

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
BACHARELADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

VILLENEV VILELLA MUNHOZ GUAZINA

**AVALIAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM TELEMEDICINA NO
MUNICÍPIO DE CANOAS PARA ATENDER A FILA DE ESPERA DA ATENÇÃO
ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA**

Porto Alegre

2023

Villenev Vilella Munhoz Guazina

**AVALIAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM TELEMEDICINA NO
MUNICÍPIO DE CANOAS PARA ATENDER A FILA DE ESPERA DA ATENÇÃO
ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial à obtenção do título de
bacharel em Políticas Públicas do Instituto de
Filosofia e Ciências Humanas da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dra. Marília Patta Ramos

Porto Alegre

2023

"É só teimar. Levante a cabeça, olhe pra frente
e teima."

Dona Lindu

AGRADECIMENTOS

Em reconhecimento ao término deste TCC, devo meus agradecimentos a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que essa pesquisa fosse possível acontecer. Pode-se dizer que a realização deste trabalho se deu de forma coletiva, viabilizando a construção, desenvolvimento e finalização dessa pesquisa.

Agradeço inicialmente aos meus pais Sr. José e Sra. Elizia por terem me apoiado em toda minha trajetória profissional e pessoal, contribuindo na minha formação enquanto cidadão, ensinando princípios de respeito, humildade e responsabilidade.

Agradeço ao meu namorado por partilhar comigo a trajetória da construção deste trabalho desde sua concepção até a sua finalização, sempre me apoiando e incentivando a continuar.

Agradeço também a empresa BRS Healthcare, em especial, a Sra. Débora Santos, pela confiança, apoio e, principalmente, em conceder a oportunidade de integrar a equipe administrativa que permitiu que esse trabalho fosse possível. Nesse mesmo sentido, devo meus sinceros agradecimentos a Sra. Secretária Adjunta da Secretaria de Saúde de Canoas, Ana Macedo, pela sensibilidade e comprometimento em conceder a permissão para que essa pesquisa fosse desenvolvida. Por fim, agradeço também a minha orientadora, Dra. Marília Patta Ramos, pela contribuição na construção metodológica deste trabalho, sem ela o mesmo não seria possível.

Portanto, a todos os envolvidos na construção deste trabalho, novamente, meus sinceros agradecimentos pela contribuição para a construção deste trabalho. Gratidão!

RESUMO

O presente trabalho aborda a avaliação de resultados do Projeto Médico Online no atendimento à fila de espera por consulta na atenção especializada em cardiologia no Município de Canoas, especificamente analisando se houve relação causal entre o período de implementação do projeto com a redução do tempo médio de espera na fila por consulta em cardiologia no referido Município. Para tanto, o trabalho usou o método de desenho de séries temporais de Ignácio Cano, analisando o período antes da intervenção e durante a intervenção para mensurar os resultados obtidos através do Projeto no que se refere a análise do tempo médio de espera por consulta em cardiologia. Os testes aplicados para avaliação dos resultados foram os Teste T de Amostras Independentes e Correlação Bivariada de Pearson. Por meio dos resultados obtidos através destes testes foi possível inferir acerca da hipótese de que houve correlação inversamente proporcional entre a redução do tempo médio de espera na fila por consulta em cardiologia em relação aos dias por período entre os 78 casos extraídos e analisados. Mediante esses resultados obtidos foi possível traçar a convergência entre a literatura sobre avaliação de políticas públicas, fila de espera por consulta com especialistas e telemedicina no Brasil para aprofundar a análise acerca do atingimento dos objetivos do Projeto Médico Online, especificamente em relação a teleconsulta para atender a especialidade de cardiologia, em suprimir a demanda na fila de espera dessa especialidade demandada por atendimento no Município de Canoas.

Palavras-chave: Avaliação; Políticas Públicas; Telemedicina; Fila-SUS;

ABSTRACT

The present work deals with the evaluation of the results of the Online Medical Project in assisting the queue for consultation in specialized care in cardiology in the municipality of Canoas, specifically analyzing whether there was a causal relationship between the period of implementation of the project and the reduction in the average time of waiting in line for a cardiology consultation in that municipality. For that, the work used the method of drawing time series, analyzing the period before the intervention and during the intervention to measure the results obtained through the Project. The tests applied to evaluate the results were the T Test for Independent Samples and Pearson's Bivariate Correlation. Through the results obtained through these tests, it was possible to infer about the hypothesis that there was an inversely proportional correlation between the reduction in the average waiting time in the queue for a cardiology consultation in relation to the days per period among the 78 cases for periods extracted and analyzed. Through these results obtained, it was possible to trace the convergence between the literature on the evaluation of public policies, queuing and telemedicine in Brazil to deepen the analysis about the achievement of the objectives of the Online Medical Project, specifically in relation to Tele consultation to attend the specialty of cardiology, in suppressing the demand in the queue for this specialty required for care in the municipality of Canoas.

Keywords: Evaluation of Public Policies; Waiting List for Specialized Health Care; Telemedicine in Brazil

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição Médica por Capitais RMs e Interiores	41
Figura 2 - Distribuição Médica por unidades federativas.....	42
Figura 3 - Distribuição de Especialistas em Cardiologia por unidade da Federação	43

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Média de TME na fila de espera por consulta em dias	56
Gráfico 2 - TME na Fila de Espera por Consulta em Dias Por Ano	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tipos de Intervenção em Telessaúde	47
Quadro 2 - Objetivos Previstos com a Telemedicina	48

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	CONSIDERAÇÕES SOBRE O PERCURSO METODOLÓGICO	20
2.1	DESCRIÇÃO DE ETAPAS E ALTERAÇÕES METODOLÓGICAS REALIZADAS ..	20
3	AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA DISCUSSÃO TÉORICO-CONCEITUAL	22
3.1	CONCEITO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	22
3.2	AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	24
3.3	AVALIAÇÃO DE IMPACTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	26
4	FILAS DE ESPEPA POR CONSULTAS COM ESPECIALISTA NA REGULAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	29
4.1	TRAJETÓRIA, NORMAS E ESTABELECIMENTOS REGULATÓRIOS DO SUS NO BRASIL.....	30
4.2	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: CONCEITO E APLICAÇÃO NO SUS	32
4.3	POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO (PNR)	33
4.4	FILA DE ESPERA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA: UMA DISCUSSÃO TEÓRICO-CONCEITUAL, OPERACIONAL E GERENCIAL	35
4.5	SÍNTESE DA DISTRIBUIÇÃO DEMOGRÁFICA DE MÉDICOS NO BRASIL EM SÍNTESE	41
5	TELEMEDICINA NO BRASIL: CONTEXTO DE SURGIMENTO, MARCOS LEGAIS E ESTUDOS DE CASOS	44
5.1	INTRODUÇÃO DA TELEMEDICINA NO BRASIL ENQUANTO TICS EM SAÚDE	44
5.1.1	Modalidades, tipologias e objetivos previstos na Telemedicina	47
5.2	LINHA TEMPORAL DE MARCOS LEGAIS QUE REGULAMENTARAM A TELEMEDICINA NO BRASIL	49

5.3 ESTUDOS DE CASOS: TELESSAÚDE BRASIL REDES, PROJETO TELE MINAS SAÚDE E REDE UNIVERSITÁRIA DE TELEMEDICINA	50
6 RESULTADOS	55
6.1 Comparação entre médias por período com e sem Projeto Médico Online	55
6.2 QUADRO MATRIZ DE CORRELAÇÃO DE PEARSON.....	57
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

1 INTRODUÇÃO

A demanda reprimida das filas de espera por consulta com especialistas na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é um fenômeno presente na Regulação da Saúde do país há, pelo menos, uma década sendo uma realidade enfrentada pelos usuários do SUS que demandam atendimento e acompanhamento para a resolução de seus quadros clínicos. Os princípios universalistas do SUS têm como base o disposto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 que prevê o direito ao atendimento universal, integral e igualitário, cabendo ao Estado executar, “por meio de políticas sociais e econômicas, a prestação de serviço e assistência à saúde para a população” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, Art. 196). Direito este que se viu ainda mais distante no sentido do seu cumprimento em virtude dos recentes acontecimentos da contemporaneidade, que ainda possuem resquícios de seus impactos no SUS por conta do contexto pandêmico que pressionou todo o sistema de saúde a dar prioridade ao combate a crise humanitária em virtude do novo Coronavírus SARS-CoV-2 por meio de ações voltadas ao distanciamento e isolamento social.

Neste contexto de considerável quantitativo de pacientes que aguardam atendimento na atenção especializada na rede do SUS no período pré pandemia, com a chegada do período pandêmico, o agravamento deste quadro tornou-se ainda mais evidente. Segundo matéria do Jornal Zero Hora, de 13 de janeiro de 2022 sobre “Fila do SUS em Porto Alegre ‘a fila cresceu 117,40%. Quando se intensificou o isolamento social em março de 2020, eram 42.500 requisições aguardando chamado. Atualmente, o conjunto é mais que o dobro deste tamanho’ (GAÚCHA ZERO HORA, 2023). Diante da portaria de nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 que declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN), entre outras medidas de políticas públicas, visando a contenção da circulação social (BRASIL, Portaria nº 188/2020), deu-se enfoque aos atendimentos emergenciais e de combate ao coronavírus. Neste cenário, concomitantemente, surgiu o debate entre as arenas dos campos acadêmicos, governamental e empresarial sobre a formulação de alternativas que visassem a resolução do problema público do elevado número das filas de espera por procedimentos pelo SUS. A partir deste movimento, propiciou-se a introdução da agenda da telemedicina como Tecnologia da Inovação e Comunicação (TIC) de interesse público para os governos. A introdução das TICS no escopo dos atendimentos do SUS e rede privada poderia servir como uma alternativa para suprimir o gargalo das filas de espera, com capacidade de atendimento a demandas reprimidas, otimizando a capacidade dos atendimentos e reduzindo os riscos de exposição de profissionais da saúde ao

contágio. Foi neste sentido que se viu uma janela de oportunidade para debater este assunto no fluxo da agenda de Governo, no sentido de pautar a inovação em TIC, no âmbito da saúde no Município de Canoas, que enfrentara este problema. Portanto, a Prefeitura lançou o edital de número 249/2021 com o objeto de realizar a “contratação de empresa especializada em tecnologia em saúde para prestação de serviços de Tele consulta, com o apoio, logística e operacionalização das consultas médicas especializadas e serviço de Tele laudo para exames de eletrocardiograma” (CANOAS, 2021). A data inicial da implementação do projeto deu-se no dia 01 de fevereiro de 2022 (CANOAS, 2022).

O projeto da Prefeitura de Canoas de nome Médico Online foi criado a partir da necessidade do atendimento as filas de espera por consulta com especialista, e contou com a participação da Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão (SMPG) em parceria com uma empresa privada, sendo, portanto, uma parceria público-privada. O objetivo, em síntese, é de atender as filas de espera por consulta na atenção especializada no Município de Canoas em relação às especialidades, inicialmente, cardiologia adulto, dermatologista adulto e neurologista em tele consulta. Ainda, a contratação de empresa especializada em saúde prevê o atendimento à demanda por exame eletrocardiograma (ECG) por meio de telelaudo. Sendo de responsabilidade da empresa contratada toda a logística para a operacionalização destes atendimentos, desde maquinário e equipamentos até o software onde ocorrem as teleconsultas (CANOAS, 2021).

Os atendimentos às filas de espera e exames ECG ocorrem em cinco unidades previstas para o atendimento escolhidas pela Prefeitura, sendo elas em cinco pontos estratégicos na cidade de Canoas, estas unidades estão localizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS). A distribuição dessas cinco unidades é: UBS Santa Isabel, UBS Cerne, UBS Caic e UBS Fátima. Inicialmente, após a celebração do acordo e início do projeto, em fevereiro de 2022, a vigência do contrato de prestação de serviço, conforme descrito no edital era de um ano a contar a partir da data de assinatura do mesmo (Canoas, 2021). Entretanto, vê-se que, até o momento da publicação deste trabalho, o contrato de prestação de serviço em telemedicina através do Projeto Médico Online foi prorrogado, haja vista recente notícia publicada no site da Prefeitura no dia 03/07/2023, noticiando a ampliação de mais uma unidade de atendimento em telemedicina, unidade de nome UBS União. Além disso, vê-se que o rol de especialidades atendidas no projeto foi ampliado, agora atendendo também pediatria, além dessa especialidade em notícia anterior a essa matéria, foi publicado a ampliação para atender também neuropediatria. (Canoas, 2023). Atualmente, o projeto atende em tele consulta nove especialidades, ou seja, desde o

início da implementação do Projeto Médico Online, foi estendido o rol de especialidades atendidas em tele consulta para mais seis, além das três especialidades iniciais previstas para atendimento.

A justificativa da promulgação do edital de número 249/2021 se deu pelo conjunto de três elementos: a) contexto pandêmico no mundo e as implicações da adoção de instrumentos normativos pelo Governo visando a contenção ao vírus no âmbito dos atendimentos não emergenciais em Canoas. b) discussão entre diferentes níveis de instituições como a Organização Mundial de Saúde (OMS) na formulação de alternativas que visassem a minimização dos efeitos de medidas restritivas em sistemas de saúde de diferentes níveis governamentais nos países, assim como, seguindo este movimento internacional, o estabelecimento normativo que regulou a telemedicina no Brasil como suporte para operacionalização dos atendimentos diante do cenário de contenção social. E, por fim, c) o elevado número de pessoas aguardando em filas de espera por atendimento de procedimentos em Canoas que totalizam 43.482 pessoas (CANOAS, 2021).

Assim, considerando o diagnóstico de consultas especializadas, exames e cirurgias realizado pela Diretoria de Regulação, Controle, Auditoria e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, no momento desta pesquisa, foram encontradas 43.482 pessoas aguardando consultas especializadas, entre consultas iniciais e consultas de retorno (CANOAS, 2021).

Tendo em vista este considerável quantitativo de pessoas (43.482) aguardando por procedimentos em Canoas, conforme descrito na citação acima extraída do edital 249/2021, - a qual não especifica o período de extração deste dado quantitativo sobre a fila de espera - especialmente na atenção especializada em consultas iniciais e consultas retorno que o referido Município elaborou a criação do projeto Médico Online para atender a demanda reprimida por consultas com especialistas e a realização de exames eletrocardiogramas. Portanto, a problemática em questão, objeto de pesquisa deste trabalho, é justamente o olhar sobre os resultados da prestação de serviço em teleconsulta no atendimento das filas de espera de cardiologia adulto. Para tanto este trabalho visa responder: houve redução no tempo de espera por consulta em cardiologia adulto em Canoas até o momento? A implementação do Projeto Médico Online, especificamente nesta especialidade, está atingindo o objetivo de atender essa fila de espera por meio de teleconsulta?

Para responder tais questionamentos, este trabalho tem como objetivo principal avaliar os resultados da prestação de serviço em telemedicina para atender à filas de espera por consulta na especialidade de cardiologia adulto em Canoas no que se refere à mensuração do tempo

médio de espera para consulta dessa especialidade. Ainda, este trabalho visa pesquisar o fenômeno das filas de espera por consulta com especialista no Brasil, a introdução da agenda da telemedicina no país com o advento da pandemia, contextualizando este cenário macro com o caso da Prefeitura de Canoas a partir da análise de resultados da intervenção em telemedicina. Para atingir este objetivo, esta pesquisa visa reunir conhecimentos interdisciplinares coletados em pesquisa bibliográfica sobre as filas de espera por consulta no Brasil, telemedicina e avaliação de políticas públicas para a construção deste trabalho.

Para realizar a avaliação de resultados deste trabalho foi concedida a autorização de extração de relatórios de dados da saúde pelo sistema de nome “Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde” (SIGSS) utilizado pela Secretaria da Saúde de Canoas. A concessão dessa autorização foi dada por meio de processo administrativo de número 00012300/2023-1 junto à Prefeitura de Canoas para acesso às informações quantitativas acerca da fila de espera por consulta da atenção especializada na especialidade médica, Médico Cardiologista Adulto com a classificação de risco do tipo normal¹, categoria essa utilizada para classificar o grau de complexidade que prevê o atendimento. A especialidade da fila de espera Médico Cardiologista Adulto nessa classificação de risco do tipo normal começou a ser atendida em teleconsulta a partir do início do Projeto Médico Online em 01 de fevereiro de 2023, estando em fase de implementação até o momento da publicação desta pesquisa, ou seja, a fila de espera dessa especialidade ainda está em atendimento por teleconsulta.

O método desta presente pesquisa é do tipo quase experimental que em síntese significa que nesta pesquisa não houve distribuição aleatória dos sujeitos pelos tratamentos, nem grupos-controle. O emprego de análise dos dados extraídos foram segmentados em Excel para fins de organização e construção de um banco de dados. Pretendeu-se, com a obtenção deste banco de dados verificar o tempo médio de espera (TME) na fila por consulta na especialidade de Médico Cardiologista Adulto por mês entre o período de janeiro de 2017 até junho de 2023. Assim, foi possível obter o total de 78 casos, atribuídos com base na extração por mês de janeiro de 2017 até junho de 2023 que verifica o TME entre o encaminhamento para a fila de espera até o agendamento da consulta com o especialista e, como saída, a data do agendamento da consulta

¹Entende-se por classificação de risco conforme utilizado pelo SUS, tendo como o base o conceito de classificação de risco como sendo “um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (ABBÊS; MASSARO, 2004)”. Ainda a classificação de risco segue um protocolo internacional que designam 5 cores para classificação de risco, sendo elas: vermelho, amarelo, verde e azul, nessa ordem de prioridade. Nesse sentido, o emprego de classificação de risco do tipo “normal” faz alusão a pacientes de classificação do tipo azul e verde.

a ser realizada. Compreende-se, também, que o agendamento de consulta, é um indicador que pressupõe a existência de outros subindicadores, isso porque o desfecho do agendamento da consulta varia conforme o “status da consulta”, podendo este ser realizado, cancelado, desmarcado, ainda, nesse sentido, o agendamento da consulta pode gerar o status de falta, caso o paciente não compareça na consulta, por exemplo. Entretanto, como medida relevante que compõe o escopo de análise deste trabalho, o que se pretende olhar é o agendamento da consulta em relação à fila, independente do status da mesma, ou seja, o TME entre fila e consulta especializada.

