

UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP

ADRIANO APARECIDO RODRIGUES

**SAÚDE PÚBLICA ATRELADA À TECNOLOGIA: OS OBSTÁCULOS NA ADOÇÃO
DO SISTEMA DE TELECONSULTA PELA PERSPECTIVA DAS LÓGICAS
INSTITUCIONAIS.**

SÃO PAULO

2025

ADRIANO APARECIDO RODRIGUES

**SAÚDE PÚBLICA ATRELADA À TECNOLOGIA: OS OBSTÁCULOS NA ADOÇÃO
DO SISTEMA DE TELECONSULTA PELA PERSPECTIVA DAS LÓGICAS
INSTITUCIONAIS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista – UNIP, para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum.

Área de Concentração: Redes Organizacionais.

Linha de Pesquisa: Redes, Organizações e Sociedade.

SÃO PAULO

2025

Rodrigues, Adriano Aparecido.

Saúde pública atrelada à tecnologia: os obstáculos na adoção do sistema de teleconsulta pela perspectiva das lógicas institucionais / Adriano Aparecido Rodrigues. - 2025. 106 f.: il.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista, São Paulo, 2025.

Área de concentração: Redes Organizacionais.
Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum.

1. Teleconsulta. 2. Rede de saúde pública. 3. Tecnologia.
4. Práticas institucionais. I. Ryngelblum, Arnaldo Luiz (orientador). II. Título.

ADRIANO APARECIDO RODRIGUES

**SAÚDE PÚBLICA ATRELADA À TECNOLOGIA: OS OBSTÁCULOS NA ADOÇÃO
DO SISTEMA DE TELECONSULTA PELA PERSPECTIVA DAS LÓGICAS
INSTITUCIONAIS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista – UNIP, para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum.

Área de Concentração: Redes Organizacionais.

Linha de Pesquisa: Redes, Organizações e Sociedade.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

_____/____/____
Prof. Dr. Ernesto Michelangelo Giglio
Universidade Paulista – UNIP

_____/____/____
Prof. Dr. Celso Machado Júnior
Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS

_____/____/____
Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum
Universidade Paulista – UNIP

**São Paulo
2025**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, pelo apoio incondicional e pela compreensão diante dos desafios enfrentados ao longo desta jornada, especialmente nos momentos de ausência em eventos familiares, ausência, entretanto, necessária para minha permanência no Mestrado e para a construção do presente texto.

Dedico também esta dissertação aos meus filhos, na esperança de que este esforço lhes sirva de inspiração, exemplo para a busca constante do conhecimento e da formação acadêmica.

Dedico ainda este trabalho a todos os meus alunos, pois são substancial razão por que busco sempre evoluir profissionalmente, com o compromisso de oferecer um ensino atualizado e de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, pois sem Ele, nada seria possível.

Agradeço de coração à minha família, em especial a Kate, minha esposa, e aos meus filhos, Gabriel e Guilherme, pelo apoio incondicional nessa jornada. Sei que muitas vezes perceberam minhas dificuldades ao longo do mestrado, mas sempre me incentivaram a continuar. Obrigado por respeitarem meus momentos de estudo, pelo silêncio nos momentos mais difíceis e por entenderem quando eu precisava me isolar para me concentrar. Sem esse suporte, tudo teria sido muito mais difícil.

Agradeço ao meu orientador, Professor Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum, pela dedicação e pela atenção ao longo desta trajetória acadêmica. Desde o início, concedeu-me liberdade para escolher um tema alinhado aos meus interesses. Ao mesmo tempo, ofereceu-me suporte constante e diretrizes metodológicas claras. Agradeço ao mestre pela confiança, pelo incentivo e pela maneira sempre cuidadosa e assertiva na condução deste trabalho.

Aos demais professores do Programa de Mestrado em Administração da UNIP agradeço, pelas aulas dinâmicas e enriquecedoras que proporcionaram não apenas a ampliação do conhecimento, mas também uma nova forma de pensar e estudar.

Agradeço ao Departamento de Pós-Graduação em Administração, à Coordenação do Curso e aos funcionários da secretaria, pela atenção e pelo apoio incondicionais. Agradeço ao programa de bolsas de estudos PROSUP/CAPES, suporte essencial para que eu pudesse me dedicar integralmente aos estudos, sem preocupações financeiras.

Agradeço aos meus colegas de sala, pela colaboração, pelos grupos de estudos e amizade. Com eles, a jornada foi mais leve, enriquecedora e motivadora.

Por fim, a todos, meu sincero agradecimento. Cada parte deste trabalho carrega um pouco das pessoas que estiveram comigo nesta jornada. Afinal, ninguém constrói algo sozinho.

Resumo

A adoção da teleconsulta no Brasil enfrenta grandes obstáculos decorrentes de diferenças regionais, culturais e tecnológicas. Este estudo, na sua vez, analisa como esses obstáculos se relacionam às diferentes lógicas institucionais que organizam a prática médica ante à introdução de inovações tecnológicas. A pesquisa busca confirmar e compreender as razões da permanência dos obstáculos. O referencial teórico fundamenta-se nas lógicas institucionais; analisa como a teleconsulta introduz mudanças no cotidiano médico, o que, em alguns contextos, pode gerar tensões com práticas tradicionais. A pesquisa bibliográfica indica que lógicas institucionais podem se complementar, competir entre si e, em alguns casos, gerar tensões que dificultam novas práticas. A metodologia combina pesquisa documental e entrevistas com atores relevantes no campo da saúde; permite confrontar obstáculos apontados na literatura com dados empíricos. A análise revelou que, além das limitações técnicas, há disputas simbólicas, entendidas como conflitos de valores, interesses e visões sobre a prática médica entre diferentes lógicas institucionais. Como conclusão, os obstáculos identificados na literatura: a falta de treinamento médico; as resistências de grupos específicos (como idosos e indivíduos de pouca familiaridade com tecnologia) estão diretamente relacionados à lógica da Profissão e da Família, lógica que tende a priorizar as práticas tradicionais e o contato presencial. Já a falta de segurança e de privacidade de dados, com os desafios regulatórios refletem a lógica do Estado, que busca equilibrar a inovação com uma regulamentação adequada. A ausência de investimentos em tecnologia, o acesso desigual estão associados à lógica do Mercado capitalista e de Corporação, nos quais a busca por lucro e por eficiência econômica frequentemente contrasta com as necessidades da Rede de Saúde Pública. Além disso, algumas questões (como a remuneração dos profissionais e as interrupções causadas por trocas de governo, que afetam a continuidade das políticas de teleconsulta) estão alinhadas às lógicas da Corporação e da Democracia, o que gera incertezas em relação à consolidação das práticas. Esses fatores demonstram que os obstáculos à teleconsulta não persistem apenas por limitações técnicas, mas ainda porque refletem tensões entre diferentes lógicas institucionais, cujos valores e interesses explicam sua permanência no Brasil.

Palavras-chave: Teleconsulta. Rede de Saúde Pública. Tecnologia. Práticas Institucionais.

Abstract

The adoption of teleconsultation in Brazil faces significant obstacles stemming from regional, cultural, and technological differences. This study analyzes how these obstacles are connected to the different institutional logics that shape medical practice in the face of technological innovations. The research seeks to confirm and understand the reasons for the persistence of such obstacles. The theoretical framework is grounded in institutional logics, examining how teleconsultation introduces changes in medical routines which, in some contexts, may generate tensions with traditional practices. The literature review indicates that institutional logics may complement one another, compete, or in some cases, generate tensions that hinder the implementation of new practices. The methodology combines documentary research and interviews with relevant stakeholders in the healthcare field, enabling a comparison between obstacles identified in the literature and empirical data. The analysis revealed that, beyond technical limitations, symbolic disputes emerge, understood as conflicts of values, interests, and perspectives on medical practice among different institutional logics. The findings show that obstacles identified in the literature—such as the lack of medical training, resistance from specific groups (such as the elderly and individuals with low digital literacy)—are directly related to the logics of the Profession and the Family, which tend to prioritize traditional practices and face-to-face contact. Meanwhile, issues of data security and privacy, along with regulatory challenges, reflect the logic of the State, which seeks to balance innovation with proper regulation. The absence of technological investments and unequal access are associated with the logics of the Market and the Corporation, where the pursuit of profit and economic efficiency often contrasts with the needs of the public healthcare system. Furthermore, some issues—such as professional remuneration and interruptions caused by government transitions that affect the continuity of teleconsultation policies—align with the logics of the Corporation and Democracy, generating uncertainties regarding the consolidation of practices. Overall, these findings demonstrate that the obstacles to teleconsultation persist not only due to technical limitations but also because they reflect tensions between different institutional logics, whose values and interests explain their endurance in Brazil.

Keywords: Teleconsultation. Public Health Network. Technology. Institutional Practices.

Lista de Quadros

Quadro 1 - Dados do SUS Digital x literatura sobre temas voltados à teleconsulta...	18
Quadro 2 - Levantamento de Obstáculos encontrados por estados brasileiros	19
Quadro 3 - Leis, decretos, portarias e resoluções sobre a teleconsulta.....	34
Quadro 4 -Associação entre categorias, lógicas institucionais e diretrizes analíticas	39
Quadro 5 - Perfil dos entrevistados	42
Quadro 6 - Lógicas institucionais associadas à carência de infraestrutura em saúde digital.....	54
Quadro 7 - Lógicas institucionais associadas à resistência dos médicos	62
Quadro 8 - Lógicas institucionais associadas a condições de trabalho	69
Quadro 9 - Lógicas institucionais associadas à falta de capacitação nas IES	74

Lista de abreviaturas e siglas

(ACS)	Agente Comunitário de Saúde
(CFM)	Conselho Federal de Medicina
(COVID-19)	Coronavírus
(CREMESP)	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
(DCNs)	Diretrizes Curriculares Nacionais
(DEMAS)	Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde
(IA)	Inteligência Artificial
(JCI)	<i>Joint Commission International</i>
(IES)	Instituições de Ensino Superior
(INMSD)	Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital
(MEC)	Ministério da Educação
(MS)	Ministério da Saúde
(OPAS)	Organização Pan-Americana da Saúde
(RNP)	Rede Nacional de Ensino e Pesquisa
(RUTE)	Rede Universitária de Telemedicina
(SEIDIGI)	Secretaria de Informação e Digitalização em Saúde
(SUS)	Sistema Único de Saúde
(TDIC)	Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação

Sumário

1	Introdução	11
1.1	Objetivo geral	21
1.2	Objetivos específicos	21
1.3	Justificativa	21
2	Fundamentação Teórica	23
2.1	Teoria das Lógicas Institucionais	23
2.2	Principais Lógicas Institucionais que regem a sociedade	25
2.3	Versões de conflitos entre as lógicas	27
2.4	Práticas profissionais em transformação: A influência de lógicas institucionais competitivas	28
3	Metodologia.....	32
3.1	Objeto da pesquisa	32
3.2	Estratégia de pesquisa.....	32
3.3	Método de pesquisa.....	33
3.4	Procedimento de coleta de dados.....	36
3.5	Análise	37
4	Resultados	42
4.1	Falta de infraestrutura em saúde digital	44
4.2	Resistência dos médicos	55
4.3	Condições de trabalho	63
4.4	Falta de capacitação por parte das instituições de ensino	70
5	Discussão.....	75
5.1	Lógicas Institucionais identificadas nas falas dos entrevistados	75
5.1.1	Lógica do Estado	75
5.1.2	Lógica da Profissão	76
5.1.3	Lógica do Mercado	77
5.1.4	Lógica da Corporação.....	78
5.1.5	Lógica da Comunidade	80
5.1.6	Discussão a respeito do modelo de lógicas	81

5.2	Cruzamento entre Lógicas Institucionais e achados do SUS Digital.....	82
5.2.1	Lógica do Estado e os desafios regulatórios e de governança	82
5.2.2	Lógica da Profissão e a falta de formação técnica e de adequação às práticas	82
5.2.3	Lógica do Mercado e os modelos de remuneração e valorização econômica.....	83
5.2.4	Lógica da Corporação e a produtividade como métrica de qualidade .	84
5.2.5	Lógica da Comunidade e o acesso como direito territorial	84
5.3	Convergências com a literatura sobre Lógicas Institucionais e práticas profissionais.....	85
5.4	Por que as barreiras persistem?	89
6	Conclusão	91
	Referências	95
	Anexo 1 – Modelos de pesquisa	101
	Questionário de pesquisa	101

1 Introdução

Este trabalho quer compreender como a teoria das lógicas institucionais analisa os obstáculos para a introdução de uma nova tecnologia, neste caso para a difusão e expansão da teleconsulta. Ele busca explicações com base nas lógicas institucionais de como a introdução da tecnologia sofre resistência no sistema de saúde público brasileiro, formado por diversos atores.

Os estudos institucionais relacionam as transformações e resistências em diferentes contextos às contradições que surgem entre diferentes lógicas institucionais (Friedland & Alford, 1991; Thornton & Ocasio, 2008; Greenwood *et al.*, 2011). Neste sentido, a aceitação ou a inclusão de uma lógica diferente pode provocar tensões entre as múltiplas logics existentes, pois nem sempre forma combinações compatíveis entre si (Friedland & Alford, 1991; Ryngelblum *et al.*, 2019).

As lógicas institucionais são estruturas sociais que moldam e orientam o comportamento, as práticas e as decisões em organizações e em campos institucionais. Elas fornecem um conjunto de regras, de normas e crenças que influenciam a maneira como os indivíduos interpretam as diferentes situações e a elas respondem. Definem ainda o que é considerado apropriado ou legítimo em determinados contextos (Friedland & Alford, 1991).

Segundo Thornton & Ocasio (2008), as lógicas institucionais são padrões históricos socialmente construídos de práticas materiais, suposições, valores. Constroem-nas ainda crenças e regras pelas quais os indivíduos produzem e reproduzem sua subsistência material, organizam o tempo e o espaço e fornecem significado para sua realidade social.

A introdução de uma nova lógica em um campo institucional pode transformar radicalmente práticas estabelecidas, pois promove inovação e suscita resistência. Esta nova influência pode provocar mudanças sociais, tecnológicas e econômicas; pode dar origem a novas formas de organização e de pensamento; ela desafia as lógicas institucionais já estabelecidas (Friedland & Alford, 1991; Thornton & Ocasio, 2008).

No entanto, a complexidade e a diversidade das instituições frequentemente trazem a coexistência de múltiplas lógicas em um mesmo ambiente, o que pode gerar

desafios na hora de harmonizar diferentes expectativas e normas (Lounsbury *et al.*, 2021).

Além disso, o conflito entre as lógicas ocorre quando essas diferentes orientações entram em choque; criam tensões que precisam ser geridas pelas organizações para garantir a coesão e o funcionamento eficaz em um campo institucional. Essa dinâmica entre múltiplas lógicas, a chegada de novas lógicas e os conflitos que surgem entre elas são centrais para entender a evolução e as transformações nas instituições (Friedland & Alford, 1991).

Com base nestas concepções teóricas, esta pesquisa analisa o processo de institucionalização da teleconsulta como uma nova prática de atendimento médico. Ela reflete a adaptação das organizações de saúde às inovações tecnológicas; estabelece novas normas e rotinas, que permitem a prestação de cuidados à distância, que promovem acessibilidade e eficiência no sistema de saúde.

Para este trabalho, definiu-se como rede de saúde pública o Sistema Único de Saúde (SUS), em cuja composição há o múltiplo. Nela, encontram-se clínicas, hospitais, universidades de medicina, empresas de tecnologia que fornecem serviços em saúde, agências reguladoras, conselhos, sindicatos e outros agentes do setor. No complexo, todos atuam em conjunto para assegurar o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos à população (Silva, 2021). Com base nos atores que compõem a rede de saúde, é possível pressupor que múltiplas lógicas atuam e influenciam a institucionalização da teleconsulta. Sendo assim, pressupomos a coexistência de uma lógica profissional médica já estabelecida com a emergente lógica da teleconsulta, que compete com a prática tradicional em busca de legitimidade.

Outras lógicas, como a de Mercado, a das Corporações, a do Estado e a da Família também estão presentes. Para analisar essas diversas lógicas, utilizaram-se as categorizações propostas por Thornton & Ocasio (2008) e Friedland & Alford (1991). Incluiu-se a Lógica Profissional Médica, que privilegia o atendimento médico presencial, face a face, que resiste à adoção de novas tecnologias, como a teleconsulta. A Lógica de Mercado, associada às corporações e à comercialização dos serviços de saúde, impulsiona a teleconsulta como uma forma de aumentar a eficiência e reduzir custos. A chamada Lógica de Estado envolve o papel do governo e das regulamentações na implementação da teleconsulta, com o objetivo de ampliar

o acesso aos serviços de saúde. Por fim, tem-se a Lógica da Família, focada na proteção e no cuidado de seus membros; nela, a teleconsulta é vista como uma oportunidade de melhorar o acesso ao atendimento, mas enfrenta resistência devido à preferência por consultas presenciais e preocupações com a qualidade do atendimento remoto.

A teleconsulta foi oficialmente autorizada no Brasil pela Lei 13.989/2020 (Brasil, 2020a), que permitiu o uso da telemedicina em caráter emergencial durante a pandemia da COVID-19. Foi regulamentada pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 467 (Brasil, 2020b), recurso em que se detalha como os atendimentos podem ser realizados remotamente, desde que o paciente ou seu responsável consinta com essa prática. A resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.227/2018 (Brasil, 2020c), embora originalmente publicada em 2018, foi revisitada e reafirmada em 2020.

Ela, na sua vez, define e regulamenta a telemedicina; inclui teleconsulta, telediagnóstico, telecirurgia, entre outras práticas. Em abril de 2022, o CFM atualiza e amplia as normas para a prática da telemedicina no Brasil através da Resolução CFM 2.314/2022 (Brasil, 2022a). Revoga-se a Resolução CFM nº 1.643/2002 (Brasil, 2002) e incorpora as lições aprendidas durante a pandemia da COVID-19; permite a continuidade das práticas de teleconsulta com regulamentações específicas. Por fim, em 2022, a telemedicina vem a ser adotada formalmente no Brasil, quando foram decretados o fim da emergência e do distanciamento ocasionado pela pandemia. Neste episódio, a teleconsulta foi aprovada por meio da Lei 14.510/22, denominada de *Lei da Telessaúde*, baseada e amparada pela Resolução CFM 2314/22.

Estudos recentes, todavia, indicam que a implementação da teleconsulta no Brasil enfrenta obstáculos significativos, conforme apontado por diferentes autores. Silva *et al.* (2022) afirmam que o Sudeste concentra a maior parte dos teleatendimentos, enquanto o Norte enfrenta grandes limitações de acessibilidade e infraestrutura. Essa distribuição desigual reflete não apenas a disparidade na infraestrutura regional, mas também a forma como os recursos financeiros são alocados. O financiamento é frequentemente baseado no volume de atendimentos realizados; favorece estados com maior capacidade de executar teleconsultas. Isso ressalta a necessidade urgente de investimentos em tecnologia e conectividade em áreas menos favorecidas.

Superar essa disparidade é essencial para que a telemedicina alcance de forma equitativa todas as regiões do país, que promova um sistema de saúde mais acessível e inclusivo (Scheffer *et al.*, 2023). Palma *et al.* (2021) destacam a limitação de infraestrutura tecnológica, a falta de regulamentação clara, a resistência dos médicos à adaptação de suas práticas, as preocupações corporativistas e as incertezas sobre o valor financeiro da teleconsulta.

Neste sentido, apesar dos esforços do Governo Federal para expandir a teleconsulta por meio do SUS Digital (Brasil, 2024), nem todos os estados brasileiros possuem um Núcleo de Telessaúde. Esses Núcleos são centros especializados em teleatendimento, com equipes clínicas que oferecem diversas modalidades de telessaúde em todo o país (Brasil, 2024a).

O mais recente Núcleo de Telessaúde da Secretaria da Saúde do Ceará, por exemplo, implementado em janeiro de 2024, é uma iniciativa voltada para ampliar o acesso da população cearense ao atendimento especializado. Ele otimiza os recursos de saúde disponíveis. Funciona ainda como um intermediário que conecta profissionais de saúde de 184 municípios do estado com especialistas de 22 diferentes áreas médicas, por meio de tecnologias digitais (Brasil, 2024b).

O número de Núcleos ativos aumentou de 10 para 24; abrange agora 15 estados; incluem-se agora Acre, Amazonas, Ceará, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Pará, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Roraima, Santa Catarina e São Paulo. No entanto, o Distrito Federal e outros estados, como Alagoas, Amapá, Bahia, Espírito Santo, Mato Grosso, Paraíba, Paraná, Rio Grande do Sul, Sergipe e Tocantins, ainda permanecem fora dessa cobertura (Brasil, 2024c).

A teleconsulta tem conquistado espaço no Brasil, mas ainda enfrenta desafios significativos em termos de tecnologia. Uma das principais barreiras é a desigualdade no acesso à internet pela população, especialmente em áreas rurais e regiões menos desenvolvidas. A falta de infraestrutura adequada para a internet de alta velocidade limita o alcance e a eficácia das teleconsultas, e isto acentua a divisão digital e limita o acesso equitativo aos cuidados de saúde (Thomas-Jacques *et al.*, 2021; Maldonado *et al.*, 2016).

Outro fator negativo está na constatação de que muitos profissionais de saúde enfrentam dificuldades em lidar com as plataformas de teleconsulta devido à falta de treinamento adequado. A adaptação ao uso de novas tecnologias é um desafio, particularmente para profissionais mais experientes. A baixa literacia digital também faz parte das limitações entre os pacientes, especialmente em comunidades marginalizadas. Essa falta de conhecimento e habilidade digital pode impedir que esses indivíduos acessem totalmente os benefícios dos cuidados de saúde virtuais, fato que exacerba as desigualdades no acesso e nos resultados dos cuidados de saúde (Thomas-Jacques *et al.*, 2021).

Por outro lado, a segurança e a privacidade dos dados gerados através da teleconsulta são uma preocupação crítica, especialmente com o aumento dos casos de ataques cibernéticos. As plataformas de teleconsulta precisam garantir que os dados dos pacientes sejam protegidos, o que nem sempre é assegurado devido à falta de regulamentação robusta e a vulnerabilidades tecnológicas. Este assunto foi pauta do 1º fórum de Bioética Digital, promovido pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), em agosto de 2022. Na ocasião, a presidente Irene Abramovich (2022) disse: nós, “que saímos da caneta para o computador, temos que conviver com as mudanças”, mesmo correndo “riscos em relação à proteção” cibernética “dos nossos pacientes” (Brasil, 2022b). Saigí-Rubió *et al.* (2021), no entanto, indicam preocupações sobre a segurança e sobre a privacidade dos dados pessoais e informações médicas, o que contribuiu para uma menor aceitação das consultas digitais.

Na sequência, a falta de acesso às tecnologias e às informações necessárias sobre programas de teleconsulta pelos pacientes, segundo Catapan *et al.* (2021), representa mais um obstáculo à expansão da teleconsulta. A descontinuidade dos programas de saúde dos governos após a troca das gestões prejudica os programas, porque às vezes iniciativas eficientes podem ser interrompidas simplesmente pelo fato de ser algo de gestões anteriores. O fato deixa a população assistida desinformada sobre as reais condições de uso da teleconsulta no âmbito da saúde pública, pois não se perpetua a nova prática de atendimento (Catapan *et al.*, 2021).

Ainda acerca da falta de informações sobre as tecnologias e do acesso a elas para a utilização da teleconsulta, a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), publicou um *kit* de ferramentas de transformação digital (Opas, 2022) que indica que

a teleconsulta deve ser vista como uma modalidade formal de atendimento, com normas e políticas claras para garantir sua eficácia. A comunicação sobre o programa de teleconsulta deve ser ampla e acessível; deve assegurar que os pacientes compreendam como acessar os serviços e os requisitos necessários.

