofisticação e o aprimoramento tecnológico nos serviços de saúde têm sido motivação evidente para o desenvolvimento da bioética. Além disso, esses avanços expõem diferenças cruciais entre serviços de atenção básica e especializada quanto a níveis de autonomia do paciente, envolvimento familiar, longitudinalidade e diversos outros fatores que influenciam diretamente na análise bioética dos cenários⁴³.

O encaminhamento de pacientes e a regulação de serviços são objeto de estudo de diversos pesquisadores no que se refere a entraves do sistema de saúde⁴³⁻⁴⁵. Questões como a demora do agendamento e referenciamento, a desorganização do complexo regulador e a falta de recursos humanos capacitados para as demandas do sistema são exemplos de dificuldades encontradas no processo de referenciamento entre níveis de atenção⁴⁴.

Na linha do cuidado, o encaminhamento médico assume caráter meramente burocrático e menos resolutivo para o processo de promoção da saúde, distanciando-se do ator central no atendimento: o paciente⁴⁴. Em uma análise ampla sobre o encaminhamento como conduta médica, pode-se também perceber a dinâmica das relações interpessoais e interprofissionais que envolvem o processo. Um exemplo disso é a manutenção de relações verticalizadas entre equipes de saúde e gestores,

geralmente em condutas autoritárias, diretivas, centradas em hierarquia e em burocracias⁴⁴.

A discussão da autonomia profissional se torna cada vez mais importante em casos como o aqui apresentado, no qual o estabelecimento de diretrizes de atendimento obrigou uma nova configuração das filas de regulação. Isso desconsiderou o trabalho prévio realizado pelos médicos da APS, tomando importante tempo de acompanhamento e seguimento dos pacientes e condicionando o andamento dos casos já identificados a novas avaliações: presenciais e por teleconsulta.

Há que se questionar, ainda, os objetivos da teleconsultoria mandatória em um fluxograma de regulação: apesar de constituir oferta de educação permanente e oportunidade de apoio ao profissional, existe grande risco de se tornar procedimento meramente burocrático e menos educativo quando associado intimamente ao processo regulatório.

Considerações finais

O uso da telemedicina na APS traz inúmeros benefícios para a oferta de serviços e a ampliação do cuidado à saúde, principalmente em regiões distantes de serviços especializados de referência, na modalidade telessaúde e teleconsultoria. Entretanto, é importante observar questões éticas e bioéticas inerentes a cada nível de atenção do SUS e aspectos como longitudinalidade, relação médico-paciente-comunidade e trabalho como porta de entrada da APS.

O uso da telessaúde e da teleconsultoria na atenção primária deve ser norteado por objetivos de caráter formativo, de modo a qualificar o serviço de saúde e aperfeiçoar a prática clínica. Da mesma forma, é necessário que se assegure a autonomia do médico assistente quanto à definição de condutas e seguimentos, em conjunto com o paciente, respeitando assim princípios bioéticos globais.

É importante desenvolver legislação própria que trate do tema da telemedicina e suas nuances de aplicação no SUS. Da mesma forma, espera-se que o conselho de classe promova ações que regulamentem e normatizem práticas dos profissionais médicos na utilização ética da telemedicina.


Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 19 set 1990 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3qSxqTY>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 2010 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3HvFf9t>
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: Unesco; 2002 [acesso 12 fev 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3DtliNX>
4. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012 [acesso 12 fev 2021]. p. 493-546. Disponível: <https://bit.ly/3qLyPwP>
5. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 [acesso 12 fev 2021];26(2):286-98. DOI: 10.1590/S0102-311X2010000200008
6. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Centro de Telessaúde [Internet]. 2006 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3nrNxqP>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 35, de 4 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 2007 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3r3Dhrd>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 2011 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3HxPCKO>
9. Brasil. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 20 maio 2019 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3ns7Vlj>
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.643/2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da telemedicina. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 26 ago 2002 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3wY2e8c>
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.227/2018. Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias [Internet]. Brasília, 6 fev 2018 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/32dpbch>
12. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.228/2019. Revoga a Resolução CFM nº 2.227, publicada no D.O.U. de 6 de fevereiro de 2019, Seção I, p.58, a qual define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias, e restabelece expressamente a vigência da Resolução CFM nº 1.643/2002. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 205, 6 mar 2019 [acesso 26 jan 2021]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/30GhNpo>
13. Conselho Federal de Medicina. Ofício CFM nº 1756/2020 – COJUR [Internet]. Brasília: CFM; 2020 [acesso em 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3wX1WhZ>
14. Brasil. 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, 20 ago 2020 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3HJRDD1>
15. Maeyama MA, Calvo MCM. A integração do telessaúde nas centrais de regulação: a teleconsultoria como mediadora entre a atenção básica e a atenção especializada. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2018 [acesso 26 jan 2021];42(2):62-72. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n2rb20170125

16. Cortese M, Nilson LG, Maeyama MA, Leopoldo KCG, Silva TE, Calvo MCM. Avanço da teleconsultoria no estado de Santa Catarina: uma parceria da regulação do estado com o núcleo telessaúde. *Revista Catarinense de Saúde da Família* [Internet]. 2017 [acesso 26 jan 2021];7(14):6-10. Disponível: <https://bit.ly/3nsaOZF>
17. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Programa Telessaúde Brasil Redes: relatório análise de implementação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3qOkobB>
18. Calvo MCM. Carta sobre o encerramento das atividades do núcleo de telessaúde da UFSC. Telessaúde Santa Catarina [Internet]. 2020 [acesso 25 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3oi4IZV>
19. Telessaúde UFSC retomará a oferta de serviços em 2021. Telessaúde Santa Catarina [Internet]. 2020 [acesso em 25 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3kP23qP>
20. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB/SC nº 047, de 31 de março de 2016. Regulamenta o processo de agendamento de consultas e exames especializados através do Sistema Nacional de Regulação – SISREG em Santa Catarina [Internet]. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde; 2016 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3FqjGFk>
21. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB/SC nº 142, de 23 de junho de 2016. Aprova a utilização da teleconsultoria pela Central Estadual de Regulação Ambulatorial (Cera), em que previamente ao encaminhamento ambulatorial para a especialidade, seja realizada de forma compulsória à teleconsultoria clínica [Internet]. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde; 23 jun 2016 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3wVgcl0>
22. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB/SC nº 230, de 8 de dezembro de 2016. Aprova os protocolos de acesso a serem utilizados pela Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia Saúde da Família, Equipe Saúde Bucal e por todas as Centrais de Regulação Ambulatoriais do Estado de Santa Catarina [Internet]. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde; 8 dez 2016 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3DpEsnY>
23. Hjelm NM. Benefits and drawbacks of telemedicine. *J Telemed Telecare* [Internet]. 2005 [acesso 26 jan 2021];11(2):60-70. DOI: 10.1258/1357633053499886
24. Carpinteiro ERJ, Tavares EC, Souza DC, Pereira AC, Figueiredo RR, Figueiredo RR, Melo MCB. Benefits in using the telehealth: a necessary reflection. *Latin Am J Telehealth* [Internet]. 2016 [acesso 26 jan 2021];3(2):175-82. Disponível: <https://bit.ly/3cFaVet>
25. Lopes MACQ, Oliveira GMM, Amaral A Jr, Pereira ESB. Window to the future or door to chaos? *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2019 [acesso 26 jan 2021];112(4):461-5. DOI: 10.5935/abc.20190056
26. Tomanik JP. Juramento de Hipócrates. *Revista da APM* [Internet]. 2009 [acesso 26 jan 2021];1(198):1-4. Disponível: <https://bit.ly/3HxCX9E>
27. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 26 jan 2021]. p. 16. Disponível: <https://bit.ly/2YX9oNm>
28. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848/1940. Código penal. *Diário Oficial da União* [Internet]. Rio de Janeiro, 31 dez 1940 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3DxqAlg>
29. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos [Internet]. Genebra: Unesco; 2005 [acesso 25 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3qPriXg>
30. WMA statement on the ethics of telemedicine. World Medical Association [Internet]. 2020 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3oE5Lou>
31. European Commission. Study on big data in public health, telemedicine and healthcare [Internet]. Brussels: European Commission; 2016 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/30DeRJT>
32. Nittari G, Khuman R, Baldoni S, Pallotta G, Battineni G, Sirignano A *et al.* Telemedicine practice: review of the current ethical and legal challenges. *Telemed J E Health* [Internet]. 2020 [acesso 26 jan 2021];26(12):1427-37. DOI: 10.1089/tmj.2019.0158
33. Rogozea L, Cristea L, Baritz M, Burtea V. Telemedicine and ethical dilemmas [Internet]. In: AIKED'09: Proceedings of the 8th WSEAS international conference on Artificial intelligence, knowledge engineering and data bases; 21-23 fev 2009; Cambridge. Cambridge: ACM Digital Library; 2009 [acesso 26 jan 2021]. p. 41-5. Disponível: <https://bit.ly/30ynu8V>