A comparação entre o TME na fila por consulta nos períodos antes da intervenção e durante da intervenção do Projeto Médico Online teve como objetivo verificar se há correlação inversamente proporcional e se a mesma é estatisticamente significativa. Assim, foi possível verificar se há uma relação causal entre o período de implementação do Projeto Médico Online com a efetiva redução do TME na fila por consulta com o especialista em cardiologia.

Foram extraídos relatórios sintéticos que trazem a informação temporal do TME na fila por consulta com o especialista em cardiologia adulto por mês. O período de análise e extração, em relação à fila de espera, considerou desde o início da espera que, segundo relatório extraído, há o registro inicial no ano de 2016 com menos de dez encaminhamentos, por isso optou-se por utilizar o dado a partir do ano de 2017. Logo, a data inicial da extração foi 01/01/2017, já a data final de extração foi 30/06/2023.

As variáveis usadas neste trabalho foram uma variável independente e uma dependente. Como variável independente, dias por períodos em relação ao mês, considerando, portanto, o período de 30 em 30 dias corridos. Já a variável dependente como sendo o TME na fila por consulta em dias. Entende-se como variável dependente o tempo médio na fila de espera devido a relação temporal entre entrada e saída da mesma em relação ao tempo que é o resultado entre o encaminhamento para consulta na referida especialidade até a realização do agendamento do procedimento a ser realizado, sendo este processo entre entrada e saída dinâmico e, portanto, uma variável dependente. Isso porque variáveis dependentes nada mais são que elementos que são influenciados ou afetados pelas mudanças em relação as variáveis independentes. No caso desta pesquisa, entende-se, que a relação temporal de dias por períodos afeta o TME na fila por consulta em dias nos períodos antes e durante o Projeto Médico Online. Ainda, essa pesquisa usou como unidade de análise o período, sendo ele mensurado por ano e mês em relação as variáveis.

O delineamento usado nessa pesquisa é o dito “desenho de séries temporais” de Ignácio Cano que se enquadra metodologicamente na aplicação dessa pesquisa. Nesse delineamento de pesquisa é possível medir impacto em relação a eventos de forma temporal, após os períodos da intervenção de determinado programa/projeto. A série temporal de antes da intervenção do programa/projeto pode ser considerada, segundo previsto nesse modelo, como uma espécie de substituição do grupo controle na aplicação de uma pesquisa, tendo em vista que se compara a relação temporal antes da intervenção acontecer, isolando, portanto, o efeito que se quer analisar após a intervenção do programa/projeto em questão (CANO, 2006).

Para realizar as análises e inferências estatísticas, utilizaram-se métodos de análises descritivas através da aplicação de Teste T de Amostras Independentes para extrair média e desvio padrão entre a variável TME na fila por consulta em cardiologia em relação ao período com e sem intervenção do projeto. Ainda, foram aplicados testes de correlação de Pearson entre as variáveis TME na fila por consulta e dias por período. Foram realizados, também, testes não paramétricos, tendo em vista que as distribuições do desvio padrão foram altas, isto é, não são medidas de distribuições normais para rejeitar a hipótese nula de que não houve diferença entre as médias. Ambos testes descritos acima foram feitos sob o uso do software IBM SPSS Statistics 20.

A metodologia aplicada neste estudo teve como objetivo, por meio dos resultados obtidos, avaliar o atingimento da meta o Projeto Médico Online em atender a demanda reprimida da fila de espera por consulta na especialidade de cardiologia adulto no que tange ao TME na fila de espera por consulta com o especialista, afim de analisar as ações empregadas para atender a demanda reprimida da fila de espera na atenção especializada por meio da tele consulta.

A construção deste trabalho discorreu acerca da discussão entre dois grandes temas, sendo estes: as filas de espera na atenção especializada no Brasil e a introdução da telemedicina na agenda governamental no país. Com base na literatura encontrada destes temas, no Brasil, percebe-se a necessidade do avanço de pesquisas que elucidem estudos de casos sobre o dimensionamento das filas de espera por consultas com especialistas no SUS e as implicações da falta de acesso à saúde na atenção especializada no país. Segundo Siqueira² “estudos sobre

²A autora cita que estudos sobre a fila de espera são demasiadamente escassos no Brasil, fazendo uma defesa em seu artigo da importância de se olhar para este problema para mensurar a probabilidade de absentismo em virtude do tempo de espera pelo procedimento. Ela cita, ainda, que fila de espera é um problema que costuma estar presente em outros trabalhos da área da saúde (SIQUEIRA, 2010).

a fila de espera são escassos no Brasil” (p.12, 2010), ainda segundo recente publicação do estudo disponibilizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre telemedicina na cardiologia, a avaliação de estratégias em saúde que adotaram a telemedicina, nota-se a dificuldade de acesso a estudos de casos que avaliaram a adoção de estratégias em saúde por meio da telemedicina, segundo a revisão sistemática acerca de tal tema (DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE TELEMEDICINA NA CARDIOLOGIA, 2019). A escassez de literatura do tema avaliação da implementação de ações voltadas a saúde que utilizaram a telemedicina no Brasil impõe limites de análise neste trabalho.

O olhar sobre a temática das filas de espera por procedimentos especializados no SUS, assim como a implementação de políticas públicas sob a luz do uso de TICs para resolução deste problema é algo, portanto, pouco explorado no Brasil e que demanda atenção entre os gestores de políticas públicas de saúde no país. A avaliação de resultados do projeto Médico Online na referida especialidade deste trabalho se propôs, justamente, contribuir cientificamente com o tema da avaliação do uso de TICs na área da saúde, tema ainda pouco explorado. A existência deste trabalho tem como finalidade a produção e exercício científico de relevância social, pois visa mensurar os resultados da ação com a telemedicina no Município de Canos para atendimento as consultas na fila de espera de Cardiologista Adulto. Portanto, esta pesquisa justifica-se no esforço para contribuir academicamente com o assunto, através deste estudo avaliativo de um problema público ainda não avaliado. Ainda, por ser um estudo até então pioneiro pelo encontrado em pesquisa bibliográfica em relação ao tema de avaliação de resultados de prestação de serviço em telemedicina a nível governamental para lidar com filas de espera no SUS. Por fim, por ser também um estudo que, talvez, possa impulsionar novos estudos na área de políticas públicas e/ou em outras áreas sob a temática da telemedicina no enfrentamento de problemas voltados ao acesso a saúde no Brasil.

A organização deste trabalho está composta por sete capítulos além desta introdução, divididos entre seções e subseções, são eles: percurso metodológico; teoria sobre políticas públicas e avaliação de políticas públicas; o fenômeno das filas de espera na atenção especializada no SUS do Brasil; os avanços da telemedicina no país enquanto TIC; os resultados com a intervenção em telemedicina na prestação de serviço no Município de Canoas; e as considerações finais da construção deste trabalho.

No segundo capítulo, é apresentado em síntese o percurso metodológico para construção deste trabalho. Neste capítulo foram discutidos as principais dificuldades encontradas e os meandros que impuseram limites no desenvolvimento e análise deste trabalho.

No terceiro capítulo, são apresentados os conceitos de políticas públicas, ciclo de políticas públicas, especificamente avaliação de políticas públicas e, por fim, o que diz a literatura sobre avaliação de impacto e a discussão entre esta temática com o diálogo do objeto deste trabalho que usa justamente este instrumento de análise para verificar os resultados obtidos com a política pública realizada pelo projeto Médico Online em Canoas no período de um ano.

No quarto capítulo, são apresentadas as discussões encontradas na bibliografia especializada sobre a temática do fenômeno das filas de espera por consulta com especialista na Regulação da Saúde no Brasil. Antes disso, será exposta uma breve trajetória sobre o SUS, os marcos legais que constituem a Regulação da Atenção à Saúde e demais mecanismos legais e normativos que compõe o SUS. Ademais, é exposto, com base no Censo Demografia Médica no Brasil do ano de 2023, a distribuição de médicos no Brasil, que é, segundo Guia³ Eletrônico da Regulação à Saúde do Brasil, uma das causas que geram o fenômeno das filas de espera por consultas com especialistas no país.

No quinto capítulo, são apresentados os avanços da telemedicina no país enquanto TIC, é tratado de forma sucinta o conceito de TIC e seu emprego no âmbito da saúde enquanto estratégia de gestão e inovação. Ainda, serão apresentados, de forma temporal, os marcos legais e normativos que culminaram na regulamentação da telemedicina no Brasil. Por fim, são expostos estudos de casos de práticas que adotaram o uso de telemedicina para qualificar e transmitir informações entre profissionais de saúde em diferentes níveis de operação de sistemas de saúde na rede pública do SUS.

No sexto capítulo, são apresentados os resultados obtidos com a intervenção em telemedicina em Canoas, através do Projeto Médico Online, atendendo a especialidade de Cardiologia Adulto durante a prestação deste serviço no referido Município de Canoas.

No sétimo capítulo, são apresentadas as considerações frente aos resultados e as temáticas envolvidas na construção deste trabalho, visando descrever, em síntese, a relevância e a contribuição deste estudo acerca do tema das filas de espera na atenção especializada e o uso da telemedicina para resolver tal problema no Brasil.

³ Guia Eletrônico da Regulação da Saúde é uma espécie de “manual de informações” acerca de conceitos, processos, procedimentos entre outras explicações relacionadas a Regulação da Saúde no Brasil. O mesmo se encontra disponível em https://wiki.saude.gov.br/regulacao/index.php/Orienta%C3%A7%C3%B5es_para_Gest%C3%A3o_da_Fila_de_Espera.

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico deste presente trabalho encontrou “entraves” não previstas durante a construção do projeto de pesquisa que dificultaram o desenvolvimento do mesmo no que se refere ao banco de dados, bem como no recorte a ser aplicado para construído trabalho. Inicialmente, ainda no projeto de pesquisa, o objetivo geral era de avaliar os resultados com telemedicina em atender a demanda por consulta com especialista em cardiologia adulto. Além disso, como objetivo específico, o projeto visava verificar o TME por consulta retorno com e sem tele eletrocardiograma (ECG) para confirmar a hipótesede que pacientes que aguardavam a realização do agendamento de exames pela Regulação da Saúde de Canoas, que entraram na fila de espera por consulta com especialista, acabaram por ser excluídos da mesma em razão de desistência devido ao TME para marcação do procedimento. Ou seja, analisar os indicadores de motivos de exclusão de pacientes e correlacioná-los com o TME para marcação do procedimento. Para tanto, este capítulo irá ilustrar resumidamente as considerações que levaram a alterações de técnicas de pesquisa visando alinhar corretamente o desenho metodológico da pesquisa.

2.1 DESCRIÇÃO DE ETAPAS E ALTERAÇÕES METODOLÓGICAS REALIZADAS

Foi concedida autorização para extração de relatórios referente a consultas, filas de espera e exames. Entretanto, durante o período da autorização de extração de dados no sistema de saúde identificaram-se dificuldades na obtenção de informações em relação aos relatórios disponíveis para realizar a pesquisa, impondo limites de análise e, até mesmo, impossibilitando a continuidade de parte deste trabalho, especificamente em relação ao objetivo específico, em virtude dos dados disponíveis e tempo hábil para compilação e análise dos mesmos. Inicialmente o projeto previa analisar até o período de um ano de intervenção em telemedicina, ou seja, até a data de 01 de fevereiro de 2023. Mas, tendo em vista o número de casos relativamente pequeno, optou-se por considerar mais períodos de extração para ter uma amostra maior de casos, considerando então até o período de 30 de junho de 2023.

Diante desses desafios, o percurso metodológico encontrou duas frentes que impuseram limites de análise e a necessidade de alteração da técnica de pesquisa usada, sendo estes desafios: a) inconsistência entre relatórios extraídos no sistema no que se refere aos dados contidos no mesmo apontando informações divergentes. b) a expertise para sistematizar os relatórios e organizar o banco de dados.

Inicialmente, em relação às inconsistências encontradas nos relatórios de consultas e fila de espera, evidenciou-se a necessidade do uso de relatórios do tipo analítico, tendo em vista que este tipo de documento sintético - sem informação descritiva em relação ao quantitativo – não poderiam ser usados na compilação do banco de dados e, por isso, optou-se pelo uso do tipo analítico dessas informações. Entretanto, identificou-se também que os relatórios de fila de espera - mesmo aplicando filtros de tipificação em relação a situação da fila de espera – possuíam valores duplicados de pacientes em relação a data de entrada do mesmo. Objetivamente, em relação a este último relatório, viu-se que na tipificação de situação entre “agendado”, “finalizado” e “em espera e autorizado”, constava o mesmo paciente com mais de uma data de entrada na fila de espera no período de extração de janeiro de 2017 até 30 de junho de 2023. Nesse mesmo sentido, foi identificada a duplicação de pacientes em relação ao relatório de consultas, mesmo tipificando a diferenciação por tipo de procedimento na extração, considerando o procedimento primeira consulta e status consulta realizada no período de extração de janeiro de 2017 até 30 de junho de 2023.

Em suma, diante do que aqui foi exposto, foi feito um ajuste na técnica de pesquisa para considerar, portanto, somente a variável TME em dias na fila por consulta por mês a partir de janeiro de 2017 até junho de 2023. Isso foi possível através da extração de relatório "Tempo Médio de Espera" disponível no SIGSS Canoas em relação a relatórios de fila de espera por consulta com especialista em cardiologia adulto.

Foram comparadas as médias de dias na fila de espera para dois períodos, antes e após o Projeto Médico Online. Para tanto, foi criada uma variável dicotômica para distinguir, por meio de "0" e "1", o TME na fila por consulta com cardiologista em relação ao período antes da intervenção do Projeto (0) e durante a intervenção do projeto (1).

3 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA DISCUSSÃO TEÓRICO-CONCEITUAL

Este capítulo elucida os conceitos de políticas públicas, ciclo de políticas públicas, especificamente na fase de avaliação, bem como aborda o conceito de avaliação de impacto. Estes conceitos estão presentes no processo que permeia as políticas públicas e servem como referenciais teóricos que consolidam esta área dentro do escopo das ciências sociais aplicadas. Portanto, este capítulo elucidou a definição destes conceitos descritos acima com vistas ao direcionamento e exposição do modelo analítico usado para fundamentar esta pesquisa no que se refere ao emprego teórico-conceitual utilizado para se debruçar e municiar a construção deste trabalho.

Este capítulo está dividido em três seções, sendo estas: a) a exposição do conceito de políticas públicas e ciclo de políticas públicas; b) o que a literatura específica sobre avaliação de políticas públicas; e, por fim, c) o conceito de avaliação de impacto de políticas públicas e o emprego deste modelo analítico para com o objeto de pesquisa deste trabalho.

3.1 CONCEITO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O conceito de políticas públicas abrange um espectro abrangente entre diferentes áreas, conseqüentemente gerando distinções conceituais entre os autores nas definições e aplicabilidades deste conceito. Trata-se de um campo holístico e multidisciplinar nas ciências sociais que possui mais de uma tipologia e emprego conceitual a depender do tipo de abordagem utilizada. Os estudos das políticas públicas provêm da *policy sciences*, conceito criado por Lasswell, em 1951 que descreve o estudo das políticas públicas como uma ciência aplicada (ROSA, LIMA, AGUIAR, 2021). Neste sentido, o surgimento das políticas públicas nasce da necessidade do aprofundamento sobre a temática das ações formais e informais para lidar com fenômenos sociais sob um olhar técnico e aplicado. Sendo estes fenômenos sociais o que podemos chamar de “problema público” para exemplificar a definição de políticas públicas.

Políticas públicas denotam ação e isto é consensual na literatura. Do ponto de vista técnico entende-se este conceito como sendo “o conjunto de programas ou ações governamentais necessárias e suficientes, integradas e articuladas para a provisão de bens ou serviços à sociedade, dotada de recursos orçamentários ou de recursos oriundos de renúncia de receitas e benefícios de natureza financeira e creditícia” (IPEA, p. 18, 2018). Já do ponto de vista teórico-conceitual, podemos citar Peters 2015 que define políticas públicas “como o

conjunto de atividades que os governos empreendem com a finalidade de mudar sua economia e sociedade” (ROSA, LIMA, AGUIAR, 2021). Ou como Dye (1984) que define política pública como o que o governo escolhe fazer ou não fazer e o de Laswell (1951), no que se refere às decisões e análises sobre política pública no entendimento delas nas soluções de problemas. Ainda sobre o campo decisório, Saraiva (2006) suscita que “uma política pública envolve um fluxo de decisões públicas orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar a realidade” (ROSA, LIMA, AGUIAR, p. 14, 2021).

Em suma, o emprego do conceito de políticas públicas no âmbito governamental denota ação sobre determinado problema público do qual pretende-se resolver. Há ainda um ordenamento organizacional por trás da ação de se resolver causas que ocasionam problemas públicos, nesse sentido há um processo que envolve as políticas públicas, desde a percepção do problema e demanda por sua resolução até o momento da entrada na agenda governamental, que pode resultar ou não na implementação de ações voltadas ao enfrentamento das causas que originam o problema a ser enfrentado. Nesse sentido, há uma estrutura organizacional que no campo das públicas chama-se ciclo de políticas públicas.