Além disso, muitos pacientes, especialmente os mais idosos ou aqueles menos familiarizados com tecnologias, demonstram resistência em utilizar plataformas de teleconsulta; dão preferência à interação face a face com o médico (Saigí-Rubió *et al.*, 2021). Luz (2019) relata que, no Brasil, as pessoas são muito afetivas, muito ciosas de seus relacionamentos familiares e de suas amizades. Tal comportamento se estende ao médico, o que nos torna todos mais sensíveis e resistentes à adoção da teleconsulta.

Os profissionais de saúde expressam preocupações significativas em relação à remuneração ao se realizar atendimentos por teleconsulta (Luz, 2019). Eles temem que essa modalidade possa desvalorizar seu trabalho, o que resulta uma remuneração inferior à dos atendimentos presenciais. Além disso, há uma preocupação adicional com os custos associados à necessidade de investir em tecnologia para viabilizar a teleconsulta, algo que não é exigido nos atendimentos presenciais tradicionais (Palma *et al.*, 2021).

Os desafios regulatórios e legais dificultam a expansão da teleconsulta. Entender as leis que a regulamentam é essencial para garantir a qualidade do atendimento e a segurança tanto para pacientes, quanto para profissionais de saúde. Isto diria respeito, por exemplo, à validade jurídica das prescrições médicas, das licenças específicas para que profissionais da saúde atuem em estados ou países diferentes, bem como para a responsabilidade médica em caso de erro diagnóstico. Os médicos que praticam telemedicina são responsáveis pelos cuidados prestados durante a consulta, e as leis de negligência médica se aplicam. Portanto, é crucial seguir as normas éticas e técnicas aplicáveis (JusBrasil, 2023). O entendimento da regulamentação de forma clara e consolidada em torno da telemedicina gera insegurança jurídica e pode limitar a adoção dessa modalidade de atendimento em larga escala (Maldonado *et al.*, 2016; Lopes *et al.*, 2019).

Outro ponto importante para a expansão da teleconsulta está relacionado à necessidade de investimentos em tecnologia, à capacitação e à infraestrutura, como,

por exemplo, sistemas de processamento e de armazenamento de dados preparados para receber e fornecer informações de médicos e de pacientes. Esses investimentos podem ser cobertos com recursos públicos, seja por meio de financiamento governamental (federal, estadual ou municipal) ou por meio de programas específicos, como o SUS Digital e o Programa Telessaúde Brasil Redes. Estas exigências estruturais e profissionais são necessárias para a implementação eficiente e sustentável da teleconsulta (Delphino *et al.*, 2023).

A teoria institucional tem sido utilizada em muitos estudos como base para compreender os obstáculos enfrentados na expansão da teleconsulta. Ela destaca como diferentes lógicas institucionais influenciam sua aceitação e sua adoção no setor de saúde. Em exemplo, no estudo de caso de Silva (2021), essa teoria é aplicada para entender o processo de institucionalização da teleconsulta como uma nova prática na área da saúde. Ela dá ênfase a como múltiplas lógicas institucionais, como a da Profissão Médica, a de Mercado, a Corporativa e a do Estado, afetam a adoção e a expansão dessa prática (Thornton & Ocasio, 2008). Os desafios destacados no estudo da autora foram resistência dos profissionais de saúde, falta de regulamentação clara, implicações na formação médica e conflitos econômicos que demandam adaptações dos diversos atores envolvidos no setor que constituem contradições entre lógicas institucionais (Silva, 2021).

Em outro exemplo de estudo de caso, os autores Palma *et al.* (2022) adotam a teoria institucional para analisar os fatores que influenciam a aceitação da teleconsulta por médicos. O estudo identifica 12 fatores. Os seis primeiros seriam regulação, nível de instrução e preparação dos usuários, resistência à mudança, infraestrutura tecnológica, percepção de valor (o que reflete como os médicos avaliam os benefícios e impactos da telemedicina na eficiência, na qualidade do atendimento e na rotina profissional), características organizacionais.

Já os seis últimos compreenderiam suporte financeiro, corporativismo, possibilidades por especialidade médica, exame físico presencial, comoditização da medicina e relacionamento prévio médico-paciente, que são associados aos três pilares institucionais: regulativo, normativo e cultural-cognitivo (Scott, 2014). A pesquisa conclui que as pressões institucionais, tanto regulatórias quanto culturais, impactam a aceitação e a difusão das teleconsultas no Brasil (Palma *et al.*, 2022).

Foi realizado um estudo abrangente como parte do Programa SUS Digital, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024 (Brasil, 2024), sob coordenação do Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde (DEMAS/SEIDIGI). Esse estudo integrou a Etapa 1 do Programa, cujo objetivo foi realizar um diagnóstico situacional que envolvia estados e municípios, com base no Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital (INMSD) e critérios estabelecidos na Nota Técnica nº 9/2023-DEMAS/SEIDIGI/MS (Brasil, 2023).

Por meio desse diagnóstico (Brasil, 2024d), foram identificados mais de 100 obstáculos diferentes que dificultam a expansão da teleconsulta. No entanto, muitos desses obstáculos apresentam similaridades, o que permite sua categorização em temas amplamente conhecidos e discutidos na literatura. O Quadro 1 apresenta essa síntese; relaciona cada tema aos achados do SUS Digital e aos autores que abordam questões semelhantes.

Quadro 1 - Dados do SUS Digital x literatura sobre temas voltados à teleconsulta

Temas	Similaridades	Autores com temas sobre o assunto
Financeiro	Limitações financeiras e falta de investimento em tecnologia	(Luz, 2019); (Palma <i>et al.</i> , 2021); (Delphino <i>et al.</i> , 2023); (Silva, 2021); (Palma <i>et al.</i> , 2022)
Infraestrutura	Falta de infraestrutura em saúde digital, infraestrutura (computadores e internet), conectividade de baixa qualidade, infraestrutura elétrica, infraestrutura computacional devido à distância, infraestrutura física, infraestrutura obsoleta, infraestrutura tecnológica limitada (zona rural) e Falta de segurança patrimonial (antirroubos) nas unidades de saúde	(Silva <i>et al.</i> , 2022); (Palma <i>et al.</i> , 2021); (Thomas-Jacques <i>et al.</i> , 2021); (Maldonado <i>et al.</i> , 2016); (Delphino <i>et al.</i> , 2023); (Silva, 2021); (Palma <i>et al.</i> , 2022); (Wen & Chao, 2023); (Ruas & Silva, 2023).
Médicos	Resistência dos médicos, condições de trabalho (carga horária incompatível, alta demanda e alta rotatividade), capacitação e acesso às ferramentas, valores incompatíveis da teleconsulta se comparada à consulta, pouca oferta em determinadas especialidades, falta de médicos, preocupação com receitas médicas específicas, dificuldades de adaptação de médicos que atendem em outras localidades, fuso horário incompatível, dificuldades com informática básica, perfis dos médicos, melhora da divulgação da teleconsulta por parte dos profissionais, baixa adesão dos médicos; Conservadorismo em relação aos avanços tecnológicos (tanto médicos quanto pacientes); Barreiras culturais.	(Palma <i>et al.</i> , 2021); (Opas, 2022); (Luz, 2019); (Maldonado <i>et al.</i> , 2016); (Lopes <i>et al.</i> , 2019); (Silva, 2021); (Palma <i>et al.</i> , 2022); (Wen & Chao, 2023); (Giombelli, 2023); (Ruas & Silva, 2023); (Thomas-Jacques <i>et al.</i> , 2021); (Delphino <i>et al.</i> , 2023).

Pacientes	Falta de recursos tecnológicos, falta de conhecimentos tecnológicos, distrações domésticas, falta de conhecimentos da modalidade de teleconsulta, desconfiança de sistemas on-line, resistência, baixa adesão, dificuldades de agendamento; Conservadorismo em relação aos avanços tecnológicos, tanto médicos quanto pacientes; Barreiras culturais.	(Thomas-Jacques <i>et al.</i> , 2021); (Maldonado <i>et al.</i> , 2016); (Catapan <i>et al.</i> , 2021); (Saigí-Rubió <i>et al.</i> , 2021); (Luz, 2019); (Palma <i>et al.</i> , 2022); (Silva, 2021); (Giombelli, 2023); (Doctoralia, 2023).
Regulação / legislação	Falta de projeto institucional voltado à saúde digital, falta de divulgação dos serviços digitais, apoio institucional limitado, rotatividade de profissionais de gestão, falta de capacitações por parte das instituições de ensino, dificuldades e falta de entendimento de gestores da saúde, falta de interoperabilidade entre os sistemas, falta de segurança e de privacidade nas informações, necessidade de ampliar ofertas de serviços digitais, ausência na oferta de serviços de telessaúde e dificuldades no envio de dados exigidos pelo Ministério da Saúde.	(Palma <i>et al.</i> , 2021); (Saigí-Rubió <i>et al.</i> , 2021); (Catapan <i>et al.</i> , 2021); (Opas, 2022); (Maldonado <i>et al.</i> , 2016); (Lopes <i>et al.</i> , 2019); (Silva, 2021); (Palma <i>et al.</i> , 2022); (Wen & Chao, 2023); (Giombelli, 2023); (Ruas & Silva, 2023).
Barreiras logísticas	Dificuldade de acesso aos serviços em áreas isoladas, transporte de equipamentos ou suporte em áreas remotas.	(Luz, 2019); (Palma <i>et al.</i> , 2022).
Recursos humanos	Falta de recursos humanos, alta rotatividade de recursos (médicos e gestores), falta de recursos humanos capacitados, falta de motivação das equipes para fazer dar certo e falta de profissionais de TI.	(Delphino <i>et al.</i> , 2023).;

Fonte: Dados tabulados pelo autor, encontrados em fontes do programa SUS Digital e artigos e periódicos sobre teleconsulta

Esses obstáculos, já amplamente reconhecidos e discutidos em estudos anteriores, continuam sendo relevantes por persistirem como barreiras significativas à expansão da teleconsulta em praticamente todos os estados brasileiros (Quadro 2). Reiteraremos as razões pelas quais esses desafios permanecem atuais, o que evidencia os fatores estruturais, culturais e institucionais que dificultam a superação.

Quadro 2 - Levantamento de Obstáculos encontrados por estados brasileiros

Estados	Financeiro	Infraestrutura	Médicos	Pacientes	Regulação / Legislação	Barreiras Logísticas	Recursos Humanos
Acre		✓	✓				
Alagoas	✓	✓			✓		
Amazonas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Amapá		✓	✓	✓			
Bahia	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Ceará	✓	✓	✓	✓			✓
Distrito Federal	✓				✓		
Espírito Santo	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Goiás	✓		✓				
Maranhão		✓			✓		✓
Minas Gerais	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Mato Grosso do Sul		✓	✓		✓		✓
Mato Grosso	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Pará	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Paraíba		✓	✓	✓			✓
Pernambuco	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Piauí	✓	✓	✓	✓			✓
Paraná	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Rio de Janeiro	✓	✓	✓				
Rio Grande do Norte	✓	✓	✓	✓	✓		
Rondônia	✓	✓	✓		✓	✓	
Roraima	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Rio Grande do Sul	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Santa Catarina	✓		✓	✓	✓		✓
Sergipe	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
São Paulo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tocantins	✓	✓	✓	✓			

Fonte: Dados adaptados pelo autor do site Ministério da Saúde - Programa SUS Digital - Monitoramento da Adesão e do Diagnóstico Situacional

O estudo de caso conduzido nesta pesquisa utiliza a teoria institucional para compreender o processo de institucionalização da teleconsulta como uma nova prática na área da saúde. O enfoque está na forma como múltiplas lógicas institucionais (como as lógicas do Mercado - caracterizadas pela busca de eficiência econômica, competição e maximização de resultados financeiros -, da Profissão Médica - centrada na valorização da expertise técnica, da autonomia profissional e dos padrões éticos estabelecidos - e do Estado - focada na regulamentação, na promoção da equidade e na provisão de serviços essenciais para a coletividade -) influenciam a adoção e a expansão dessa prática.

A teoria institucional ajuda a analisar as resistências enfrentadas pela teleconsulta devido às tensões entre a prática tradicional da medicina e essa nova abordagem mediada por tecnologias. A pesquisa aponta que a teleconsulta, ao introduzir uma nova lógica no campo da saúde, desafia práticas consolidadas, o que gera conflitos e necessidades de adaptação por parte dos diversos atores envolvidos no setor (Silva, 2021).

Esses problemas podem demonstrar que, apesar dos benefícios, a teleconsulta ainda enfrenta múltiplos desafios no Brasil. Considera-se que os médicos ainda demonstram resistência à adoção da teleconsulta e que uma parcela dos pacientes continua preferindo o atendimento presencial, mesmo após a regularização dessa modalidade. Superar esses obstáculos exigirá um esforço coordenado que inclua

políticas públicas, investimentos em infraestrutura e a capacitação tanto de profissionais, quanto de pacientes entre outros esforços.

Dessa forma, esta pesquisa propõe investigar as razões que elevam barreiras contra a expansão da teleconsulta na rede de saúde pública do Brasil. Ela considera a existência de distintas lógicas institucionais que disputam a predominância no campo e investiga o que os obstáculos evidenciados e aqueles que possam ser pesquisados revelam sobre as orientações que estruturam esse campo.

1.1 Objetivo geral

Este trabalho analisa os impactos da tecnologia na rede de saúde pública, com ênfase nos obstáculos enfrentados na adoção da teleconsulta e nas diferentes lógicas institucionais que influenciam essa adoção.

1.2 Objetivos específicos

1. Identificar entendimentos dos médicos em relação à implementação e ao uso da teleconsulta, na consideração de suas preocupações éticas e profissionais.
2. Identificar o nível de aceitação e as barreiras enfrentadas pelos provedores de saúde, como hospitais e clínicas, na adoção do sistema de teleconsulta.
3. Identificar como os diferentes atores do sistema de saúde compreendem os recursos tecnológicos, humanos e financeiros disponíveis para a implementação eficaz da teleconsulta.

1.3 Justificativa

Diante do crescente avanço tecnológico e da necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde, a teleconsulta emerge como uma prática de atendimento promissora que enfrenta, contudo, diversos obstáculos para sua plena adoção e plena disseminação no Brasil (Wen & Chao, 2023).

Entender os fatores que impactam a expansão da teleconsulta no Brasil é essencial para a superação dos desafios enfrentados na implementação dessa tecnologia na rede de saúde (Palma *et al.*, 2021). Aspectos (como a resistência dos médicos, a falta de investimentos em infraestrutura tecnológica e até mesmo a hesitação dos pacientes em adotar essa nova modalidade de atendimento) são

barreiras significativas que, se não forem adequadamente compreendidas e abordadas, podem limitar o potencial de transformação e a melhoria do acesso aos serviços de saúde, especialmente em regiões remotas ou com escassez de profissionais (Luz, 2019; Palma *et al.*, 2022).

Além dos desafios práticos, a análise dos obstáculos à adoção da teleconsulta sob a perspectiva das lógicas institucionais permite contribuir para a literatura sobre os conflitos de lógicas que emergem em ambientes organizacionais complexos, como a rede de saúde (Lounsbury & Crumley, 2007). Compreender como diferentes lógicas (sejam elas Profissionais, de Estado, de Família, de Mercado ou Tecnológicas) se chocam e criam barreiras à penetração da teleconsulta é fundamental. Quer-se, posteriormente, propor estratégias que possam mitigar esses conflitos e facilitar a integração da teleconsulta como uma prática institucionalmente legitimada e amplamente difundida no Brasil. (Friedland & Alford, 1991; Thornton & Ocasio, 2008).

Portanto, compreender os desafios e as dinâmicas institucionais que influenciam a adoção da teleconsulta é crucial para o desenvolvimento de estratégias eficazes que superem essas barreiras e promovam a integração dessa tecnologia na prática cotidiana da rede de saúde no Brasil. Isto também contribui significativamente para a literatura sobre institucionalismo ao explorar os conflitos de lógica envolvidos nesse processo.

2 Fundamentação Teórica

Este capítulo apresenta o referencial teórico que tem como objetivo a aplicação da Teoria Institucional a fim de analisar os obstáculos de expansão da Teleconsulta. Para isso, o trabalho utiliza a teoria das lógicas institucionais que foi desenvolvida inicialmente por Friedland & Alford (1991).

2.1 Teoria das Lógicas Institucionais

As lógicas institucionais são sistemas simbólicos e práticas materiais que organizam, que estruturam as ações em um contexto e que as moldam de acordo com princípios que são historicamente situados (Friedland & Alford, 1991).

Para Thornton & Ocasio (2008), as lógicas institucionais podem ser entendidas como padrões históricos e socialmente construídos que envolvem práticas materiais, suposições, valores, crenças e regras. Esses padrões guiam os indivíduos na produção, na reprodução de sua subsistência material, na organização do tempo e do espaço e na atribuição de significado à realidade social que os cerca. Nesse sentido, Friedland e Alford (1991) destacam que cada lógica institucional é formada por um conjunto de práticas materiais e construções simbólicas que compõem os seus princípios organizadores e que estão disponíveis para organizações e indivíduos elaborarem. Tais construções incluem vocabulário, símbolos, imagens, categorias e valores, elementos que, quando expressos socialmente, configuram-se como manifestações simbólicas das lógicas institucionais.

Reforçando esta visão, Thornton *et al.* (2012) endentem que as lógicas institucionais fornecem uma base essencial para as identidades de organizações, grupos e indivíduos. Elas orientam como agir em situações específicas e moldam suas características organizacionais. No caso da teleconsulta, não se trata do surgimento de uma nova profissão. Os médicos apenas incorporam novas práticas às suas rotinas, sem alterar substancialmente sua identidade profissional.

A introdução da teleconsulta não só representa uma adaptação tecnológica na prática médica. Ela também reflete transformações profundas nas identidades profissionais, organizacionais e institucionais. Friedland & Alford (1991) afirmam que as lógicas institucionais moldam a base para as identidades nas organizações e grupos; elas indicam como indivíduos devem agir. Thornton & Ocasio (2008) e Thornton *et al.* (2012) ampliam essa ideia ao mostrar como novas práticas, como a

teleconsulta, reconfiguram identidades profissionais, pois promovem uma fusão entre práticas digitais e tradicionais. Goodrick & Reay (2011) ainda destacam que essa transformação exige que os profissionais conciliem sua identidade de cuidador com uma postura tecnológica. Eles devem se adaptar a novas expectativas sociais de acesso ao cuidado à saúde e à sua eficiência.

No contexto da teleconsulta, vemos essa influência quando pacientes, já habituados ao uso de serviços digitais (bancos *online*, refeições por *delivery* e transporte por aplicativo), passam a esperar a mesma praticidade e agilidade ao cuidar de sua saúde. Assim, a teleconsulta não só adapta os serviços às expectativas modernas, mas também molda as identidades dos usuários e das próprias organizações de saúde, que se veem compelidas a reformular suas práticas profissionais para atender a essas demandas (Giombelli, 2023).

Nesse sentido, as lógicas institucionais podem ser influenciadas até mesmo por novos conceitos linguísticos, como o *figital*, que exemplifica como a evolução tecnológica molda e reconfigura práticas institucionais na saúde. Para isto, criam formas híbridas de interação para os pacientes que combinam o físico e o digital. Essa transformação redefine tanto as práticas, quanto as identidades organizacionais. Ela se adapta às expectativas modernas de integração e de acessibilidade no cuidado à saúde (Doctoralia, 2023).

Antes da teleconsulta, a prática médica era realizada sem a necessidade de ferramentas tecnológicas específicas. Operava-se exclusivamente em ambientes presenciais, em que o foco está integralmente no cuidado ao paciente. Para se adaptar à teleconsulta, a prática médica adotou o uso de diversas ferramentas sociais, como *WhatsApp*, *Google Meet*, *Skype*, *Zoom*, *chats online*, *FaceTime*, *Hangout* e chamadas telefônicas (Ruas & Silva, 2023).

O uso sem critério, entretanto, desses instrumentos pode ser considerado uma falha das autoridades governamentais, o que representa a lógica do Estado (Thornton *et al.*, 2012). A mesma lógica, lembremos, busca fornecer uma estrutura regulatória e uniforme para garantir o acesso aos serviços e a sua qualidade. No entanto, a ausência de uma ferramenta de teleconsulta oficial e homogênea reflete uma falha em atender essa expectativa, o que deixa uma lacuna que os próprios profissionais devem preencher (Ruas & Silva, 2023).

Além disso, as lógicas institucionais podem tanto cooperar, quanto entrar em conflito; contudo, elas estão sempre em competição, pois cada uma tenta impor sua forma de orientar as ações dos atores sobre as demais (Ryngelblum *et al.*, 2019). Embora o conflito direto nem sempre ocorra, a competição permanece constante. Cada lógica busca influenciar e moldar práticas e comportamentos (Goodrick & Reay, 2011).

Essas visões sobre a Teoria Institucional são cruciais para entender como as resistências à teleconsulta podem ser moldadas pelas práticas estabelecidas no campo da saúde pública, uma vez que as lógicas preexistentes no sistema de saúde desempenham um papel central na formação dessas resistências. Essas práticas, muitas vezes, entram em disputa por diversos atores no sistema de saúde; cada uma defende interesses e lógicas institucionais distintas. Assim, as práticas estabelecidas no setor de saúde refletem uma combinação de lógicas institucionais que, em conjunto, resistem à adoção de novas tecnologias, como a teleconsulta.

2.2 Principais Lógicas Institucionais que regem a sociedade

Friedland & Alford (1991) e Thornton & Ocasio (2008) afirmam que diferentes lógicas orientam as práticas sociais e podem se conflitar devido a orientações que se chocam e dirigem as ações em três níveis: Macro (Social) que molda padrões culturais e estruturais em larga escala, como ordens institucionais; Meso (Organizacional) que influencia práticas e políticas em organizações e indústrias, o que reflete e adapta normas sociais e econômicas; Micro (Individual) que condiciona as ações, as identidades e as decisões individuais com base nos significados e nas normas culturais das ordens institucionais.

Para Friedland & Alford (1991), as sociedades ocidentais contemporâneas são estruturadas por diferentes lógicas institucionais que organizam, que orientam conjuntos de práticas materiais e construções simbólicas. Formam ainda os princípios organizadores que estão disponíveis para serem elaborados por organizações e indivíduos. São elas

- A lógica institucional do Capitalismo: baseada na acumulação de capital e na mercantilização da atividade humana; as práticas nesse contexto estão focadas na compra e na venda de mercadorias, com o objetivo de obter lucro. A lógica

capitalista transforma as interações humanas em transações de mercado com preços monetários (Friedland & Alford, 1991).

- A lógica institucional do Estado: está centrada na racionalização e na regulação da atividade humana por meio de hierarquias legais e burocráticas. Isso envolve a criação de regras e regulamentos que organizam, que controlam diferentes aspectos da sociedade. Garantem ainda a ordem e a governança por meio de sistemas burocráticos (Friedland & Alford, 1991).
- A lógica institucional da Democracia: está relacionada à participação popular e à extensão do controle sobre a atividade humana. As decisões são tomadas com base na vontade coletiva, frequentemente expressa por meio da votação ou do consenso, o que reflete a ideia de que o poder está nas mãos do povo (Friedland & Alford, 1991).
- A lógica institucional da Família: baseia-se na comunidade e nas obrigações incondicionais entre os membros. Enfatiza lealdade e suporte mútuo, com o foco na reprodução e na manutenção das necessidades dos seus membros. As interações familiares são vistas como compromissos recíprocos e incondicionais (Friedland & Alford, 1991).
- A lógica institucional da Religião ou da Ciência envolve a busca pela verdade, seja ela mundana ou transcendental. Ambas constroem simbolicamente a realidade, oferecem explicações para a existência e as atividades humanas em um quadro de valores absolutos ou princípios morais (Friedland & Alford, 1991).

Thornton & Ocasio (2008) introduzem novas lógicas institucionais além das descritas por Friedland & Alford (1991). As lógicas identificadas por Thornton e Ocasio incluem

- A lógica institucional de Mercado: organiza a atividade econômica com base na competição e no intercâmbio de bens e serviços. Enfatiza também a eficiência, o desempenho econômico e a maximização de lucros (Thornton & Ocasio, 2008).
- A lógica institucional da Corporação: fixa-se na hierarquia organizacional e na maximização do controle gerencial. As empresas seguem princípios de eficiência interna, governança corporativa e crescimento sustentável (Thornton & Ocasio, 2008).

