

*A TELEMEDICINA NO SUS: ESTUDO SOBRE O PROJETO-PILOTO UPA ON-LINE NO
MUNICÍPIO DE LONDRINA¹*

Andressa Camoleze Aless²

Deise Marcelino da Silva³

Resumo: O presente artigo analisa a viabilidade jurídica e a efetividade do Projeto-Piloto UPA On-line (PPUO), implementado no Município de Londrina/PR, como modalidade de teleconsulta no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Parte-se da concepção constitucional do direito fundamental à saúde e dos princípios estruturantes do SUS — universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social — examinados à luz da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Em seguida, discute-se a regulamentação da telemedicina no Brasil, especialmente a Resolução CFM nº 2.314/2022 e a Lei nº 14.510/2022, contextualizando a expansão da saúde digital no pós-pandemia. A pesquisa de campo realizada em Londrina evidenciou que o PPUO contribuiu para a redução do fluxo nas unidades físicas e para a diminuição do tempo de espera de pacientes com sintomas leves, observando-se conformidade com os parâmetros éticos e técnicos estabelecidos pelo CFM. Também são apresentados estudos correlatos desenvolvidos em Mato Grosso, São Paulo e Paraná, demonstrando o potencial da telemedicina para ampliar o acesso, otimizar recursos e qualificar a assistência pública. Conclui-se que iniciativas de telessaúde podem fortalecer políticas públicas de saúde desde que preservem o atendimento presencial como referência, respeitando a universalidade, equidade e integralidade do SUS, e superando desafios tecnológicos, estruturais e culturais ainda existentes.

I. INTRODUÇÃO

O direito à saúde está consagrado como um direito fundamental na Constituição Federal de 1988, representando uma conquista social de extrema relevância para a cidadania brasileira. Garantido pelo artigo 196 da Carta Magna, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde constitui não apenas um ideal normativo, mas um dever do Estado, cuja eficácia exige a implementação de políticas públicas coerentes, sustentáveis e acessíveis à população. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) emerge como instrumento estruturante da política

¹ Recebido em e aprovado em

² Doutoranda em Direito pela Unicesumar. Mestre em Direito, Sociedade e Tecnologias pelas Faculdades Londrina. Pós-graduada em Direito Digital, Proteção de Dados e Cibersegurança pela PUC/PR (2024), em Direito de Família pela Faculdade Farense (2024) e em Direito Médico (2022). Graduada em Direito pela Faculdade Pitágoras de Londrina (2021). Professora de Direito.

³ Possui graduação em Direito pela Universidade Católica Dom Bosco (2006). Mestrado em Ciências Jurídicas pelo Centro de Ensino Superior de Maringá (2010). Doutorado em Direito pela Universidade Católica de Santos (2017). Professora do Programa de Mestrado Profissional em "Direito, Sociedade e Tecnologia" da Escola de Direito Faculdades Londrina. Autora do Livro "Direito Ambiental Internacional", Editora Thoth: Londrina, 2022. Co-autora do Livro "Acesso à Água Potável: direito fundamental de sexta dimensão", 4 ed. Editora Thoth: Londrina, 2022. Tem experiência na área de Direito, atuando principalmente nos seguintes temas: direito à água potável, direito fundamental, direito ambiental internacional, direito ambiental. Professora Adjunta (temporário) do Departamento de Direito Público da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

nacional de saúde, fundamentado em princípios como universalidade, integralidade e equidade, e orientado pelas diretrizes da descentralização, participação popular e regionalização.

A operacionalização desses princípios se dá, entre outros marcos legais, pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), que regulamenta a organização dos serviços de saúde no Brasil e reforça os compromissos constitucionais assumidos pelo Estado. Com o avanço das tecnologias digitais, novos mecanismos de atendimento e cuidado têm sido incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de ampliar o acesso e otimizar recursos. Um exemplo recente dessa inovação é o projeto-piloto da Unidade de Pronto atendimento (UPA) *on-line* no município de Londrina/PR, uma iniciativa que busca oferecer atendimento remoto em conformidade com os parâmetros éticos e técnicos estabelecidos pela Resolução CFM nº 2.312/2022, que normatiza a prática da telemedicina no Brasil.

Neste artigo, são abordados os princípios e diretrizes que regem o SUS, conforme a Constituição Federal de 1988 e a legislação infraconstitucional. Por fim, analisam-se as particularidades do projeto da UPA On-line em Londrina, com reflexões sobre sua viabilidade, legalidade e contribuição para o fortalecimento das políticas públicas de saúde, além da apresentação de experiências correlatas que vêm sendo implementadas em outros contextos. O problema da pesquisa consiste em verificar se o Projeto-Piloto UPA On-line, enquanto modalidade de atendimento remoto, é juridicamente viável e compatível com os princípios constitucionais do SUS, vem como efetivamente contribui para a ampliação do acesso à saúde. A metodologia adotada compreendeu pesquisa de campo sobre o funcionamento do projeto, aliado ao estudo da doutrina e obras especializadas relacionadas ao direito à saúde e à telemedicina.

2. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE ACORDO COM A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E COM A LEI ORGÂNICA DA SAÚDE (LEI Nº 8.080/1990)

O SUS é fruto de um processo histórico composto de embates políticos e ideológicos. A vinculação de seu surgimento com o contexto político-social do País revela o próprio significado do SUS, com seus princípios e suas diretrizes (Cunha; Cunha, 2001, p. 299).

Durante o processo constitucional de 1988, a saúde foi inserida na seguridade social, um sistema mais amplo que abrange, além das políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência social⁴. Essa integração das políticas sociais, além de demonstrar preocupação com o bem-estar, a igualdade e a justiça social, está relacionada a uma concepção mais ampla de saúde, que passa a ser

⁴ “Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (Brasil, 1988)

inscrita como direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado (Noronha; Lima; Machado, 2012, p. 368).

Portanto, na Constituição Federal (CF/1988) a saúde é estabelecida como um direito de todos e dever do Estado, de acesso universal e igualitário⁵. O texto constitucional também consignou que as ações e os serviços públicos de saúde constituem um sistema único, em uma rede regionalizada e hierarquizada, de atendimento integral aos cidadãos brasileiros⁶.

Para dar materialidade à política de saúde prevista constitucionalmente, o SUS foi constituído por meio da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Posteriormente, dando continuidade à estruturação e à organização do SUS, adveio a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabelecendo acerca da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A Lei nº 8.080/1990 define o SUS como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público⁷.

A Lei Orgânica da Saúde também atribuiu um significado mais abrangente à saúde. A referida legislação estabelece que saúde está condicionada – e se encontra determinada – a fatores de alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais, bem como a ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social⁸.

A instituição de um sistema de saúde integral e amplo exigiu essa nova concepção de saúde, que passou a ser entendida não mais como mera ausência de doença, mas como o resultado da

⁵ “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Brasil, 1988)

⁶ “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistências; III – participação da comunidade.” (Brasil, 1988)

⁷ “Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).” (Brasil, 1990)

⁸ “Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.” (Brasil, 1990)

integração de políticas sociais e econômicas. Esse sentido abrangente de saúde foi construído no decorrer do Movimento Sanitarista, o qual se encontra descrito, com excelência, no Relatório Final da 8ª CNS, a saber:

- i. – Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
- ii. – A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
- iii. – Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.
- iv. – Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população. (Brasil, 1986, p. 4)

A saúde, portanto, passou a expressar um retrato das condições de vida do indivíduo. Assim, para ser saudável, faz-se necessário possuir um conjunto de fatores, como: água, alimentação e habitação (meios físicos); emprego, renda e educação (meios socioeconômicos); e garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde (Cunha; Cunha, 2001, p. 299).

O SUS, ao incorporar essa nova concepção de saúde, atua como um elemento a mais no movimento de construção da cidadania, pois passa a exigir que o sistema de saúde se relacione com todas as demais políticas do Estado, na luta por conquistas que, até então, se colocavam externas ao significado de saúde, como: a defesa do meio ambiente e o movimento contra a fome (Cunha; Cunha, 2001, p. 299).

Além do conceito ampliado de saúde, as bases normativas de constituição do SUS também trouxeram outros dois termos importantes: sistema e único.

A noção de sistema implica um conjunto de várias instituições, dos três níveis do governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum⁹. A rede de serviços privados poderá atuar, portanto, de forma complementar, quando os serviços públicos disponíveis

⁹ “Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.” (Brasil, 1988).

forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada região¹⁰. Os serviços prestados pela iniciativa privada no sistema público de saúde deverão observar as normas de direito público, os princípios éticos e a regulamentação expedida pelos órgãos de direção do SUS quanto às condições para o seu funcionamento, o seu controle e a sua fiscalização (Noronha; Lima; Machado, 2012, p. 369).

No termo único, tem-se a ideia de unicidade, ou seja, apenas um único sistema de abrangência nacional, fundamentado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, cuja organização e operacionalização são orientadas pela participação popular, pela regionalização, pela hierarquização, pela descentralização e pelo comando único.