De acordo com Secchi (2012), o ciclo de políticas públicas é “um esquema de visualização e interpretação que organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes” (p. 33). Na literatura deste campo, apesar de haver autores que discutem a sequência e quantidade de ciclos de vida das políticas públicas, Secchi aponta as sete principais fases, sendo elas: identificação do problema; formação de agenda; formulação das alternativas; tomada de decisão; implementação; avaliação e extinção. Esta visão sob ciclos de uma política pública denota a presença de processos que tem por finalidade estruturar as etapas destes procedimentos, servindo como instrumento de análise das etapas destes processos, sendo assim:

O ciclo é uma ferramenta analítica que apresenta a política pública como uma sequência de etapas distintas, porém interdependentes, guiadas por lógicas relativamente diferentes (Muller & Surel, 2002). Lasswell (1956) delineou uma abordagem para a análise das políticas públicas que propunha observá-las como um processo, ou seja, como um conjunto interrelacionado de estágios por meio dos quais os temas e as deliberações fluem de forma mais ou menos sequencial, dos inputs (problemas) aos outputs (políticas públicas) (Howlett, 2011) (apud ROSA, LIMA, AGUIAR, p. 46, 2021).

Ainda sobre o conceito de ciclo, é consenso dentro do campo das públicas de que os ciclos das políticas públicas alteram-se entre si, ou seja, as fases das políticas públicas, empiricamente, não acontecem como algo cíclico. Não há um padrão sequencial uniforme destas fases, logo, este modelo de ciclo no disposto do parágrafo acima, trata-se como uma

referência organizacional para compreensão e aplicação de análises sob uso de etapas procedimentais que envolvem os diferentes momentos dos ciclos de políticas públicas.

3.2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A etapa da avaliação de políticas públicas está presente no ciclo de políticas públicas e é a uma etapa de extrema relevância para o que se pretende formular e implementar, visto que a avaliação é justamente o diagnóstico do desempenho das ações empregadas no desenho das políticas públicas. Secchi (2012) descreve com base em Anderson (1979) que “a avaliação da política pública é o processo de julgamentos deliberados sobre a validade de propostas para a ação pública, bem como sobre o sucesso ou a falha de projetos que foram colocados em prática” (p. 49, 2012). O exame da avaliação de desempenho da política pública também é feito por meio de “feedback” através da coleta das ações formuladas e implementadas no desenho da política pública (SECHI, 2012).

Secchi (2012) descreve ainda os três momentos da avaliação que categorizam a performance da política (performance standards), sendo este os critérios, indicadores e padrões da política pública. O emprego destes critérios na avaliação tem como objetivo analisar a eficiência e eficácia para verificação do atingimento dos objetivos propostos no desenho da política. Ainda segundo o referido autor (2012) descreve como eficiência em dois âmbitos, o ponto de vista econômico e administrativo. No ponto de vista econômico, segundo abordagem do autor, a aplicação de recursos serve para a implementação deste serviço e a produtividade. Já a eficácia propõe olhar para o cumprimento das metas/objetivos que foram estabelecidos na implementação da mesma. Essas duas dimensões têm como objetivo avaliar os aspectos técnicos e gerenciais do desenho da política pública, afim de contribuir para o desenvolvimento da avaliação desta ação.

Para mensurar o atingimento dos objetivos, Secchi (2012) suscita que a avaliação dos mesmos é feita sob uso de indicadores atrelados à política, que na literatura de avaliação de políticas públicas são denominados como *inputs* e *outputs* que buscam analisar a situação atual, também chamada de status quo dos indicadores na entrada e saída dos programas/políticas. Ou seja, o status quo antes e depois das ações voltadas ao enfrentamento do problema. Ademais, o autor descreve a existência de um indicador de resultados (outcome) que por finalidade é utilizado para mensurar o efeito da ação sobre os beneficiários da política (policytakers) (SECHI, 2010).

Ainda sobre a literatura da fase da avaliação de políticas públicas, Ramos e Shabbach (2022) dissertam no artigo “O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil” que há distinções entre abordagens e usos deste conceito no ciclo de políticas públicas. Argumentam também sobre a objetividade desta fase no que se refere a verificação do enquadramento das ações implementadas após ou durante o andamento da política pública com vistas ao cumprimento dos objetivos e metas estabelecidas na formulação da política em questão.

Não existe uma única definição de avaliação. Para Costa e Castanhar (2003), trata-se do exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa, finalizado ou em curso, que contemple seu desempenho, implementação e resultados, tendo em vista a determinação de sua eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e relevância de seus objetivos. É uma atividade permanente e não restrita à etapa final do ciclo da política pública (que inclui as fases: definição da agenda, formulação, implementação e avaliação), que informa sobre seus avanços e limites. “O propósito da avaliação é guiar os tomadores de decisão, orientando-os quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa” (apud RAMOS e SHABBACH, p. 2, 2012).

Autores como Faria (2005), no artigo “A política da avaliação de políticas públicas”, dissertam sobre a avaliação de políticas, elucidando a trajetória que consolidou o campo da etapa da avaliação das políticas públicas, como sendo eminentemente técnico e que serve como instrumento político para validar ações tomadas por governos. A produção de avaliações de políticas públicas nesse sentido é justamente um instrumento de análise e acompanhamento das ações tomadas a partir da política. A avaliação tem sido, usualmente, classificada em função do seu *timing* (antes, durante ou depois da implementação da política ou programa), da posição do avaliador em relação ao objeto avaliado (interna, externa ou semi-independente) e da natureza do objeto avaliado (contexto, insumos, processos e resultados)” (Cotta, 2001).

Os estudos avaliativos tinham originalmente um acentuado viés top-down⁴ no sentido formal da política pública, sendo via de regra encarados como ferramenta de planejamento destinada aos formuladores de políticas e aos gerentes de mais alto escalão. Nesse sentido, partia-se da premissa que os resultados da avaliação seriam “automáticos” e necessariamente encampados pelos tomadores de decisões para a melhoria da política ou do programa em questão. A discussão acerca do uso da avaliação restringia-se, assim, ao que hoje se denomina como uso “instrumental”. Logo, percebeu-se - uma vez que se avolumavam as evidências de

⁴ Segundo a literatura de políticas públicas, o modelo top-down de implementação de políticas públicas são ações dos tomadores de decisão da esfera governamental, ou seja, a política sendo gerida dentro da esfera de governo por meio de atores formais.

que o esperado efeito de feedback da avaliação era frequentemente obstruído - a flagrante ingenuidade das expectativas de se produzir “melhores e mais sábias decisões” com base apenas na realização da avaliação (FARIA, p.100, 2005).

Ainda sobre o termo feedback, é importante dizer que o mesmo serve como mecanismo de monitoramento de políticas públicas, visto que interessa como processo avaliativo das ações empregados pelos governos em determinadas políticas para municiar a tomada de decisão dos próprios formuladores da política. Podemos observar, portanto, a importância da produção dos feedbacks no aperfeiçoamento e transparência das ações de Governo por meio das políticas:

A avaliação produz informações sobre diversos aspectos das políticas públicas. De forma específica, tais informações fornecem feedbacks para decisoras, decisores, gestoras e gestores. Se tais atores utilizarem estas informações para qualificar os processos das políticas, tem-se um processo de aprendizagem. Sobretudo, as informações produzidas promovem transparência e permitem o controle social (Arretche, 2001), possibilitando que governantes sejam responsabilizados por suas decisões e ações (Ramos & Schabbach, 2012) (apud ROSA, LIMA, AGUIAR, p. 80, 2021).

Pode-se inferir, diante do que aqui foi elucidado nesta seção em face da revisão bibliográfica da discussão deste tema entre diferentes autores que dissertam sobre avaliação de políticas públicas que, em síntese, há uma convergência na literatura deste tema no sentido da finalidade e relevância da fase da avaliação no âmbito das políticas públicas. Isso porque, no que se refere a avaliação de políticas públicas, entende-se que esta atua como um instrumento de validação das ações empregadas numa determinada política, sob o uso de técnicas de monitoramento e avaliação que visam o aperfeiçoamento ou extinção das mesmas.

3.3 AVALIAÇÃO DE IMPACTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A avaliação de políticas públicas pressupõe a existência de três tipos de conferência que configuram distintos momentos da avaliação, sendo estes: antes da implementação da política, (*ex ante*), durante a implementação da política (*in itinere*) e depois da implementação da política (*ex post*). Nestes três momentos há presença de três classificações destas avaliações, sendo elas: processo, resultado e impacto (ROSA, LIMA, AGUIAR, 2021).

Para fins de análise e emprego do objeto de pesquisa deste trabalho, utilizou-se a classificação de avaliação de resultados, haja vista que o Projeto Médico Online ainda está em andamento, ou seja, está na fase de implementação, portanto, conceitualmente a avaliação de resultados, ou *in itinere*, se enquadra no escopo do objeto de pesquisa do trabalho.

A avaliação de impacto pressupõe mudança social, ou seja, inferir se há mudanças nos beneficiários de um determinado programa em razão de sua intervenção. Em síntese, significa dizer que a avaliação de impacto nada mais é que a verificação do grau de impacto social após a intervenção da política/programa:

Avaliações de impacto: buscam verificar se ocorreu ou não mudança na realidade social a partir da implementação da política, trata-se, então, de uma avaliação de efetividade. É uma avaliação complexa, porque demanda que seja medida a mudança provocada exclusivamente pelos efeitos da política em questão, isto é, na medida do possível, torna-se necessário excluir outros fatores que possam influenciar as alterações observadas, não apenas junto à população-alvo (Ramos & Schabbach, 2012). Neste sentido, buscam responder se as mudanças observadas são resultados da realização da política especificamente; se a solução pode ser aplicada a outras realidades ou é própria apenas para aquele contexto; por fim, se as mudanças observadas têm caráter permanente ou temporário (Ramos & Schabbach, 2012) (apud ROSA, LIMA, AGUIAR, p. 85, 2021).

Ao adentrar na literatura sobre avaliação de impacto, é possível identificar que esta área tem como objetivo avaliar os resultados de uma política que é objeto de pesquisa e, por meio de técnicas de análise robustas, tentar mensurar a partir dos resultados da política o que impactou no público alvo da ação. Isso propicia aos tomadores de decisão a continuidade, correções de desenho, bem como a suspensão de uma determinada política ou programa em questão (COSTA e CASTANHAR, 2003), influenciando na tomada de decisão de atores envolvidos diretamente com a política pública, aperfeiçoando o desenho dessas políticas por meio de diagnósticos sociais e de impacto dessas políticas. A resultante deste processo de avaliação de impacto é justamente a consistência e efetividade nas resoluções dos problemas e o atingimento de metas estabelecidas.

Em uma conceituação abrangente, a avaliação e o monitoramento de programas consistem na verificação da adequação do desenho à sua finalidade e aos objetivos pretendidos, da correlação entre os serviços prestados e as metas definidas estrategicamente, dos efeitos (resultados e/ou impactos) mensuráveis e, por fim, da lógica de eficiência subjacente, ou seja, examinar se os benefícios advindos da política compensam seus custos. (RAMOS, p. 1280, 2012).

A avaliação de impacto é construída sob o pressuposto da existência de externalidades que a justifiquem, ou seja, um conjunto de efeitos gerados através da política entre outros possíveis eventos relacionados a esta ou outras políticas que podem influenciar no processo avaliativo. Por isso, por trás da execução de tal análise, segue-se uma metodologia sofisticada de análise por meio de métodos essencialmente estatísticos para elaboração de avaliações de impacto em razão de políticas públicas. O método de análise na avaliação de impacto pressupõe isolar os efeitos externos de uma determinada política para que não haja possíveis desvios

avaliativos no momento da produção de avaliação de impacto. Ou seja, isolar as variáveis que não correspondem à intervenção da política que é objeto de avaliação.

É importante pontuar que os fenômenos sociais são multicausais, portanto, um mesmo problema está atrelado há um ou mais fatores que justifiquem a sua existência. Estar atento a este cenário e isolar as variáveis de análise que foram alvos da ação da intervenção é o caminho mais assertivo segundo a literatura para a produção de avaliação de impacto de políticas públicas.

Em qualquer momento, os efeitos de uma determinada política pública estão intimamente interligados com os efeitos de outras políticas e eventos; assim, os impactos de políticas observados são normalmente a combinação dos efeitos de uma determinada política pública juntamente com muitos outros fatores. Portanto, a tarefa central da avaliação técnica de políticas geralmente consiste em isolar os efeitos de uma determinada política pública daqueles causados por outros fatores. Em uma conceituação abrangente, a avaliação e o monitoramento de programas consistem na verificação da adequação do desenho à sua finalidade e aos objetivos pretendidos, da correlação entre os serviços prestados e as metas definidas estrategicamente, dos efeitos (resultados e/ou impactos) mensuráveis e, por fim, da lógica de eficiência subjacente, ou seja, examinar se os benefícios advindos da política compensam seus custos. (...) Muitas vezes, os impactos de políticas públicas observados são erroneamente interpretados como os efeitos de uma determinada política pública sob consideração, resultando em desvios significativos na avaliação de políticas. Esse geralmente é o caso das avaliações políticas, por exemplo, que normalmente não distinguem cuidadosamente as causas e os efeitos de políticas públicas (WU, XUN, RAMESH, HOWLETT, FRITZEN, p. 130, 2014).

Tendo como base a discussão sobre a conceituação de avaliação de impacto de políticas públicas, e os cuidados no exercício de construção de análise da mesma, que foi realizada a avaliação de resultados da prestação de serviço em telemedicina no Município de Canoas ao longo deste trabalho no que se refere ao atingimento dos objetivos e as mudanças em consequência dos atendimentos agendados e realizados em telemedicina.

Com relação à metodologia, conforme já dito antes, utilizou-se o delineamento descrito por Cano (2006) chamado de “Séries Temporais”, conforme a ilustração na fórmula abaixo:

O1 O2 O3 O4 O5 O6 O7 O8 X O9 O10 O11 O12 O13 O14 O15 O16

Onde as observações (letra O no esquema acima) são os períodos de tempo, usados neste estudo como unidade de análise e a letra X o período em que começa o projeto do Médico Online (2022). A série temporal de antes da intervenção do programa/projeto pode ser considerada, segundo previsto nesse delineamento, como uma espécie de substituição do grupo controle na aplicação de uma pesquisa, tendo em vista que se compara a relação temporal antes da intervenção acontecer, isolando, portanto, o efeito que se quer analisar após a intervenção do programa/projeto em questão (CANO, 2006).

4 FILAS DE ESPEPA POR CONSULTAS COM ESPECIALISTA NA REGULAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo aborda o problema social das filas de espera por procedimentos no SUS, com enfoque, especificamente, nas filas de espera por consulta com especialista na atenção especializada à saúde no Brasil. Para tanto, suscitou-se o que a literatura disserta acerca deste tema e conceitua o que seria este fenômeno do ponto de vista teórico e do ponto de vista empírico a partir de estudos de casos que serão expostos no capítulo subsequente a este. Além disso, o capítulo discute o conceito de fila de espera e gestão de fila de espera através do entendimento descrito pela Regulação da Saúde por meio da Rede de Atenção à Saúde com base no Guia Eletrônico da Regulação da Saúde no Brasil (ver rodapé nº3).

Além da exposição sobre o problema das filas de espera, este capítulo apresenta brevemente o contexto histórico de formação do SUS, Rede de Atenção à Saúde e Atenção Especializada à Saúde. Especificamente descrevendo os aspectos normativos desses instrumentos que operacionalizam as políticas de saúde no país, afim de contextualizar o ambiente institucional que regula o funcionamento na ponta dos atendimentos da atenção especializada da saúde e como funcionam através da gestão das filas de espera por consulta com especialista. Ademais, como incremento na exposição teórico-conceitual deste fenômeno, foi exposto o contexto de formação, aspectos normativos e operacionais do SUS. Apresenta-se ainda, brevemente, o quantitativo de médicos especialistas e a sua distribuição demográfica no país.

Este capítulo está dividido, portanto, em cinco seções da seguinte forma:

A primeira seção, trata sobre o contexto de formação do SUS no que se refere ao breve histórico sobre os princípios que o regem com o enfoque na síntese do aspecto normativo de funcionamento do SUS. A segunda, terceira e quarta seção abordam a discussão teórico-conceitual e empírica acerca do fenômeno das filas de espera por consulta com especialistas na atenção especializada, apresentando diferentes entendimentos e aplicações deste conceito na Regulação à Saúde. Por fim, na última seção, suscitarei brevemente o quantitativo de médicos especialistas e sua distribuição demográfica no país segundo Censo de Demografia Médica no Brasil do ano de 2023.

4.1 TRAJETÓRIA, NORMAS E ESTABELECIMENTOS REGULATÓRIOS DO SUS NO BRASIL

Inicialmente, sobre a trajetória de criação do SUS no seu aspecto normativo, foi a partir da CF/88 com base no disposto previsto no artigo 196 e seus subsequentes estabelecimentos jurídicos em matéria da saúde presentes na Carta Magna que foram criados os mecanismos legais para a criação de um sistema de amplo acesso a saúde no país. Especificamente, no que se refere ao artigo 196, atenta-se, em síntese, “aos princípios do atendimento universal, integral e equitativo” que prevê ações por parte do Poder Executivo, através dos entes federativos a garantia e manutenção deste direito constitucional, por meio de políticas públicas voltadas a este tema. Ademais, como instrumento regulatório, instituiu-se a posteriori da CF/88, as Leis 8.080 e 8.142 que juntas formaram a “Lei Orgânica da Saúde”, regulamentando o SUS no Brasil (BRASIL, Lei nº 8.080, 1990; BRASIL, Lei nº8.142, 1990). Estes instrumentos regulatórios e normativos propuseram a implantação da rede do SUS em território nacional, tendo como um dos principais pilares o princípio doutrinário, além da integralidade e equidade, o princípio da universalidade. Este princípio universalista do acesso a saúde integra um conjunto de ações que fundamentam e justificam a criação do SUS, bem como a sua formação.