- A lógica institucional da Profissão: está relacionada a práticas normativas que regulam comportamentos profissionais. Nelas, a autonomia e a expertise técnica são fundamentais. Além disto, elas valorizam a autoridade baseada no conhecimento especializado e nos padrões éticos da profissão (Thornton & Ocasio, 2008).
- A lógica institucional da Comunidade: está focada em redes sociais e em relações de reciprocidade e solidariedade em um grupo. A lógica da comunidade organiza-se em obrigações sociais e no compartilhamento de valores. Ela enfatiza o bem-estar coletivo e a identidade comum (Thornton & Ocasio, 2008).

2.3 Versões de conflitos entre as lógicas

Os autores Friedland & Alford (1991) discutem como as instituições centrais da sociedade Ocidental, como o Mercado, a Família, o Estado burocrático, a Democracia e a Religião, possuem lógicas institucionais próprias e como essas lógicas podem entrar em conflito. Eles mencionam que contradições institucionais são uma fonte central de conflito político e transformação social, o que implica abordagens de Dominação, Coexistência e Hibridização entre as diferentes ordens institucionais.

Com relação aos conflitos, existem estudos que valorizam o entendimento da Dominação de uma determinada lógica em relação às demais lógicas. Thornton & Ocasio (2008) entendem que as disputas por *status* e poder são mecanismos relativamente universais para ações individuais e organizacionais. No entanto, uma perspectiva de lógicas institucionais sugere que esses mecanismos são condicionados pelas instituições prevalecentes. As lógicas institucionais moldam e criam as regras do jogo, as relações de meios e fins pelas quais o poder e o *status* são adquiridos, mantidos e perdidos nas organizações (Friedland & Alford, 1991).

Além da Dominação, existem também estudos que valorizam o entendimento da Coexistência de diferentes lógicas institucionais, o que permite que múltiplas normas e práticas operem simultaneamente em uma mesma organização ou sistema. Goodrick & Reay (2011) entendem que a relação entre múltiplas lógicas institucionais se dá em uma lógica dominante e em lógicas secundárias ou subordinadas que existem, mas não guiam o comportamento. Neste sentido, os autores ilustram como

diferentes lógicas podem coexistir e influenciar práticas profissionais sem necessariamente apresentar mandatos concorrentes.

Outra abordagem de estudos destacada pelos acadêmicos é a Hibridização, que ocorre da combinação de duas lógicas. O fato resulta uma terceira lógica, que será predominante no campo institucional (Reay & Hinings, 2009). Haveman & Rao (2006) entendem que a Hibridização é descrita como um processo em que organizações mesclam características de duas ou mais formas institucionais, o que cria estruturas organizacionais que podem se adaptar de forma mais gradual às mudanças no ambiente institucional. Na visão de Greenwood *et al.* (2011), as lógicas antigas na hibridização não desaparecem. Tornam-se remanescentes e podem ser reinterpretadas, adaptadas ou subordinadas à nova lógica predominante. Permanecem como influências nas práticas e nas estruturas organizacionais híbridas.

Portanto, dadas as contradições que surgem na competição das lógicas, na abordagem dos estudos da Dominação, da Coexistência e da Hibridização, os autores exploram como essas lógicas institucionais podem ser manipuladas ou reinterpretadas por indivíduos, grupos e organizações para servir a seus próprios fins. Há o risco, todavia, de se perder a legitimidade (Friedland & Alford, 1991; Goodrick & Reay, 2011; Thornton & Ocasio, 2008; Haveman & Rao, 2006).

Neste estudo, será analisado como os obstáculos tecnológicos que dificultam a expansão da teleconsulta estão relacionados aos conflitos entre as lógicas institucionais. A pesquisa busca identificar qual abordagem, seja ela de Dominação, de Coexistência ou de Hibridização, oferece uma explicação mais consistente para compreender esses conflitos e seus impactos na adoção da teleconsulta.

2.4 Práticas profissionais em transformação: A influência de lógicas institucionais competitivas

O modelo de Lounsbury & Crumley (2007) explora as mudanças nas práticas da gestão ativa de dinheiro na indústria de fundos mútuos nos Estados Unidos. Ele oferece exemplos de lógicas institucionais e de resistência a mudanças nas práticas já estabelecidas. Essa abordagem permite uma comparação com a teleconsulta, que enfrenta obstáculos para sua expansão, devido a conflitos de lógicas e de resistência no campo da saúde. Ainda assim, a pesquisa buscará identificar qual modelo

proporciona a explicação mais robusta para esses conflitos, com base nas evidências e nas análises realizadas.

No artigo de Lounsbury & Crumley (2007), são destacadas a lógica institucional de Mercado (que impulsiona a busca por práticas inovadoras e competitivas) e a lógica da Profissão que orienta os padrões e valores que guiam as ações dos profissionais de gestão de fundos. Essas duas lógicas interagem no desenvolvimento de práticas de gestão ativa de dinheiro; nelas, normas profissionais tradicionais de estabilidade e segurança começam a coexistir com uma lógica de mercado voltada à inovação e ao risco, o que molda assim a prática da gestão ativa de investimentos no setor de fundos mútuos.

Na teleconsulta, pode-se supor que uma lógica da profissão é composta por práticas distintas. A prática tradicional representa o modelo clássico em que o médico interage presencialmente com o paciente; realiza exames físicos e observação direta. A prática emergente inclui consultas realizadas por videoconferência; prioriza conveniência e alcance, embora seja limitada na avaliação física direta (Jaroń *et al.*, 2023). Haveria ainda uma lógica estatal e uma de mercado que promovem a expansão e a eficiência dos serviços de saúde por meio da tecnologia e que coexistem. Esse cenário cria tensões semelhantes, em que a prática digital da teleconsulta precisa se legitimar ao lado da prática médica tradicional (Silva, 2021).

No caso dos fundos mútuos, Lounsbury & Crumley (2007) observam a resistência dos gestores tradicionais, favoráveis à gestão passiva que já estava bem estabelecida, especialmente se comparadas à gestão ativa, considerada uma ameaça às práticas consagradas, pois desencadeiam divisões e conflitos políticos nas instituições financeiras. De forma semelhante, a teleconsulta enfrenta resistência significativa dos profissionais de saúde, especialmente daqueles que valorizam o exame físico presencial e questionam a eficácia e a segurança do atendimento remoto.

Essa resistência é ampliada pela falta de infraestrutura e pela necessidade de adaptação a novas ferramentas digitais (Palma *et al.*, 2022). Além disso, muitos pacientes, especialmente os mais idosos ou aqueles menos familiarizados com tecnologias, demonstram resistência em utilizar plataformas de teleconsulta. Eles preferem o atendimento presencial, enquanto gestores de saúde enfrentam

dificuldades em adaptar suas estruturas e práticas às exigências dessa modalidade (Luz, 2019; Saigí-Rubió *et al.*, 2021). A lentidão na regulamentação e a falta de diretrizes claras sobre segurança, privacidade e responsabilidades legais também contribuem para os desafios na expansão da teleconsulta (Maldonado *et al.*, 2016; Lopes *et al.*, 2019).

Os autores Lounsbury & Crumley (2007) destacam as mudanças relacionadas à introdução da gestão ativa no setor de fundos. Eles trazem um modelo alternativo à prática conservadora e passiva da gestão de fundos, o que redefiniu a abordagem dos profissionais para investimentos, o que enfatizou mais riscos e inovações. No contexto da teleconsulta, a mudança nas práticas médicas demanda adaptações tecnológicas e comportamentais, como o uso de plataformas de vídeo. Esse processo de mudança reorganiza as rotinas dos profissionais e requer uma nova abordagem para o atendimento, mediada por recursos tecnológicos, assim como ocorreu na transição da gestão passiva para a ativa no mercado financeiro (Thomas-Jacques *et al.*, 2021).

No artigo, Lounsbury & Crumley (2007) destacam os avanços metodológicos, particularmente por meio do desenvolvimento de teorias financeiras quantitativas e da introdução de ferramentas analíticas avançadas. A adoção de teorias sobre risco e variabilidade nas estratégias de investimento exemplifica como os avanços metodológicos e a inovação científica podem reconfigurar práticas e legitimar novas abordagens. O uso dos avanços metodológicos permitiu que a "gestão ativa de dinheiro" fosse vista como uma prática apropriada e sustentável; redefiniu a abordagem e os padrões da profissão de gestão de investimentos.

De forma semelhante, a teleconsulta depende de tecnologias digitais para possibilitar o atendimento remoto. A tecnologia médica digital, incluindo sistemas de comunicação e dispositivos de monitoramento, é essencial para a expansão da teleconsulta. Também representa uma barreira, pois exige investimentos em infraestrutura e treinamento de profissionais para o uso eficiente desses recursos (Delphino *et al.*, 2023).

Em relação aos conflitos, os autores Lounsbury & Crumley (2007) destacam as diferentes abordagens de gestão na indústria de fundos mútuos, especialmente entre a prática tradicional de gestão passiva e a gestão ativa emergente. Esses conflitos surgem, em parte, devido a divergências entre gestores tradicionais e inovadores que

buscavam legitimizar a gestão ativa por meio da criação de narrativas de risco e de recompensa.

Esses embates internos resultaram mobilizações políticas, e gestores conservadores da "velha guarda" argumentaram que a adoção de estratégias ativas poderia comprometer a estabilidade e a confiabilidade da indústria, o que intensificou o debate sobre a adequação e a sustentabilidade da gestão ativa de fundos. Na teleconsulta, conflitos semelhantes surgem entre a lógica da prática médica tradicional e a lógica de inovação tecnológica. Profissionais da saúde debatem sobre a qualidade e a confiabilidade do atendimento remoto, o que gera uma divisão interna entre aqueles que apoiam a teleconsulta e aqueles que a consideram uma ameaça às práticas estabelecidas (Greenwood *et al.*, 2011).

Com base na teoria institucional e nos pontos já destacados (resistências, mudanças, tecnologia e conflitos), outro ponto relevante destacado pelos autores Lounsbury & Crumley (2007) é a legitimação das práticas institucionais. Ela envolve o processo pelo qual novas práticas ganham aceitação e se tornam normativas em um campo institucional. No contexto dos fundos mútuos, o processo de legitimação seria representado pela aceitação da gestão ativa de fundos. Nele, a criação de uma narrativa que defende o uso de práticas ativas e inovadoras ajudou a estabelecer sua validade.

Em contrapartida, para a teleconsulta se consolidar, deve-se supor que ela precise ser legitimada por meio de uma narrativa que dê suporte a políticas e a regulamentações que garantam segurança, qualidade e alinhamento com os valores da prática médica. A falta de regulamentação clara e o ceticismo sobre seu valor tornam a legitimação da teleconsulta um processo desafiador, mas sempre essencial para sua expansão (Maldonado *et al.*, 2016; Lopes *et al.*, 2019; Silva, 2021).

3 Metodologia

3.1 Objeto da pesquisa

O objeto da pesquisa é a prática médica na saúde pública com a adoção da teleconsulta, e o fato considera a influência de diferentes atores e organizações no campo da saúde.

3.2 Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa adotada neste estudo é de natureza qualitativa, estruturada em duas fases distintas, fundamentadas nos conceitos da teoria institucional e na prática da teleconsulta. A abordagem qualitativa é vista como essencial para entender fenômenos sociais complexos, o que permite que os pesquisadores captem os entendimentos dos indivíduos envolvidos e compreendam os fenômenos no seu contexto real (Creswell, 2007; Godoy, 1995a).

A primeira fase consiste em uma análise descritiva por meio de pesquisa documental. Na pesquisa, serão examinadas diversas fontes secundárias, como legislações, dados estatísticos, artigos científicos, documentos institucionais e publicações da mídia que tratam da teleconsulta (Godoy, 1995b). O objetivo desta fase é mapear o contexto institucional da teleconsulta no Brasil, identificar como diferentes lógicas institucionais (tal qual as lógicas Profissionais, as de Mercado, as de Família e as Estatais) moldam e influenciam a expansão da prática da teleconsulta (Friedland & Alford, 1991). A análise documental permitirá confirmar um quadro teórico e empírico robusto sobre os obstáculos institucionais relacionados à expansão da teleconsulta.

Os participantes das entrevistas foram identificados por meio de indicações, e adotou-se a metodologia de *Snowball Sampling*, de Goodman (1961). Essa técnica é particularmente útil para amostras reduzidas e para situações em que as unidades de análise apresentam difícil acesso. O processo se inicia com uma pessoa influente que indica um primeiro contato, e o pesquisador dará continuidade à seleção de participantes a partir de novas indicações feitas por membros do grupo ou por outros indivíduos influentes da rede social. Esse procedimento pode ser repetido, o que permite que o número de participantes aumente progressivamente a cada entrevista, conforme o interesse do pesquisador (Vinuto, 2014; Leavy, 2023). A condução das entrevistas será concluída quando se alcançar a saturação teórica.

A saturação teórica será utilizada para determinar o encerramento da coleta de dados. Para isso, dois critérios serão adotados: o primeiro, quando as narrativas deixarem de acrescentar novas informações relevantes; o segundo, quando os dados coletados deixarem de gerar novos *insights* ou apresentarem incrementos mínimos na relação entre teoria e dados (Eisenhardt, 1989).

As entrevistas buscam aprofundar o entendimento dos fatores que dificultam a institucionalização da teleconsulta e quais fatores seguem e ainda dificultam sua institucionalização, pois exploram como diferentes lógicas institucionais interagem e conflitam entre si nesse processo (Creswell, 2007). Em complemento, a pesquisa considerará os obstáculos já mapeados no diagnóstico situacional realizado pelo Programa SUS Digital, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024 (Brasil, 2024).

Esse levantamento identificou mais de 100 obstáculos à expansão da teleconsulta, categorizados em temas, como barreiras financeiras, limitações de infraestrutura, resistência por parte de médicos e pacientes, desafios regulatórios e culturais, entre outros obstáculos. Essas entrevistas têm como objetivo aprofundar o entendimento de como as lógicas institucionais identificadas na fase documental se manifestam nas práticas cotidianas e nos entendimentos dos diferentes atores envolvidos. Além disso, essa fase buscará explorar como os conflitos entre essas lógicas podem impedir ou facilitar a institucionalização da teleconsulta no sistema de saúde brasileiro.

A integração entre a análise bibliográfica, os dados coletados no levantamento governamental e as entrevistas permitirá uma compreensão aprofundada e contextualizada dos desafios e oportunidades associados à teleconsulta. Isto contribui para o desenvolvimento de soluções que considerem as complexidades institucionais e as práticas envolvidas.

3.3 Método de pesquisa

Este estudo realizará uma revisão bibliográfica sobre o tema da teleconsulta, com o objetivo de mapear e compreender as regulamentações, as políticas públicas, as diretrizes clínicas e as práticas institucionais relacionadas à implementação e ao uso da teleconsulta no sistema de saúde brasileiro. Para isso, serão coletados e analisados os seguintes tipos de documentos:

a) Legislação e Regulamentação: serão levantados leis, decretos, portarias e resoluções (Quadro 3) emitidas pelo Governo Federal (Brasil, 2020a), Ministério da Saúde (Brasil, 2020b) e conselhos profissionais, como o Conselho Federal de Medicina (Brasil, 2002). A análise desses documentos é fundamental para entender o marco regulatório que orienta e limita a prática da teleconsulta no Brasil, bem como as mudanças recentes impulsionadas pela pandemia de COVID-19.

Quadro 3 - Leis, decretos, portarias e resoluções sobre a teleconsulta

Ano	Instituição	Legislação\Resolução	Descrição\Marco
2002	Ministério da Saúde	Portaria MS nº 1.643/2002	Primeira regulamentação da telemedicina pelo Ministério da Saúde, com destaque para o uso de tecnologias para assistência à distância (Brasil, 2002).
2007	CFM	Resolução CFM nº 1.821/2007	Exigências de confidencialidade e de privacidade no uso de sistemas informatizados para telemedicina, com normas de segurança e guarda de dados (Brasil, 2007).
2018	CFM	Resolução CFM nº 2.227/2018	Regulamentação de modalidades de telemedicina, como teleconsulta, teleinterconsulta, e telediagnóstico, com inclusão de exigências de consentimento informado do paciente (Brasil, 2020c).
2020	Poder Legislativo	Lei nº 13.989/2020	Autorização emergencial da telemedicina durante a pandemia de Covid-19, com permissão para consultas <i>online</i> em diversas áreas da saúde (Brasil, 2020a).
2022	CFM	Resolução CFM nº 2.314/2022	Atualização da regulamentação de telemedicina, com reafirmação do padrão de consulta presencial, mas com permissão de teleconsultas em condições específicas (Brasil, 2022a).
2022	Poder Legislativo	Lei nº 14.510/2022	Regulamentação permanente da telessaúde, com abrangência de todas as profissões de saúde e concessão de autonomia para o uso da telessaúde (Brasil, 2022c).

Fonte: Dados elaborados pelo autor.

b) Políticas Públicas: no Brasil, várias iniciativas vêm sendo implementadas para impulsionar o avanço da teleconsulta. Entre as políticas governamentais mais importantes, destacam-se o Programa Telessaúde Brasil Redes (Brasil, 2011), a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) (RNP, 2024), a RUTE - Rede Universitária de Telemedicina (Paho, 2024), além do mais recente programa, o SUS Digital (Brasil, 2024).

c) Diretrizes Clínicas: serão analisadas diretrizes e protocolos clínicos emitidos por entidades de saúde e associações profissionais, que estabelecem boas práticas e recomendações para a realização de teleconsultas (Brasil, 2020b). Estes documentos serão examinados à luz das teorias institucionais para avaliar como as

práticas clínicas são adaptadas ou resistem às mudanças tecnológicas, e como a teleconsulta é legitimada no campo da saúde por meio dessas diretrizes (Brasil, 2022a).

d) Relatórios e Estudos de Casos: serão incluídos relatórios de organizações de saúde, ONGs e instituições de pesquisa que documentem estudos de casos, resultados e avaliações sobre a implementação da teleconsulta no Brasil. Estes documentos fornecerão evidências empíricas sobre as barreiras e os facilitadores na adoção da teleconsulta, bem como seus impactos na saúde pública (Silva *et al.*, 2022).

e) Publicações Acadêmicas: além dos documentos institucionais, serão revisadas publicações acadêmicas que abordem a teleconsulta, com foco em estudos que explorem os desafios e as oportunidades da telemedicina no Brasil. A inclusão dessas fontes acadêmicas ajudará a contextualizar a discussão em uma base teórica robusta (Catapan *et al.*, 2021; Maldonado *et al.*, 2016; Palma *et al.*, 2021).

Após o levantamento documental, a próxima fase do trabalho consistirá na realização de entrevistas com os principais atores envolvidos na implementação e na utilização da teleconsulta na saúde pública. O fato inclui médicos para entender a adaptação às práticas digitais, gestores de saúde para explorar a implementação e gestão dos serviços, representantes de órgãos reguladores para avaliar o impacto das políticas públicas. Em sequência, há fornecedores de tecnologia para analisar as barreiras tecnológicas e inovações, professores de medicina para compreender como a teleconsulta é abordada na formação dos futuros profissionais e suas perspectivas sobre essa prática.

Os participantes foram selecionados com base nos princípios do método *Snowball Sampling*, de Goodman (1961), conforme detalhado no item 3.2. O término da coleta de dados seguirá os critérios de saturação teórica (Eisenhardt, 1989), também explicados no item 3.2.

As entrevistas foram conduzidas com base em um roteiro semiestruturado. Utilizaram-se perguntas abertas que permitirão flexibilidade nas respostas dos entrevistados, o que possibilita uma exploração aprofundada dos entendimentos e dos desafios relacionados à teleconsulta. Possibilita ainda as influências institucionais e tecnológicas que moldam essa prática no Brasil. Exemplos dos roteiros semiestruturados poderão ser visualizados no anexo A ao final deste trabalho. As

transcrições das entrevistas estão disponíveis para consulta no endereço <https://drive.google.com/drive/folders/1N1o4FTwXYjBoh7mM-0SHqXRPLuA9SiRp?usp=sharing>, como parte do compromisso com a triangulação metodológica (Bauer & Gaskell, 2015) que assegura a conferência e a veracidade dos dados utilizados na análise.

Com a combinação do levantamento documental e das entrevistas semiestruturadas, este estudo proporcionará uma compreensão da teleconsulta na saúde pública do Brasil. Ele enfoca as dinâmicas institucionais que moldam sua implementação e os obstáculos tecnológicos que influenciam sua aceitação.

3.4 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados iniciou-se com uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *Scopus*, *Google Scholar*, *SciELO* e *PubMed* e utilizou descritores como *Teleconsultation*, *Telemedicine*, *Health*, *e-health*, *Digital health*, *Institutionalism*, *Institutional Theory* e *Resistance*. Durante essa etapa, foi realizado um processo de seleção, no qual os artigos e os documentos foram analisados para identificar sua relevância no contexto do estudo. Somente os materiais, que apresentavam análises sobre a adoção e sobre os obstáculos da teleconsulta, ou que exploravam as influências das lógicas institucionais, foram incluídos na revisão.

Além das publicações acadêmicas, a análise incluiu documentos obtidos em sites e blogs médicos, reportagens, discussões em congressos e fóruns especializados, além de vídeos que contribuem e repercutem na fundamentação das práticas da teleconsulta.

Para complementar a análise documental, foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com diversos atores envolvidos na teleconsulta. O objetivo dessas entrevistas foi o de identificar, a partir dos entendimentos desses atores, as práticas institucionais previamente destacadas na revisão bibliográfica. O intuito foi o de realizar um comparativo entre os dados empíricos e as teorias das lógicas institucionais discutidas pelos autores nas fontes revisadas.

Apesar da intenção inicial de contemplar, entre os entrevistados, representantes do Conselho Federal de Medicina (CFM) e reguladores (Ministério da Saúde), não foi possível obter entrevistas com esses atores institucionais. No caso do

CFM, após contato formal, a resposta foi o envio de materiais informativos e normativos sobre telemedicina, com a orientação de que todas as posições oficiais da entidade sobre o tema estavam disponíveis nesses documentos. Já em relação ao Ministério da Saúde, foi necessário abrir uma solicitação de atendimento por meio do portal Gov.br, procedimento que, até o momento de finalização deste trabalho, não havia tido retorno efetivo. Diante disso, optou-se por concentrar a análise empírica nos demais atores, por manter o foco na percepção dos profissionais inseridos no cotidiano da saúde.

Embora o levantamento apresentado pelo SUS Digital possua mais de cem categorias, o presente estudo irá se concentrar em 4 categorias, por apresentar maior frequência e relevância na interseção com os artigos revisados:

1. Falta de infraestrutura em saúde digital;
2. Resistência pelos médicos;
3. Condições de trabalho;
4. Falta de capacitações por parte das instituições de ensino.

3.5 Análise

A análise dos resultados da pesquisa semiestruturada dar-se-á com base nas práticas institucionais; buscará identificar, nas falas dos respondentes, as lógicas que orientam seus entendimentos e ações. Entre essas lógicas, estão a lógica do Capitalismo, focada na acumulação de capital e na mercantilização; a lógica do Estado, orientada por regulação e por hierarquias burocráticas; a lógica da Democracia, centrada na participação popular e na decisão coletiva; a lógica da Família, valorizadora da lealdade e do suporte mútuo; a lógica da Religião ou Ciência, voltada à busca pela verdade e pela construção simbólica da realidade (Friedland & Alford, 1991).

Além disso, incluem-se outras lógicas descritas por Thornton & Ocasio (2008). A primeira é a de Mercado, que privilegia a competição e a eficiência econômica. Em sequência, tem-se a lógica da Corporação, que se baseia no controle gerencial e na governança organizacional. Depois, há a lógica da Profissão, que enfatiza a expertise técnica e os padrões éticos e a lógica da Comunidade, que destaca a solidariedade e os valores compartilhados.