Seguindo essa linha de raciocínio, Gustavo Corrêa Matta (2007, p. 65/66) sugere que os fundamentos de constituição do SUS sejam divididos em princípios, que seriam o núcleo comum de valores e concepções que servem de base para o SUS, compondo a base cognitiva, ideativa e filosófica do sistema brasileiro, sendo eles: universalidade, equidade e integralidade, e as diretrizes organizativas, que representam a forma de organização e operacionalização do sistema, definindo as estratégias e os meios para concretizar os valores fundamentais do SUS, a saber: descentralização, regionalização e hierarquização, e participação da comunidade.

O princípio da universalidade decorre da previsão inscrita no texto constitucional de que a saúde é direito de todos e dever do Estado (artigo 196 da CF/1988). Esse princípio também se encontra expressamente previsto no artigo 7º, I, da Lei nº 8.080/1990¹¹.

A universalidade “é a expressão de que todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos” (Noronha; Lima; Machado, 2012, p. 367). Nesse novo paradigma, “a saúde passa a ser um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito” (Cunha; Cunha, 2001, p. 301).

O acesso à saúde independe de contribuição ou pagamento de qualquer espécie, substituindo, nessa nova dinâmica, o modelo contributivo de seguro social que vigorou no País, antes da constituição do SUS, que condicionava o acesso dos contribuintes da previdência social aos serviços públicos e privados credenciados ao sistema previdenciário. Com a universalidade, estar (ou não) inserido no mercado de trabalho e as condições socioeconômicas da população deixaram de serem requisitos para utilização do sistema de saúde. Assim, as despesas relacionadas à saúde passaram a ser

¹⁰ “Art. 4º [...] § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.” (Brasil, 1990).

¹¹ “Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.” (Brasil, 1990).

repartidas de forma solidária, sendo de responsabilidade de toda a sociedade (Noronha; Lima; Machado, 2012, p. 367).

Não se deve correlacionar universalidade com gratuidade, já que esta se vincula à ideia de pagamento (ou, mais precisamente, a isenção dele). A universalidade, por sua vez, pressupõe a ideia de direito, financiado por meio da arrecadação de impostos e outras formas de obtenção de recursos, sendo indevido qualquer pagamento direto pela população para a obtenção de serviços de saúde do SUS (Matta, 2007, p. 67).

Já o princípio da equidade “não implica a noção de igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior” (Matta, 2007, p. 69). Assim, o acesso ao SUS e a escolha das técnicas a serem empregadas no cuidado das pessoas devem ser orientados pelas necessidades diferenciadas de saúde apresentadas pelo usuário (Noronha; Lima; Machado, 2012, p. 368).

O princípio da integralidade pode ser entendido no sentido histórico, no qual se tem um sistema de saúde único, capaz de atender todas as necessidades do usuário do SUS, desde a vacina ao transplante, rompendo, assim, com a ideia de dois sistemas, um para prevenção e outro para ações curativas, dicotomia que vigorou em períodos anteriores. Outro sentido de análise desse princípio é o epistemológico, no qual se incorpora o conceito ampliado de saúde, compreendendo as diversas dimensões que determinam a produção da saúde e da doença, envolvendo o sujeito como um todo e as suas relações com a sociedade e o meio ambiente, e não apenas a sua descrição biológica (Matta, 2007, p. 71).

Gustavo Corrêa Matta (2007, p. 72) apresenta, ainda, mais duas vertentes de entendimento em relação ao princípio da integridade: no sentido do planejamento em saúde, em que as políticas públicas devem estar pautadas na atenção integral, observando as necessidades de grupos específicos, como a política de atenção integral à saúde da mulher; e, por fim, no sentido das relações entre trabalho, educação e saúde, na formação e gestão do trabalho em saúde, ou seja, a integralidade atua como eixo norteador do processo educativo na formação de trabalhadores e no desenvolvimento do trabalho em saúde.

A integralidade deve estar presente não apenas nas ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de tratamento e de reabilitação, mas também na articulação com outras políticas públicas, assegurando uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (Cunha; Cunha, 2001, p. 301).

Além dos princípios da universalidade, equidade e integridade, vistos antes, há também o princípio da solidariedade, no sentido de que toda a sociedade torna-se responsável pela efetivação e proteção do direito fundamental de acesso à saúde. É o que se verifica do ensinamento apresentado por José Carvalho de Noronha, Luciana Dias de Lima e Cristiani Vieira Machado (2012, p. 367), a saber: “As despesas com os riscos de adoecimento e o financiamento passam a ser repartidos de forma solidária entre grupos de diferentes classes de renda, sendo de responsabilidade de toda a sociedade”.

A universalidade de acesso às ações e aos serviços, a equidade na assistência e a integridade na atenção à saúde são princípios que, atrelados à solidariedade, devem compor a base estrutural de todo e qualquer projeto implementado pelo Estado no âmbito da saúde. Assim, a observância dos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade será um componente importante a ser avaliado no PPUO ofertado à população do Município de Londrina, no Paraná.