A formação intersetorial denota sua amplitude de acesso, sendo ela resumidamente composta “pelo conjunto de todas ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público” (MINISTERIO DA SAUDE, SECRETARIA EXECUTIVA, pág. 5, 2000). Já no que se refere à implantação do SUS nos diferentes níveis de Governo, dá-se de forma descentralizada, sob a participação entre os três entes federativos atuando conjuntamente para operacionalização deste sistema. Entretanto a coordenação fica a cargo do Ministério da Saúde, portanto em âmbito Federal, através das “Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs)”.

Tais normas tem como finalidade os estabelecimentos de critérios para que Estados e Municípios estejam elegíveis a receberem repasse de recursos financeiros do Fundo Nacional da Saúde para implementação do SUS em suas respectivas localidades. A definição do conjunto destes critérios faz com que haja uma cogestão tripartite na gestão do sistema de saúde por meio destas NOBs (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS, 2003).

Entretanto, a gestão tripartite do SUS dá-se através de um arranjo institucional muito mais amplo além destes aspectos formais que integram outros atores envolvidos na formulação

e implementação deste sistema. As definições das NOBs por parte do Ministério da Saúde (MS) servem como instrumento normativo afim de instituir e coordenar as diretrizes gerais do Plano Nacional da Saúde. A discussão e encaminhamentos acerca dos conteúdos destes instrumentos são amplamente discutidos e assim definidos pelo restante da cadeia organizacional que integra essa política no ponto de vista de sua estrutura de decomposição (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS, 2003).

Embora o instrumento que formaliza as Normas seja uma portaria do Ministro da Saúde, o seu conteúdo é definido de forma compartilhada entre o Ministério e os representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). No item 2 da NOB/SUS 01/93 relativo ao gerenciamento do processo de descentralização, foram criadas, como foros de negociação e deliberação, as Comissões Intergestores. No âmbito nacional, funciona a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS. No âmbito estadual, funciona a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS, 2003).

Dada estrutura organizacional-operativa que define os conteúdos contido nas Normas do SUS, supracitadas, observa-se a diversidade da rede de diferentes atores formais e informais que integram e compõem esta estrutura em sua cadeia operacional. Pode-se denominá-la, também, conforme seu arranjo institucional que conceitualmente é utilizado no campo das públicas para descrever as formas de operacionalização das relações entre atores que compõem a política e como se organizam nesta estrutura operativa, no sentido de suas atribuições, competências e envolvimento com a política (ROSA, LIMA, AGUIAR, 2021).

A estrutura operacional que define o conteúdo das Normas do SUS entre os múltiplos atores justifica a complexidade que envolve a organização da política de saúde no país através do SUS, no que se refere ao seu aspecto transversal. Segundo a abordagem sobre estrutura de decomposição da política, utilizada no campo das públicas, que conceitualmente significa o “processo de desdobramento de um plano mais amplo em peças mais específicas”, ou ainda “o processo de transformação de uma ideia em ação, a partir de um princípio ou objetivo geral, segue-se um processo de desdobramento de iniciativas com vistas a alcançá-lo” (ROSA, LIMA, AGUIAR, 2021). Essa teoria pode ser aplicada para identificar as características da estrutura organizacional e operativa das Normas do SUS (ROSA, LIMA, AGUIAR, 2021).

Seguindo o entendimento de governança⁵ aplicado nas políticas públicas para analisar a articulação de atores na política, conceitua-se governança como “conjunto de atores estatais e não estatais interconectados, operando no processo de fazer política pública e inseridos em cenários institucionais específicos” e aplicando este conceito para analisar as características que compõem a estrutura organizacional-operativa que define as Normas do SUS no aspecto do seu arranjo institucional que o compõe, podemos observar que o mesmo caracteriza-se como descentralizado, desconcentrado e participativo. Em síntese, tais características se personificam na política na seguinte ordem: poder de decisão descentralizado por ser compartilhado entre atores governamentais e não governamentais, desconcentração da operacionalização da política devido ao conjunto de instituições envolvidas na política e, por fim, participativo devido a influência exercida por diferentes atores envolvidos com a operação da política que podem influenciar na tomada de decisão da política (IPEA, 2018).

O uso de diferentes abordagens de elementos que compõe as políticas públicas, é relevante para aprofundar a análise sobre como o contexto histórico de formação, os princípios doutrinários, os aspectos normativos, regulatórios e operativos do SUS exercem influência sobre a política de saúde no país. Os esforços empreendidos por parte de diferentes atores envolvidos com a política de saúde estão voltados para a construção de um instrumento de política pública que seja abrangente no sentido do atendimento as múltiplas e específicas causas que demandam atenção destes atores e gestores. A composição de diferentes atores atuando na política de forma transversal faz com que a política social da saúde no Brasil cumpra o previsto CF/88 no que se refere ao direito universal ao acesso a saúde no Brasil.

4.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: CONCEITO E APLICAÇÃO NO SUS

O expressivo quantitativo de pessoas que utilizam os serviços do SUS no Brasil denota a complexidade que envolve a organização para garantia de oferta de amplos serviços, tratamentos e afins no território nacional. Segundo estimativa publicada no site do MS, mais de 190 milhões de pessoas no Brasil todos os anos são atendidas neste sistema. O dimensionamento do público que é atendido no SUS anualmente ilustra o tamanho do desafio em atender a alta de demanda por atendimento e em diferentes níveis de complexidade.

⁵ Governança é um conceito polissêmico que possui diversos significando a depender da forma é empregado e a que se refere. De modo geral, neste contexto sobre avaliação de políticas públicas e estrutura de decomposição de política pública, entende-se governança como sendo o conjunto de atores estatais e não estatais interconectados, operando no processo de fazer política pública e inseridos em cenários institucionais específicos.

No ano de 2010 a Portaria 4.279 de 30 de dezembro “estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo elas: atenção primária, atenção secundária e terciária” (Ministério da Saúde, 2023). Tal distribuição entre diferentes níveis de atenção ao cuidado são atribuídos seguindo parâmetros técnicos que são redigidos por instituições internacionais referências na formulação de estratégias em saúde, como estabelecidos nos processos determinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A atenção primária à saúde (APS) é a “ponta” da cadeia operacional do SUS. É através dela em que o usuário da rede do SUS entra pelo sistema e tem seu primeiro contato com a política de saúde na RAS. Este primeiro contato se dá no ambiente institucional popularmente denominado de Posto de Saúde ou Unidade Básica de Saúde (UBS). É neste ambiente em que os usuários recebem atendimentos de baixa complexidade para fins de atividade de “prevenção e promoção a saúde”. Nestes espaços são realizados “exames e consultas de rotina com equipes multiprofissionais e profissionais especializados em saúde da família, que trabalham para garantir atenção integral à saúde no território é realizado costumeiro atendimentos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Já na atenção especializada à saúde (AES), é onde são realizados procedimentos de média e alta complexidade que caracterizam-se como sendo parte da atenção secundária e terciária à saúde. Os atendimentos da atenção de média e alta complexidade são realizados em ambiente ambulatorial e hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Ademais, os serviços oferecidos de média complexidade envolvem também atendimentos e encaminhamentos a profissionais capacitados em áreas específicas da atenção à saúde como nas especialidades de cardiologia, dermatologia, neurologia entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

4.3 POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO (PNR)

A criação da Política Nacional de Regulação (PNR), bem como o seu funcionamento, tem como base a necessidade de construção de um mecanismo regulatório que normatize procedimentos de planejamento, gerenciamento, monitoramento e operação nas diversas áreas de atuação para com os seus usuários tendo como diretrizes os três princípios que norteiam o SUS. Objetivamente, significa que a PNR serve como processo técnico-gerencial que formula, executa, acompanha e avalia procedimentos em âmbito burocrático da operacionalização do acesso dos usuários ao SUS. (Siqueira, 2018). A PNR foi regulamentada através da Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, atualmente amplamente difundida conforme Portaria

de Consolidação nº 2, de 27 de setembro de 2017, em seu anexo XXVI[10] (Siqueira, 2018). Essa política atua em três frentes previstas em suas normas, sendo elas: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência. Essas três frentes dialogam entre si no que se refere ao escopo de atuação que estabelece objetivos similares e os aspectos doutrinários nas três dimensões e é nas dimensões da Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência que ocorre o gerenciamento das filas de esperas no SUS. Mas antes de descrever o gerenciamento das filas de espera, faz-se necessário explicar como que a atuação dessas duas dimensões está prevista normativamente.

Em síntese, conforme disposto na Portaria de Consolidação nº 2, de 27 de setembro de 2017, em seu anexo XXVI a Regulação da Atenção à Saúde tem como competência, articular, definir e acompanhar ações voltadas à atividade fim da assistência à saúde, exercendo influência sob a Regulação do Acesso à Assistência no aspecto operacional da assistência à saúde. Em paralelo, a Regulação do Acesso à Assistência atua de forma mais finalística na operacionalização da assistência e controle à saúde, elaborando, na ponta, as normas, gerenciamentos, protocolos e procedimentos para os profissionais envolvidos com a execução dos atendimentos aos usuários do SUS.

Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde: tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO nº 2, DE 27 DE SETEMBRO DE 2017, em seu anexo XXVI).

Seguindo a citação acima e o descrito no parágrafo anterior sobre as dimensões de atuação da PNR, entende-se que o gerenciamento das filas de espera é realizado, portanto, através destes mecanismos de atuação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021), mas o que seria fila de espera?

4.4 FILA DE ESPERA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA: UMA DISCUSSÃO TEÓRICO-CONCEITUAL, OPERACIONAL E GERENCIAL

Retoma-se o conceito de fila de espera que, em síntese, significa o descompasso entre demanda para realizações de procedimentos/serviços no âmbito do SUS e a efetiva oferta para realizações dos mesmos. Esse descompasso resulta no que se chama de “fila de espera” que nada mais é que um método administrativo-gerencial para sistematizar e organizar os usuários que dão entrada e saída nas filas de espera por consultas no SUS gerenciado pela Regulação da Saúde.

A Regulação da Saúde conceitua fila de espera, segundo o disposto em seu guia eletrônico, como “processo ativo e dinâmico que organiza, prioriza e monitora a relação dos usuários que necessitam de um mesmo atendimento, considerando a classificação de risco e os critérios de encaminhamento, de acordo com os protocolos de regulação e a gestão do cuidado” (WIKI SAÚDE, 2021). Portanto, como mencionado no parágrafo acima, a Regulação da Saúde gerencia as filas de espera através do entendimento da existência de um determinado quantitativo dinâmico de usuários que aguardam pela realização de um mesmo procedimento ou serviço de saúde do qual o sistema não dispõe recursos o suficiente para atender tal demanda (WIKI SAÚDE, 2021). Ainda, seguindo o que disserta a Regulação da Saúde sobre esta temática, a mesma descreve as possíveis causas, sendo elas heterogêneas, no sentido do período de existências desses fatores, que justifiquem o desequilíbrio entre oferta e demanda dos procedimentos e/ou serviços de saúde, conforme a lista abaixo:

- inexistência de protocolos clínicos e de regulação
- desorganização do processo de regulação
- carência de recursos humanos
- ausência de pactuação das ações e serviços de saúde
- deficiência na elaboração da programação assistencial
- necessidade de gestão dos contratos de serviços de saúde
- carência de conhecimento técnico dos profissionais envolvidos, dentre outros.

Dados: WIKI SAÚDE, 2021.

Segundo o descrito no guia eletrônico elaborado pela regulação da saúde, há uma gestão da fila de espera, a existência dessa coordenação das filas é um instrumento de estratégia de gestão. Isso porque condiciona e sistematiza de forma organizativa a partir de critérios técnicos de priorização para classificar e ordenar os usuários que dão entrada e saída nas filas de espera

no SUS (WIKI SAÚDE, 2021). Entretanto, é necessário um constante acompanhamento quanto a variável dependente, tempo de espera, tendo em vista que essa é relevante para avaliar a gestão das filas de espera.

Mensurar o tempo de espera é importante para avaliar o planejamento e a coordenação dos serviços de saúde no atendimento aos usuários. Tempos de espera longos ou desiguais podem constituir indicadores de insuficiência, ineficiência ou má priorização na utilização dos recursos disponíveis, com o intento de demonstrar desigualdade no acesso dos usuários aos serviços de saúde da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (WIKI SAÚDE, 2021).

O debate teórico-conceitual sobre as filas de espera ocorre também no ambiente técnico-científico ao olhar sobre este problema social. Diante da revisão bibliográfica acerca deste tema, percebe-se a convergência entre diferentes autores ao elucidar sobre o conceito de filas de espera por atendimento num sistema de saúde. Inclusive o próprio entendimento descrito nos parágrafos acima é fruto desta discussão teórico-conceitual ao verificar as referências bibliográficas para dissertar e construir o guia eletrônico da regulação da saúde acerca deste tema. Estes estudos seguem o mesmo entendimento objetivo para conceituar sobre este fenômeno ao resumir as filas de espera como sendo fruto do descompasso entre oferta de atendimentos e demanda provocada para a realização destes procedimentos. Siqueira (2018), dissertando sobre análise do impacto da fila de espera na probabilidade absenteísmo em exames e consultas, descreve de forma objetiva este entendimento ao citar autores que abordam sobre este fenômeno. Estes autores conceituam fila de espera como algo procedimental e com diversas etapas.

Sarmiento Júnior, Tomita e Kos. (2005) são mais objetivos quanto a conceituação. Os autores abordam a fila de espera como “uma lista de pacientes que necessitam de um mesmo serviço de saúde, cuja demanda é maior que a oferta”. Esse tempo de espera para os exames e consultas especializadas compreende um processo com várias etapas, ou seja, períodos progressos ao agendamento, incluindo desde a solicitação à realização. Por tanto, as filas de espera assumem um efeito no ordenamento do fluxo do usuário na assistência e no processo de tratamento (Lima, Ventura, Brandt, 2005) (apud SIQUEIRA, p. 12, 2018).

O processo atrelado ao tempo de espera descrito como “várias etapas”, conforme citado acima, refere-se aos tipos de espera que sujeitam aos usuários outras possíveis etapas num mesmo ordenamento de espera. Ou seja, o usuário se vê em diferentes tipos de espera estando no sistema da Regulação da Saúde. A literatura sobre o fenômeno de fila de espera descreve, portanto, a existência de diferentes tipos de espera na dimensão das filas um sistema de saúde. Estes períodos podem classificar a posição do usuário em relação ao aguardo para a realização do procedimento/serviço a depender do tipo de espera onde o mesmo se encontra. No artigo “Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas

universais de saúde” (MOURA, *et al*, p3. 2020), as filas de espera são “resultado do descompasso entre a demanda e a oferta por atendimento eletivo, sendo o excesso de demanda (local ou global, momentâneo ou permanente) que causa as filas de espera no SUS”. Segundo estes autores, existem três tipos de filas de espera que um usuário do SUS poderá enfrentar e que pode gerar nuances díspares entre o período de tempo na fila de espera a depender dos usuários.

De modo geral, os usuários podem encontrar três tipos de espera durante a sua interação com a atenção especializada de saúde. A primeira espera é o intervalo entre o momento em que o profissional faz um encaminhamento e a visita real do usuário ao especialista. O especialista pode solicitar exames adicionais (como uma ressonância magnética) como um prelúdio para o tratamento, e o usuário pode então encontrar uma terceira espera (pela ressonância magnética e/ou tratamento). O segundo intervalo corresponde ao tempo entre o encaminhamento e a espera pelo agendamento do procedimento especializado. Já o terceiro tempo compreende o período entre o agendamento e a execução da consulta ou exame especializado (MOURA, *et al*, p. 3, 2020).

Vê-se que neste entendimento sobre filas de espera é possível identificar a existência de três tipos de filas de espera que caracterizam o processo entre a entrada na fila de espera e o fluxo de atendimento. Ou seja, a depender da avaliação médica, o paciente poderá enfrentar outra fila de espera que pode ou não ultrapassar o aguardo pelo agendamento da sua primeira consulta com o especialista. Esta possível realidade do usuário enfrentar outros tipos de espera, pode implicar na insatisfação do mesmo devido ao período de aguardo para a realização/agendamento do seu procedimento.

Sobre o tempo razoável de espera, a discussão levantada no artigo “Gestão de lista de espera como abordagem para planejamento e coordenação de serviços de saúde eletivos” pelos autores Lippi, *et al*, (2020), mensura o processo que leva à fila de espera, bem como o tempo de espera. Nesse artigo os autores descrevem como “aceitável” o tempo de espera de duas a vinte e cinco semanas entre o intervalo de tempo da consulta com o médico de atenção primária e o encaminhamento para a atenção especializada, a depender do tipo e da gravidade do problema do paciente. Os autores deste artigo ainda descrevem que o tempo de espera é usado como um “dispositivo de racionamento para lidar com a alta demanda por um recurso limitado no contexto de múltiplos níveis de prioridade” (p.12).

Em relação ao disposto no guia eletrônico da Regulação da Saúde sobre tempo de espera, há uma metodologia criada como norte para os gestores acompanharem os indicadores da gestão da fila de espera através da variável “tempo na fila de espera”. Como descrito no guia, sugere-se que seja contabilizado o tempo a partir da realização inicial do atendimento. Essa

medição faz com que haja um acompanhamento da variável tempo entre procedimento realizado e intervalo de tempo até o próximo procedimento (reconsulta/exame).

O início da contagem do tempo de espera ocorre a partir da consulta realizada, seja na atenção primária ou na atenção especializada, onde é feita a solicitação do exame ou do procedimento cirúrgico necessário. O cálculo do tempo de espera é feito considerando a data inicial do atendimento e a data final, que é a realização do procedimento. O tempo em que o usuário permanece na fila aguardando atendimento pode ser considerado como indicativo de qualidade do serviço e está relacionado à capacidade do sistema em atender às necessidades assistenciais da população. Isso torna o gerenciamento da Fila de Espera um processo complexo e dinâmico, de responsabilidade do gestor local do SUS, mediante a organização das atividades da Regulação e dos Serviços de Saúde. (WIKI SAÚDE, 2021).