O objetivo será relacionar as respostas dos participantes a essas lógicas e permitir compreender como elas moldam suas práticas e percepções (Yin, 2015). O processo de análise incluirá ainda a triangulação de múltiplas fontes de evidências para garantir a validade dos resultados e construir interpretações que contribuam para novas questões de pesquisa (Bauer & Gaskell, 2015).

Abaixo, apresenta-se o Quadro 4, um modelo que será utilizado para a interpretação das falas dos entrevistados, com base nas respostas obtidas por meio do roteiro semiestruturado.

Quadro 4 -Associação entre categorias, lógicas institucionais e diretrizes analíticas

Ator	Perguntas a serem realizadas	Lógicas Institucionais						
		Estado	Democracia	Família	Mercado	Corporação	Profissão	Comunidade
Atores	Perguntas do roteiro semiestruturado equivalente ao Ator entrevistado.	* Presença/ Falta de infraestrutura em saúde digital; * Condições de trabalho; * (Falta de) capacitações por parte das instituições de ensino	* Equidade na implantação da infraestrutura	* Aceitação/ Resistência dos médicos	* Presença/Falta de infraestrutura em saúde digital; * Aceitação/ Resistência dos médicos	* Condições de trabalho * Otimização de desempenho	* Aceitação/ Resistência dos médicos; * Condições de trabalho; * (Falta de) capacitações por parte das instituições de ensino	* (Falta de) capacitações por parte das instituições de ensino

Fonte: Dados do Autor.

Com base no Quadro 4, a análise das entrevistas buscará identificar quais lógicas institucionais estão presentes nas falas dos entrevistados. Tomará como referência as quatro categorias consideradas relevantes no estudo apresentado pelo SUS Digital (Brasil, 2024): falta de infraestrutura em saúde digital, resistência pelos médicos, condições de trabalho e ausência de capacitações por parte das instituições de ensino.

A falta de infraestrutura em saúde digital reflete predominantemente a atuação da lógica do Estado, que tem a responsabilidade de promover a equidade e garantir a implementação de políticas públicas externas à saúde digital (Palma *et al.*, 2021; Thomas-Jacques *et al.*, 2021; Maldonado *et al.*, 2016). No entanto, essa ausência de estrutura também revela a influência da lógica de mercado capitalista, uma vez que os investimentos tendem a ser concentrados em regiões com maior potencial de retorno, o que perpetua desigualdades (Luz, 2019). Além disso, a lógica do Mercado também se manifesta, pois a infraestrutura é frequentemente orientada por critérios de previsões econômicas e prioriza áreas mais lucrativas e com maior capacidade técnica (Silva *et al.*, 2022).

A resistência dos médicos à prática da teleconsulta é fortemente associada à lógica da profissão, que valoriza o saber técnico, a autonomia e o atendimento presencial como elementos centrais da identidade médica (Palma *et al.*, 2021; Luz, 2019; Palma *et al.*, 2021; Saigí-Rubió *et al.*, 2021; Silva, 2021). Essa resistência é reforçada por normas éticas e tradicionais que moldam o comportamento profissional. Em menor grau, também é possível observar a influência da lógica da Família, já que muitos médicos analisam a visão dos pacientes sobre a importância do contato humano direto como componente essencial do cuidado (Palma *et al.*, 2022; Luz, 2019). Além disso, a lógica do Mercado também se faz presente, pois parte da resistência pode decorrer da percepção de que a teleconsulta representa uma ameaça à remuneração, ao prestígio e à valorização do serviço médico. Ela impacta diretamente na forma como o trabalho é reconhecido e recompensado (Maldonado *et al.*, 2016; Palma *et al.*, 2022; Palma *et al.*, 2021; Luz, 2019).

As condições de trabalho dos profissionais de saúde envolvem múltiplas lógicas. A lógica da Corporação é evidente nas estruturas organizacionais e na pressão por produtividade e controle interno. Já a lógica da Profissão atua na exigência por condições que respeitem a expertise e os limites éticos do exercício

médico (Wen & Chao, 2023). Por fim, a lógica do Estado é relevante no que se refere à regulação das relações de trabalho. Ela estabelece normas e configurações que influenciam diretamente o cotidiano profissional (Palma *et al.*, 2022; Palma *et al.*, 2021; Opas, 2022; Luz, 2019).

Por fim, a falta de capacitações por parte das instituições de ensino pode ser interpretada sob a ótica da lógica da profissão, que é responsável por manter a atualização contínua dos profissionais e preservar os padrões técnicos da área (Delphino *et al.*, 2023). A lógica do Estado também está presente nesse cenário, já que o poder público regula a formação acadêmica e deve investir em políticas educacionais voltadas à saúde digital (Catapan *et al.*, 2021). Em complemento, a lógica da Comunidade aparece como um elemento importante, pois a formação dos profissionais deveria também responder às demandas sociais e contribuir para o bem-estar coletivo, o que nem sempre ocorre de maneira eficaz (Wen & Chao, 2023).

A análise buscará confirmar os pressupostos teóricos adotados ou revelar novas questões emergentes a partir das falas dos entrevistados.

4 Resultados

A apresentação dos resultados tem como base não apenas os dados obtidos nas entrevistas, mas também a literatura discutida na Introdução, que orienta a análise e a interpretação dos achados. Além disso, estudos nacionais, como o diagnóstico do Programa SUS Digital (Brasil, 2024d) e as análises de Wen & Chao (2023) sobre os desafios de infraestrutura e regulação no Brasil, ajudam a contextualizar as evidências aqui apresentadas; permitem compreender como barreiras técnicas, organizacionais e normativas se manifestam no cotidiano da teleconsulta.

A seção inicia-se com a descrição do perfil dos entrevistados, com destaque para a função, para o local de atuação e para a data da entrevista. O Quadro 5 resume essas informações; preserva o anonimato dos participantes. Para fins de clareza e referência ao longo do texto, cada entrevistado será identificado por um codinome alfanumérico, de E1 a E18, correspondente à ordem de realização das entrevistas (por exemplo, Entrevistado 1 será referido como E1, Entrevistado 2, como E2, e assim por diante).

Quadro 5 - Perfil dos entrevistados

Entrevistado	Perfil	Local de Trabalho	Método	Data\Mês de 2025
E1	Médico Geriatra	SUS – São Paulo	Videoconferência	28/02
E2	Médico Pediatra	SUS – São Paulo	Videoconferência	05/03
E3	Profissional de T.I.	Empresa Dr. TIS – São Paulo	Videoconferência	27/03
E4	Médico Radiologista	Hospital Privado – Brasília	Videoconferência	02/04
E5	Psicóloga	Particular – São Paulo	Videoconferência	08/04
E6	Professor \ Médico Infectologista	UNICID – São Paulo	Videoconferência	10/04
E7	Médico Radiologista	Hospital Público e Clínica particular – Manaus	Videoconferência	12/04
E8	Médico Neurocirurgião	Consultoria para Operadoras de Planos de Saúde – São Paulo	Videoconferência	16/04
E9	Gestão de Saúde	Gestora de Saúde em Hospital Particular – São Paulo	Videoconferência	17/04
E10	Gestão de Saúde \ Médico Ginecologista	Clínica Particular – São Paulo	Videoconferência	19/04
E11	Médico Radiologista	Hospital Privado – Rio Grande do Sul	Videoconferência	29/04
E12	Médico Oftalmologista	SUS – DETRAN - São Paulo	Videoconferência	05/05
E13	Profissional de T.I. \ Médico	Consultor Implantação de Sistemas de Saúde	Videoconferência	06/05

E14	Professor \Médico Cirurgião Geral	FEMA – Assis\SP	Videoconferência	07/05
E15	Médico Cirurgião Geral	Ambulatório Santa Casa Assis\Palmital – Hospital Regional Assis	Videoconferência	07/05
E16	Professor	Unifesp – São Paulo	Videoconferência	08/05
E17	Médico Dermatologista	SUS – Paraná	Videoconferência	12/05
E18	Médico Geriatra	SUS – São Paulo	Videoconferência	15/05

Fonte: Dados elaborados pelo autor.

Cabe destacar que, embora tenham sido elaborados questionários e realizado contato com representantes institucionais do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, os retornos obtidos não foram satisfatórios para fins de análise, motivo pelo qual as mencionadas contribuições não integram este estudo.

Identificou-se no decorrer das entrevistas que termos, como *telessaúde*, *telemedicina* e *teleconsulta*, são frequentemente utilizados de forma indiscriminada, como se fossem sinônimos. Contudo, conforme esclarece o Prof. Dr. Chao Lung Wen no 1º Fórum de Saúde Digital de Mato Grosso (TCE-MT, 2025), *telessaúde* é a denominação mais ampla das práticas em saúde mediadas por tecnologia; *telemedicina* é uma subcategoria da *telessaúde*, com foco específico na atuação médica; *teleconsulta*, na sua vez, é uma das modalidades da *telemedicina*, caracteriza o atendimento clínico remoto entre médico e paciente.

Apesar de os psicólogos não integrarem o corpo médico, os atendimentos psicológicos realizados de forma remota podem ser compreendidos como *teleconsultas*, no conceito ampliado da *telessaúde*, desde que respeitados os princípios éticos e as regulamentações específicas da profissão. A Resolução CFP Nº 9 DE 18/07/2024 (CFP, 2024) atualizou e consolidou as normas anteriores; regulamentou o exercício profissional da Psicologia mediado por Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação (TDICs) em território nacional.

Um médico com registro ativo no CRM de São Paulo (CREMESP) pode atender presencialmente pacientes em outros estados, desde que possua uma inscrição secundária no Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado onde ocorrerá o atendimento. A legislação vigente exige que o médico esteja devidamente registrado no CRM da jurisdição onde exerce a prática médica presencial (Brasil, 2022a). No entanto, essa exigência é flexibilizada no caso da *telemedicina*, pois o atendimento médico à distância, como a *teleconsulta*, pode se realizar sem a necessidade de

inscrição secundária no CRM do estado onde o paciente se encontra. Nessa modalidade, o médico deve estar regularmente inscrito no seu CRM de origem e seguir as normas estabelecidas para a prática da telemedicina.

Em relação à formação médica, atualmente o Ministério da Educação (MEC) não possui uma regulamentação específica que exija a implementação obrigatória de uma disciplina de Telemedicina nos cursos de graduação em Medicina. No entanto, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o curso de Medicina estabelecem que os currículos devem ser atualizados continuamente para incorporar inovações científicas e tecnológicas relevantes para a formação médica (Brasil, 2014). Mesmo que não haja uma menção direta à Telemedicina nas DCNs, a inclusão dessa disciplina pode ser considerada pertinente, dado o seu crescente papel na prática médica moderna. A decisão de implementar uma disciplina específica de Telemedicina cabe às Instituições de Ensino Superior (IES), que têm autonomia para adaptar seus projetos pedagógicos, desde que eles estejam alinhados com as diretrizes estabelecidas pelo MEC.

As falas de profissionais da saúde pública e privada compõem os dados primários desta pesquisa, apoiadas por dados secundários que contribuem para a análise e a contextualização. Os relatos foram organizados em quatro categorias analíticas principais:

- Falta de infraestrutura em saúde digital;
- Resistência dos médicos;
- Condições de trabalho;
- Falta de capacitação por parte das instituições de ensino.

Além dessas categorias, identificaram-se falas relevantes que extrapolam tais classificações e sinalizam motivos que ajudam a compreender a persistência desses obstáculos.

4.1 Falta de infraestrutura em saúde digital

Os relatos a seguir evidenciam como a ausência de infraestrutura tecnológica adequada, como conectividade, equipamentos e sistemas integrados, representa um dos principais entraves para a realização da teleconsulta, especialmente no contexto

do setor público. Essas falas não apenas descrevem dificuldades operacionais, mas revelam as razões centrais que explicam parte dos obstáculos analisados nesta pesquisa, o que afeta diretamente a qualidade e a viabilidade do atendimento remoto.

Para E1 e E18, que atuam como Geriatras, o acesso à tecnologia é um dos principais problemas enfrentados na teleconsulta, especialmente entre a população idosa, que compõe a maior parte de seus atendimentos. Segundo E1, “o idoso, infelizmente, não sabe utilizar o celular, sempre tem que ter um acompanhante. Acho que a barreira da tecnologia e a barreira da internet também. Se a internet não for *boa*, o atendimento fica péssimo”. Complementa que, além da infraestrutura precária, a baixa literacia digital dos pacientes idosos representa um desafio adicional, pois muitos não sabem utilizar adequadamente os dispositivos e os recursos necessários para o atendimento remoto. Nessa mesma linha, E18 ressalta que a principal dificuldade está do lado do paciente, especialmente idosos e pessoas em situação de vulnerabilidade, que frequentemente não possuem aparelhos compatíveis nem acesso a internet de qualidade.

A E2 relata dificuldades relacionadas à infraestrutura tecnológica nos atendimentos por teleconsulta em pronto-socorro. Segundo ela, “a plataforma na época era péssima, e a gente perdia muito paciente, perdia conexão, e aí não conseguia voltar pra aquele paciente na consulta, e o paciente tinha que entrar em nova consulta”. E o fato evidencia que o sistema utilizado não atendia de forma adequada a dinâmica e a urgência desse tipo de atendimento. Além disso, destaca limitações funcionais, como ausência de gráficos de peso e altura, recurso essencial no atendimento pediátrico. Soma-se a isso a questão da conectividade, mencionada como um entrave recorrente, o que compromete a continuidade dos atendimentos e a efetividade do cuidado. Conforme relata:

“o paciente entrava na fila, e ele não atendia ao chamado; eu não conseguia ligar de outra forma, nada do tipo; às vezes, eu ficava com muita dó, porque o paciente idoso não sabia atender e ele ficava lá esperando a consulta quarenta, cinquenta minutos, uma hora; quando a gente chamava, ele não atendia, porque não conseguia, e aí perdia”.

O E3, com a visão de gestor de tecnologia, aponta diversas fragilidades estruturais que comprometem a consolidação da teleconsulta no país. Um dos entraves identificados é a limitação do acesso à internet de qualidade, especialmente

em regiões mais afastadas: “tem muitos lugares que não têm acesso à fibra [...], e a internet via satélite ainda é cara”. Além disso, destaca a deficiência na articulação da gestão pública; ressalta que há recursos federais disponíveis, mas que muitas prefeituras não os utilizam de forma efetiva: “falta mais de gestão pública [...] tem verba destinada [...], mas acaba não usando [...], a Lei Federal [...] fornece um X para a prefeitura para a telemedicina”. Também chama atenção para a ausência de interoperabilidade entre sistemas de informação em saúde, o que dificulta o fluxo de dados e a continuidade do cuidado: “os sistemas não conversam entre si”.

Por fim, aponta limitações técnicas das plataformas, como a ausência de funcionalidades que permitam a entrada simultânea de acompanhantes ou outros profissionais na mesma consulta: “você pode mandar um link pelo WhatsApp da sala, só clicar e entrar, o cara não sabe logar, não sabe fazer nada e alguém, o acompanhante, fazer todo o cadastro dele”. Essa lacuna entre norma e prática também foi abordada por Sebastião Helvécio R. de Castro, Vice-Presidente de Ensino, Pesquisa e Extensão do Instituto Rui Barbosa e Conselheiro do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, no 1º Fórum de Saúde Digital de Mato Grosso (TCE-MT, 2025), evento no qual destaca:

“Essa governança de dados tem que estar absolutamente garantida para que tenhamos um sistema de saúde digital. Já imaginou se alguém tem acesso aos dados pessoais da saúde de uma pessoa? E o seu ingresso em Plano de Saúde, seu ingresso em emprego? Às vezes, já tem discriminação com a mulher só pela possibilidade de uma gravidez, imagina se tem algum histórico médico na vida das pessoas que possa dificultar o acesso ao emprego”.

O E4 evidencia deficiências estruturais na área da telerradiologia que dificultam a consolidação da prática digital em saúde. Um dos pontos críticos apontados é a ausência de uma plataforma unificada e padronizada para o acesso aos exames e aos laudos. Segundo ele, “o exame é do paciente, tem que ter a possibilidade de ficar com ele em casa”. Por isto, destaca a necessidade de garantir ao paciente o controle e o arquivamento de seus próprios dados. Além disso, chama a atenção para a ausência de uma base de dados integrada, o que compromete a rastreabilidade e a continuidade do cuidado. Ao comparar com sua experiência internacional, relata: “eu fiz um treinamento na Alemanha [...], e lá todos os serviços eram integrados [...], era uma plataforma única para todo o dado do paciente, exame do paciente, tudo era integrado”. Em contrapartida, afirma que no Brasil a falta de interoperabilidade, especialmente na rede privada, gera perda de informações clínicas, repetição de

exames e atrasos no diagnóstico e no tratamento, sobretudo em casos mais delicados, como os pacientes oncológicos. Para ele, a ausência de um sistema obrigatório de alimentação centralizada, como um prontuário nacional integrado, representa um dos grandes limitadores da efetividade da telerradiologia no país.

Para E5, a limitação de infraestrutura digital impacta diretamente a continuidade do atendimento, sobretudo em contextos de baixa renda. Neles, falhas de conexão e ausência de equipamentos adequados prejudicam o vínculo terapêutico:

“A internet trava, ali você já desfoca total o atendimento. Você já perde o foco, caiu a ligação, perde o foco novamente, até você fazer o paciente entrar de novo, sabe, na terapia leva um tempo, e aí quando você vai ver, já está acabando o tempo de atendimento”.

O E6 exemplifica a diversidade nas formas de atendimento por teleconsulta. Ressalta que, diante da ausência de uma plataforma unificada, cada médico adota os meios que melhor se ajustam à sua realidade profissional. Busca-se desde aplicativos estruturados com prescrição eletrônica e gestão financeira integrada até soluções informais como o uso do WhatsApp em situações pontuais.

O E7 relata que a ausência de infraestrutura mínima para a realização da teleconsulta compromete diretamente sua eficácia. Ele observa que muitos pacientes não possuem câmeras ou celulares adequados. Destaca que “a consulta é só assim, o paciente lá no celular dele e o médico do outro [...], essa falta de uma estrutura mais profissional, às vezes limita um pouco a capacidade que o médico tem de avaliar o paciente”.

O E8 destaca que a principal barreira para a consolidação da telemedicina em regiões remotas é a ausência de conectividade. Ele relata experiências no interior do Amazonas, onde a comunicação era praticamente inexistente, o que muitíssimo dificultava o acesso a informações críticas de saúde. Nesse contexto, afirma que “a Starlink¹, eu acho que é uma jogada sensacional e ajuda muito para os lugares mais remotos”. Reconhece que tecnologias como essa representam um avanço relevante ao oferecer conexão estável mesmo em locais isolados; viabiliza a realização de teleconsultas e o envio de imagens para centros especializados.

¹ Starlink é serviço de internet via satélite desenvolvido pela SpaceX. Ele oferece conexão de alta velocidade em regiões remotas ou com pouca infraestrutura de telecomunicações.

A E9 destaca que os principais problemas de infraestrutura para a realização de teleconsultas estão relacionados à conectividade de rede, especialmente em regiões remotas, como áreas indígenas, ribeirinhas e do interior do Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Nesses espaços, nem mesmo *modems* de operadoras convencionais funcionam adequadamente. Segundo ela “tem muito município em área remota que são aquelas pombonet² da vida”. Além das regiões mais isoladas, a E9 reforça que, mesmo em cidades do interior de São Paulo, problemas básicos de infraestrutura de conectividade inviabilizam o uso consistente da teleconsulta. O fato revela a necessidade urgente de apoio técnico e de uma estrutura digital mínima para garantir a viabilidade da prática.

Assim como o E8, a E9 menciona que, nesses casos, seria necessário investir em tecnologia via satélite. Além disso, embora muitas unidades de saúde já contêm com computadores e prontuário eletrônico, faltam periféricos básicos, como microfones, caixas de som e webcams, ausência que dificulta a viabilidade do atendimento por telessaúde.

A E9 observa que alguns estados, como Pernambuco e Paraíba, têm avançado na estruturação da telessaúde por meio de núcleos com plataformas próprias, capacitações públicas e ações locais voltadas à disseminação da prática. No entanto, ela ressalta que, apesar desses esforços estaduais, ainda é raro encontrar capacitações promovidas diretamente por instituições locais, como secretarias municipais de saúde. A situação limita a consolidação da prática no cotidiano dos profissionais do SUS.

O cenário apresentado pela E9 revela os desafios enfrentados em nível federal para consolidar uma padronização nas ações de saúde digital. Embora a SEIDIGI, vinculada ao Ministério da Saúde, esteja empenhada em promover maior uniformidade, ainda prevalecem iniciativas descentralizadas e soluções isoladas por parte dos estados. Diante da dimensão territorial do Brasil, plataformas como o eSUS, apesar de contarem com funcionalidades para o teleatendimento, ainda apresentam instabilidades técnicas. E mais: carecem de um suporte centralizado eficaz, o que compromete sua adoção plena e segura em âmbito nacional. Conforme relata:

² Pombonet: referência a provedores locais de internet que oferecem serviços com conexão instável, com frequentes quedas de sinal.

“O maior problema pensando no Brasil, como um país de dimensão continental, é isso. Porque trabalhar com plataforma vira e mexe da bug, e você precisa de uma central para te apoiar. E a nível Brasil, quem que a gente aciona?”.

O E10 afirma que, em sua unidade privada, as condições de trabalho não impactam negativamente a viabilidade da teleconsulta. Todas as salas estão devidamente equipadas com computadores, câmeras e demais recursos necessários para o atendimento presencial e para o remoto. Os profissionais dispõem de toda a infraestrutura tecnológica básica para realizar teleconsultas com qualidade. Além disso, a unidade oferece capacitação aos profissionais de saúde, especialmente aos novos médicos (Fellows), por meio de uma introdução prática ao uso da tecnologia.

A unidade também conta com suporte técnico terceirizado de TI e com o apoio especializado do próprio programa de teleconsulta contratado, o que assegura assistência contínua. Mesmo após a redução da equipe e do portfólio da empresa, o suporte técnico permaneceu disponível e funcional, demonstrativo de um modelo de infraestrutura local bem estruturado e responsivo. Esse cenário revela um forte contraste com a realidade apontada pela E9, em que a falta de padronização nacional e a ausência de suporte técnico estruturado ainda dificultam a consolidação da teleconsulta no âmbito do SUS.

O E11 aponta a falta de conectividade de ambos os lados como o principal problema enfrentado para a expansão da teleconsulta. Destaca que, sem internet de qualidade, simplesmente não existe teleconsulta. Apesar de relatar que, na maioria das vezes, consegue esclarecer dúvidas, avaliar a situação e solicitar exames durante os atendimentos remotos, tudo está longe do perfeito. Ressalta que melhorias na qualidade da ligação, como áudio, vídeo e estabilidade seriam fundamentais para aumentar a aceitação por parte dos pacientes, que se sentiriam mais seguros. Além disso, sugere que o local ideal para a realização da teleconsulta seria em uma estrutura de saúde, como um hospital ou clínica. Também critica a ausência de uma plataforma oficial para teleconsultas. Menciona que recorre a ferramentas, como *Google Meet*, *WhatsApp* e *FaceTime*, conforme a conveniência do paciente.

O E12 aponta que os principais problemas de infraestrutura na adaptação à teleconsulta envolvem a dificuldade de os pacientes idosos lidar com a tecnologia e a instabilidade da conexão de internet. Ele destaca que muitos idosos não conseguem

realizar a consulta remota sozinhos e que a qualidade da rede é frequentemente insuficiente, com quedas nas chamadas e videoconferências.