O SUS é estruturado, ainda, com base nas seguintes diretrizes: descentralização e comando único, regionalização e hierarquização, e participação da comunidade.

O SUS se organiza a partir da “descentralização, com direção única em cada esfera de governo” (Brasil, 1988). A diretriz da descentralização “corresponde à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal” (Matta, 2007, p. 73). Redistribuir poder e responsabilidade pela saúde de forma descentralizada é dotar os entes da Federação de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer essa função (Cunha; Cunha, 2001, p. 302). Com os governos fortalecidos, promove-se a democratização, melhoram-se a eficiência, a efetividade e os mecanismos de prestação de contas e acompanhamentos das políticas públicas (Noronha; Lima; Machado, 2012, p. 368).

Associada à descentralização, tem-se o comando único. Assim, em cada esfera de governo há uma direção do SUS, atuando de forma autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Na União, a autoridade sanitária é exercida pelo MS; nos Estados e no Distrito Federal, as secretarias estaduais ou órgão equivalente; e, nos Municípios, as secretarias municipais de saúde (Cunha; Cunha, 2001, p. 302).

Na organização de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), outras duas diretrizes devem ser observadas: a hierarquização, que implica planejar a distribuição das ações e serviços por níveis de atenção; e a regionalização, que corresponde à atuação dos serviços de atenção de acordo com as necessidades diferenciadas de saúde e dinâmicas territoriais específicas (Noronha; Lima; Machado, 2012, p. 369).

Dessa forma, o sistema de saúde deve ser organizado em níveis de complexidade (hierarquização), observando o limite dos recursos disponíveis em dada região (regionalização). Visando garantir a integralidade na prestação dos serviços de saúde, bem como o controle e a racionalidade dos gastos no sistema, deve-se incorporar à dinâmica de assistência o fluxo de encaminhamento para a região de referência e de retorno de informações ao nível básico do serviço (mecanismo de referência e contrarreferência) (Cunha; Cunha, 2001, p. 302).

Nessa lógica organizativa, os serviços de atenção básica ficam distribuídos o mais amplamente possível no território nacional, enquanto os especializados obedecem a uma lógica de distribuição geográfica mais concentrada; e, quando necessário, o usuário é encaminhado para unidades especializadas, retornando à sua unidade básica de origem para acompanhamento, em um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema (Noronha; Lima; Machado, 2012, p. 369).

Por fim, outro elemento fundamental na organização do SUS é a participação da comunidade na formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, na fiscalização, no controle e na avaliação dos serviços de saúde executados nas diferentes esferas de governo. A garantia dessa participação popular se verifica quando da formação dos conselhos de saúde e pela realização de conferências de saúde em todos os níveis de governo.

Os conselhos de saúde são organizados de forma paritária (com metade de seus membros representando os usuários e a outra metade composta por governo, trabalhadores da saúde e prestadores privados), de caráter permanente e deliberativo, com o objetivo de influir na formulação de políticas públicas, além de exercer o controle social sobre a execução, o acompanhamento e as avaliações das ações de saúde (Matta, 2007, p. 77). Já as conferências de saúde “são fóruns com representação de vários segmentos sociais que se reúnem para propor diretrizes, avaliar a situação da saúde e ajudar na definição da política de saúde” (Cunha; Cunha, 2001, p. 303).

Os princípios e as diretrizes que constituem e organizam o SUS vão orientar a implantação das unidades de saúde, planejadas de acordo com os níveis de atenção à saúde e os serviços a serem ofertados à população.

3. O PROJETO-PILOTO UPA *ON-LINE* NO MUNICÍPIO DE LONDRINA/PR (PPUO): TELEMEDICINA, RESOLUÇÃO CFM Nº 2.312/2022 E APRESENTAÇÃO DE PROJETOS CORRELATOS

No cenário de envelhecimento populacional e de mudanças nas características de saúde e doença, com destaque para o aumento de doenças crônicas, os sistemas universais de saúde têm enfrentado os seguintes desafios: acesso, equidade, qualidade e custo. A telemedicina pode se apresentar como uma ferramenta que viabilize o fácil acesso, a eficácia e o baixo custo dos atendimentos, principalmente em pacientes com doenças crônicas, funcionando, assim, como um inversor da atual situação de sobrecarga dos sistemas de cuidados em saúde (Cordioli, 2021, p. 137). A utilização da telemedicina para melhorar a eficiência de um sistema de saúde depende do comprometimento dos recursos humanos no seu uso e uma efetiva integração entre instituições e órgãos participantes. Trabalhada dessa forma, a tecnologia se torna um instrumento eficiente para a promoção da saúde (Wen; Hadad, 2006, p. 6).