No artigo “Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol” publicado por Conill, Giovanella, Almeida (2011), os autores suscitam que “no Brasil, os elevados tempos de espera para marcação de consultas, exames especializados e cirurgias constituem a maior causa de insatisfação referida pelos usuários do Sistema único de Saúde (SUS).” (p.2785). Ainda sobre a percepção de insatisfação com relação ao tempo de espera, segundo matéria no Nexo Jornal de 2021 sobre filas de atendimento no SUS “As filas de espera são o maior motivo de insatisfação dos usuários do SUS, segundo pesquisa de 2018, feita pelo Conselho Nacional de Medicina e pelo Datafolha. Para 30% dos participantes da pesquisa, esperas para o atendimento demoraram mais de 12 meses” (NEXO JORNAL).

Neste sentido, elucidada-se esse tempo de espera de forma empírica, com base na matéria publicada pelo Portal Hospitais Brasil sobre filas de espera pelo SUS que chegam a dez anos no sertão nordestino. A matéria aponta casos em que pacientes aguardaram, dois ou mais anos para a realização de um procedimento pelo SUS.

Maria Aparecida, 57, moradora de Bananeiras, na Paraíba, estava há dois anos na fila de espera do SUS aguardando um procedimento dermatológico e mal acreditou quando recebeu a ligação dizendo que finalmente seria atendida. A história dessa senhora se repete inúmeras vezes no território brasileiro. (...) A espera por uma simples consulta, exame ou procedimento pode durar anos, como em Tamandaré (PE), onde uma paciente aguardava há 10 anos um atendimento para urologia. Quando a pessoa finalmente consegue uma vaga, o município precisa arcar com o transporte daquele paciente até o centro de referência. Em algumas cidades, como Araripina, também em Pernambuco, a viagem pode chegar a 1.400 quilômetros (ida e volta) (PORTAL HOSPITAIS <https://portalhospitaisbrasil.com.br/fila-de-espera-do-sus-chega-a-dez-anos-em-cidades-no-sertao-nordestino/>).

Numa análise comparada entre filas de espera por procedimentos de sistemas de saúde fora do Brasil, percebe-se que esta é uma realidade compartilhada entre diferentes sistemas de saúde de governos. Segundo artigo da autora Siqueira (2018), referenciado nos parágrafos acima, cita como causas presentes nestes sistemas de saúde as variáveis, “falta de recursos

financeiros, quantidade de vagas, de gestão e estrutura como fatores explicativos” (p.13) a existências das filas de espera nestes sistemas. Para contextualizar esta afirmação a autora cita o estudo de caso do Sistema Nacional de Saúde espanhol (SNS) elaborado por Conill (2011), suscitando outras possíveis causas geradoras das filas de espera além da variável oferta por atendimento.

Conill (2011) traz em seu estudo o caso do o Sistema Nacional de Saúde espanhol (SNS). Nesse caso, não é apenas insuficiência de oferta, mas a falta de interação entre atenção primária e especializada. Em 2009, totalizava uma fila de espera de 39,1/1.000 hab e uma média de 52 dias de tempo de espera para consultas especializadas. Para o enfrentamento dessa barreira no acesso, foram realizadas iniciativas que a proporcionasse a continuidade assistencial. Foi adotada a medida de circuitos preferenciais. Essa estratégia serve para encaminhar da atenção primária com preferência os usuários com suspeitas de alguma etiologia específica. Exemplo, os casos de suspeita de câncer. Além disso, foi revisto a melhora da resolutividade da atenção primária e a qualificação da referência, pois foi destacado que haviam muitas desnecessárias (SIQUEIRA, p. 15, 2018).

A discussão teórico-operacional frente ao tema filas de espera, tipos de esperas e tempo de espera apresentada acima nas discussões dos autores, pesquisadores e Governo, através do guia eletrônico da Regulação da Saúde sobre este tema, centralizam a importância sobre o avanço de estudos que acompanhem o fenômeno das filas de espera no SUS e suas implicações no acesso a saúde no país de forma universal, integral e equitativa. Do ponto de vista jurídico, essa discussão atua no campo do desempenho do executivo no exercício de suas atribuições e no cumprimento dos dispositivos legais que previstos para a garantia do acesso a saúde com base nos princípios do SUS, principalmente considerando o disposto no artigo 196 da CF/88. Na tese de dissertação de mestrado, a autora Sousa (2020), suscita sobre o tempo de espera e sua interface com a justiça através dos dispositivos previstos na constitucional ao direito ao acesso à saúde. Ela argumenta que há uma “fragilidade da previsão Constitucional que não foi ainda capaz de garantir a implementação do direito previsto em seu texto” (p.45), ao referir-se ao tempo de espera como uma de suas causas na falta de acesso a saúde por parte dos usuários. Ela cita, ainda, a falta de transparência por parte dos governos na publicização de informes sobre a posição dos usuários frente as suas posições nas listas de filas de espera.

Em suma, não há mecanismos de controle das filas de espera, gestores comprometidos buscam tornar transparentes as atividades realizadas, de forma que alguns Municípios e Estados divulguem suas listas ou ao menos garantam acesso do cidadão as informações sobre o status de sua solicitação, contudo, tal situação não é a regra e, muitas vezes o direito à informação somente é garantido com a atuação dos órgãos do sistema de justiça. (...) Enquanto o Legislativo não finaliza a aprovação da lei, o problema vem sendo resolvido pelo sistema de justiça, que tem determinado ou feito acordos para que Municípios forneçam informações. (SOUSA p. 57, 2020).

Com base na citação acima, vê-se que as dificuldades de acesso à informação dos usuários, no que tange as suas posições nas filas de espera, podem resultar em judicialização para obtenção destas informações. Neste sentido, Sousa cita a previsão legal da divulgação de acesso às informações pertinentes aos usuários com base na Lei 13.460/2017, art. 7º (CF/88). Ainda, a autora descreve – sem apresentação de dados – que “muitas vezes a inclusão ou exclusão das listas é feita por funcionários das unidades de saúde, sem que haja qualquer controle por parte das secretarias de saúde sobre a atuação de tais pessoas” (p. 57, 2020). Esta constatação é extremamente relevante para análise da gestão das filas de espera que, apesar de não ser objeto de pesquisa deste trabalho, está intrinsecamente relacionada a este tema, pois, auditorias de processos são necessários na gestão das filas de espera para que não incorra possíveis erros no trato do fluxo de entrada e saída de pessoas neste sistema. Para eximir possíveis falhas desta ordem, cita-se, novamente, a gestão das filas espera e a relevância da operacionalização do instrumento “monitoramento” junto aos implementadores que executam esta regulação do acesso na “ponta”.

É necessário gerenciar as filas de espera seguindo à risca as orientações descritas para a sua operacionalização por meio dos protocolos técnico-científicos que orientam a ação para organizar tais filas. Visto que, caso não haja critérios de priorização a serem seguidos através destes protocolos, a fila deve seguir o fluxo de chamada das filas de espera através do critério de “*First In, First Out*” (primeiro a entrar, primeiro a sair) para a realização dos agendamentos (WIKI SAÚDE, 2021). Esse processo denota a necessidade de constante revisão para que não ocorram os erros apontados no parágrafo anterior citados por Sousa (2020) em seu trabalho de dissertação. Entretanto, essa discussão técnico-operacional sobre os processos, procedimentos, critérios e protocolos que orientam a ação e o gerenciamento das filas de espera, necessitam de constante alimentações de dados para municiar a tomada de decisão, o monitoramento e a própria avaliação de desempenho do gerenciamento das filas. Isso significa que há um desafio para execução deste monitoramento e gerenciamento por parte dos gestores e implementadores da regulação, visto que, o *input* dessas informações nos sistemas da saúde pressupõe coleta de dados de forma fidedigna a realidade das informações. Parafraseio a citação usada no guia eletrônico que elucida essa necessidade que descreve que “de acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2002), indicadores são variáveis quantitativas ou qualitativas que medem o grau das mudanças ocorridas após uma intervenção e ajudam a avaliar o desempenho de uma organização” (WIKI SAÚDE, 2021).

4.5 SÍNTESE DA DISTRIBUIÇÃO DEMOGRÁFICA DE MÉDICOS NO BRASIL

Uma das causas que geram as filas de espera por procedimentos no SUS, como já mencionado anteriormente, segundo o guia eletrônico da Regulação da Saúde, é a carência por recursos humanos. Essa variável é relevante para análise aprofundada sobre as causas que acarretam o problema das filas de espera, sendo esta causa importante para mapear os recursos disponíveis capazes de operacionalizar possíveis formulações de alternativas que visem a resolutividade das demandas reprimidas por atendimento. Olhar para o déficit de profissionais da saúde para atender as filas de espera é também olhar, essencialmente, para a distribuição destes profissionais por regiões, especialidades e locais de atuação. Segundo o Censo Demografia Médica no Brasil do ano de 2023, “em junho de 2022, o Brasil contava com 514.215 médicos (584.121 registros)”. Especificamente no Rio Grande do Sul, estima-se um total de 34.803 médicos por 1000 mil habitantes, segundo este dado sobre recursos humanos. No que se refere a distribuição por regiões, no Brasil a maior parte destes profissionais localizam-se nas capitais em comparação às regiões metropolitanas e interiores nessa mesma ordem de classificação de distribuição por mil habitantes (figura 1).

Figura 1 - Distribuição Médica por Capitais, RMs e Interiores

Médicos e razão de médicos por 1.000 habitantes, segundo agrupamentos de capitais, regiões metropolitanas e interiores, em 2022
| Brasil, 2023

	Número de municípios	População	Médicos	Razão*
Capitais	27	50.916.038	312.246	6,13
RM	388	39.284.177	44.824	1,14
Interiores	1.155	123.117.424	225.996	1,84
BRASIL	5.570	213.317.639	514.215	2,41

*Razão de médicos por 1.000 habitantes.
Nota: Região Metropolitana (RM) não inclui capital.
► Fonte: Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2023

Fonte: Scheffer M, *et al*, 2023.

Especificamente no Rio Grande do Sul, percebe-se que há a mesma tendência na distribuição, exceto em relação ao quantitativo de profissionais das regiões metropolitanas que são expressivamente menores que nas regiões de interiores por mil habitantes (figura 2). Já em relação aos médicos especialistas numa visão mais macro, analisando a distribuição pelas cinco grandes regiões, vê-se que o maior quantitativo de médicos especialistas está localizado na região Sul, acompanhado pelas regiões Sudeste e Distrito Federal nessa relação por 100 mil habitantes. As regiões com menores densidades de especialistas proporcionalmente, exceto na

especialidade Medicina de Família e Comunidade, são as regiões Norte e Nordeste (DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL, p. 40, 2023).

Na especialidade cardiologia, uma das especialidades previstas para atendimento no Projeto Médico Online, o Rio Grande do Sul está entre os Estados com os maiores quantitativos de médicos especialistas nessa área por 100 mil habitantes segundo figura 3.

Figura 2 - Distribuição Médica por unidades federativas

Médicos e razão de médicos por 1.000 habitantes por unidades da Federação e segundo agrupamentos de capitais, regiões metropolitanas e interiores, em 2022
| Brasil, 2023

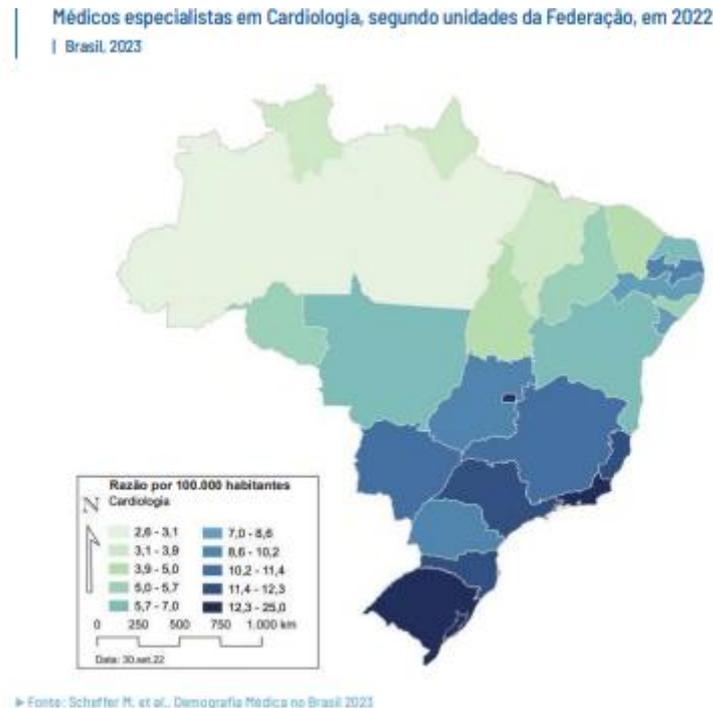
Região/unidade da Federação	Capital			Região Metropolitana			Interior		
	n*	%	Razão**	n*	%	Razão**	n*	%	Razão**
Acre	944	0,3	2,25	-	-	-	333	0,1	0,68
Alagoas	5.014	1,6	4,86	130	0,3	0,53	1.027	0,5	0,49
Amapá	1.110	0,4	2,12	119	0,3	0,81	359	0,2	1,73
Amazonas	5.394	1,7	2,39	90	0,2	0,18	309	0,1	0,21
Bahia	15.374	4,9	5,3	821	1,8	0,76	11.012	4,9	1,00
Ceará	12.611	4,0	4,66	578	1,3	0,39	4.302	1,9	0,85
Distrito Federal	17.082	5,5	5,52	-	-	-	-	-	-
Espírito Santo	5.355	1,7	14,49	3.378	7,6	2,03	3.579	1,6	1,72
Goiás	12.273	3,9	7,89	1.260	2,8	0,47	5.482	2,4	1,84
Maranhão	5.971	1,9	5,35	214	0,5	0,3	2.554	1,1	0,48
Mato Grosso	3.890	1,2	6,24	271	0,6	0,62	3.947	1,8	1,57
Mato Grosso do Sul	4.232	1,4	4,62	-	-	-	3.351	1,5	1,74
Minas Gerais	21.829	7,0	8,63	4.566	10,3	1,25	35.775	15,9	2,35
Pará	6.986	2,2	4,64	648	1,5	0,62	2.666	1,2	0,43
Paraíba	6.853	2,2	8,3	491	1,1	1,03	4.045	1,8	1,47
Paraná	13.898	4,4	7,08	1.012	2,3	0,57	17.590	7,8	2,24
Pernambuco	14.769	4,7	8,89	1.653	3,7	0,67	5.154	2,3	0,93
Piauí	4.596	1,5	5,28	67	0,2	0,35	1.302	0,6	0,58
Rio de Janeiro	41.310	13,2	6,1	11.498	25,9	1,79	13.015	5,8	3,05
Rio Grande do Norte	5.238	1,7	5,84	594	1,3	0,79	1.630	0,7	0,85
Rio Grande do Sul	15.284	4,9	10,24	3.099	7,0	1,07	16.333	7,2	2,31
Rondônia	1.965	0,6	3,58	-	-	-	1.877	0,8	1,48
Roraima	1.012	0,3	2,32	-	-	-	57	0,0	0,26
Santa Catarina	6.305	2,0	12,21	1.037	2,3	1,42	15.050	6,7	2,47
São Paulo	78.115	24,9	6,3	12.764	28,8	1,32	72.135	32,0	2,93
Sergipe	4.424	1,4	6,58	115	0,3	0,37	477	0,2	0,35
Tocantins	1.555	0,5	4,96	-	-	-	1.931	0,9	1,49
Brasil	313.389	100,0	6,13	44.385	100,0	1,14	225.292	100,0	1,84

*Estimativa de registros desatualizados = 6,20%. **Razão por 1.000 habitantes.

* Fonte: Scheffer M, et al., Demografia Médica no Brasil 2023.

Fonte: Scheffer M, et al, 2023.

Figura 3 - Distribuição de Especialistas em Cardiologia por unidade da Federação



Fonte: Scheffer M, *et al*, 2023.

O Censo não apresenta dados sobre a distribuição de médicos especialistas para atendimento nos níveis de atenção do cuidado no SUS (atenção primária, secundária e terciária), mas segundo matéria do Nexo Jornal sobre filas de atendimento no SUS de 2021, “no setor público, menos de 5% dos médicos especialistas estão atuando no nível secundário de atenção (serviços de maior complexidade, como hospitais e clínicas de especialidade). A maior parte deles está concentrada em hospitais (nível terciário)” (DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL, p. 40, 2023).

Esses dados denotam a necessidade da ampliação de estudos voltados ao mapeamento do recurso humano para a operacionalização dos atendimentos no SUS, visando o efetivo aproveitamento destes profissionais para regiões e diferentes níveis de atendimento que proporcionalmente, em comparação há outras realidades locais no Brasil, demandam por mais consultas, acompanhamentos e desfechos clínicos. Portanto, a resolutividade para sanar esse problema, que é uma das possíveis causas que geram as filas de espera no SUS, passa por mapear o cenário da distribuição dos médicos e traçar possíveis alternativas para otimizar a capacidade dos atendimentos nos locais que possuem demanda reprimida por atendimentos no SUS. Uma das estratégias que visa enfrentar tal desafio, e que foi adotado pelo Município de Canoas, é a telemedicina por meio de teleconsultorias.