O E13 destaca dois grandes desafios tecnológicos para a implantação das plataformas de teleconsulta. O primeiro é a falta de profissionais capacitados, tanto da área de TI, quanto da área médica, especialmente em regiões fora dos grandes centros urbanos, o que dificulta o entendimento sobre como a tecnologia pode ser aplicada estrategicamente, desde o planejamento até a execução de um projeto eficiente. O segundo desafio refere-se à dificuldade de encontrar um único software ou fornecedor que atenda a todas as necessidades da clínica, o que acaba exigindo a contratação de múltiplos sistemas e a realização de integrações complexas, que também demandam conhecimento técnico especializado.

Embora os investimentos em infraestrutura, software e mudanças operacionais representem custos adicionais, ele considera que tais esforços são compensados pelo ganho de produtividade e pela ampliação do acesso ao atendimento, especialmente em regiões remotas. Ressalta, ainda, a ausência de uma plataforma governamental nacional unificada voltada para clínicas e consultórios de pequeno porte; destaca que iniciativas como a do DataSUS enfrentam dificuldades relacionadas a custos e à falta de apoio político, o que torna sua implementação incipiente e incerta.

O E13 observa que, mesmo após a pandemia, algumas instituições reduziram o uso da teleconsulta devido às limitações na experiência do usuário e nos resultados clínicos. Ainda assim, defende que o modelo pode ser aperfeiçoado para equilibrar atendimentos presenciais e remotos, desde que haja integração de sistemas e uma equipe multiprofissional bem-preparada. Nesse sentido, o E13 argumenta que, diante das dificuldades práticas enfrentadas por diferentes perfis de usuários, é necessário adotar estratégias distintas de engajamento ao uso de softwares ou plataformas.

Do lado dos pacientes, especialmente idosos e pessoas com baixa familiaridade tecnológica, a solução mais eficaz envolve suporte humano, instruções simples em formato impresso e atendimento presencial ou telefônico. Já para médicos e profissionais de saúde, a abordagem mais eficiente é o uso de vídeos tutoriais, documentos digitais e conteúdos acessíveis sob demanda, o que permite que aprendam de forma autônoma, no seu tempo e conforme a necessidade. Já a E18 aponta que a divulgação da teleconsulta ainda é muito limitada e informal. Segundo a

entrevistada, “até hoje, é o boca a boca que pega, principalmente no SUS”. A falta de campanhas públicas e acessíveis prejudica o conhecimento da população sobre essa modalidade, sobretudo entre pessoas em situação de vulnerabilidade social.

O E14³ avalia que, embora a tecnologia para a teleconsulta esteja avançada, o principal entrave ainda é o acesso a essa tecnologia por parte da população, o que compromete a efetividade da prática. Para ele, a dificuldade não está necessariamente na ausência de recursos tecnológicos, mas sim na falta de acesso e domínio por parte dos usuários, o que inclui tanto pacientes, quanto alguns profissionais formados em gerações anteriores.

O E15 aponta que o principal problema de infraestrutura para a teleconsulta é o acesso à internet de qualidade, especialmente entre a população mais idosa, que também enfrenta dificuldades no manuseio de tecnologias. Ele exemplifica com a experiência de seu pai, que conseguiu realizar uma teleconsulta com auxílio familiar, mas reconhece que pessoas como sua avó não teriam essa facilidade. Para ilustrar o impacto da tecnologia sobre relações de confiança, ele compara o fato com uma assembleia de condomínio em que idosos se opuseram à portaria remota. E a oposição evidencia que, além da dificuldade com o uso da tecnologia, há uma valorização do contato humano. Ele faz um paralelo com a relação médico-paciente; ressalta que a presença física transmite segurança e confiança, o que pode ser prejudicado no formato remoto.

O E16 ressalta a precariedade da conectividade no Brasil como um fator crítico que dificulta a estabilidade e a qualidade das consultas por vídeo, especialmente em regiões fora dos grandes centros. Como melhorias fundamentais para facilitar o uso da teleconsulta, aponta a ampliação do acesso à internet e o aprimoramento da experiência do usuário. Há destaque para o desenvolvimento de interfaces mais acessíveis a públicos diversos, como idosos e pessoas com baixa literacia digital. Ele comenta:

“Quem desenvolve aplicativos esquece de pensar em outro indivíduo que não ele. [...] Uma criança, como ela usaria esse aplicativo? Um idoso, como ele

³ Os códigos E14 e E15 correspondem à mesma pessoa entrevistada. Ela respondeu a blocos distintos do roteiro, conforme seu papel como docente (E14) e como médico (E15).

usaria? Quais as dificuldades que o idoso teria em termos de aumento de contraste, aumento de letras?”.

Outro ponto relevante mencionado é a segurança dos dados, ao alertar que muitos ainda não compreendem a importância da proteção das informações sensíveis em atendimentos médicos, o que leva ao uso de plataformas não seguras, como o *WhatsApp*. Ele defende a necessidade de ambientes próprios e protegidos para a teleconsulta, com prontuários eletrônicos, transcrição segura e garantias de confidencialidade.

Apesar de atuar também no SUS, o E17 destaca que sua experiência com teleconsulta ocorre majoritariamente na prática privada, especialmente em seu consultório, já que na rede pública o uso dessa modalidade é raro. Ela aponta que a principal limitação da teleconsulta continua sendo a distância física entre médico e paciente, o que, segundo ela, compromete a qualidade da avaliação clínica. Mesmo reconhecendo que sempre há espaço para melhorias, destaca que a qualidade da imagem e, principalmente, as plataformas utilizadas são pontos frágeis. Afirma que “tem uns programas de clínica que é péssimo”; acrescenta que “cada lugar é um sistema” e que esses sistemas “não se conectam”, o que torna “difícil fazer prescrições”. Essa fragmentação compromete a fluidez do atendimento e dificulta o compartilhamento de dados médicos; impacta negativamente na experiência tanto do médico quanto do paciente.

A E18 relata que já utilizou a teleconsulta principalmente em atendimentos particulares. No caso do SUS, afirma que, ainda que a modalidade esteja oficialmente regulamentada, a unidade em que trabalha não adota a prática de forma estruturada. Ela explica: “Já aconteceu de um paciente muito idoso precisar renovar a receita e a filha comparece na consulta dele e liga para o pai para eu ver como está. E aí a gente vê como ele anda, se ele está bem, mas não é uma teleconsulta oficial”. Ela aponta que, no Brasil, não há uma plataforma unificada para o uso da teleconsulta no SUS e que, mesmo que existisse, problemas como quedas de sistema e falhas de conexão seriam grandes obstáculos, algo que, segundo ela, já ocorre inclusive em atendimentos presenciais.

Entre os principais entraves, a entrevistada (E18) menciona a falta de equipamentos adequados e espaço físico nas unidades do SUS; aponta ainda a

ausência de computadores, câmeras, microfones e conexão de internet estável. Acrescenta que não há espaço reservado na agenda para esse tipo de atendimento e que, muitas vezes, os profissionais teriam que utilizar seus próprios dispositivos para realizar consultas remotas. Do lado do paciente, destaca as dificuldades enfrentadas por idosos e pessoas em situação de vulnerabilidade que frequentemente não dispõem de aparelhos compatíveis nem de acesso à internet, além de apresentar limitações no manuseio da tecnologia. Embora reconheça que existam iniciativas locais de suporte digital na cidade onde atua, pondera que essa realidade não é a da maior parte do país.

A E18 expressa-se ainda. Diz que, para ampliar o uso e a efetividade da teleconsulta, são necessários investimentos em infraestrutura tecnológica e ações de disseminação de informações. Do ponto de vista médico, a entrevistada destaca a necessidade de equipamentos adequados, como computadores e câmeras de boa qualidade, para garantir um atendimento remoto funcional. Do lado do paciente, reconhece que muitos idosos não conseguem utilizar o celular sozinhos e que o apoio de familiares ou Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pode ser fundamental para viabilizar a consulta. Por fim, reforça que é preciso, além de investir em estrutura, informar a população sobre o que é a teleconsulta, uma vez que muitas pessoas sequer sabem da existência dessa modalidade.

Durante o 1º Fórum de Saúde Digital realizado em Mato Grosso, o professor Chao Lung Wen destacou um novo projeto nacional que propõe o uso da infraestrutura de conectividade das escolas públicas, que estão sendo conectadas via satélite, como polos de apoio à saúde digital nas cidades. A intenção é viabilizar a prática da telemedicina em municípios com baixa estrutura digital. Em vez de aguardar que todas as unidades de saúde desenvolvam infraestrutura própria, o projeto sugere o aproveitamento de recursos já existentes. Segundo o professor, durante a apresentação do evento, “a escola tem luz, internet, prédio e pessoas, e isso pode ser aproveitado para garantir acesso à telemedicina em áreas remotas” (TCE-MT, 2025).

Os relatos evidenciam que a ausência de investimentos consistentes em conectividade, padronização e suporte técnico compromete a viabilidade da teleconsulta. Esses elementos podem ser observados no Quadro 6, que sintetiza os principais fatores apontados e as lógicas institucionais associadas.

Quadro 6 - Lógicas institucionais associadas à carência de infraestrutura em saúde digital

E nº	Problema relatado	Possíveis Razões	Lógica(s) associada(s)
E1, E7, E12, E15, E16, E18	Idosos não sabem utilizar o celular, com aparelhos incompatíveis e acesso à internet de má qualidade.	Falta de inclusão digital; baixa literacia digital; não possuem aparelhos compatíveis, nem acesso à internet de qualidade.	Estado \ Comunidade
E2, E4, E6, E13, E17	Ausência de plataforma; Plataforma instável; sem gráficos pediátricos; Falta de padronização de exames; Internet ruim.	Investimento insuficiente e falta de integração tecnológica.	Estado \ Corporativa
E3, E8, E9	Internet de baixa qualidade em regiões remotas, ou ausência de conectividade.	Infraestrutura nacional deficiente e alto custo de expansão.	Estado \ Mercado
E3	Tem verba destinada [...], mas acaba não usando	Má gestão de recursos públicos	Estado \ Mercado
E3, E4, E17	Ausência de interoperabilidade entre sistemas de informação em saúde ou prontuário nacional integrado, o que gera perda ou repetição de exames.	Fragmentação tecnológica e ausência de padrões unificados.	Estado \ Corporativa
E3	Entrada simultânea de acompanhantes ou outros profissionais na mesma consulta.	Limitações técnicas das plataformas.	Estado \ Corporativa
E5, E8, E9	Falha de conexão e ausência de equipamentos adequados.	Desigualdade de acesso à tecnologia e à internet.	Estado \ Comunidade
E6, E11	Soluções informais como o uso do WhatsApp.	Improvisação com ferramentas não oficiais e inseguras.	Estado \ Corporativa
E9	Núcleos com plataformas próprias, capacitações públicas e ações locais.	Iniciativas regionais fragmentadas.	Estado \ Comunidade
E9, E13, E18	Plataformas, como o eSUS; ausência de uma plataforma governamental nacional.	Extensão territorial, falhas do eSUS e falta de suporte centralizado.	Estado
E10	Suporte contratado.	Diferenças de recursos entre clínicas públicas e privadas.	Estado \ Corporação
E11, E14	Falta de conectividade de ambos os lados.	Dificuldade de acesso à internet de médicos e pacientes.	Estado
E11	Consegue esclarecer dúvidas, avaliar a situação e solicitar exames.	Baixa qualidade da conexão reduz a confiança.	Estado \ Profissão
E13	Falta de profissionais qualificados.	Escassez de profissionais de TI e médicos.	Estado \ Profissão
E16	Segurança dos dados.	Uso de sistemas informais e pouco protegidos.	Estado \ Corporação
E17, E18	Na rede pública o uso dessa modalidade é raro. A unidade em que trabalho não adota a teleconsulta de forma estruturada.	Falta de agenda e infraestrutura no SUS.	Estado
E18	Apoio de familiares ou Agentes Comunitários de Saúde (ACS).	Dependência de apoio familiar ou comunitário.	Comunidade

Fonte: Dados tabulados pelo autor.

4.2 Resistência dos médicos

Nesta seção, apresentam-se falas que ilustram como a resistência por parte dos próprios profissionais da medicina influencia a consolidação da teleconsulta. As declarações revelam tanto a persistência de uma lógica tradicional centrada no atendimento presencial, quanto as dificuldades simbólicas e técnicas que os médicos associam à prática digital, o que constitui razões diretamente relacionadas aos obstáculos investigados nesta pesquisa.

Tanto o E1 quanto o E2 demonstram adesão à prática da teleconsulta; reconhecem seus benefícios no atendimento médico a distância. O E1 relata ampla adesão, especialmente durante a pandemia; ressalta que, em sua atuação na geriatria, a teleconsulta representou um avanço significativo ao facilitar o acesso de pacientes com limitações de mobilidade. Segundo ele, “foi um divisor de águas, porque o paciente que vem até a mim, ele tem muito problema de quem vai levar, de mobilidade, então a gente acaba tendo um encurtamento nessa distância do acesso ao paciente”.

Já o E2, com experiência em pediatria, observa boa aceitação entre os profissionais mais jovens e reconhece sua utilidade em contextos específicos. No entanto, pondera que a resistência ainda pode ocorrer entre médicos e pacientes mais velhos, sobretudo pela menor familiaridade com os recursos tecnológicos: “os médicos mais velhos, mais antigos, tiveram uma aceitação ok, mas no começo foi mais difícil [...], pacientes mais velhos gostam do presencial, de estar ali, frente a frente, conversando, tocando”. Ambos, porém, reconhecem que a ausência do exame físico pode ser um fator limitante em determinados atendimentos, o que também contribui para a resistência de parte dos profissionais.

Complementando essas percepções, o E3 também se mostra favorável à teleconsulta e a considera um caminho natural da evolução médica. No entanto, alerta para os limites da prática em especialidades que exigem exame físico, como a ginecologia. Destaca ainda que esse fator pode comprometer a resolutividade da consulta e, conseqüentemente, gerar resistência da parte dos profissionais de saúde.

O E4, ainda que atue com telerradiologia e não diretamente com teleconsulta, aponta sinais de resistência por parte de médicos mais experientes, sobretudo pela percepção de desvalorização profissional associada à baixa remuneração nas

práticas a distância. Ele explica que essa situação decorre de valores praticados por operadoras de planos de saúde no setor privado:

“eu sei que na telerradiologia os valores são absurdamente inferiores. Então isso acho que é um fator importante, porque aí vincula diretamente a qualidade. Qual o bom profissional que vai se sujeitar a dar um laudo por R\$ 5,00?”.

A E5 relata utilizar a teleconsulta, mas revela certa resistência pessoal à modalidade, especialmente em razão de sua pouca familiaridade com tecnologias digitais. Sua fala expressa preferência pelo atendimento presencial, o que pode estar associado a um baixo letramento digital: “eu acho que ainda tem bastante coisa que eu desconheço. [...] eu não sou muito ligada em tecnologia, vou ser bem sincera [...] eu por mim, eu atenderia todo mundo no consultório”. Além disso, por atuar na área da psicologia infantil, identifica limitações importantes no atendimento remoto a crianças. Destaca que a observação do comportamento espontâneo por meio de brincadeiras e interações com materiais lúdicos é essencial para a avaliação clínica. Como aponta:

“O atendimento com criança é um atendimento mais lúdico. Então você precisa que a criança brinca, que a criança interaja com materiais, com brinquedo, pintura, então não tem como fazer atendimento online com criança.”.

Para o E6, a resistência dos médicos em relação à teleconsulta está fortemente ligada à percepção de desvalorização profissional e à descaracterização da prática médica. Ele critica a forma como a implementação da telemedicina ocorreu; classifica-a como “avacalhada”, especialmente pela remuneração reduzida oferecida por operadoras e pela banalização do ato médico em contextos que, segundo ele, comprometem sua seriedade. O entrevistado relata “casos bizarros”, vivenciados em atendimentos, como um paciente que realizava consulta “na 25 de Março comprando panela”, outro “de férias em Cancún no meio de uma lancha”, e um terceiro “tomando banho pelado”. Para o E6, esses episódios revelam a perda do caráter técnico, ético e simbólico da consulta médica. “Querendo ou não, uma consulta médica é uma consulta médica”, afirma.

Além disso, o E6 expressa preocupação com a pressão exercida por pacientes para obter prescrições sem exame clínico, o que, segundo ele, aumenta o risco de

erro médico. “Ele não tá interessado na consulta, ele quer que você seja uma ferramenta para dar uma prescrição para ele.” Sua resistência à realização de primeiras consultas por telemedicina está fundamentada na importância do exame físico para um diagnóstico seguro. Para o entrevistado, apesar de a tecnologia estar disponível, o principal problema está na ausência de limites claros para seu uso, o que gera insegurança, subjetividade e compromete tanto a qualidade do cuidado, quanto o papel institucional do médico.

O E7 demonstra baixa aderência à modalidade; argumenta que a ausência do exame físico compromete a qualidade da avaliação clínica. Para ele, é imprescindível “apalpar, escutar, olhar, até a cor, [...] se tá pálido, tu perde muito o feeling.” E conclui de forma categórica: “Eu não gosto”.

O E8 limita fortemente o uso da teleconsulta apenas a certas especialidades; desconsidera possíveis adaptações ou avanços tecnológicos. Isso expressa uma resistência à ampliação da modalidade em sua prática.

“Eu acho que por exemplo, a Radiologia, [...] pode ser feito um laudo a distância sem nenhum problema [...]. Algumas especialidades, eu acho que é totalmente impossível, ortopedista não tem como fazer uma teleconsulta, o ortopedista precisa pôr a mão, um neurocirurgião precisa pôr a mão.”.

Ainda neste sentido, o E8 afirma: “Medicina de verdade, paciente crítico, precisa da atuação presencial, não tem jeito”. Ao opor “medicina de verdade” à teleconsulta, sugere uma desvalorização da modalidade e uma preferência enraizada pelo modelo tradicional.

A E9 destaca que a falta de conhecimento sobre a teleconsulta e o desconhecimento de seus benefícios no processo de trabalho são os principais desafios para a adesão dos médicos. Há resistência por medo de julgamento profissional, percepção de que a teleconsulta representa mais trabalho em vez de auxílio, além de baixa alfabetização digital, especialmente em áreas remotas. A falta de engajamento com os fluxos de trabalho e a crença de autossuficiência também dificultam a aceitação da modalidade.

A E9 relata que os pacientes, em geral, aceitam bem a modalidade de teleconsulta, especialmente quando têm suas demandas resolvidas sem precisar sair de casa, o que gera satisfação e fidelização ao canal remoto. A maior resistência,

segundo ele, vem dos profissionais de saúde, que muitas vezes não se engajam no processo de conectar o paciente ao especialista via teleconsulta. Em regiões remotas, em que muitas vezes nem há clínico geral disponível, o atendimento remoto representa uma solução valiosa. No entanto, o entrevistado aponta que a alta resolutividade da teleconsulta pode gerar tensões com os serviços presenciais já estabelecidos, pois os médicos locais podem se sentir ameaçados com a ampliação do acesso a especialistas; enxergam a teleconsulta como uma concorrência ao seu espaço na rede.

O E9 complementa, porém no destaque de que a resistência à modalidade não está relacionada à ausência de infraestrutura ou à falta de capacitação técnica, mas sim à postura dos próprios profissionais da atenção básica. Em sua área de atuação, apesar de disponibilizar todos os recursos tecnológicos, como câmeras, microfones, caixas de som, além de treinamentos e habilitações, a adesão permanece baixa. Como relata, “eu tenho uma oferta mensal de 1800 atendimentos mês e eu não faço 40, eu não chego a 50% de aproveitamento dessa agenda [...] eu só preciso que o profissional da unidade agende o atendimento [...] e eles não fazem isso”.

O E9 aponta que grande parte do trabalho é direcionado ao engajamento dos profissionais; é necessário até deslocamentos presenciais para promover a adesão, como exemplifica: “semana que vem eu estou indo para o Sertão de Pernambuco, justamente para fazer ativação presencial”. A fala evidencia uma resistência institucionalizada por parte dos médicos da rede pública, que, mesmo diante de condições adequadas, não incorporam a prática da teleconsulta em sua rotina.

O E10, que atua na rede privada de saúde, relata que, em sua unidade, os médicos aderem à teleconsulta de forma geral. O principal desafio identificado é a dificuldade de alguns profissionais, especialmente os mais antigos, em lidar com a tecnologia. Já os médicos mais jovens não apresentam resistência e utilizam os recursos tecnológicos com facilidade.

De forma semelhante, o E11, atuante na rede privada, demonstrou plena adesão à teleconsulta e não apresentou indícios de resistência à modalidade. Em sua fala, destaca a adequação da prática ao seu contexto clínico; relata boa aceitação por parte dos pacientes e colegas, além de considerar o atendimento remoto suficiente para esclarecer dúvidas e conduzir a avaliação médica. Essa postura corrobora a ideia

de que a resistência médica não é homogênea e pode variar conforme a especialidade e o grau de familiaridade com tecnologias digitais.

Em contraste, o E12 manifesta uma postura mais crítica em relação à teleconsulta. Relata que, de modo geral, os pacientes não veem a modalidade como primeira opção; recorrem a ela apenas em situações pontuais, como pedidos de receita ou exames. Segundo sua percepção, o atendimento presencial é preferido por transmitir maior acolhimento, aspecto que considera fundamental na construção da relação médico-paciente. Como observa, “as pessoas, pelo que sinto, elas gostam de ir ao consultório porque elas se sentem acolhidas”. Ressalta que essa relação envolve mais do que aspectos técnicos, exige escuta e empatia, o que, segundo ele, nem sempre é plenamente alcançado por videoconferência.

Além disso, admite que não se sente preparado para atuar via teleconsulta e que não recebeu qualquer formação sobre o tema durante a graduação. Chega a comparar a videoconferência, na época de sua formação, a algo futurista, como nos desenhos dos “Jetsons”. Essa lacuna formativa pode ter contribuído para sua resistência, especialmente por se tratar de um médico formado há mais tempo, que não teve contato com essas ferramentas ao longo de sua trajetória acadêmica. Por fim, reforça que não utiliza a teleconsulta em sua prática por considerar que sua especialidade, a oftalmologia, exige avaliação presencial com o uso de equipamentos específicos. Embora tenha realizado atendimentos remotos em caráter emergencial durante a pandemia, entende que essa não é uma alternativa viável em sua rotina clínica. Menciona ainda que também prefere o atendimento presencial para seus próprios cuidados de saúde, como em sessões de terapia.

Por outro lado, alguns entrevistados não expressam resistência individual à teleconsulta, mas apontam limitações operacionais ou contextuais que comprometem sua adoção plena. O E13, por exemplo, relata sua experiência em uma empresa privada que buscava digitalizar o atendimento e eliminar o uso de papel; adotava tecnologias como tablets e plataformas digitais. Segundo ele, o modelo priorizava o atendimento remoto e apostava em uma lógica de sustentabilidade, mas, com o tempo, o modelo revelou-se economicamente inviável. Como relata: “era tudo com tablet, tinha uma lógica de sustentabilidade, de não usar papel, mas depois viram que não era economicamente sadio, e voltaram a ter um equilíbrio entre os dois tipos de atendimento”. Nesse caso, a limitação não está na postura do profissional, mas sim

na capacidade institucional de sustentar financeiramente a modalidade. Isso reforça que, além da resistência médica, citada por muitos entrevistados, a consolidação da teleconsulta envolve desafios relacionados ao desenho organizacional, à viabilidade econômica e à adaptação dos modelos de negócio.

O E14, docente em curso de medicina, apresenta uma resistência mais sutil à modalidade da teleconsulta, fundamentada em valores tradicionais da prática médica e no papel do exame físico como elemento central da formação clínica. Em sua fala, afirma que “a tecnologia atual já é suficiente, mas não substitui o exame físico e o contato direto entre médico e paciente”, e pondera que a modalidade pode comprometer a criação de vínculos de confiança, especialmente no primeiro contato com o paciente. Destaca ainda que a presença física transmite maior credibilidade e favorece a adesão ao tratamento. Ainda que reconheça a utilidade da teleconsulta para acompanhamentos e retornos, não acredita que ela possa substituir totalmente o atendimento presencial.