Mesmo com as vantagens do atendimento médico remoto, há diversos questionamentos e lacunas a serem preenchidas, sobretudo no que diz respeito à qualidade do serviço prestado, a assertividade no diagnóstico e o tratamento médico, uma vez que, em algumas situações, as instalações físicas, a avaliação detalhada, o exame físico e uma boa anamnese são fundamentais para um correto manejo e conduta clínica (Cordioli, 2021, p. 142/143).

Nessa perspectiva, o PPUO deve ser examinado sob a normatização estabelecida na Resolução CFM nº 2.314/2022, que, impulsionada pela pandemia de Covid-19, definiu e regulamentou a telemedicina no território nacional.

De acordo com a exposição de motivos da referida Resolução, embora a telemedicina tenha sido concebida originalmente para facilitar o acesso do cidadão aos cuidados em saúde, sobretudo para atender aqueles pacientes localizados em regiões remotas ou em áreas com escassez de profissionais médicos, a evolução tecnológica das telecomunicações e da informática trouxe mudanças sistêmicas no cotidiano das pessoas, que, a partir da mobilidade relacional ampliada, se mostraram mais proativas em busca de informações e mais propensas a usar tecnologias de comunicação para os seus cuidados em saúde (CFM, 2022).

Diante dessa transformação social, catalisada pela pandemia de Covid-19, foi editada, em 20 de abril de 2022, a Resolução do CFM nº 2.314, que definiu e regulamentou a telemedicina no País. Posteriormente, foi sancionada, em 27 de dezembro de 2022, a Lei nº 14.510/2022, autorizando e disciplinando a prática da telessaúde em todo o território nacional. Vale destacar que a legislação que se encontrava em vigor até então restringia o uso da telemedicina apenas no período de crise ocasionada pelo coronavírus (artigos 1º e 2º da Lei nº 13.989/2020).

Para a melhor compreensão do estudo, é fundamental apresentar a definição do que seja saúde digital, telessaúde, telemedicina e teleconsulta, já que esses termos não são sinônimos.

Saúde digital pode ser definida como “o campo do conhecimento e da prática associado ao desenvolvimento e uso de tecnologias digitais para melhorar a saúde”¹² (WHO, 2021). A partir desse conceito, denota-se que a noção de saúde digital é mais abrangente do que telessaúde e telemedicina, pois “incorpora novos conceitos e recentes avanços sociotécnicos, tais com aplicações nas mídias sociais, Internet das Coisas (IoT) e Inteligência Artificial (IA), entre outras” (Haddad; Lima, 2024, p. 1). Em outros termos, a concepção de saúde digital, por ser mais abrangente, se caracteriza por empregar “novas tecnologias, como é o caso da Inteligência artificial, *Big Data*, dispositivos móveis e vestíveis, bem como processos interconectados à distância – que promovem um amplo e contínuo tratamento de dados” (Rachid *et al.*, 2023, p. 2144).

Telessaúde “se aplica ao uso das tecnologias de informação e comunicação para transferir informações de dados e serviços clínicos administrativos e educacionais em saúde, por profissionais de saúde” (preâmbulo da Resolução CFM nº 2.314/2022). Já a telemedicina é definida “como o exercício da medicina por Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação (TDICs), para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, gestão e promoção de saúde” (artigo 1º da Resolução CFM nº 2.314/2022). A partir dessas concepções, pode-se observar que “o termo telessaúde é amplo e abrange outros profissionais de saúde, enquanto telemedicina é específico para medicina e se refere a atos e procedimentos realizados ou sob responsabilidade de médicos” (preâmbulo da Resolução CFM nº 2.314/2022).

¹² Tradução livre.

Por fim, tem-se a teleconsulta, que simplesmente é “a consulta médica não presencial, mediada por TDICs, com médico e paciente localizados em diferentes espaços” (artigo 6º da Resolução CFM nº 2.314/2022).

A telemedicina abrange, portanto, toda a prática médica realizada a distância, mediada por TDICs; e, entre os atos e procedimentos realizados por médicos, tem-se a teleconsulta.

Diante das concepções apresentadas, pode-se afirmar que os serviços ofertados no PPOU estiveram restritos à telemedicina e à teleconsulta, pois, conforme se depreende do Relatório Anual de Gestão de 2022 do Município de Londrina, Paraná, o projeto teve por objetivo ampliar o acesso da população ao atendimento médico por teleconsulta (Secretaria Municipal de Saúde do Município de Londrina, 2022, p. 79).