5 TELEMEDICINA NO BRASIL: CONTEXTO DE SURGIMENTO, MARCOS LEGAIS E ESTUDOS DE CASOS

Neste capítulo apresenta-se a trajetória da telemedicina no Brasil, desde o surgimento das discussões no âmbito de instituições internacionais de saúde como a Organização Mundial da Saúde (OMS), onde iniciou-se tal discussão até os desdobramentos e sua difusão no Brasil. Portanto, este capítulo discute o contexto de surgimento da telemedicina enquanto Tecnologia de Informação e Comunicação a serviço de governos, empresas e instituições como instrumento de política pública, especificamente para atender filas de espera por consultas no SUS. Para tanto este capítulo está dividido em três grandes sessões, sendo elas: a discussão teórico-conceitual da telemedicina e seu surgimento no Brasil, os marcos legais que regulamentaram a telemedicina no Brasil e, por fim, estudos de casos que utilizaram a telemedicina como instrumento de política pública.

5.1 INTRODUÇÃO DA TELEMEDICINA NO BRASIL ENQUANTO TICS EM SAÚDE

O surgimento da telemedicina enquanto instrumento de política pública na área da saúde perpassa por uma trajetória de quase duas décadas, inicialmente debatida no âmbito de instituições internacionais da saúde como a Organização Mundial da Saúde, mas já no mesmo período era também aplicada no Brasil como será exposto na terceira seção deste capítulo. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), em seu recente trabalho sobre diretrizes para Telecardiologia⁶, descreve a telemedicina como o “o emprego de tecnologias de informação e comunicação (TIC) na saúde com o objetivo de ofertar serviços relacionados com a saúde em sua concepção ampla, desde a atenção primária às cirurgias robóticas, passando pela educação, através da ampliação da atenção da cobertura, em áreas remotas de um país continental” (DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE TELEMEDICINA NA CARDIOLOGIA, p. 1013, 2019). Esta conceituação vai de encontro com a definição da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e da OMS no sentido da aplicabilidade deste recurso tecnológico visando a resolutividade dos atendimentos de forma remota, otimizando a capacidade de atender a demandas por procedimentos independentes da localização do profissional que está executando a atividade finalística do serviço. Neste sentido,

⁶ Ver trabalho produzido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia de nome Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Telemedicina na Cardiologia que compila uma revisão bibliográfica acerca do tema de Telecardiologia.(DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE TELEMEDICINA NA CARDIOLOGIA, 2019).

essas instituições descrevem a telemedicina como “a prestação de serviços de saúde remotos na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação pelos profissionais de saúde que utilizam as tecnologias de informação e comunicação, que lhes permitem trocar dados, com o objetivo de facilitar o acesso e a oportunidade na prestação de serviços à população que tem limitações de fornecimento, e acesso a serviços, ou ambos, em sua área geográfica (DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE TELEMEDICINA NA CARDIOLOGIA, p. 1014, 2019).

Ademais, de modo geral, na literatura sobre o conceito de telemedicina, o emprego do termo TICs é consensual para conceituá-la a depender da forma como está sendo empregada (MALDONADO, MARQUES, CRUZ, 2016). A literatura sobre o assunto da telemedicina também utiliza o termo “telessaúde” e *e-saúde* para se referir ao emprego desta modalidade na saúde. Isso porque há diversas modalidades que abarcam o termo telemedicina enquanto TICs, isso significa que sua definição do ponto de vista teórico-conceitual se apresenta de forma polissêmica. Entretanto, há uma pequena diferença entre os termos telemedicina, telessaúde e e-saúde por definição apesar da convergência por definição destes três termos como parte do emprego de TICs no âmbito da saúde.

Para Maheu, por exemplo, telemedicina é a prestação de serviços de saúde, informação clínica e educação a distância por meio das tecnologias da telecomunicação. Telessaúde, de acordo com Marcolino et al. 8, seria um conceito mais amplo e multidisciplinar que telemedicina, pois abrangeria todas as outras áreas relacionadas com a saúde, como enfermagem, odontologia, psicologia, fisioterapia e fonoaudiologia. Já o termo e-saúde representaria a convergência da Internet com a saúde. Nesse sentido, refletiria todo o tipo de serviço de saúde viabilizado pela Internet, incluindo comércio eletrônico. (MALDONADO, MARQUES, CRUZ, p. 2, 2016).

A centralidade da discussão deste tema tem como pilar a necessidade da construção de instrumentos que auxiliassem profissionais de saúde e por consequência disso, governos e operadoras de saúde, na resolutividade para operacionalizar procedimentos finalísticos em usuários de Saúde através das TICs e, mais recentemente, através de Inteligências Artificiais (IA). Portanto, a utilização dessas tecnologias tem como objetivo fim o aperfeiçoamento, seguindo o avanço tecnológico, a execução e gestão de atendimentos nas redes de atendimento voltados a saúde. O início dessa discussão se dá logo no começo do século XXI em âmbito internacional, mais especificamente na Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da aprovação da resolução que trata sobre “*Cybersalud*”, que, em síntese, visava reconhecer a importância das TICs enquanto inovação na área da saúde visando aperfeiçoar os princípios que regem os direitos ao acesso a saúde (DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE TELEMEDICINA NA CARDIOLOGIA, 2019). Em suma, os

desdobramentos a partir desta resolução permitiram a abertura de uma janela de oportunidade para o fomento, elaboração de projetos, e implementação de sistemas de atendimento que utilizassem a telemedicina para auxiliar na operacionalização de procedimentos na saúde.

No Brasil, o incremento dessas tecnologias ocorreu, inicialmente, a partir de iniciativas na esfera governamental por meio dos principais programas referências do uso de TICs como instrumento de política pública, sendo eles, o Programa Telessaúde Brasil, a Rede Nacional de Ensino e Pesquisas (RNP) e a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), por volta de 2007 (MALDONADO, MARQUES, CRUZ, 2016.). Esses programas de governo entendiam que a aplicação do uso de TICs poderia auxiliar na qualificação da transmissão de informações entre os profissionais de saúde para operacionalizar os atendimentos, ou seja, viam no emprego das TICs a possibilidade de qualificar diferentes profissionais de saúde por meio da troca de informações sob o uso de TICs para este fim. A exemplo disso, no Programa Telessaúde Brasil, depois conhecido como Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, a meta seria de “qualificar 2.700 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e previa a criação de nove núcleos em nove estados brasileiros, sendo que, a cada núcleo, estariam vinculados 100 pontos de telessaúde instalados e funcionando em unidades básicas de saúde (UBS) em municípios selecionados, perfazendo um total de 900 pontos (MALDONADO, MARQUES, CRUZ, p. 4, 2016.).” Nesse mesmo sentido, o programa RUTE, tinha objetivo de “implantar infraestrutura de interconexão nos hospitais universitários e unidades de ensino de saúde no Brasil” (p.4), afim de compartilhar informações entre estudantes universitários de medicina e profissionais de saúde para transmitir conhecimento e também qualificar os atendimentos (MALDONADO, MARQUES, CRUZ, 2016).

Os esforços para implementação de ações que visassem otimizar e qualificar atendimentos de diferentes níveis de profissionais de saúde em unidades de atendimentos de sistemas de saúde se devem ao fato da necessidade de construir alternativas que deem conta de resolver a falta de acesso a saúde por parte dos usuários. Segundo dado citado nas diretrizes da SBC, para telecardiologia “a OPAS estima que um terço da população das américas não tem acesso a cuidados de saúde e que seriam necessários 800 mil profissionais de saúde adicionais para atender às necessidades dos sistemas de saúde na região” (DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE TELEMEDICINA NA CARDIOLOGIA, 2019). Isso reflete, conforme já mencionado no capítulo anterior, sobre a escassez de recursos humanos para atender usuários em sistemas de saúde. A realidade da razão entre distribuição de médicos e quantidade de usuários por habitante nas diversas regiões do Brasil escancaram a desigualdade

e, por consequência, a dificuldade no acesso à profissionais de saúde para atender às demandas. Portanto, visando o enfrentamento dessa realidade, alternativas como a telemedicina, começam a ser inseridas nas discussões sobre alternativas que confrontem as causas desse problema.

A Telemedicina, se aplicada em seu contexto amplo, poderia permitir o acesso e reduzir a iniquidade para essas populações, ofertando serviços de qualidade com suposto custo-efetividade, especialmente pelo aumento da prevalência e da mortalidade das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nos países de baixa e média renda, dentre os quais o Brasil está situado. Acrescenta-se ainda, nesse contexto, o envelhecimento e adoecimento da população brasileira, o que transforma a telemedicina em uma ferramenta importante que permitiria o enfrentamento dos desafios contemporâneos dos sistemas de saúde universais (DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE TELEMEDICINA NA CARDIOLOGIA, p, 1016, 2019).

5.1.1 Modalidades, tipologias e objetivos previstos na Telemedicina

Como mencionado anteriormente, há diferentes modalidades de atuação na prestação de serviços previstos na telemedicina (telessaúde). A modalidade utilizada para atender filas de espera por consultas com especialistas, por exemplo, é a modalidade de teleconsulta que prevê atendimento de forma remota ao usuário que necessita de atendimento (Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Telemedicina na Cardiologia, 2019). Com base no descrito nas diretrizes da SBC sobre a telemedicina, o Ministério da Saúde define seis campos de atuação previstos pela telessaúde, são eles: Inovação em saúde digital e telessaúde; Teleconsultoria; Telediagnóstico; Telemonitoramento; e Teleducação.

Dentre essas modalidades existentes na telessaúde, ainda há “tipos de intervenção em telessaúde”, que nada mais são do que a forma como se instrumentalizam as modalidades previstas na telessaúde, ou seja, os tipos são os métodos de aplicação das modalidades em telessaúde. Sintetizam-se (quadro 2) essas tipologias seguindo o descrito pela SBC (2019) sobre o tema.

Quadro 1 - Tipos de Intervenção em Telessaúde

Videoconferência síncrona: modalidade de interação por conferência ao vivo entre o atendimento primário e serviços médicos especializados a distância.
Videoconferência assíncrona (Store and forward): utiliza o sistema de armazenamento e envio de imagens diagnósticas, sinais vitais e/ou vídeo clipes em conjunto com os dados do paciente para uma revisão posterior por especialista. Fornece suporte ao sistema de atendimento primário no diagnóstico e tratamento.

Monitoramento remoto: utiliza equipamentos para coletar dados do paciente remotamente e enviar ao hospital ou centro de monitoramento para interpretação. Esses dispositivos (weareables) monitoram desde um sinal vital específico (frequência cardíaca, pressão arterial – PA e aferição dos níveis glicêmicos) até uma variedade de indicadores para o paciente a distância

Mobile health (mHealth): definida como prática médica e de saúde pública apoiada por dispositivos móveis, como telefones celulares, dispositivos de monitoramento, assistentes digitais pessoais (PDA) e outros dispositivos sem fio.¹⁴

Fonte: Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Telemedicina na Cardiologia, 2019

Por fim, a SBC, em suas diretrizes, lista em série objetivos previstos com a implementação da telemedicina por meio das modalidades e tipologias de aplicações da mesma em sistemas de saúde. Elenca-se, abaixo, tais objetivos segundo a SBC (2019).

Quadro 2 - Objetivos Previstos com a Telemedicina

Assistência remota: teleconsultoria, telediagnóstico ou telemonitoramento para diagnóstico, acompanhamento e/ou tratamento a distância do paciente.
Gestão administrativa dos cuidados aos pacientes: solicitações de exames, prescrição médica e aspectos relativos ao reembolso pela prestação de serviço.
Qualificação de recursos humanos a distância para facilitar programas de educação continuada.
Pesquisa clínica colaborativa em rede: utilizar as TIC para compartilhar e difundir boas práticas e gerar conhecimento.

Fonte: Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Telemedicina na Cardiologia, 2019

Diante da exposição acima acerca das modalidades, tipologias e objetivos em relação à telemedicina, vê-se que a mesma pode atuar de forma transversal na atenção ao cuidado à saúde, tendo em vista a abrangência em seu escopo de atuação, podendo auxiliar em diversas frentes profissionais de saúde no âmbito da execução de procedimentos, sejam estas consultas ou exames. Assim é possível qualificar, aperfeiçoar e otimizar a prestação de atendimentos aos pacientes. Portanto o conjunto técnico-metodológico da disposição da telemedicina nesses diferentes níveis de atuação possibilitou que instituições formais na esfera de governo, promovessem debates para formalizar essa emergente TIC no sentido da regulação da mesma.

5.2 LINHA TEMPORAL DE MARCOS LEGAIS QUE REGULAMENTARAM A TELEMEDICINA NO BRASIL

A trajetória normativa que culminou no marco regulatório da telemedicina no Brasil, sendo o mais recente dispositivo legal sobre este tema até o momento, tem como principais características a interlocução entre diferentes atores, o avanço tecnológico e, principalmente, a janela de oportunidade que introduziu a telessaúde como instrumento de política pública. O uso da telemedicina auxiliou na contenção social durante a pandemia da Covid-19, teve papel relevante para a regulamentação desta atividade no território nacional no final do ano de 2022, haja vista os avanços referentes aos dispositivos legais estabelecidos por instituições como o Conselho Federal de Medicina (CFM) para criar mecanismos regulatórios que garantissem a legalidade da operacionalização desta atividade no país.

Na construção desta linha do tempo no Brasil, aponta-se como primeiro movimento a revogação da Resolução nº 1.639 de 2002 por parte do CFM. O objeto desta resolução foi sobre prontuário médico, onde previa a guarda e manuseio destes registros de forma física sob uso de documentos de papel. A revogação nesse sentido se deu através da “Resolução no 1.821 21 de 2007, a qual aprovou os requisitos técnicos para a digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos prontuários dos pacientes, além de ter autorizado a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde” (MALDONADO, p.5, 2016). Portanto, inicialmente, a discussão se deu no âmbito do uso de inovação digital para aplicação de digitalização de documentos, os prontuários médicos. Essa discussão se deu à luz dos aspectos éticos do exercício médico que prevê como responsabilidade do profissional o sigilo, à confidencialidade e à privacidade das informações de seus pacientes.

Ao avançar sobre este tema, a confidencialidade das informações descritas em prontuários médicos, já quase uma década depois com a criação do “Marco Civil da Internet (Lei Federal nº12.965, de 23 de abril de 2014) e a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) (Lei Federal nº13.709, de 14 de agosto de 2018)” que, apesar de não tratarem especificamente sobre o objeto da telemedicina, estão intrinsecamente relacionados a mesma no sentido procedimental de como devem ser arquivados, coletados e disponibilizados dados de teor sensíveis que contenham informações de pacientes em plataformas digitais. Portanto, estes foram e são os principais instrumentos normativos que repercutiram diretamente sobre a telemedicina no Brasil (DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE TELEMEDICINA NA CARDIOLOGIA, 2019).

Em seguida à criação da LGPD, já durante a pandemia de covid-19, o Governo Federal, por meio da Lei Federal nº 13.989, de 15 de abril de 2020, deu encaminhamento a favor do uso da telemedicina durante a crise causada pela corona vírus (SARS-CoV-2) em caráter emergencial no território nacional (BRASIL, 2020). Neste momento, entendia-se que - seguindo o entendimento técnico-científico da necessidade de distanciamento e isolamento social, garantidos por protocolos e diretrizes estabelecidos pelo MS através de mecanismos de controle como a Portaria nº 639, de 31 de março de 2020 - havia a necessidade da criação de alternativas na estratégia em saúde que lidasse com a realidade da contenção social. Isso fez com que se abrisse uma janela de oportunidade que introduziu a telemedicina no escopo dos atendimentos em saúde.

Após este período, já no pós pandemia de COVID-19, em maio de 2022, o CFM, divulga a regulamentação da prática da telemedicina no Brasil através da “Resolução nº 2.314/2022 que define e regulamenta a telessaúde no Brasil, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias e de comunicação” (p.2). A norma, fruto de um amplo debate reaberto em 2018 com entidades médicas e especialistas, passa a regular e reconhecer o uso da telemedicina no país, não mais em caráter emergencial. Portanto, em substituição à Resolução CFM nº 1.643/2002, entra em vigor a partir da data de sua publicação (CFM, 2022).

Por fim, tal regulamentação foi garantida pelo Governo Federal já no final de dezembro de 2022, por meio da Lei nº 14.510, alterando e revogando as leis anteriores que dispuseram sobre o assunto, regulamentando, portanto, a prática da telessaúde em território nacional por meio do Art. 26 e os seguidos incisos do mesmo que estabelecem os princípios a serem seguidos e que regem o exercício da telessaúde no Brasil.

5.3 ESTUDOS DE CASOS: TELESSAÚDE BRASIL REDES, PROJETO TELE MINAS SAÚDE E REDE UNIVERSITÁRIA DE TELEMEDICINA

Os estudos de casos sobre o uso de telemedicina aplicado no âmbito do SUS de forma direta ou indiretamente, se dão a partir de iniciativas do Governo Federal sob a participação ampla das universidades, entre outros atores, para fomentar o debate e implementação desta TIC na área da saúde no Brasil. Inicialmente, segundo o estudo da SBC (2019), incentivos desta ordem deram-se por parte do MS em 2006, em parceria com o governo, visando promover ações que “fortalecessem a Atenção Primária, em especial a Estratégia Saúde da Família de municípios remotos, por meio de teleconsultorias, telediagnóstico e teleducação” (DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE TELEMEDICINA NA

CARDIOLOGIA, 2019). A pesquisa realizada pela SBC sobre o tema da telemedicina em cardiologia aponta, um estudo randomizado em cardiologia sob efeitos de sintomas provenientes de problemas cardiológicos entre pacientes que receberam teleconsultorias previamente e os que receberam “referenciamento tradicional”. Segundo SBC, neste estudo, aqueles que receberam teleconsultoria deram menos entradas em unidades de emergência (DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE TELEMEDICINA NA CARDIOLOGIA, 2019).