Essa percepção se estende à formação dos alunos, na medida em que o maior desafio, segundo o entrevistado, reside na capacidade de compreender e integrar a teleconsulta à prática médica, diante das barreiras impostas pela ausência do contato físico, essencial à construção da relação médico-paciente. Como docente, observa que “o tema ainda é pouco difundido e está em fase inicial de abordagem na escola”, o que sugere uma lacuna formativa que pode contribuir para a reprodução da resistência nas novas gerações de profissionais. Apesar de reconhecer vantagens como maior acesso e maior agilidade no atendimento, sua fala revela uma resistência institucionalizada, sustentada por uma lógica profissional que ainda privilegia o presencial como marcador de legitimidade na prática médica.

O E15 adota uma postura cautelosa em relação à teleconsulta, sem manifestar resistência explícita à modalidade. Relata que ainda não a utiliza em sua prática, não por oposição, mas por não ter identificado necessidade até o momento. Ressalta que a teleconsulta pode ser eficaz em situações específicas, especialmente quando não há exigência de exame físico. Em sua avaliação, “a qualidade da teleconsulta pode ser equivalente à do atendimento presencial quando não há necessidade de exame físico”, mas reconhece que, nos casos em que esse exame é essencial, a modalidade remota se torna limitada. Além disso, relata um caso pessoal em que um colega urologista atendeu seu pai por teleconsulta e destacou que “esse tipo de consulta foi

viável por já existir um vínculo e confiança com o profissional”. Essas falas apontam para uma adesão condicionada, centrada na avaliação do caso clínico e no vínculo médico-paciente, e não para uma resistência propriamente dita.

Assim como o E14, o E16, também professor em curso de medicina, não apresenta objeções à prática da teleconsulta. Sua fala é marcada por um tom reflexivo e, apesar de admitir desconhecer o grau de inserção do tema na instituição onde leciona, não rejeita a modalidade, o que demonstra uma postura aberta, ainda que pouco engajada.

A E17 considera que a qualidade da teleconsulta é inferior à do atendimento presencial, sobretudo pela ausência do exame físico, que ela julga essencial à prática médica. Reconhece tratar-se de uma percepção pessoal, possivelmente alinhada a uma visão mais tradicional da medicina, mas reforça que o toque e a avaliação direta do paciente continuam sendo fundamentais, especialmente em sua área de atuação, a dermatologia.

A E18 apresenta uma resistência moderada à teleconsulta, pautada na valorização do exame físico e na preservação da dimensão humanizada do cuidado médico. Ainda que reconheça que a modalidade seja funcional em certos contextos, como saúde mental ou demandas de rotina, afirma que, na prática, o atendimento remoto compromete elementos que considera fundamentais à consulta médica. Destaca, por exemplo, que “o toque, o acolhimento emocional e até gestos simples, como oferecer um lenço, não são possíveis na consulta remota”, além de mencionar que a ausência de procedimentos como aferição de pressão ou exame físico pode comprometer a avaliação.

Para ela, a consulta presencial garante uma completude clínica e simbólica que ainda não é reproduzida de forma satisfatória nos atendimentos virtuais. Soma-se a isso uma barreira organizacional. Segundo relata, no SUS, o atendimento segue tradicional, pois “na unidade em que atuo não há espaço reservado na agenda para a realização de teleconsultas”. Sua fala, portanto, expressa uma resistência que mescla questões culturais, clínicas e institucionais; revela obstáculos tanto de ordem simbólica, quanto organizacional à consolidação da modalidade.

Um fenômeno emergente foi identificado pela E18, que observa transformações no modo como os médicos são reconhecidos no ambiente digital. Segundo ela, há

uma tendência de que profissionais que atuam via redes sociais tenham sua visibilidade e autoridade médica reforçadas conforme o engajamento gerado em plataformas como TikTok ou Instagram. Essa dinâmica, embora favoreça a disseminação de informações, também levanta preocupações sobre a qualidade técnica dos conteúdos e a superficialidade na avaliação profissional. A entrevistada afirma que essa lógica de visibilidade pode acabar beneficiando “quem tem mais curtidas”, independentemente da formação ou da experiência clínica. O fato altera os critérios tradicionais de reconhecimento médico.

As percepções de perda do exame físico, a baixa remuneração e as dificuldades tecnológicas mostram como resistências individuais e coletivas influenciam a adoção da teleconsulta. O Quadro 7 resume os fatores destacados e suas respectivas lógicas institucionais.

Quadro 7 - Lógicas institucionais associadas à resistência dos médicos

E nº	Problema relatado	Possíveis Razões	Lógica(s) associada(s)
E1	Problema de quem vai levar, de mobilidade.	Dificuldades de locomoção dos pacientes.	Comunidade
E2, E10	Menor familiaridade com os recursos tecnológicos: “os médicos mais velhos, mais antigos”.	Baixa familiaridade tecnológica entre médicos mais antigos.	Profissão
E2	Pacientes mais velhos gostam do presencial.	Preferência de idosos pelo atendimento presencial.	Comunidade
E3, E8, E12, E14, E15, E17, E18	Limites da prática em especialidades que exigem exame físico.	Necessidade do exame físico em certas especialidades.	Profissão
E4, E6, E8	Desvalorização da remuneração nas práticas a distância.	Remuneração menor na teleconsulta.	Mercado \ Profissão
E5	Pouca familiaridade com tecnologias digitais.	Baixo domínio tecnológico dos médicos.	Profissão
E5	Limitações importantes no atendimento remoto a crianças; destaca-se a observação do comportamento espontâneo.	Impossibilidade de observar comportamento espontâneo.	Profissão
E6	Descaracterização da prática médica.	Perda do contato direto compromete a prática médica.	Profissão
E6	Remuneração reduzida oferecida por operadoras.	Pagamento insuficiente aos médicos.	Mercado \ Profissão
E6	Paciente realizando a consulta “na 25 de Março comprando panela”, outro “de férias em Cancún no meio de uma lancha”.	Falta de comprometimento dos pacientes.	Profissão \ Comunidade
E6	Ferramenta para dar uma prescrição.	Redução da teleconsulta a pedidos de receita.	Profissão \ Comunidade
E7	Ausência do exame físico.	Falta do exame físico limita a prática médica.	Profissão

E8	Medicina de verdade.	Percepção de que a teleconsulta não equivale à medicina tradicional.	Profissão
E9	Desconhecimento dos benefícios da teleconsulta.	Falta de clareza sobre as vantagens para o médico.	Profissão
E9	Teleconsulta representa mais trabalho.	Aumento da carga de trabalho percebida.	Profissão
E9	Demandas resolvidas sem precisar sair de casa. Regiões remotas.	Ampliar acesso em áreas remotas.	Estado \ Comunidade
E9	Mesmo diante de condições adequadas, não incorporam a teleconsulta.	Baixa adesão mesmo com infraestrutura disponível.	Profissão
E12	Pacientes não veem a modalidade como primeira opção	Preferência dos pacientes pelo presencial.	Comunidade
E12, E14	Atendimento presencial transmite maior acolhimento.	Percepção de maior acolhimento no presencial.	Comunidade
E12	Equilíbrio entre o presencial e remoto.	Necessidade de equilibrar presencial e teleconsulta.	Profissão \ Comunidade
E15	Pode ser eficaz em situações específicas.	Utilidade restrita a casos específicos.	Profissão
E18	Atendimento remoto compromete elementos fundamentais.	Perda de aspectos básicos da consulta médica.	Profissão
E18	Na unidade, não há espaço reservado na agenda.	Ausência de agenda dedicada à teleconsulta no SUS.	Estado

Fonte: Dados tabulados pelo autor.

4.3 Condições de trabalho

As falas a seguir destacam como a teleconsulta afeta as condições de trabalho dos profissionais da saúde; ela altera dinâmicas de remuneração, tempo de atendimento, carga de trabalho e estrutura de suporte. Essa categoria reúne percepções diversas, que vão desde a valorização da flexibilidade até a crítica à precarização do serviço. Ela aponta razões que ajudam a explicar os desafios de consolidação dessa modalidade no país.

A E1 relata que a remuneração da teleconsulta é inferior à da consulta presencial. Ela costuma cobrar metade do valor, porque o tempo de atendimento é menor, mas isso gera insatisfação profissional. Aponta também que precisou fazer investimentos em infraestrutura, como computador, microfone, aumento da internet e suporte para câmera, gastos que não existiam no modelo presencial, fato que gera um desequilíbrio nas condições de trabalho. Além disso, destaca que a ausência do exame físico e do contato presencial compromete a qualidade da consulta e limita sua atuação clínica:

“Algumas patologias da medicina não têm como fazer por telemedicina, uma delas é a minha na geriatria pra rastreio cognitivo de demência, eu não consigo fazer rastreio cognitivo por telemedicina, é muito difícil, porque eu

preciso total atenção do paciente, eu preciso olhar no olho, eu preciso que ele desenhe, eu preciso que ele bata na mesa, são vários exercícios, são vários rastreios que a gente faz que não é possível por telemedicina.”.

Para ela, isso representa uma perda importante no processo de cuidado ao paciente, o que interfere diretamente nas condições de trabalho e no exercício pleno da prática médica.

O E2 relata que convênios pagam entre 50% e 70% do valor da consulta presencial, o que considera injusto, dado o tempo e o esforço envolvidos. Comenta que, no consultório físico, muitas vezes bastava caneta e carimbo, mas para atender por telemedicina, foi preciso investir em estrutura tecnológica - “computador bom, internet, câmera, microfone”. Também comenta que muitos pacientes desvalorizam o atendimento *online*, o que reflete na baixa percepção da importância do trabalho do médico nesse formato.

Embora não seja médico, o E3 destaca que os médicos, principalmente no SUS, não investem por conta própria em infraestrutura para teleconsulta: “ele não vai investir nada, ele vai usar o que está disponível pra ele na área pública”, mas isso depende das instituições. Comenta que, na área privada, as operadoras investem mais; porém, ainda assim, os médicos seguem a cultura da instituição e não têm incentivos diretos para melhorar as condições de trabalho.

O E4 relata que, apesar de não realizar teleconsulta direta, relata que, para oferecer laudos a distância depende de o paciente conseguir enviar os exames em formato DICOM⁴, o que raramente ocorre. Esse tipo de condição afeta o fluxo e a qualidade do trabalho do médico. Reclamou da ausência de padronização e da precariedade da estrutura fornecida pelos serviços, como falta de acesso remoto às imagens.

Conforme a E5, as condições de trabalho na modalidade *online* de agora são melhores do que as das clínicas onde já trabalhou, clínicas que exploravam profissionais recém-formados. Como autônoma, organiza melhor seus horários e finanças. No entanto, aponta que, para oferecer atendimento de qualidade, precisou de internet e de outros equipamentos adequados, o que representa um custo. Também

⁴ DICOM (acrônimo de *Digital Imaging and Communications in Medicine*). É um padrão internacional utilizado na radiologia (e em outras áreas da medicina diagnóstica) para armazenar, transmitir e compartilhar imagens médicas digitais com todas as informações associadas ao exame.

destaca que os atendimentos com idosos são limitados devido à falta de suporte técnico por parte do paciente, o que impacta seu trabalho e exige maior atenção.

O E6 ressalta a baixa remuneração como um dos principais obstáculos à consolidação da teleconsulta, especialmente no contexto dos planos de saúde. Ele aponta que, enquanto alguns convênios oferecem valores minimamente aceitáveis (R\$ 110,00 por consulta), outros pressionam por remunerações extremamente baixas (R\$ 30,00), valores que ele considera inaceitáveis. Por isto, expressa sua indignação: “R\$ 30,00 é praticamente de graça, você paga por um barbeiro R\$ 30,00; por uma consulta, é ridículo”. Essa prática, segundo ele, contribui para a oferta de consultas de baixo padrão, muitas vezes realizadas por profissionais recém-formados. Como consequência, médicos mais experientes preferem restringir o atendimento por telemedicina ao modelo particular, por meio do qual podem controlar melhor o valor cobrado, ainda que pratiquem preços reduzidos devido à curta duração dessas consultas.

Em complemento, o E6 relata que, diante da alta competitividade provocada pelo crescente número de médicos recém-formados, muitos profissionais em início de carreira acabam aceitando remunerações irrisórias para se inserirem no mercado: “os meus ex-alunos, eles trabalham nessa teleconsulta, porque não tem mais plantão, tá tanta gente que não tem mais como dar plantão, então eles estão tomando qualquer coisa”. Essa precarização é agravada pelo perfil de pacientes que priorizam agilidade no atendimento em detrimento da qualidade e da continuidade do cuidado.

Além das questões financeiras, o E6 e o E8 destacaram em suas entrevistas uma preocupação com o uso indevido da teleconsulta por parte de usuários mal-intencionados, evidenciado por tentativas de distorção da prática médica e por exploração de brechas que podem favorecer práticas fraudulentas no ambiente digital. O E6 relatou casos em que pacientes buscaram apenas a transcrição de exames prescritos por outros profissionais, como nutricionistas, o que ele recusou por contrariar princípios éticos e legais. Também mencionou situações em que, diante de quadros clínicos recorrentes, como infecções urinárias, alguns pacientes passaram a tratar o médico como um plantonista permanente. Exigiam prescrições e atendimentos imediatos, sem considerar os limites éticos, contratuais e de remuneração da prática médica.

O E8 destaca, especialmente no setor privado, a ausência de mecanismos de validação da identidade do paciente, como biometria ou reconhecimento facial, o que compromete a segurança do atendimento. O médico se conecta no horário marcado, mas não tem garantias de que está, de fato, atendendo o paciente correto, o que pode levar à prescrição indevida para terceiros interessados, por exemplo, apenas em obter um atestado médico. E esta situação que pode se agravar especialmente por meio de clínicas privadas. Em algumas delas, segundo ele, há situações que envolvem falsificação de sessões em tratamentos de TEA. Ele sugere que a teleconsulta poderia ser utilizada como ferramenta de regulação, o que permitiria, por exemplo, a auditoria de atendimentos com acompanhamento remoto de especialistas.

A precarização da remuneração médica não se limita à teleconsulta; atinge também os profissionais da telerradiologia. O E7 reconhece que, mesmo que a telerradiologia represente um avanço tecnológico importante, ela trouxe impactos negativos sobre os honorários médicos. A eliminação das barreiras geográficas possibilitou a contratação de profissionais em regiões com menor custo, o que levou à queda generalizada nos valores pagos pelos laudos. Antes, exames em locais remotos, como Manaus, exigiam a presença de médicos locais, com remuneração mais alta. Com a possibilidade de laudar remotamente, empresas e planos de saúde passaram a priorizar o menor custo. Contratam-se profissionais de outras regiões com honorários reduzidos. Isso gerou uma competição baseada em preço e não em qualidade.

Como contraponto, o E7 reconhece que a telerradiologia ampliou o mercado de trabalho; viabilizou o acesso a comunidades que, antes, não contavam com médicos ou laudos especializados. O aumento no volume de exames abriu novas oportunidades profissionais; compensou parcialmente as perdas individuais, especialmente devido à inclusão de regiões antes desassistidas.

Por fim, o E7 alerta para o risco da priorização do preço em detrimento da qualificação técnica. A modalidade criou oportunidades para médicos que se destacam, mas operadoras e planos de saúde frequentemente selecionam profissionais com base apenas no custo e não na competência. Como não é o paciente quem escolhe o médico, essa lógica de mercado pode comprometer a qualidade dos serviços, mesmo diante da ampliação do acesso.

O E8 destacou que os médicos da sua unidade possuem todos os recursos técnicos necessários para realizar a teleconsulta (computadores, câmeras, microfones). Portanto, na visão dele, as condições de trabalho não impactam negativamente a adoção da teleconsulta. No entanto, ele pontua que o maior entrave são as limitações inerentes à especialidade médica (como a necessidade de exame físico) e não propriamente a infraestrutura da unidade.

O E9 acredita que as condições de trabalho não impactam diretamente a viabilidade da teleconsulta. Segundo ele, a principal barreira está no desconhecimento sobre os benefícios e a operacionalização da teleconsulta. Uma vez compreendida e incorporada ao processo de trabalho, a teleconsulta é vista como uma ferramenta facilitadora; integra-se naturalmente à rotina profissional.

O E10, que atua principalmente em atendimentos particulares, relata que sua unidade está tecnologicamente bem equipada e oferece suporte técnico aos profissionais, até com treinamentos e capacitações sobre o uso da teleconsulta. Assim, as condições de trabalho são vistas como adequadas e não representam um obstáculo para a prática da teleconsulta. No entanto, ele reconhece que alguns médicos mais antigos têm dificuldades com a tecnologia, o que pode influenciar na adesão ao modelo remoto.

O E11 relata que, apesar de enfrentar limitações estruturais como a instabilidade da internet e a ausência de plataformas padronizadas, adaptou-se à prática da teleconsulta com recursos próprios, sem apoio institucional. Ainda assim, não considera a remuneração um obstáculo, pois adota o mesmo valor para consultas presenciais e remotas. Ele entende que está vendendo seu tempo, independentemente do formato do atendimento.

O E12 não realiza atendimentos por teleconsulta. Por isso afirma não ter conhecimento direto sobre a remuneração nesse formato. Relata, porém, que em algumas áreas, como a Psicologia, os valores costumam ser os mesmos tanto para atendimentos presenciais, quanto para os remotos. Compartilhando a mesma visão do E6, o E12, ao discutir a remuneração médica de forma mais ampla, expressa a percepção de que há uma crescente desvalorização do trabalho médico no mercado. Ela vem relacionada ao aumento significativo no número de profissionais formados, o que impactaria a aceitação de valores mais baixos. Essa visão reforça que,

independentemente do formato da consulta, o profissional continua demandando tempo, estudo e dedicação para oferecer um atendimento de qualidade.

O E13 descreve sua vivência com telerradiologia desde 2002 e relata que muitos médicos não estão preparados tecnicamente para utilizar os sistemas devido à carência de formação e ao acompanhamento prático. Enfatiza que as condições de trabalho variam conforme o porte da instituição. São comuns os investimentos inadequados em infraestrutura e em soluções tecnológicas. Aponta ainda a importância de interlocutores médicos no desenvolvimento de software para garantir que as ferramentas digitais sejam adequadas à realidade do atendimento clínico.

O E14 defende que a remuneração da teleconsulta deve ser equivalente à de uma consulta presencial, pois o tempo dedicado, o conhecimento aplicado e a qualidade do serviço prestado são os mesmos. Ele argumenta que a única diferença é a forma de entrega, remota em vez de presencial, e que isso não justifica uma remuneração inferior. Para ele, o valor do atendimento está ligado à formação e à experiência do médico, independentemente do meio utilizado.

O E15 afirma que, embora sua instituição ofereça infraestrutura, capacitação e equipamentos adequados, enfrenta grande resistência dos profissionais na adoção da teleconsulta. Muitos veem o recurso como “trabalho adicional” ou têm medo de exposição do conhecimento clínico. Além disso, destaca que há baixa adesão mesmo com suporte total, o que demonstra que as condições objetivas estão disponíveis, mas falta engajamento humano e cultural.

O E16 vê a remuneração da teleconsulta como um tema complexo, pois ela envolve a valoração de um serviço intangível: o conhecimento e a experiência do profissional. Ele defende que o valor da consulta, presencial ou remota, deve ser o mesmo, já que o que está sendo entregue é o saber acumulado do médico, não o local onde ele está. Ressalta que muitos profissionais da saúde não aprendem, durante a formação, a valorizar corretamente seu trabalho, algo que afeta médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros.

No mesmo sentido, o E17 afirma que cobra o mesmo valor por consultas presenciais e por teleconsulta, pois considera que o valor está relacionado ao seu tempo e conhecimento, não ao meio pelo qual o atendimento é realizado. Ela reforça que o esforço e a dedicação são os mesmos, independentemente da modalidade.

Também destaca que a teleconsulta exige investimento em tecnologia, como boa conexão, câmera de qualidade e ambiente adequado, custos que muitas vezes não são percebidos pelos pacientes. Além disso, aponta que a experiência do paciente também pode ser prejudicada quando ele não possui equipamentos adequados, o que impacta diretamente a qualidade do atendimento.

O E18 avalia que a remuneração da teleconsulta, no setor particular, é satisfatória, mas destaca que, no SUS, os valores permanecem defasados e sem perspectiva de melhora. Ela observa que muitos médicos cobram menos pela teleconsulta. O fato depende da estrutura utilizada ou do modelo de atendimento, como *coworkings*⁵, médicos que incentivam o formato *online*. O E18 se complementa; ressalta que a disposição do paciente para pagar varia muito com a percepção do valor e da experiência oferecida. Como a teleconsulta não permite contato direto com o espaço físico do consultório, o fato se torna algo que costuma influenciar na imagem de credibilidade. O paciente tende a buscar essas referências em redes sociais. Com isso, médicos mais ativos digitalmente, mesmo que menos experientes, muitas vezes são mais valorizados do que profissionais mais qualificados; porém, menos visíveis.

As condições materiais e institucionais, como remuneração, agendas, suporte e infraestrutura, moldam diretamente a aceitação da teleconsulta pelos médicos. Esses pontos estão organizados no Quadro 8 que sintetiza os fatores relatados e suas lógicas institucionais.

Quadro 8 - Lógicas institucionais associadas a condições de trabalho

E nº	Problema relatado	Possíveis Razões	Lógica(s) associada(s)
E1	Remuneração da teleconsulta é inferior à presencial.	Pagamento menor desmotiva médicos.	Mercado \ Profissão
E1, E8	Ausência do exame físico e do contato presencial.	Falta do exame físico reduz a qualidade percebida.	Profissão
E2	Precisou investir em estrutura tecnológica.	Custos de tecnologia arcados pelo médico.	Mercado \ Profissão
E2	Muitos pacientes desvalorizam o atendimento <i>online</i> .	Percepção de menor valor do atendimento remoto.	Profissão
E3	Os médicos seguem a cultura da instituição.	Adoção depende de incentivo do SUS.	Estado \ Profissão
E4	Ausência de padronização e de estrutura precária.	Falta de padrão e de infraestrutura nos serviços.	Estado
E5	Falta de suporte técnico da parte do paciente.	Ausência de apoio técnico ao paciente.	Comunidade

⁵ *Coworkings* médicos são ambientes compartilhados, profissionais e flexíveis, que permitem ao médico atender presencialmente sem os custos e as responsabilidades de manter um consultório próprio. O fato também favorece também a prática da telemedicina.

E6	Consultas de baixo padrão (médicos recém-formados).	Percepção de inexperiência clínica.	Profissão \ Comunidade
E6, E7, E12	Alta competitividade entre médicos recém-formados.	Alta competitividade entre médicos recém-formados.	Profissão \ Mercado
E6, E8	Exploração de brechas que favorecem fraudes.	Riscos de fraude no ambiente digital.	Profissão \ Estado \ Mercado
E7	Eliminação das barreiras geográficas possibilitou a contratação de profissionais em regiões com menor custo.	Redução de custos priorizada em detrimento da qualidade.	Mercado \ Profissão
E9, E15	Desconhecimento sobre os benefícios e a operacionalização.	Falta de clareza sobre benefícios e funcionamento.	Profissão
E10	Unidade equipada, mas médicos antigos têm dificuldades.	Médicos mais antigos com baixa habilidade digital	Profissão
E11	Adesão sem apoio institucional.	Uso de recursos próprios, sem suporte das instituições.	Profissão \ Estado
E12, E14, E16, E17	Ser médico demanda tempo, estudo e dedicação.	Atendimento remoto ainda exige esforço equivalente.	Profissão \ Mercado
E13	Falta de interlocução médica no desenvolvimento de software.	Softwares sem participação dos médicos.	Profissão \ Corporação
E17	Teleconsulta exige investimento em tecnologia.	Necessidade de investimentos contínuos em tecnologia.	Profissão \ Mercado
E18	SUS: valores defasados, sem perspectivas de melhoria.	Remuneração defasada no SUS desestimula adesão.	Mercado \ Estado \ Profissão

Fonte: Dados tabulados pelo autor.