Não se ignora a iniciativa positiva do Poder Público de expandir o acesso à assistência à saúde da população; todavia, a implementação da consulta médica não presencial em uma unidade que serve de porta de entrada à rede de saúde, como política pública, deve ser vista com ressalvas, uma vez que a diretriz do CFM é no sentido de que a consulta médica presencial é o referencial no atendimento ao paciente, sendo a medicina remota um ato complementar (§ 1º do artigo 6º da Resolução CFM nº 2.314/2022).

Outro ponto a ser observado é que o PPOU se utilizou da telemedicina em atendimentos de urgência e emergência. Conforme Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS, elaborado pelo MS, pela Secretaria de Atenção à Saúde e pelo Departamento de Atenção Especializada, as UPAs são estruturas de complexidade intermediária, que funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana, compondo uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, de acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência, de forma ágil e oportuna, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervindo em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para os serviços da atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar (Brasil, 2013, p. 37).

Verifica-se, então, que, embora em a UPA seja uma estrutura de complexidade intermediária de atenção às urgências e emergências, trata-se, também, por força do direito à universalidade de acesso à saúde e à integralidade da assistência, assegurado no texto constitucional, de uma unidade de porta de entrada ao SUS, o que permite ao usuário acessar a rede de atenção e busque, na UPA, atendimento às suas demandas, ainda que elas sejam de menor gravidade. Nesse cenário, o PPOU, de acordo com a avaliação em entrevista do Secretário Municipal de Saúde de Londrina, Paraná, Sr. Carlos Felipe Marcondes Machado, apresentou potencial do PPOU para desafogar as unidades físicas e reduzir o tempo de espera por atendimento (p. 81, pergunta 4). Principalmente quando o serviço *on-line* é direcionado às pessoas que apresentam sintomas leves (Secretaria Municipal de Saúde do Município de Londrina, 2022).

Essa diretriz municipal, de focalizar o PPOU aos pacientes que apresentavam sintomas leves, revela-se em consonância com os preceitos da Resolução CFM nº 2.314/2022, segundo a qual cabe ao

médico avaliar se a telemedicina é o método mais adequado às necessidades do paciente (preâmbulo da Resolução CFM nº 2.314/2022).

O protocolo de atendimento utilizado no PPUO também se revelou adequado à normatização estabelecida pelo CFM. Conforme relatado anteriormente, o serviço ofertado pelo PPUO era acionado via *WhatsApp*. Após fazer o cadastro inicial, o usuário passava a se comunicar com um profissional de enfermagem para realizar a triagem. Nesse momento, o paciente deveria expor as suas queixas. A depender do quadro apresentado, o profissional de saúde agendaria uma consulta por videochamada com médico. Este, por sua vez, poderia encaminhar o paciente a uma UPA para ser atendido presencialmente caso o diagnóstico dependesse de algum exame ou avaliação mais específica.

Esse passo a passo na forma de atendimento *on-line* reflete a autonomia do médico em decidir se utiliza ou recusa as TDICs, indicando o atendimento presencial na evidência de riscos e sempre que entender necessário, de reforçar que a telemedicina não substituiu o atendimento presencial (artigo 4º da Resolução CFM nº 2.314/2022).

Assim, sobre a experimentação de oferta da telemedicina no serviço público de saúde no Município de Londrina, Estado do Paraná, pode-se apontar as seguintes potencialidades: a redução do fluxo de pessoas nas unidades físicas e a diminuição do tempo de espera por atendimento médico. Por outro lado, as fragilidades do PPOU se revelaram no aspecto cultural do usuário do sistema de saúde, ou seja, em se submeter à telemedicina; e na dificuldade das pessoas em acessar o serviço *on-line*, decorrente da falta de conectividade, conforme informações relatadas pelo Secretário Municipal de Saúde nas perguntas 1 e 7, e suas respectivas respostas.

Tem-se observado no País outros projetos que visam implementar e expandir o uso da telemedicina no SUS, como o programa de telessaúde aplicado no Estado do Mato Grosso: o Núcleo Técnico-Científico de Telessaúde Mato Grosso (NTC Telessaúde MT). Outro caso que merece destaque no âmbito nacional é a utilização da telemedicina e da IA para a redução da mortalidade por doenças cardíacas e otimização dos recursos em saúde, que fora implementado no Município de Tarumã, São Paulo. Cita-se, ainda, o Programa de Telemedicina do Estado do Paraná, viabilizado por meio da plataforma Paraná Inteligência Artificial (PIÁ).

O NTC Telessaúde MT foi desenvolvido com o propósito de apoiar as práticas de saúde por meio de TICs para qualificar o cuidado e aumentar a resolutividade da atenção à saúde, ofertando serviços de teleconsultorias, telediagnóstico e tele- educação (Brunozi, 2022, p. 32).