Embora a teleconsultoria tenha sido extensivamente estudada em nosso meio,⁹⁹ existem poucos estudos sobre o impacto da teleconsultoria nos resultados tradicionais de saúde da população, como risco e mortalidade. A revisão sistemática de Liddy et al.,¹⁰⁰ reportou que o sistema de teleconsultoria é altamente aceitável para pacientes e profissionais de saúde e melhora o acesso ao cuidado especializado. Foi realizado um estudo randomizado em cardiologia que avaliou efeitos adversos como morte, infarto do miocárdio, cateterismo e/ ou angioplastia de urgência/emergência e ida a unidades de urgência, comparando pacientes que receberam teleconsultoria e os que tiveram um referenciamento tradicional. O grupo que recebeu a teleconsultoria foi mais propenso a ter uma consulta com o cardiologista e teve menos entradas nas unidades de urgência (DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE TELEMEDICINA NA CARDIOLOGIA, p. 1023, 2019).

Ainda sobre a resolutividade da teleconsultoria, o estudo defende o emprego o seu uso para atender demandas reprimidas na atenção especializada à saúde. A SBC suscita em seu estudo que, apesar do baixo índice de estudos que analisam o impacto da prestação e serviço em telemedicina para atender filas de espera no âmbito do SUS, há estudos que apresentam redução do tempo de espera para consultas especializadas entre aqueles que utilizaram teleconsultoria e os que não utilizaram.

A demanda para atenção especializada é crescente em todo o mundo, superando a oferta de serviços, com acesso limitado aos especialistas e longas filas de espera. Intervenções de telessaúde, particularmente envolvendo teleconsultoria para regulação, tem demonstrado grande impacto na redução desse tempo de espera, com qualificação do acesso ao especialista, evitando encaminhamentos desnecessários e com menor custo. Igualmente, no Brasil, a experiência de teleconsultoria para regulação (ou telerregulação) tem mostrado redução do tempo de espera para a consulta especializada, qualificando o acesso e otimizando a utilização dos recursos, além de oferecer ao usuário atendimento com maior conforto e menor impacto no seu cotidiano (DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE TELEMEDICINA NA CARDIOLOGIA, pag. 1023, 2019).

Por fim, acerca dos resultados pertinentes para exploração neste trabalho de pesquisa, a SBC descreve também como satisfatórias as experiências que adotaram o uso do telediagnóstico, especificamente através do uso da tele-eletrocardiografia. O apontamento se dá a partir dos resultados analisados sob o conjunto de evidências dos benefícios da aplicação desta modalidade de exames em sistemas de saúde, aumentando a capacidade de realização dos

mesmos e diminuindo os custos de produção, aperfeiçoamento no acompanhamento ao paciente e melhora na gestão de filas de espera por esse exame em específico.

A tele-ecocardiografia tem se mostrado uma estratégia promissora para racionalização do acesso à propedêutica complementar, diagnóstico precoce, priorização de encaminhamentos e organização de listas de espera nos sistemas de saúde. As evidências iniciais sobre sua utilização derivam de estudos populacionais de rastreamento, como o realizado em áreas rurais da Índia, no qual mais de 1.000 ecocardiogramas foram realizados em cerca de 11 horas e enviados para sistema de computação em nuvem para análise por especialistas através de Telemedicina. (DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE TELEMEDICINA NA CARDIOLOGIA pag. 1025, 2019).

Já no âmbito assistencial entre profissionais de saúde por meio da transmissão de informações, há o estudo de caso da implementação da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) no ano de 2005, que, em síntese, visava a qualificação entre estudantes e profissionais de saúde para operacionalização dos atendimentos e manuseio técnico e operacional entre as tecnologias disponíveis para executar procedimentos em unidades de atendimento (SILVA, MORAES, 2012). O caso aponta que a implementação da RUTE/RNP evidenciou a necessidade de expansão da qualificação técnico-operacional em relação a inclusão digital como instrumento de trabalho para operacionalizar os atendimentos de forma a integrar em diferentes níveis de complexidade da área da saúde a transmissão de informações através da Telessaúde no Brasil (SILVA, MORAES, 2012). Ainda, segundo apontado no estudo “O caso da Rede Universitária de Telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira” a RUTE foi responsável, no ano de 2010, pela articulação a nível de Governo Federal, pela ampliação da Telessaúde no Brasil através do Programa Nacional de Telessaúde que “oficializou as ações de teleeducação e teleassistência, sendo renomeado, posteriormente, como programa Telessaúde Brasil Redes (SILVA, MORAES, 2012).

A contribuição da RUTE - além do ponto de vista estratégico de articulação política e produção técnico-científica no debate sobre a telemedicina no Brasil. Segundo estudo, a primeira regulação governamental na área de telessaúde, promovida pelo Telessaúde Brasil Redes/MS, previu também a teleconsultoria (SILVA, MORAES, 2012). E, desde então, a RUTE já apontava a necessidade da regulação da telemedicina para atender em casos de teleconsultoria, fomentando o debate acerca da ampliação da telessaúde no Brasil (SILVA, MORAES 2012).

No artigo “Telemedicina: uma ferramenta para ampliar o acesso à assistência em saúde no Brasil” de Viana (2015), aponta-se o caso, também situado no Estado de Minas Gerais, do Projeto Tele Minas que, em síntese, dá suporte a profissionais da área da saúde na rede da APS

do Estado, ofertando capacitação a profissionais através de transmissão de informações, no mesmo sentido do caso exposto anteriormente com RUTE. O estudo ainda aponta sobre a criação da Rede Teleassistência Minas Gerais (RTMG), uma rede que integra o Projeto Tele Minas e que ampliou seu escopo da modalidade prevista de atendimento, para atender também teleconsultoria. A autora cita os resultados gerados a partir da intervenção do programa ao informar que mais de 61 mil teleconsultorias foram realizadas no Estado desde do início do atendimento dessa modalidade em Minas Gerais.

De 2007 a agosto de 2014, a RTMG realizou 61.000 teleconsultorias. Assim como a telecardiologia, este serviço influencia a qualidade da assistência ao melhorar diagnóstico e tratamento e a resolutividade da APS ao possibilitar a solução do problema do paciente na própria unidade de saúde. A meta é ter a maior abrangência possível para evitar mais encaminhamentos (VIANA, p. 47, 2015).

No artigo “Regulação do acesso às consultas especializadas: percepções de gestores e profissionais em município de médio porte do sul do Brasil” publicado na revista de Gestão em Sistema de Saúde, são feitas inferências acerca da implementação do Telessaúde Brasil Redes idealizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2011. O artigo descreve que, com base na Portaria GM/MS 2.546/2011, houve a expansão da Telessaúde para além do escopo da Atenção Básica em Saúde, prevendo atendimento, portanto, nos demais níveis da atenção à saúde através da teleconsultoria. O artigo ainda, em referência a orientação do MS em relação ao avanço da Telessaúde no Brasil, cita a instrução por parte do Governo Federal de que os Estados e Municípios que implementassem serviços de teleconsultoria nas ABS, considerassem a “ordem de prioridade” para execução deste tipo de serviço, fazendo referência a consideração de problemas complexos e que necessitam de intervenção como a demanda reprimida e tempo elevado para a consulta médica. (Bernardi, Albiero, Helena p. 182, 2021)

O MS orienta que, para escolha da especialidade com fluxo compulsório de teleconsultoria, devem ser considerados os seguintes aspectos: demanda reprimida e tempo excessivo de espera para a consulta; especialidade com casos clínicos sensíveis à ABS e à teleconsultoria; disponibilidade de profissionais potencialmente teleconsultores (Bernardi, Albiero, Helena, p. 182, 2021).

Considerando o que aqui foi exposto diante dos estudos de casos, vê-se que há uma convergência no sentido dos benefícios da telemedicina na resolutividade de casos, capacidade produtiva de atendimentos por meio de teleconsultorias e atributo de qualificar ainda mais os atendimentos por meio da teleassistência que possibilita a troca de informações entre profissionais que executam procedimentos diariamente na ponta, sendo em UBS ou em redes hospitalares. Fato é que há consenso na literatura encontrada sobre estudos de casos sobre a contribuição cada vez mais notória da telessaúde no país. A capacidade de atendimento através

da teleconsultoria em atender pacientes que aguardam anos na fila de espera por uma consulta com o especialista pode ser tão efetiva quanto uma consulta presencial que pode demorar para acontecer a depender da demanda por consulta na especialidade encaminhada para consulta. Conforme citado na publicação da revista de Gestão em Sistema de Saúde referente a “Regulação do Acesso às Consultas Especializadas”, “Estudos apontam que esse tipo de arranjo tecnológico para algumas especialidades mostra-se efetivo na redução de filas de espera e mais eficiente quando comparado à modalidade assistencial especializada presencial”. (BERNARDI, ALBIERO, HELENA, p. 182, 2021).

6 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos com o banco de dados extraído e compilado em Excel e, posteriormente, rodados no software SPSS. Aplicou-se a metodologia descrita na introdução deste trabalho para avaliar os resultados das variáveis disponíveis no *survey*. A apresentação dos resultados divide-se em duas seções, sendo elas: a) análise descritiva sob os resultados dos testes de significância estatística entre a comparação de médias com o Teste T de Amostras Independentes; b) correlação bivariada por meio do teste de Correlação de Pearson.

Os resultados apresentados neste capítulo tiveram a finalidade de avaliar se houve relação causal entre os períodos com e sem Projeto Médico Online em relação ao TME na fila de espera por consulta na especialidade de Cardiologia e se ela é estatisticamente significativa.

6.1 Comparação entre médias por período com e sem Projeto Médico Online

Na aplicação de Teste T de Amostras Independentes, obteve-se resultados significativos do ponto de vista da significância estatística nas médias entre períodos com e sem telemedicina em relação ao TME de espera em dias na especialidade de cardiologia. Os resultados apontaram justamente uma significância que vai ao encontro da hipótese de que as teleconsultas no período do Projeto foram responsáveis pela redução do TME por consulta em cardiologia em comparação ao período sem o Projeto. A média entre o período antes do Projeto Médico Online em relação ao TME de espera por atendimento em cardiologia foi maior em comparação ao período durante o Projeto, conforme consta na tabela abaixo com o teste de comparação de médias:

Tabela 1: Médias Entre Períodos Antes do Proj. Médico Online e Durante

TME fila de espera Por consulta em dias	N	Média	Desvio Padrão
Antes projeto*	61	241,13	203,055
Durante projeto*	17	43,76	106,806

* Período projeto médico online: se durante período do projeto, valor = 1

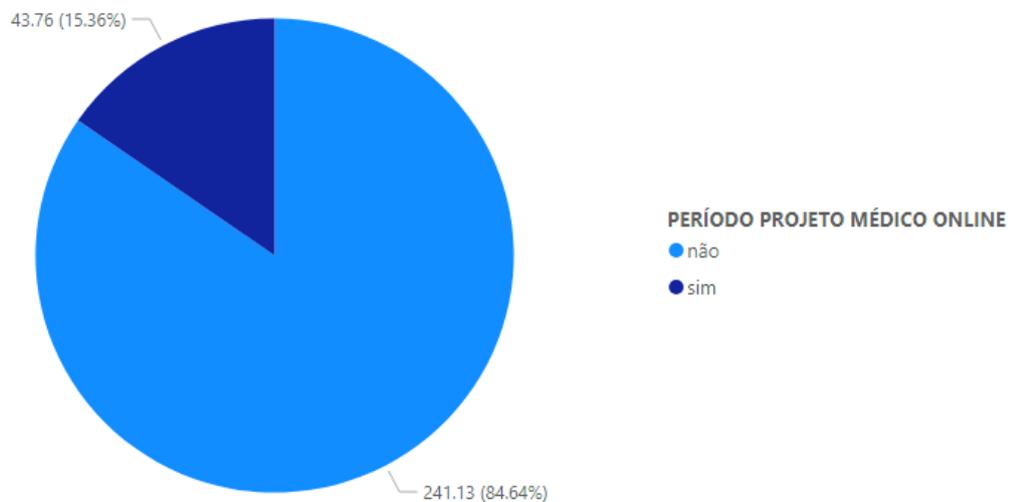
Fonte: elaboração própria, 2023

Conforme resultado acima, vê-se que a média de TME na fila de antes da intervenção do projeto era maior em relação ao período durante o projeto, essa diferença é expressamente maior em comparação ao período antes do projeto. A tabela aponta que a média de TME na fila

de espera por consulta em dias antes do período do Projeto era de, aproximadamente, 241 dias, já no período durante o projeto era de aproximadamente 44 dias, em meses essa medida equivale há cerca de um mês e 14 dias, diferentemente do período de 241 dias antes do projeto, que equivale a aproximadamente oito meses. Portanto, o resultado em relação à média descrita na tabela revela que o TME de espera no período anterior ao Projeto Médico Online para atender a especialidade de cardiologia atingiu o percentual de 84,64% no período de análise de 2017 a junho de 2023, já no período durante o Projeto esse percentual atingiu 15,36%. Isso aponta uma redução de aproximadamente 81% em relação ao TME de espera em dias para consulta durante o período da intervenção em teleconsulta para atender a especialidade de cardiologia conforme é ilustrado na figura abaixo:

Gráfico 1 - Média de TME na fila de espera por consulta em dias

Média de TME NA FILA DE ESPRA POR CONSULTA EM DIAS
POR PERÍODO PROJETO MÉDICO ONLINE



Fonte: Elaboração Própria, 2023

Entretanto, conforme apontado na tabela 1 logo acima, nota-se que o desvio padrão em relação às médias está demasiadamente alto. Isso indica maior dispersão nos dados obtidos entre as variáveis em questão. Para tanto foi aplicado também testes não paramétricos de Mann Whitney para obtenção de diferença entre as médias, tendo em vista a não normalidade da distribuição entre a dispersão do desvio padrão. Para validação deste teste, conforme

especificado na introdução, foi criada a variável “Período Projeto Médico Online”, atribuindo “0” antes do período da implementação desse Projeto e “1” durante a implementação para atribuir diante da variável dicotômica a relação entre TME na fila por consultas na especialidade cardiologista no período com e sem intervenção em telemedicina. Isso fez com que fosse possível comparar se há diferença estaticamente significativa entre as variáveis, ou seja, se rejeita ou não a hipótese nula. O resultado aplicado nesse teste evidenciou que sim, há diferença entre as médias das variáveis, rejeitando a hipótese nula de que não há diferença (ver apêndice A).

Em relação há existência de diferença entre as médias, o Teste T de Amostras Independentes, aponta que a amostra da variável TME na fila por consulta em dias é estaticamente significativa. A significância do Teste T aplicado e evidenciado acima foi de 0,00, portanto altamente significativo devido ao $p < \text{ou} = 0,05$. O resultado, portanto, é estatisticamente significativo ($p=0,000$), estando dentro do intervalo de confiança de 95% (ver apêndice B).

6.2 QUADRO MATRIZ DE CORRELAÇÃO DE PEARSON

Foi aplicado o teste de Correlação Bivariada de Pearson para inferir se há correlação inversamente proporcional, ou seja, na medida que aumenta a proporção da variável independente a variável dependente diminui. As variáveis rodadas no teste correlação foram TME na fila por consulta na especialidade de cardiologia adulto com e a variável dias por períodos. Abaixo são apresentados conforme os resultados da matriz.

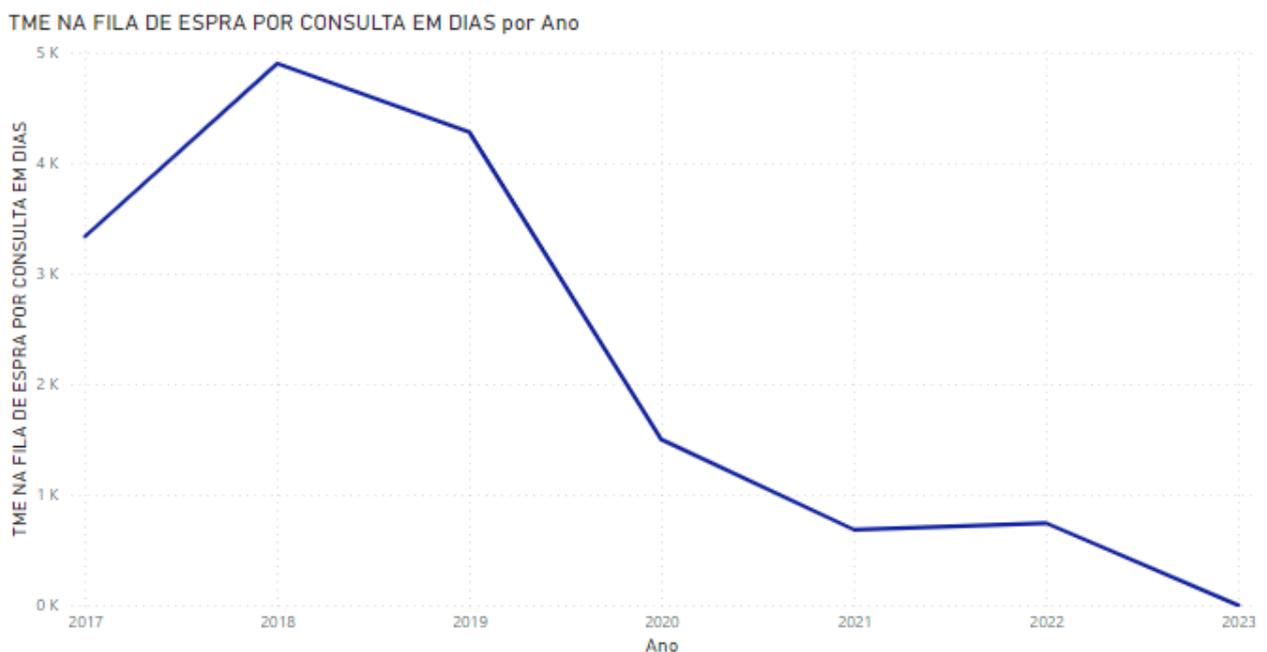
Quadro 2: Matriz de Correlação Bivariada de Pearson Entre Dias por Período e TME Por Consulta Em Dias

		TME NA FILA DE ESPRA POR CONSULTA EM DIAS	DIAS POR PERÍODO
TME NA FILA DE ESPRA POR CONSULTA EM DIAS	Pearson Correlation	1	-,619**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	78	78
DIAS POR PERÍODO	Pearson Correlation	-,619**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	78	78

Os resultados indicam que há correlação negativa e, portanto, inversamente proporcional entre a variável dias por período e a variável TME na fila de espera. O coeficiente de Pearson é usado para medir a intensidade e a direção de relações lineares e considera associações positivas e negativas para apontar correlações, sendo estas mensuradas através dos coeficientes de resultado de 1 quando há equivalência proporcional entre duas variáveis e -1, quando há relação inversamente proporcional entre as variáveis. Portanto, nesse sentido, ao interpretar nos resultados obtidos no teste de correlação exposto acima na matriz, pode-se inferir que na medida em que há mais dias por períodos de Projeto Médico Online, ou seja, mais tempo de existência da intervenção em teleconsulta para atender a fila de espera por consulta com especialista na especialidade cardiologia em Canoas, menor será o TME na fila por consulta para a realização deste procedimento. Ainda, aponta-se que a significância estatística foi altamente significativa com ($p=0,000$).