4.4 Falta de capacitação por parte das instituições de ensino

Os trechos selecionados nesta seção apontam a ausência ou a insuficiência de conteúdos sobre saúde digital e telemedicina nos cursos de formação em saúde. Os entrevistados relatam a falta de preparo técnico e pedagógico para lidar com tecnologias que mediam a prática clínica; apresentam razões que ajudam a compreender os obstáculos à consolidação da teleconsulta no Brasil.

Os entrevistados E1, E2 e E4 afirmam que não receberam formação sobre teleconsulta durante a faculdade. Os três mencionaram que a prática foi incorporada apenas na pandemia e que o ensino médico tradicional estava voltado para o atendimento presencial, com pouco ou nenhum preparo para o uso de tecnologias nesse contexto.

A E5, formada há cerca de três anos, não recebeu formação estruturada sobre teleconsulta durante a faculdade. Ela relata que, devido à pandemia, o final do curso foi todo realizado de forma remota, incluindo os estágios, o que a fez iniciar os atendimentos *online* ainda como estudante. Contudo, enfatiza que esse processo

ocorreu sem preparação adequada: “Nós não fomos preparados, não teve tempo de se preparar, a gente só foi indo, as coisas foram acontecendo e a gente foi fazendo”.

Segundo o E6, embora não exista uma disciplina exclusiva de Telemedicina, o tema é abordado de forma integrada no currículo do curso de Medicina da instituição em que leciona. Isto ocorre especialmente nas disciplinas de Habilidades de Comunicação e Ética Médica, por meio de simulações e discussões sobre aspectos éticos e comunicacionais da prática. Complementa que não existe resistência por parte dos professores:

“A verdade é porque eles precisam de mais prática, hoje a maior parte do ensino, o aluno tem muito pouco a parte prática e ele discute coisas teóricas, então é a falta de vivência mesmo. Não existe resistência nem do currículo, nem dos professores em discutir isso”.

O E6 ainda observa que, mesmo que as instituições de ensino geralmente disponham de tecnologia suficiente para capacitar os alunos por meio de simulações, elas não possuem serviços próprios de saúde. Dessa forma, não realizam teleconsultas reais, uma vez que os estágios práticos ocorrem em instituições conveniadas. Segundo ele, “O que ela tem, ela tem tecnologia para simulação de telemedicina sim. Mas é só nos ambientes de simulação, nos ambientes práticos de verdade, ela tem convênio com serviço público, serviço público hoje não tem”.

Em negação do fato, o E16 observa que há sim resistência entre alguns docentes em abordar temas relacionados à teleconsulta. Essa resistência está associada, em muitos casos, à dificuldade com o uso da tecnologia. Um professor, por exemplo, afirmou: “Eu não gosto porque eu não sei mexer no computador”. Para o E16, alguns professores preferem o contato presencial, enquanto outros enfrentam limitações técnicas que dificultam a adaptação ao digital. Ele ressalta que nem sempre essa resistência é claramente verbalizada; ela pode ser disfarçada por justificativas diversas ou mesmo não reconhecidas conscientemente pelos próprios docentes.

O E8 relata que, durante sua formação médica nos anos 1980, não houve qualquer preparo relacionado a tecnologias, como a teleconsulta. Contudo, ele acredita que as gerações mais jovens, por já estarem familiarizadas com o uso cotidiano de recursos, como *Teams*, *Zoom*, *FaceTime* e *WhatsApp*, não necessitam de uma preparação formal específica para os utilizar. Entretanto, afirma que independentemente de ser presencial ou por teleconsulta, o médico mantém as

responsabilidades éticas e legais sobre o atendimento prestado. Como dificuldade para médicos que não tiveram esta formação, aponta a ausência de uma plataforma adequada para o registro e o armazenamento das informações das teleconsultas. Ele menciona que seu próprio *laptop* não tem capacidade para guardar vários atendimentos. O entrevistado levanta preocupações sobre a documentação, validade legal e segurança dos dados, elementos que considera essenciais para a responsabilidade do ato médico.

Em relação às capacitações das instituições a médicos para o uso da teleconsulta, o E9 afirma que, em hospitais privados de grande porte, há políticas internas de capacitação sobre teleconsulta, o que inclui temas como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e boas práticas em telessaúde, alinhadas aos critérios da acreditação da JCI (*Joint Commission International*), que já contempla a saúde digital em seu processo avaliativo.

O E11, apesar de haver concluído sua formação médica após o início das discussões sobre teleconsulta, afirma que, na época, esse tipo de atendimento ainda não era uma realidade concreta. Sequer se cogitava realizar consultas de forma remota. Ele relata que toda a sua preparação para atuar na teleconsulta ocorreu na prática, no cotidiano dos atendimentos, com adaptação progressiva às demandas desse novo formato.

O E14 acredita que a tecnologia para teleconsulta já está bastante avançada, mas identifica como principais desafios o acesso da população a esses recursos e a dificuldade de manuseio tecnológico. Ele destaca que as novas gerações de médicos, por terem crescido com a tecnologia, tendem a enfrentar menos dificuldades nesse aspecto. Para contraste, relata que, durante sua formação, concluída em 2016, não houve preparo específico para a teleconsulta e os recursos tecnológicos ainda eram limitados. O E14 complementa que, na sua experiência, a formação médica ainda é pouco voltada para o mercado de trabalho e carece de conteúdos práticos, como noções básicas de economia e gestão profissional.

Ele ainda reconhece que a teleconsulta não é abordada diretamente em sua disciplina e que não sabe ao certo como está sendo tratada na instituição. Ressalta, porém, que a faculdade onde atua tem avançado em outros aspectos; oferece conteúdos, como ética, direito médico e empreendedorismo. A ausência de uma

disciplina específica sobre teleconsulta é percebida como uma lacuna na formação, semelhante a outras deficiências práticas vividas por médicos recém-formados.

O E15 afirma que se sente preparado para utilizar a teleconsulta, especialmente por sua experiência como médico e professor, o que o ajuda na comunicação com os pacientes. No entanto, destaca que não recebeu nenhum tipo de formação específica sobre teleconsulta durante sua graduação; reforça que essa preparação foi adquirida na prática e não no ensino formal.

O E15 e o E16 afirmam que as instituições onde atuam possuem infraestrutura tecnológica adequada para atividades relacionadas à teleconsulta, o que inclui ambientes preparados para simular juntas médicas e segunda opinião profissional. No entanto, apesar da estrutura disponível, essas tecnologias ainda não são aplicadas na prática clínica com os alunos.

O E16 destaca que os principais desafios enfrentados pelos alunos na compreensão e na aplicação da teleconsulta estão relacionados à perda de informações não verbais que são cruciais na prática médica. Ele ilustra sua percepção ao afirmar que,

“No apertar da mão, eu consigo ver qual é a força de apreensão que você está tendo, eu consigo ver como que estão em volta da sua unha para ver se você tem sinais de ansiedade. São coisas que você não precisa dizer. E o bom médico, observando isso, consegue ver que tem vários sinais de descuido do paciente e aí eu posso investigar melhor isso aqui, conversando com ele. E o aluno em formação muitas vezes não tem esse cuidado.”.

Na visão do E16, alunos em formação tendem a não valorizar esses detalhes e podem enxergar a teleconsulta apenas como uma forma mais rápida e produtiva de atender, o que considera um equívoco.

A E17 afirma que se sente preparada para atender via teleconsulta, mas reconhece que não recebeu nenhuma formação específica durante o curso de medicina. Apesar de ter cursado disciplinas de informática, elas não abordaram a prática da telemedicina. Seu primeiro contato com a teleconsulta ocorreu durante a pandemia, por meio de uma iniciativa de uma empresa europeia que passava a atender na região, o que E17 considerou uma resposta eficaz àquele contexto.

A E18 relata que teve contato com a teleconsulta durante a faculdade em razão da pandemia, período em que todo o seu internato foi adaptado para o formato remoto. Todavia, ainda que tenha havido aulas sobre o tema e acesso a algumas ferramentas em teste, reconhece que esse conteúdo não fazia parte originalmente da grade curricular. Ele foi incorporado pela necessidade do momento. A entrevistada destaca que não chegou a realizar atendimentos diretos por teleconsulta na graduação, mas acredita que a experiência foi válida para introduzir o conceito.

A ausência de disciplinas específicas, a pouca prática tecnológica e as diferenças entre setor público e privado revelam lacunas formativas na preparação para a teleconsulta. Essas questões são sintetizadas no Quadro 9 que organiza os principais fatores e lógicas institucionais associados.

Quadro 9 - Lógicas institucionais associadas à falta de capacitação nas IES

E nº	Problema relatado	Possíveis Razões	Lógica(s) associada(s)
E1, E2, E4, E5, E11, E14, E15, E17	Não receberam formação sobre teleconsulta durante a faculdade.	Ausência de conteúdo sobre teleconsulta na graduação.	Profissão \ Estado
E6	Precisam de mais prática.	Falta de prática na formação acadêmica.	Profissão \ Estado
E6, E18	IES não possuem serviços próprios de saúde, dependem do público, e o público não tem recurso.	Ausência de serviços próprios nas IES e limitações do SUS.	Estado \ Profissão
E16	“Não sei mexer no computador”	Falta de capacitação tecnológica dos docentes.	Profissão \ Estado
E8, E12	Formação médica nos anos 1980, sem preparo tecnológico.	Médicos mais antigos sem preparo em tecnologia.	Profissão \ Estado
E9	Hospitais privados oferecem capacitações internas.	Capacitações presentes em hospitais privados, mas não no público.	Estado \ Profissão \ Mercado
E11	Preparação ocorreu apenas na prática.	Capacitação apenas prática, sem suporte institucional.	Profissão \ Estado
E14, E15, E17, E18	Novas gerações enfrentam menos dificuldades.	Médicos jovens mais familiarizados com tecnologia.	Profissão \ Estado
E15	Teleconsulta não é abordada em disciplinas	Ausência de abordagem curricular sobre teleconsulta.	Profissão \ Estado
E15, E16	Tecnologias ainda não são aplicadas na prática clínica com os alunos.	Falta de uso prático da teleconsulta na formação médica.	Profissão \ Estado
E16	Perda de informações não verbais.	Sinais clínicos sutis não são observados no atendimento remoto.	Profissão

Fonte: Dados tabulados pelo autor.

5 Discussão

A análise dos dados desta pesquisa parte da articulação entre três fontes complementares: os relatos dos profissionais de saúde entrevistados, os documentos oficiais do SUS Digital e os referenciais teóricos mobilizados ao longo da monografia. Essa triangulação orienta a leitura dos obstáculos à consolidação da teleconsulta no Brasil. Sugere que os mesmos obstáculos vão além de questões técnicas ou operacionais e envolvem conflitos institucionais, disputas simbólicas e resistências ancoradas em lógicas distintas de organização do cuidado.

As falas dos entrevistados revelam tensões ao expressar ora resistências explícitas, ora acomodações estratégicas à prática da teleconsulta. Tais achados dialogam com os dados do SUS Digital, apresentados no Quadro 1 da Introdução, que sistematiza os principais entraves enfrentados pelos municípios brasileiros em sua jornada de digitalização. A situação reúne um conjunto diverso de barreiras técnicas, organizacionais e institucionais, associadas à literatura especializada.

Essa leitura integrada evidencia que a resistência à teleconsulta não deve ser tratada como simples inércia ou ausência de capacitação. Tratemo-la como reflexo da atuação de múltiplas lógicas: as institucionais, as profissionais, as estatais, as comunitárias, as mercantis e as corporativas, em convergência ou em colisão conforme o contexto. As próximas seções detalham essa análise. Elas organizam os achados empíricos segundo os grupos de atores (5.1), as lógicas institucionais predominantes (5.2) e, por fim, uma síntese que reúne atores, lógicas e fundamentos teóricos (5.3).

5.1 Lógicas Institucionais identificadas nas falas dos entrevistados

A análise das entrevistas revelou que a interação entre diferentes lógicas institucionais reflete tensões e articulações que moldam a percepção dos profissionais sobre a prática da teleconsulta. As lógicas identificadas com mais evidência foram: Estado, Profissão, Mercado, Corporação e Comunidade, conforme modelo de Thornton & Ocasio (2008) e Friedland & Alford (1991).

5.1.1 *Lógica do Estado*

A lógica do Estado esteve presente em discursos que abordaram a ausência ou a precariedade de infraestrutura pública para viabilizar a teleconsulta, bem como a

ausência de uma regulação clara e aplicável na prática, cenário já apontado no diagnóstico do SUS Digital (Brasil, 2024d). Essa lógica opera por meio de normas legais, diretrizes técnicas e hierarquias burocráticas; a responsabilização do poder público é uma demanda recorrente nas falas dos entrevistados.

O E9 criticou a “falta de clareza nas regulamentações vigentes”, o que, segundo ele, gera insegurança jurídica e favorece o uso inadequado de ferramentas como o *WhatsApp* para fins médicos, fato que impacta o sigilo dos dados. Outro exemplo é a fala do E4, que aponta a ausência de uma plataforma pública padronizada para telerradiologia como um entrave à consolidação da prática, mesmo em áreas com potencial técnico.

Outros entrevistados reforçam essa percepção. O E1 destacou a dificuldade dos pacientes idosos em lidar com os recursos tecnológicos oferecidos pelo sistema público. Ele revela uma lacuna na política de inclusão digital. O E6 foi enfático ao afirmar que, “mais do que tecnologia, o que falta é regulamentação”. Ele apontou não apenas a carência de diretrizes operacionais claras para a aplicação da teleconsulta. Apontou também a possibilidade de que conflitos políticos e interesses de mercado influenciem a definição de como essa prática deva funcionar. Já o E5 e o E7 relataram experiências em contextos de baixa renda ou de vulnerabilidade tecnológica. Neles, o acesso à internet, a câmeras adequadas ou a celulares compatíveis compromete a efetividade da consulta, sobretudo no âmbito do SUS.

Essas falas convergem com o levantamento do SUS Digital, apresentado no Quadro 1, que identificou a carência de políticas públicas específicas, de financiamento estruturado e de ferramentas oficiais como entraves críticos à digitalização da saúde no Brasil. A lógica do Estado, portanto, aparece como estruturante das condições (ou limitações) materiais que impactam a consolidação da teleconsulta, especialmente no setor público.

5.1.2 *Lógica da Profissão*

A lógica da Profissão destacou-se nas falas que defenderam a autonomia médica, o saber técnico e o valor do exame físico como elementos centrais da identidade do trabalho médico. Essa lógica, orientada por normas internas da categoria e por um compromisso ético com a qualidade do cuidado, sustenta resistências à teleconsulta como forma válida de atendimento.

Os entrevistados E6 e E14 relataram resistência significativa por parte de colegas, mesmo em contextos com infraestrutura e de capacitação disponíveis. Sustentaram que “o cuidado médico exige presença”, especialmente pela importância do exame físico no diagnóstico. Para muitos profissionais, a mediação tecnológica compromete a precisão clínica e esvazia o sentido tradicional do vínculo terapêutico.

O entrevistado E16 reforça esse ponto ao afirmar que a prática remota pode alterar a “forma como o trabalho médico é concebido”, o que sinalizaria um processo de transformação da identidade médica que ainda gera desconforto. Já o E5 aponta limitações éticas e técnicas no atendimento de populações específicas, como crianças e adolescentes, para quem a consulta presencial ainda é considerada indispensável.

A preocupação com o risco de descaracterização do ato médico também aparece na fala do E6, quando ele afirma que “o paciente quer o atestado, não a consulta”, o que sugere uma banalização da atividade médica mediada por tecnologias. Esse tensionamento é amplificado pelo E4, que destaca a ausência de padronização na radiologia. Ele afirma que o distanciamento do profissional da cena clínica compromete a qualidade do exame: “se o radiologista está distante... o exame pode ser visto por alguém que não está habilitado a interpretar”.

A fala do E1, na sua vez, revela que, mesmo quando a adesão é positiva por parte do profissional, há um esforço em preservar a lógica técnica e o controle sobre a condução da consulta, o que revela a tentativa de compatibilizar a prática inovadora com os valores tradicionais da profissão.

Esses depoimentos convergem com os estudos de Saigí-Rubió *et al.* (2021) e Silva (2021). Eles identificam a lógica profissional como uma das maiores fontes de resistência à adoção de práticas digitais na saúde, especialmente por seu potencial de alterar a centralidade do poder médico e modificar os modos tradicionais de prestar cuidado.

5.1.3 *Lógica do Mercado*

A lógica do Mercado apareceu com ênfase nos discursos que abordaram remuneração, custo-benefício, competitividade e sustentabilidade financeira da teleconsulta. Essa lógica institucional considera o atendimento uma relação mediada por valor monetário, produtividade e atratividade de mercado.

O entrevistado E11 afirmou que, no setor privado, “a remuneração da teleconsulta ainda é inferior”, o que compromete sua viabilidade. Esse desestímulo financeiro torna-se mais evidente quando comparado a contextos em que a consulta remota é valorizada. O E10, por exemplo, relata que, em clínicas estruturadas, o valor da teleconsulta é equiparado ao da consulta presencial, o que mostra que a lógica mercantil não opera de forma uniforme, que é influenciada pela percepção de valor agregada ao serviço.

A E1 e o E5 destacaram que a telemedicina pode ser “mais barata”, porque elimina gastos com espaço físico e estrutura, o que favorece a sua adoção entre médicos autônomos ou recém-formados. Entretanto, esse mesmo aspecto pode gerar uma desvalorização simbólica do atendimento, especialmente quando pacientes percebem o ambiente virtual como menos legítimo que o consultório tradicional.

O E13 enfatizou o aumento da produtividade como um dos ganhos da teleconsulta. Ele entende a modalidade como uma ferramenta que “otimiza tempo e recursos”, o que se alinha diretamente com uma racionalidade de eficiência e desempenho. No entanto, esse ganho é frequentemente tensionado por modelos de remuneração que não reconhecem o esforço necessário para oferecer um atendimento remoto de qualidade, como ressaltaram outros entrevistados.

Além disso, a lógica de Mercado se manifesta na dificuldade de implementação da teleconsulta em regiões onde o retorno financeiro é menor, como zonas rurais ou municípios de pequeno porte, o que perpetua desigualdades estruturais de acesso. Essa constatação dialoga com os achados de Luz (2019) e Silva *et al.* (2022), que apontam a mercantilização da saúde como um fator de reforço das assimetrias entre centro e periferia, público e privado.

Portanto, a lógica do Mercado, embora possa impulsionar a expansão da teleconsulta por meio de sua viabilidade econômica e flexibilidade, também introduz barreiras relacionadas à valorização do serviço e à equidade na distribuição dos recursos.

5.1.4 Lógica da Corporação

A lógica da Corporação se manifesta nas falas que tratam da organização do trabalho a partir de metas, de desempenho, de padronização de processos e de

governança interna. Essa lógica institucional está associada à busca por eficiência, por otimização de recursos e por controle sobre a prestação dos serviços.

O E7 relatou que a consulta remota tem sido usada por gestores como um “mecanismo de triagem rápida”, o que gera sobrecarga de trabalho e limita o tempo de escuta qualificada. Esse relato evidencia o tensionamento entre a busca por produtividade e a manutenção da qualidade assistencial.

Já o E11 ressaltou a importância de infraestrutura técnica mínima para garantir a efetividade da prática: “melhorar o áudio, vídeo, ser mais estável...”. Ele menciona que a instabilidade da conexão pode comprometer a entrega dos serviços mesmo em contextos corporativos organizados. Isso revela que a lógica da eficiência nem sempre é acompanhada de investimentos adequados.

O E5 trouxe à tona a discussão sobre a fragmentação tecnológica entre plataformas corporativas; sugere que o desenvolvimento de soluções específicas para determinados grupos de médicos ou instituições gera inconsistências e falta de interoperabilidade. A padronização dos processos digitais, nesse caso, é vista como uma exigência da lógica corporativa, mas sua aplicação ainda é parcial e assimétrica.

O E13 observou que, mesmo em clínicas privadas com sistemas estruturados, “ainda existem falhas de fluxo e interface”; aponta a distância entre o ideal de controle institucional e as práticas reais. Já o E16 destacou a necessidade de repensar o *design* das plataformas com foco no usuário e na conectividade; sugere que o desenho corporativo muitas vezes negligencia a experiência dos profissionais na ponta.

A lógica da Corporação, portanto, aparece tanto nas tentativas de disciplinar o uso da teleconsulta por meio de sistemas e métricas de desempenho, quanto nas contradições entre esse modelo de gestão e as realidades cotidianas dos profissionais. Como apontam Reay e Hinings (2009), as organizações de saúde têm buscado incorporar práticas gerenciais e tecnológicas, mas enfrentam dificuldades em alinhar essas inovações com os valores profissionais e com a entrega efetiva do cuidado.

5.1.5 *Lógica da Comunidade*

A lógica da Comunidade se expressa nas falas que abordam o compromisso com o cuidado coletivo, com a solidariedade territorial e com a busca por equidade no acesso à saúde. Essa lógica está ancorada na valorização das relações interpessoais, da empatia e da inserção contextual do cuidado. Ela representa uma dimensão essencial, que é frequentemente negligenciada nas análises técnicas da saúde digital.

O E7 demonstra de forma clara essa lógica ao relatar que, antes da telerradiologia, era necessário enviar exames de barco até a capital, o que levava cerca de um mês para o paciente obter um laudo. Com a digitalização, “a gente lauda a distância e em dois dias o paciente tem o laudo em mãos”, o que evidencia o impacto direto da tecnologia na redução das desigualdades territoriais de acesso e no fortalecimento do cuidado em comunidades remotas da Amazônia, elementos centrais da lógica da Comunidade.

De forma complementar, o E3 menciona a adoção de carretas e barcos adaptados para oferecer atendimentos médicos em territórios de difícil acesso, e isto mostra um esforço institucional para aproximar o cuidado das comunidades mais isoladas. Já o E10 relata o atendimento de pacientes que residem fora do país, como no Canadá e na Europa, o que reforça a superação de fronteiras físicas e a manutenção do vínculo terapêutico a distância.

A E1 reforça a dimensão subjetiva da prática; destaca a importância da escuta e da empatia como elementos que se mantêm, ou até se intensificam, na modalidade remota: “é uma quebra de paradigma... o papo, a empatia continuam”. Essa percepção demonstra que, mesmo mediada pela tecnologia, a consulta pode preservar o senso de acolhimento que fundamenta o cuidado em saúde.

O E3 também chama atenção para a necessidade de incluir familiares ou acompanhantes durante o atendimento remoto, especialmente em populações vulneráveis, como idosos e pessoas com deficiência. A inclusão desses agentes revela a importância de um cuidado compartilhado, no qual o ambiente familiar e o comunitário têm papel ativo. Essa dinâmica amplia o alcance da lógica da Comunidade, ao envolver redes locais de apoio, ao promover a solidariedade no cuidado. Amplia-o ainda ao incorporar elementos da lógica da Família, ao reconhecer

o vínculo afetivo e a presença dos familiares como parte essencial do processo de atenção à saúde.

Essas narrativas dialogam com o princípio constitucional da universalidade do SUS e com a proposta de saúde como um direito de todos e dever do Estado. O mesmo princípio, porém, é construção coletiva, moldada pelas necessidades locais e pela participação ativa da comunidade.

5.1.6 Discussão a respeito do modelo de lógicas

A análise das entrevistas mostrou que as ações dos atores não podem ser compreendidas a partir de uma única lógica dominante (Friedland & Alford, 1991). Ao contrário. As falas evidenciam que diferentes lógicas se fazem presentes de forma alternada: ora uma se sobrepõe, ora outra entra em cena, o que orienta a conduta dos profissionais e das instituições. Entre os modelos identificados, a coexistência destacou-se como o mais recorrente nas falas, e isto sugere que ela é o referencial mais adequado para compreender o campo da teleconsulta. Nele, cada lógica mantém sua força, mas atua em paralelo às demais; disputa espaço para orientar práticas e decisões (Goodrick & Reay, 2011).