34. Maldonato JMSV, Marques AB, Cruz A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso 26 jan 2021];32(supl 2):e00155615. DOI: 10.1590/0102-311X00155615
35. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 15 ago 2018 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3oCBaaR>
36. Reams PN. The importance of medical autonomy. National Commission on Correctional Health Care [Internet]. 30 jun 2015 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3nuClo8>
37. Mourão NAL, Seidl EMF. Telessaúde com base na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: subsídios para a universalidade de acesso à saúde. *Latin Am J Telehealth* [Internet]. 2018 [acesso 26 jan 2021];5(3):219-28. DOI: 10.32443/2175-2990(2018)247
38. Laskowski RJ, Lyons J. Physician autonomy in the 21st century: decline, importance and response. *Del Med J* [Internet]. 2018 [acesso 26 jan 2021];90(1):12-9. Disponível: <https://bit.ly/3cmYluy>
39. Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo. Parecer-Consulta nº 10/2017. Adequação de atos médicos exercidos no âmbito de Programa de Telessaúde [Internet]. Vitória: CRM-ES; 2016 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3HChJrw>
40. Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. Parecer nº 2616/2017. Autonomia do médico da estratégia saúde da família em encaminhar pacientes para especialidades focais após avaliação conjunta com o Telessaúde [Internet]. Curitiba: CRM-PR; 2017 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3nsUlza>
41. Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. Parecer referente ao Processo-Consulta nº 2462/2016. Florianópolis: CRM-SC; 2016.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes: estudo de sociogênese [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso 12 fev 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3qOkobB>
43. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 [acesso 26 jan 2021];20(6):1690-9. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000600028
44. Oliveira JGS. O acolhimento na assistência especializada no estado do Acre: micropolítica e produção do cuidado em saúde [tese] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017 [acesso 26 jan 2021]. DOI: 10.11606/T.6.2017.tde-27062017-110416
45. Valadão PAS, Lins L, Carvalho FM. Problemas bioéticos no cotidiano do trabalho de profissionais de equipe de saúde da família. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em 26 jan 2021];15(3):725-44. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00080

Andrey Oliveira da Cruz - Graduado - andreyocruz@gmail.com

 0000-0002-6452-7077

Jene Greyce Souza de Oliveira - Doutora - jene.oliveira@ufac.br

 0000-0001-9274-7053

Correspondência

Andrey Oliveira da Cruz - Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina. Rua Esteves Júnior, 390, Centro CEP 88015-130. Florianópolis/SC, Brasil.

Participação dos autores

Ambos os autores colaboraram na revisão bibliográfica. Andrey Oliveira da Cruz redigiu o manuscrito. Jene Greyce Souza de Oliveira realizou a revisão crítica do manuscrito.

Recebido: 2.2.2021

Revisado: 4.11.2021

Aprovado: 16.11.2021