De acordo com a produção técnico-científica do estudo de caso, realizada na dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, vinculado ao Polo Escola de Governo Fiocruz de Brasil/DF, o NTC Telessaúde MT apresentou os seguintes desafios: a ausência de recursos tecnológicos (necessidade de equipamentos e qualidade da Internet) e a ausência de recursos humanos suficientes para atender às demandas e à dificuldade dos profissionais em se apropriar dos instrumentos tecnológicos e utilizar as plataformas (Brunozi, 2022, p. 81/82).

Como potencialidades, o NTC Telessaúde MT demonstrou capacidade de aumentar a resolutividade da APS, além de melhorar a gestão do cuidado “ao reduzir a demanda reprimida para especialidades, bem como custos financeiros e de recursos humanos, com deslocamentos, diárias e desgastes tanto para os profissionais quanto para os cidadãos” (Brunozi, 2022, p. 85).

Seguindo esse processo de busca por melhorias nos serviços de atenção à saúde, destaca-se o Município de Tarumã, localizado no interior do Estado de São Paulo, com população estimada em pouco mais de 15 mil habitantes, que aplicou a telemedicina e a IA com o objetivo de diminuir a incidência de mortes por doenças cardiovasculares, otimizando os recursos públicos (Amaral *et al.*, 2022, p. 7).

Após identificar a dificuldade em ofertar atendimento cardiológico capaz de suprir a demanda da população, o Município de Tarumã passou a ofertar especialidade de cardiologia, por meio da telemedicina e apoiado por IA nas principais unidades de saúde da cidade (Amaral *et al.*, 2022, p. 8). O processo ocorre da seguinte forma:

Através do sistema de atendimento de telecardiologia, os exames com alterações possivelmente graves detectados pela IA são priorizados para que sejam analisados rapidamente por um médico especialista, remotamente, o qual acompanha a situação. Em tais casos, o médico local da unidade atende em conjunto com o cardiologista por teleconferência. Deste modo, o médico local recebe a avaliação do exame e sugere a melhor conduta a ser aplicada em tempo real. A conduta sugerida frequentemente é a aplicação de medicação tromboembólica o que, por vezes, é crucial para melhorar o prognóstico e até poupar a vida do paciente.

[...]

O processo todo se inicia quando clínico local realiza o exame de eletrocardiograma que passa pelos equipamentos de IA da empresa Portal telemedicina e depois para um especialista em cardiologia. Na dúvida entre o laudo emitido pela IA e o laudo emitido pelo cardiologista, este exame passa pela avaliação de mais três novos médicos especialistas para diminuir as chances de erro. Assim, o Município contava com um médico cardiologista que atendia três vezes por semana, agora pode realizar exames todos os dias e o laudo é emitido em um tempo médio de 5 minutos diminuindo, deste modo, as demandas de urgência e emergência. (Amaral *et al.*, 2022, p. 8/9)

A utilização da telemedicina na cardiologia teve impacto positivo no prognóstico e na diminuição da mortalidade, além de reduzir “a necessidade de atendimentos de emergência, do uso de ambulâncias, da necessidade de internação de leitos e de serviços de reabilitação cardíaca” (Amaral *et al.*, 2022, p. 15). Outra potencialidade verificada foi que “o serviço de telediagnóstico não precisou de nenhum recurso adicional, além dos equipamentos que as unidades já disponibilizavam” (Amaral *et al.*, 2022, p. 15).

Por fim, tem-se o projeto implementado pelo Estado do Paraná, viabilizado pela plataforma PIÁ, que disponibiliza à população serviço de consulta médica de forma remota (teleconsulta). O projeto,

que está em fase de implantação, está disponível apenas para moradores e turistas do Município de Pontal do Paraná. Para utilizar o serviço, basta o usuário acessar o *site* indicado por qualquer navegador ou baixar o aplicativo para celular. Após criar uma conta e informar os seus dados pessoais, o usuário solicita uma consulta médica. O atendimento será iniciado em até 5 minutos por videoconferência. Primeiro, a pessoa é direcionada para a avaliação da enfermagem e, em seguida, para o atendimento médico. As informações relativas à consulta, como receita, atestado ou requisição de exame, são enviadas ao usuário por mensagem de texto pelo celular (SMS) ou por *e-mail*. As consultas médicas de clínica geral são realizadas imediatamente, em qualquer horário do dia ou da noite. Já as solicitações de consultas de especialidades são avaliadas e agendadas em até 10 dias (Governo do Estado do Paraná, 2024).