Por fim, para ilustrar a correlação inversamente proporcional, conforme disposto no resultado da matriz, entre a variável TME na fila por consulta em relação a variável dias por período, o período com intervenção abaixo exemplifica essa relação de queda no TME na fila de espera por consulta em dias por ano, atribuindo a letra “k” no gráfico à medida de 1.000 dias. O gráfico foi projetado considerando-se os períodos de TME na fila de espera por consulta em dias na relação por competência (ano e mês), portanto, foi considerado todos os 78 casos em relação a essa variável por competência para ilustrar essa queda em relação ao ano.

Gráfico 2 - TME na Fila de Espera por Consulta em Dias Por Ano



Fonte: Elaboração própria, 2023

A curva do TME na fila de espera por consulta na especialidade de cardiologia em relação ao ano é descendente entre o período antes do Projeto Médico Online em comparação ao período após o Projeto, apontando, portanto, uma associação entre as variáveis TME na fila de espera por consulta em dias em relação ao ano e, desse modo, correlação inversamente proporcional no sentido de que quanto mais tempo de Projeto Médico Online, menor será o TME na fila de espera por consulta em cardiologia adulto em Canoas.

O gráfico ilustra quatro momentos diferentes em relação aos 78 casos divididos nos sete anos da amostra, sendo estes momentos: a) curva ascendente do TME na fila por consulta entre os anos de 2017 até 2018; b) início da queda da curva ascendente do TME na fila por consulta entre os anos de 2018 até 2020; c) continuidade de tendência de queda e sutil inclinação de estabilidade da curva do TME na fila por consulta entre os anos de 2020 até 2022; d) início de curva descendente do TME na fila por consulta entre os anos de 2022 até 2023.

Analisando esses quatro momentos da curva do TME na fila por consulta distribuídos nos sete anos da amostra, pode-se atribuir ao comportamento dessa variável três dimensões. A primeira dimensão é que a continuidade de tendência de queda e sutil inclinação de estabilidade da curva do TME na fila por consulta entre os anos de 2020 até 2022 se dê, provavelmente, ao período da pandemia que impôs um contexto de isolamento e distanciamento social mediante as medidas restritivas adotados nos diferentes níveis de Governo para combater a pandemia. Já a segunda dimensão, em razão do que já foi exposto nos resultados e explicação da matriz de correlação de Pearson, a queda da curva do TME na fila por consulta entre os anos de 2022 até 2023 atribui-se à intervenção do Projeto Médico Online através da realização do atendimento em tele consulta para atender a fila de espera da atenção especializada em cardiologia. Por último, em relação a leve queda entre 2018 a 2019 e, o início de queda mais acentuada de 2019 a 2020, se faz necessário o desenvolvimento de outra pesquisa para verificar as condicionantes e variáveis que expliquem este momento de queda do TME na fila por consulta em cardiologia nesse período, pois diante das informações disponibilizadas não é possível inferir algo em relação a esta queda apontada no gráfico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que aqui foi exposto acerca da avaliação de resultados do Projeto Médico Online em atender a fila de espera por consulta na atenção especializada em cardiologia por meio de tele consulta, há três considerações principais em referência ao objeto de análise deste trabalho e aos temas que estão intrinsecamente relacionados à análise destes resultados.

Inicialmente, em relação à síntese dos resultados encontrados, infere-se que sim, mediante aos testes aplicados e os resultados obtidos, a hipótese inicial, foi assertiva no que se refere à capacidade produtiva da teleconsulta em atender a fila de espera pela primeira consulta na especialidade de cardiologia, tendo em vista os resultados preliminares disponibilizados pela Prefeitura de Canoas. Além disso, em relação à nova delimitação de análise que se propôs avaliar neste trabalho, em relação ao TME na fila de espera por consulta com especialista, pode-se afirmar que há indícios de que o Projeto Médico Online foi responsável direto pela redução do TME na fila de espera de Cardiologia em Canoas.

Os resultados de Teste T de amostras independentes apontaram que o TME na fila por consulta em cardiologia foi expressivamente menor em relação ao período anterior à intervenção em telemedicina no Município. Ainda, apesar da existência de um desvio padrão elevado, houve diferença entre as médias ao ser confirmado tal resultado mediante aplicação de teste não paramétrico de Mann Whitney para obtenção de diferença entre as médias, rejeitando, portanto, a hipótese nula de que não havia diferença. Por fim, em relação a esse teste, o mesmo apontou alto grau de significância estatística, sendo estatisticamente significativo a relação entre as médias por períodos antes e durante o Projeto Médico Online.

Aplicou-se também o teste de correlação bivariada de Pearson para inferir se houve correlação inversamente proporcional entre a variável TME na fila por consulta em cardiologia com a variável dias por períodos entre os períodos com e sem Projeto Médico Online. O teste apontou como resultado a existência da correlação inversamente proporcional entre as variáveis, ou seja, na medida em que há mais dias por períodos, menores serão o TME na fila por consulta com o especialista durante o Projeto Médico Online. O resultado ainda apontou alta significância estatística, estando dentro do intervalo de confiança de 95%, sendo, portanto, estatisticamente significativo.

Esses resultados apontam para a evidência de que o Projeto Médico Online está, até o momento, atingindo o objetivo de atender a demanda reprimida por consulta na atenção na especialidade de cardiologia, que foi objeto de análise deste trabalho. Ainda, infere-se que o

Projeto está reduzindo o TME na fila por consulta com especialista em cardiologia, impactando no TME de usuários do SUS que aguardavam na fila por consulta nesta especialidade. Nesse sentido, a telemedicina, por meio da tele consulta, apresenta-se como uma alternativa eficaz para a resolução do problema público que são as filas de espera por consulta com o especialista em relação ao TME na fila por consulta com especialista.

Entretanto, mediante aos limites de análise, bem como a delimitação do objeto deste trabalho, expõe-se a necessidade de olhar para outras variáveis que estão intrinsicamente relacionadas a esse objeto de pesquisa, sendo estes: delineamento do período após o Projeto em comparação ao período antes do Projeto e acompanhamento da quantidade de absenteísmo em relação às consultas agendadas na fila de espera.

Apesar do tamanho da amostra utilizada na pesquisa ser suficiente para comparar o período antes e durante o Projeto Médico Online em Canoas, é importante pontuar que, talvez, fosse necessário analisar um número maior de casos durante o período do Projeto Médico Online para que se possa aprofundar a comparação da associação entre a redução do TME na fila por consulta em cardiologia em virtude da intervenção em teleconsulta em Canoas. Ainda nesse sentido, em relação ao resultado da queda entre o ano de 2019 até 2020 (ver gráfico 2), vê-se a necessidade de se pesquisar e analisar outras possíveis variáveis que expliquem a queda acentuada neste período para que se possa contribuir na confiabilidade da associação entre a redução do TME na fila por consulta em cardiologista em Canoas com a efetiva atuação em telemedicina.

Já em relação ao acompanhamento da quantidade de absenteísmo em relação a consultas agendadas na fila de espera, pode-se dizer que essa variável é tão relevante quanto a mensuração do TME na fila por consulta com especialista. Haja vista por obviedade que, mesmo se o TME na fila por consulta for menor, de nada adianta, se o paciente não comparecer a consulta. Acompanhar os índices de falta e traçar indicadores que justifiquem essa variabilidade é fundamental para mensurar a efetividade do instrumento do agendamento da consulta, seja ela presencial ou por meio de tele consulta. Portanto, monitorar as faltas, desistências de consultas entre outros motivos que justifique o absenteísmo podem servir como indicador de qualidade na mensuração do instrumento da gestão da fila de espera além da variável TME na fila de espera.

Este trabalho evidenciou a convergência entre teoria, em referência à literatura sobre TME na fila de espera por consulta e resultados à luz do que foi exposto no sexto capítulo deste trabalho. A literatura sobre fila de espera descreve que a existência deste mecanismo na

Regulação à Saúde é um instrumento de gestão necessário para organizar o fluxo do acesso à procedimentos na saúde em virtude da realidade dos recursos disponíveis entre oferta e demanda de serviços num sistema de saúde. Sugere-se, ainda, na literatura encontrada, que o acompanhamento do TME na fila de espera por consulta é justamente uma variável importante para validar a gestão da fila de espera. Haja vista a realidade da existência de filas de espera na RAS que sempre existirão, tendo em vista o dinamismo entre demanda e oferta de procedimentos no SUS.

Portanto, a contribuição desse trabalho é justamente no sentido do monitoramento dessa variável em relação ao objeto de pesquisa deste trabalho que se restringiu ao Município de Canoas que implementou o Projeto Médico Online para atender à um problema público de ordem nacional que é a demanda por consultas com especialistas no Brasil e, em decorrência disso, o TME na fila por consulta da atenção especializada em cardiologia. O desenvolvimento desse trabalho com vistas ao impacto deste Projeto na população usuária do SUS no Município de Canoas que se encontram na fila de espera em cardiologia pode ser o ponto de partida para futuros desenvolvimentos de novas pesquisas acerca deste caso ou de outros, relacionados direta ou indiretamente a este tema que deve ser cada vez mais pautado na agenda governamental para o fomento de políticas públicas que considerem o uso TICs como alternativa para resolução de problemas de interesse público.

Por fim, infere-se que avaliação de desempenho é estratégia de gestão e pode auxiliar gestores na tomada de decisões baseadas em evidências. Este estudo é um precursor nesse sentido por propor a análise de um tema ainda pouco debatido no âmbito da saúde e que tem potencial para bons resultados atribuídos a estudos de avaliação de resultados e de impacto, visando o aperfeiçoamento da máquina pública no âmbito da gestão de inovação na área da saúde.

8 REFERÊNCIAS

ALBERI NETO. Fila do SUS em Porto Alegre é a maior em quatro anos. **Gaúcha Zero Hora**, 13, janeiro, 2022. Disponível em:

<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2022/01/fila-do-sus-em-porto-alegre-e-a-maior-em-quatro-anos-ckycas3ib0003015pzbcicyc9f.html#:~:text=Olhando%20somente%20para%20o%20per%C3%ADodo,que%20o%20dobro%20deste%20tamanho.> Acesso em: 08 de agosto, 2023.

ANDERSON, C. W. **The place of principles in policy analysis**. American Political Science Review, v. 73, n. 3, p.771-723, 1979.

BERNARDI, H, ALBIERO, J F G, HELENA, E T S. Regulação Do Acesso Às Consultas Especializadas: Percepções De Gestores E Profissionais Em Município De Médio Porte Do Sul Do Brasil. **Rev. Gest. Sist. Saúde**, São Paulo, v. 10, n.2, p.180-199, 2021.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 fev. 2020. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.314, de 20 de abril de 2022**. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 mai. 2022. Seção 1, p. 227.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 639, de 31 de março de 2020**. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde", voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2020. Seção 1, p. 76.

BRASIL. **Lei nº 12.965, de 23 de abr de 2014** Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 24 de abr de 2014.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de ago de 2018.** Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 59, 15 de ago de 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.989, de 15 de abr de 2020.** Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 16 de abr de 2020.

BRASIL. **Lei nº 14.510, de 27 de dez de 2022.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 28 de dez de 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de set de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 18055, 20 de set de 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dez de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 25694, 31 de dez de 1990.

BRASIL. Lei nº XX.XXX, de dia de mês de ANO. Função da lei. Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. XX, n. XX, data de publicação do Diário

CANO, I. **Introdução à Avaliação de Programas Sociais.** 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

CONILL, E; GIOVANELLA, L; ALMEIDA, P. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2783-2794, 2011.

COSTA, Frederico L. da; CASTANHAR, José C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, 2003.

COTTA, T. C. Avaliação educacional e políticas públicas: a experiência do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (SAEB). **Revista do Serviço Público**, v. 52, n. 4, p. 89-111, 2021.

Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Telemedicina na Cardiologia.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2019. Disponível em: https://a8daef65-7000-4bb3-bf33-4fd8bbca6800.usrfiles.com/ugd/a8daef_62df4c46acf24a15b2ce5323555c24c1.pdf.

DYE, T. R. **Understanding public policy**. 13ª Edição. Boston: Longman, 2010.

FARIA, C. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 98-109, 2005.

HELYN THAMI. 5 pontos sobre as filas de atendimento no SUS. **Nexo Políticas Públicas**, 15 de março de 2021. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/perguntas-que-a-ciencia-ja-respondeu/2021/5-pontos-sobre-as-filas-de-atendimento-no-SUS>. Acessado em: 25 de julho de 2023.

IPEA. **Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante**. Brasília: IPEA, 2018.

LASSWELL, H. D. **The policy orientation**. In: LERNER, D.; LASSWELL, H. D. (Orgs.). *The policy sciences: recent developments in scope and method*. Stanford: Stanford University Press, 1951.

LIPPI, M. *et al.* Gestão de lista de espera como abordagem para planejamento e coordenação de serviços de saúde eletivos. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 1-20, 2020.

MALDONADO, J M S V, MARQUES, A B, CRUZ, A. **Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2016.

Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. **Notícias, Secretaria de Atenção Primária à Saúde**, 29 de março de 2022. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/noticia/16496>. Acessado em: 16 de julho de 2023.

Ministério da Saúde. Regulação. **Secretaria de Atenção Especializada à Saúde**, 29 de agosto de 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/drac/regulacao>. Acessado em: 17 de julho de 2023.

Ministério Saúde. **Orientações para Gestão da Fila Espera**. Guia Eletrônico da Regulação à Saúde. Disponível em:

https://wiki.saude.gov.br/regulacao/index.php/Orienta%C3%A7%C3%B5es_para_Gest%C3%A3o_da_Fila_de. Acessado em: 22 de julho de 2023.

PETERS, B. G. **Advanced introduction to public policy**. Massachusetts: Edward Elgar, 2015.

Prefeitura Municipal de Canoas. **Canoas inaugura Consultórios de Telemedicina**. Notícias, prefeitura de Canoas, 01 de fevereiro de 2022. Disponível em: <https://www.canoas.rs.gov.br/noticias/canoas-inaugura-consultorios-de-telemedicina/>. Acessado em: 15 de julho de 2023.

Prefeitura Municipal de Canoas. **Canoas terá telemedicina em neuropediatria**. Notícias, prefeitura de Canoas, 24 de maio de 2023. Disponível em: <https://www.canoas.rs.gov.br/noticias/canoas-tera-telemedicina-em-neuropediatria/>. Acessado em: 10 de agosto de 2023.

RAMOS, M.; SCHABBACH, L. O Estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 1271-1294, 2011.

ROSA, J. G. L. da, LIMA, L. L., AGUIAR, R. B. de. **Políticas Públicas: introdução**. 1ª Edição. Porto Alegre: Editora Jacarta, 2021.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão. **Edital nº249/2021. Pregão Eletrônico**. Canoas, 2021. Disponível em: <https://www.canoas.rs.gov.br/wp-content/uploads/2021/10/EDITAL-249.2021.pdf>.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.

SILVA, A B, MORAES, I H S d. O caso da Rede Universitária de Telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.3, p. 1211-1235, 2012.

SIQUEIRA, U. B. G. **Análise Do Impacto Da Fila De Espera Na Probabilidade De Absenteísmo Em Exames E Consultas**. 2018. TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Saúde Coletiva, 2018.

SOUSA, M B A de. **As Filas De Espera No Sus E A Interface Saúde Justiça**. 2020.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito Constitucional pelo Instituto Brasiliense de Direito Público (IDP). Brasília, 2020.

VIANA, F M. **Telemedicina: Uma Ferramenta Para Ampliar O Acesso À Assistência Em Saúde No Brasil**. 2015. Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração Empresas. Campo de Conhecimento: Administração em Saúde, 2015.

WU, X; RAMESH, M.; HOWLETT, M; FRITZEN, S. **Guia de Políticas Públicas: gerenciando processos**. Brasília: Enap p. 1-130, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Tabela de Médias Entre Períodos Antes do Proj. Médico Online e Durante									
		Levene's Test for Equality of Variances			t-test for Equality of Means			95% Confidence Interval of the Difference	
SE DURANTE PERÍODO DO PROJETO=1									
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
TME NA FILA DE ESPRA POR CONSULTA EM DIAS	0	8,562	,005	3,849	76	,000	197,366	95,245	299,488
	1			5,378	50,739	,000	197,366	123,677	271,056

APÊNDICE B

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of TME NA FILA DE ESPRA POR CONSULTA EM DIAS is the same across categories of COM PROJETO MÉDICO ONLINE.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.