De todo o exposto, é possível deduzir que projetos como o PPOU, o NTC Telessaúde MT, o Programa de Telemedicina implementado pelo Município de Tarumã/SP e pelo Estado do Paraná (Plataforma de Telemedicina PIÁ) se apresentam à sociedade como modalidades de assistência complementares, com potencial de melhorar o acesso, a equidade e a qualidade dos serviços prestados em saúde, sobretudo por alcançarem pacientes que, por se encontrarem em locais remotos, não possuem acesso presencial ou facilitados a eles, bem como por ampliarem a oferta de serviços médicos especializados. Essas vantagens se revelam como caminhos para se otimizar os recursos públicos destinados à saúde.

Essas consequências se manterão positivas, desde que a medicina remota não substitua, por completo, a garantia constitucional de assistência presencial a todos os pacientes, de acordo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

CONCLUSÃO

A pesquisa sobre o Projeto-Piloto UPA On-line (PPUO), implementado pelo Município de Londrina, Paraná, demonstrou que a telemedicina pode ser uma ferramenta eficaz para ampliar o acesso à saúde e melhorar a eficiência no atendimento médico em situações de urgência e emergência. Ao oferecer teleconsultas, o PPUO reduziu o tempo de espera nas UPAs locais, especialmente para pacientes com sintomas leves, e proporcionou maior agilidade no atendimento à população, sem a necessidade de deslocamento físico.

A Resolução CFM nº 2.314/2022, ao regulamentar a telemedicina no Brasil, destacou que, embora as tecnologias de comunicação possam complementar o atendimento médico, a consulta presencial deve continuar sendo o padrão, especialmente em situações que exigem avaliações mais detalhadas e exames físicos. O PPUO, ao focar em atendimentos remotos para sintomas leves, se alinha a essa diretriz, garantindo que a telemedicina não substitua o atendimento físico, mas atue de forma complementar.

Iniciativas como o PPUO têm o potencial de melhorar a eficiência e a acessibilidade dos serviços de saúde, como mostrado em outros projetos exitosos em diferentes partes do Brasil. No

entanto, a continuidade e expansão dessas práticas exigem investimentos em tecnologia, capacitação de profissionais e a superação de barreiras culturais e de infraestrutura. A experiência acumulada com a telemedicina no contexto da pandemia e suas regulamentações oferecem uma base sólida para um futuro em que a tecnologia possa contribuir significativamente para a universalização e humanização do atendimento médico, com um equilíbrio entre inovação e qualidade no cuidado à saúde.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Fernanda; FERNANDES, Elizabeth; DRABOWSKI, Nicholas; ALVES, Marcio; NUNES, André; SILVA, Elvira da; BASTOS, Marcos; ROMERA, Jorcieni; FIGUEROA, Rafael de Castro. Estudo de caso de Tarumã: o uso de telemedicina e Inteligência Artificial para redução da mortalidade por doenças cardíacas e otimização dos recursos em saúde. *SciELO Preprints*, 2022. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.3482. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3482>. Acesso em: 10 dez. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília/DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 out. 2024.

BRASIL. *Lei nº 14.510, de 27 de dezembro 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. Brasília/DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm. Acesso em: 15 nov. 2024.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 14 out. 2024.

BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro 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. Brasília/DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 14 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*, 1986. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-8a-conferencia-nacional-de-saude/view>. Acesso em: 14 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 24 nov. 2024.

BRUNOZI, Naipy Abreu. **Telessaúde Mato Grosso: um estudo de caso com enfoque na região de saúde sul-mato-grossense**. 2022. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz. Brasília/DF, 2022. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/61630/naipy_brunozi_fiodf_mest_2023.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 10 dez. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022**. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/3920/resolucao-cfm-n-2.314>. Acesso em: 15 nov. 2024.

CORDIOLI, Eduardo. Telemedicina nas especialidades: da teoria à prática. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (org.). **Acesso e cuidados especializados**. Coleção Covid-19. Brasília/DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, v. 5, 2021. p. 136-147. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid19- volume5.pdf#page=137>. Acesso em: 23 nov. 2024.

CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro/Brasil: Ministério da Saúde, 2001. p. 285-320.

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. **Plataforma de Atenção à Saúde: acessar o telemedicina**, 2024. Disponível em: <https://pia.paas.pr.gov.br/servicos/Saude/Atencao-a-Saude/Acessar-o-telemedicina-9OoqWb3G>. Acesso em: 11 dez. 2024.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 61-80. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>. Acesso em: 17 out. 2024.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Organização: Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato *et al.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 365-394.

RACHID, Raquel; FORNAZIN, Marcelo; CASTRO, Leonardo; GONÇALVES, Luis Henrique; PENTEDO, Bruno Elias. Saúde digital e a plataformização do Estado brasileiro. **Ciências & Saúde Coletiva**, Temas Livres, v. 28, n. 7, p. 2143-2153, jul. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.14302022>. Acesso em: 12 dez. 2024.