Exemplos concretos reforçam essa perspectiva. Quando um entrevistado afirma que “idosos não sabem utilizar o celular, com aparelhos incompatíveis e acesso à internet de má qualidade” (E1, E7, E12, E15, E16, E18), fica evidente a presença simultânea da lógica do Estado (pela ausência de políticas de inclusão digital) e da lógica da Comunidade (pelas limitações dos próprios pacientes). Já em outra fala, em que o médico destaca que “a remuneração da teleconsulta é inferior à da consulta presencial” (E1), vemos a lógica de Mercado a interferir na lógica Profissional. Deste modo, o fato revela como ambas coexistem e se tensionam na definição do valor da prática médica.

Dessa forma, embora também seja possível identificar momentos de dominação e, em menor medida, de hibridismo, o padrão que prevalece se aproxima do modelo de coexistência. Tal modelo ajuda a explicar por que a teleconsulta avança de forma fragmentada: porque não há uma fusão estável entre as lógicas. Há sim um arranjo no qual cada uma delas atua alternadamente, em consonância ou em disputa, ação que orienta os atores no campo da saúde digital.

5.2 Cruzamento entre Lógicas Institucionais e achados do SUS Digital

A análise das entrevistas e dos dados do programa SUS Digital permite identificar como as diferentes lógicas institucionais moldam os obstáculos à consolidação da teleconsulta no Brasil. As falas dos entrevistados revelam não apenas a presença dessas lógicas, mas também sua interação com os problemas estruturais, técnicos e simbólicos apontados nos relatórios oficiais. A seguir, são apresentados os principais cruzamentos entre as lógicas institucionais e os obstáculos descritos no Quadro 1 do SUS Digital.

5.2.1 *Lógica do Estado e os desafios regulatórios e de governança*

A lógica do Estado aparece nas falas que demandam a presença do poder público na organização do sistema de saúde digital. Obstáculos como a ausência de plataformas unificadas, interoperabilidade entre sistemas, instabilidade das conexões e carência de diretrizes claras são recorrentes tanto no SUS Digital, quanto nos relatos dos entrevistados (E4, E7, E9, E13 e E18).

Esses depoimentos refletem a expectativa de que o Estado cumpra seu papel regulador e provedor, de que ele garanta equidade e segurança na prestação dos serviços. Para o E9, “pensando numa plataforma de acesso digital para teleatendimento a gente ainda não tem isso”. O E18 complementa essa percepção ao afirmar que, “até poderia ter essa plataforma, só que entraria aquele problema de sistema mesmo, de conexão, de servidor que cai”.

5.2.2 *Lógica da Profissão e a falta de formação técnica e de adequação às práticas*

A lógica da Profissão orienta as práticas dos médicos a partir da valorização do saber técnico, da autonomia e do exame físico como núcleo do cuidado. Os achados do SUS Digital que tratam da resistência dos profissionais à prática digital, da ausência de formação específica e da inadequação dos currículos das Instituições de Ensino Superior dialogam com essas evidências. Entrevistados (E2, E5, E6, E8, E14 e E16) expressam desconforto com a substituição do contato presencial pela mediação tecnológica, o que é visto como um enfraquecimento da identidade médica tradicional.

O E5 relata: “A gente não foi preparado para isso, fomos jogados na pandemia e tivemos que aprender na prática.” O E6 afirma que a recusa de colegas à teleconsulta não se deve à falta de estrutura, mas à percepção de que “consulta de

verdade exige presença.” O E8 reforça essa visão ao declarar que “medicina de verdade é a presencial.” O E14 indica que o “exame físico e o toque são insubstituíveis”, o que dificulta a aceitação de formatos remotos. O E16 reforça o fato, ao ainda alertar para o risco de se descaracterizar a “identidade do fazer médico”. Essas falas demonstram que parte dos entraves estruturais apontados pelo SUS não é apenas técnico. Seria também simbólico e normativo, ligado à proteção da identidade médica tradicional.

5.2.3 Lógica do Mercado e os modelos de remuneração e valorização econômica

A lógica do Mercado se evidencia na forma como a viabilidade da teleconsulta é mediada por fatores econômicos, como remuneração, retorno financeiro e atratividade regional. Os achados do SUS Digital apontam o baixo financiamento da saúde digital, a ausência de modelos sustentáveis de remuneração e a desvalorização da consulta remota, especialmente em contextos periféricos. Essas questões são reforçadas em entrevistas com E1, E6, E7, E10, E11, E14 e E18 que relatam desigualdades nas formas de pagamento e uma percepção de que a teleconsulta vale menos do que a consulta presencial. O E11 observa que “a consulta por vídeo é mais barata, o convênio paga menos, então o médico acaba não querendo fazer”. O E6 relata que médicos recém-formados, diante da escassez de oportunidades, acabam aceitando atendimentos por R\$ 30,00 em plataformas privadas, o que considera “ridículo”. Já o E10 destaca que clínicas bem estruturadas tendem a remunerar melhor; revela que o valor da teleconsulta é definido pelo contexto mercadológico e pela percepção de valor agregado à prática.

Em contraste, o E1 afirma que cobra um valor mais baixo pela teleconsulta e concorda com essa diferença, pois considera que o atendimento remoto demanda menos tempo e esforço. O E18 adiciona fator de importância, para ele, a essa lógica, ao observar que, em alguns casos, a valorização do profissional em plataformas de teleconsulta está menos associada à sua experiência técnica e mais à sua visibilidade nas redes sociais: “Às vezes, nem é tão bom, mas pelo fato dele estar viralizado, as pessoas, elas estão dispostas a pagar, independente se é teleconsulta ou se é online, principalmente a teleconsulta”. O E7 também destaca que a quebra das barreiras geográficas permite que hospitais contratem profissionais de regiões onde a mão de obra é mais barata, o que pode comprometer o equilíbrio regional da oferta de trabalho

médico. Esses depoimentos reforçam que, sob a lógica de mercado, a teleconsulta é tratada como um produto sujeito à lógica da oferta e da demanda. Ela está rejeitada ou desvalorizada quando não oferece maior retorno financeiro, o que aprofunda desigualdades regionais e compromete sua consolidação como política pública.

5.2.4 Lógica da Corporação e a produtividade como métrica de qualidade

A lógica da Corporação se manifesta na forma como a teleconsulta tem sido organizada com base em métricas de produtividade, de eficiência operacional e de cumprimento de metas institucionais. Essa lógica aparece de forma explícita nas diretrizes do SUS Digital, que alertam para o risco de que plataformas e sistemas digitais estejam mais orientados à racionalização dos fluxos do que à qualidade do cuidado. Entre os entrevistados, E5, E7, E12, E13 e E18 relatam experiências que exemplificam essa lógica.

O E7 observa que “querem transformar tudo em triagem, um atendimento rápido. Mas isso não é cuidar”; aponta o uso da teleconsulta como um mecanismo de agilização, com foco em volume e não em vínculo. O E5 destaca que algumas instituições impõem ferramentas padronizadas sem considerar a opinião dos profissionais que as utilizam, o que fragiliza a autonomia clínica. O E13 complementa os fatos, ao relatar entraves operacionais relacionados à ausência de campos para assinatura digital nos sistemas utilizados, o que obriga o uso de soluções paralelas e gera retrabalho. Já o E18 aponta que, em muitos serviços do SUS, “acaba não tendo um espaço na agenda dos profissionais para atendimentos via teleconsulta”, e isto indica que a teleconsulta, mesmo prevista, é deixada de lado na organização das agendas e na alocação dos profissionais. Essas falas evidenciam uma tensão entre metas gerenciais e qualidade assistencial. Revelam que, sob a lógica da Corporação, o sucesso da teleconsulta passa a ser medido pela sua capacidade de atender em larga escala, mesmo que isso comprometa a qualidade do atendimento e o tempo de escuta ao paciente.

5.2.5 Lógica da Comunidade e o acesso como direito territorial

A lógica da Comunidade se manifesta nas falas que reconhecem o cuidado como um direito vinculado ao território, à inclusão social e à solidariedade. O SUS Digital destaca a importância de garantir equidade territorial no acesso à saúde digital. Ele reconhece que regiões remotas carecem de conectividade e infraestrutura básica.

Apesar dessas limitações, os entrevistados E3, E7, E8 e E10 relatam experiências que demonstram o potencial da teleconsulta em superar barreiras geográficas e em promover justiça social. O E7 afirma que, antes, era necessário enviar exames por barco até a capital, o que demandava cerca de um mês para se obter o laudo. Hoje, com a telerradiologia, “o paciente recebe em dois dias. Isso muda tudo para quem mora no interior.” O E3 descreve o uso de carretas e barcos para alcançar populações ribeirinhas, enquanto o E10 destaca que realiza atendimentos com pacientes de diversas regiões do país e até do exterior. Já o E8 compartilha sua experiência no interior do Amazonas, onde a ausência de conectividade dificultava o acesso a informações críticas. Aponta ainda que “a Starlink, eu acho que é uma jogada sensacional e ajuda muito para os lugares mais remotos”. Ele ressalta, assim, o papel da tecnologia na superação, mesmo que parcial, de desigualdades territoriais.

Esses relatos revelam que, quando adaptada às realidades locais e aliada ao propósito de equidade, a teleconsulta se torna uma ferramenta de fortalecimento do pertencimento, da solidariedade e do cuidado coletivo; expressa de forma clara a lógica da Comunidade.

5.3 Convergências com a literatura sobre Lógicas Institucionais e práticas profissionais

No caso da teleconsulta, os dados sugerem que as resistências se manifestam a partir da interseção entre lógicas institucionais concorrentes, como a lógica da Profissão, da Comunidade, do Estado, do Mercado e da Corporação, que por vezes se reforçam e por vezes se anulam. Assim como ocorreu no mercado financeiro, a emergência de uma prática inovadora, como a teleconsulta, enfrenta resistência daqueles que a percebem como uma ameaça à coerência e à legitimidade das normas existentes.

O surgimento de novas práticas frequentemente desencadeia tensões com práticas estabelecidas, o que exige esforços de reconciliação entre múltiplas lógicas institucionais (Lounsbury & Crumley, 2007). Greenwood *et al.* (2011) com isto dialogam ao afirmar que a inovação e a transformação digital ocorrem nos arranjos institucionais que moldam, desafiam ou complementam as regras e as práticas existentes nas organizações e nos campos institucionais. O fato reforça como essas dinâmicas afetam a aceitação e a legitimidade de novas práticas, como a teleconsulta.

Neste mesmo sentido, Goodrick & Reay (2011) afirmam que múltiplas lógicas coexistentes moldam o comportamento profissional, e elas podem ser competitivas ou colaborativas. Tal como na indústria de fundos, em que a gestão ativa passou a conviver com a passiva, também na saúde percebe-se um cenário híbrido, no qual práticas presenciais e digitais passam a coexistir e não sem tensões.

Em relação às ações corporativas entre os atores envolvidos na Teleconsulta, Lounsbury & Crumley (2007) destacam que a multiplicidade de atores interativos contribui para a emergência e a consolidação de práticas inovadoras, destacando a importância das interações no nível do campo. Neste sentido, a exploração comercial da teleconsulta, com serviços de qualidade inferior, como clínicas populares e planos de saúde mais baratos (Scheffer *et al.*, 2023), geram conflitos relacionados à lógica de Mercado que prioriza a lucratividade, o crescimento econômico e a eficiência sobre o bem-estar e a qualidade dos serviços.

O E2 enfatiza que “convênios desvalorizam o preço da teleconsulta em até 70%”. Essa lógica pode levar à mercantilização da saúde, focar no aumento de volume de atendimento com menor custo, em vez de oferecer qualidade aos serviços. É o que relatou o E6: “é como nos Estados Unidos e na Europa, oferecendo até no Metrô. Então existe uma desvalorização inaceitável”. Thornton & Ocasio (2008) descrevem a lógica de Mercado como aquela que organiza a atividade econômica com base na competição, na eficiência e na maximização de lucros. Contudo, Lounsbury & Crumley (2007) ilustram como as práticas emergentes podem enfrentar conflitos, enquanto buscam legitimidade no campo da saúde. Essas disputas são particularmente intensas quando há sobreposição de interesses profissionais, comerciais e éticos, como o demonstrado nas entrevistas e na literatura.

O desvio da qualidade de atendimento via teleconsulta, em que serviços comerciais baratos não resolvem adequadamente os problemas de saúde dos pacientes, entra em conflito com a Lógica da Profissão (Scheffer *et al.*, 2023). Essa lógica, especialmente no campo médico, valoriza a expertise, o conhecimento especializado e o atendimento de qualidade. O E8 sintetiza: “medicina de verdade, paciente crítico, precisa da atuação presencial, não tem jeito”. Profissionais de saúde, em geral, resistem à teleconsulta de baixa qualidade, pois ela pode comprometer a sua prática profissional, o que vai contra os princípios normativos que guiam o comportamento ético e técnico na medicina (Palma *et al.*, 2021).

Essa mesma preocupação é ilustrada pelo E2 que afirma: “A criança não sabe se expressar, por isso a análise presencial é fundamental”. Isto destaca os limites da mediação tecnológica em contextos que exigem observação clínica mais apurada. Como destacado por Lounsbury & Crumley (2007), práticas emergentes frequentemente enfrentam resistência inicial de atores comprometidos com práticas estabelecidas, visto que mudanças podem ser percebidas como ameaças às normas institucionais existentes, o que desencadeia tensões e conflitos. Essa resistência é expressa pela E12 que afirma: “Sou muito acolhedora, eu acho muito frio o contato por vídeo, eu acho que fica faltando alguma coisa. Eu não gosto”, fato que revela o desconforto com a ruptura do vínculo interpessoal promovida pela mediação tecnológica. O mesmo receio é compartilhado pelo E6, que alerta: “Aumenta o erro médico, eu tenho muito medo de erro médico, porque você vai estar confiando só no que o paciente está te induzindo, pressionando”, e isto ressalta os riscos clínicos associados à ausência de exame físico.

Por outro lado, há evidências de que essas lógicas não se manifestam de maneira isolada. Muitas vezes, elas coexistem no cotidiano dos profissionais, que ora acionam a lógica da profissão para defender a presencialidade, ora acionam a lógica comunitária para justificar a inclusão de familiares nas consultas ou para a ampliação do acesso. Como afirma o E3, quando “o familiar participa junto, a gente consegue explicar melhor, e eles ajudam o paciente depois”. Já o E5 nos diz: “você até pode falar para o familiar: Olha, liga a câmera aí para o seu João, coloca lá na posição para fazer atendimento e pode se retirar da sala”. Esse cenário de sobreposição de lógicas remete ao conceito de hibridismo institucional tratado por Lounsbury & Crumley (2007). No conceito, a legitimidade da inovação depende da capacidade de recombinar elementos de diferentes tradições organizacionais.

O fato de que muitos atendimentos de teleconsulta não estão conectados a outros níveis de atenção no sistema de saúde reflete também a Lógica do Estado que envolve a regulamentação e o controle do sistema de saúde para garantir a integração e a qualidade dos serviços (Scheffer *et al.*, 2023). O E17 relata que cada “lugar é um sistema”. A falta de uma regulamentação mais rigorosa sobre a qualidade dos serviços de telemedicina reflete tensões nesta lógica, que quer garantir a eficiência e a universalidade do acesso aos serviços de saúde. Essa perspectiva está alinhada à discussão de Lounsbury & Crumley (2007) que destacam que a institucionalização de

práticas inovadoras, como a teleconsulta, exige adaptações regulatórias e organizacionais para acomodar novas dinâmicas de controle e legitimidade no campo.

Como Friedland & Alford (1991) descrevem, a lógica do Estado busca regular a atividade humana por meio de normas e estruturas burocráticas, garantir o equilíbrio entre inovação e qualidade. Neste sentido, a lógica do Estado está associada ao papel do governo e das políticas públicas na regulação e na garantia de acesso universal aos serviços de saúde. A desigualdade no acesso à teleconsulta reflete falhas na implementação de políticas públicas que garantam a infraestrutura necessária (como internet e dispositivos) para toda a população, especialmente os mais vulneráveis (Scheffer *et al.*, 2023).

O Estado, como responsável pela regulação e pela provisão de serviços, falha em assegurar a equidade no acesso. Friedland & Alford (1991) exploram a lógica do Estado como uma estrutura de regulação que busca equidade. Quando mal implementada, contudo, pode exacerbar desigualdades sociais, como no caso da teleconsulta. Essa percepção é ilustrada pela fala do E6: “Mais do que tecnologia, o que falta é regulamentação”. Na extensão, apesar da existência da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), muitos profissionais ainda expressam insegurança quanto à efetiva proteção das informações em ambientes digitais (E3, E7 e E9).

Os achados empíricos deste estudo confirmam que a adoção da teleconsulta no Brasil ocorre em um campo institucional marcado pela disputa entre diferentes lógicas, nexos que buscam impor seus significados, critérios de legitimidade e formas de ação. Essa coexistência de lógicas aponta para uma prática médica em transição, tensionada entre distintas maneiras de compreender o cuidado, o tempo, a presença e a técnica. Como destacou o E16, “médicos desatentos perdem muito com a anamnese não presencial”, o que evidencia os limites percebidos na substituição do exame físico pela mediação digital. O E14 afirma que “a primeira consulta, no mínimo, deve ser presencial, para a criação de laços entre o médico e o paciente”, e isto revela a valorização do vínculo interpessoal como critério de qualidade no cuidado.

Ao integrar as entrevistas, os dados públicos e o referencial teórico, percebe-se que a resistência à teleconsulta não é apenas resultado da ausência de infraestrutura ou formação. É um reflexo da complexa dinâmica de negociação entre atores, valores e interesses em disputa. Ao compreender a prática da teleconsulta

como um campo institucional permeado por múltiplas lógicas, conforme propõem Lounsbury & Crumley (2007), amplia-se a capacidade de leitura crítica das dificuldades atuais. Ao mesmo tempo, reconhece-se que sua consolidação como política pública exige mais do que normas técnicas: exige escuta, articulação e reconhecimento das diferenças como parte do processo.

5.4 Por que as barreiras persistem?

A análise dos obstáculos revela que parte significativa de sua persistência decorre de fatores de ordem política e institucional. A ausência de políticas públicas consistentes, a descontinuidade de investimentos e o baixo interesse político em consolidar a saúde digital contribuem para que barreiras conhecidas permaneçam ao longo do tempo. Some-se a isso o fato de que as Instituições de Ensino Superior ainda não adequaram suas grades curriculares para incluir de forma sistemática conteúdos ligados à saúde digital e à teleconsulta. O fato limita a formação das novas gerações de profissionais e impede que a cultura do digital seja incorporada desde a base.

Outro conjunto de razões está ligado ao campo profissional e às práticas organizacionais. A resistência dos médicos em abandonar o modelo presencial, a percepção de desvalorização financeira da teleconsulta e a carência de capacitação estruturada limitam sua adoção plena. Adicione-se a isso um efeito colateral frequentemente mencionado: muitos médicos utilizam seus próprios celulares para realizar teleatendimentos por aplicativos de mensagens ou vídeo. A prática expõe contatos pessoais e abre precedentes para que pacientes os acionem em horários esporádicos, fora das consultas previamente agendadas. A persistência desses fatores mostra que os obstáculos não são apenas técnicos. Eles resultam também de interesses profissionais, de disputas por status, de ausência de incentivos claros e da necessidade de resguardar limites entre vida pessoal e prática profissional para que a teleconsulta seja incorporada de forma rotineira.

Por fim, as razões de caráter subjetivo e comunitário ajudam a explicar por que as barreiras se mantêm. Nos relatos dos profissionais, emergem referências a pacientes que desconfiam do atendimento *online*, a populações com baixa literacia digital e a contextos familiares que não oferecem suporte mínimo para o uso de plataformas de teleconsulta. E todos estes fatores dificultam a expansão dessa modalidade de atendimento. Esses elementos mostram que, além das condições

estruturais, persistem motivações sociais e culturais que retardam a consolidação dessa modalidade de cuidado digital em saúde.

6 Conclusão

Este trabalho teve como objetivo analisar os obstáculos à consolidação da teleconsulta na rede pública de saúde brasileira sob a perspectiva das lógicas institucionais. Por meio de uma abordagem qualitativa e interpretativa, foram mobilizados dados do Programa SUS Digital, literatura especializada e entrevistas com 18 profissionais da área da saúde. A triangulação desses dados permitiu compreender que a implementação da teleconsulta é um fenômeno complexo, atravessado por múltiplas lógicas institucionais, resistências simbólicas e disputas por legitimidade.

Dentre os mais de cem desafios identificados pelo Programa SUS Digital, esta pesquisa concentrou-se na análise de quatro categorias principais previamente discutidas ao longo do trabalho. A escolha foi feita pelo pesquisador com base nesse diagnóstico e na literatura especializada, por representarem pontos de tensão recorrentes que evidenciam a interação entre aspectos técnicos, institucionais e formativos que influenciam diretamente a adoção da modalidade.

A partir dessa limitação, a investigação revelou que os principais entraves à expansão da teleconsulta vão além das dificuldades técnicas. Ainda que a carência de infraestrutura tecnológica e de conectividade permaneça como um problema relevante, especialmente nas regiões mais vulneráveis, o estudo demonstrou que os conflitos institucionais entre diferentes lógicas organizacionais representam um dos principais eixos de resistência.

Na lógica da Profissão, muitos entrevistados expressaram receio de que a prática remota comprometa o vínculo clínico, a qualidade do diagnóstico e a segurança do paciente. Essa resistência persiste também, porque os médicos percebem desvalorização financeira da teleconsulta, relatam sobrecarga de trabalho, apontam a falta de incentivos claros e destacam ainda o risco de exposição da vida privada. Muitos utilizam seus celulares pessoais para consultas; são acionados por pacientes em horários esporádicos fora das agendas formais.

Na lógica do Mercado, a teleconsulta permanece desvalorizada, porque os valores praticados pelo SUS são historicamente defasados, o que desestimula sua adoção e reforça a percepção de precarização da prática. Esse cenário se agrava diante da pressão por redução de custos no setor público, que favorece atendimentos

de menor custo em detrimento da qualidade e da crescente competitividade entre médicos, intensificada pela entrada de recém-formados, o que amplia a sensação de instabilidade profissional.

Na lógica do Estado, os obstáculos persistem, porque não há políticas públicas consistentes; há descontinuidade de investimentos e falhas de gestão que comprometem a sustentabilidade da teleconsulta. Além disso, as instituições de ensino públicas não incorporam de forma sistemática a saúde digital em suas grades curriculares. Isto impede que a cultura do digital seja consolidada desde a formação inicial.

Na lógica da Corporação, os obstáculos persistem, porque os softwares de teleconsulta são frequentemente desenvolvidos sem interlocução direta com médicos, o que resulta em sistemas pouco práticos, e porque as instituições priorizam métricas de eficiência em detrimento da qualidade assistencial. Associe-se a isso a dependência de plataformas privadas com baixa interoperabilidade, o uso de soluções improvisadas, como o *WhatsApp*, e a desigualdade entre instituições que oferecem capacitações internas e aquelas sem recursos, fatores que contribuem para a fragmentação e a falta de padronização.

Na lógica da Comunidade, a teleconsulta aparece associada à ampliação do acesso à saúde e à redução de barreiras geográficas. O envolvimento de familiares e agentes comunitários pode ser um facilitador importante, sobretudo para pacientes com dificuldades tecnológicas. No entanto, essa contribuição é desigual. Em muitos contextos, os pacientes ainda desconfiam do atendimento remoto, apresentam baixa literacia digital e não contam com suporte adequado de suas redes familiares, o que limita a plena utilização da modalidade.

Com base nas entrevistas e nos dados do SUS Digital, os resultados permitem compreender por que esses obstáculos persistem, mesmo diante de avanços tecnológicos e de sucessivas iniciativas de saúde digital. A permanência das barreiras decorre de motivações múltiplas. A primeira seria de ordem institucional e política, pela ausência de políticas públicas consistentes, falhas de gestão e de descontinuidade de investimentos. A segunda, de ordem profissional, pela resistência dos médicos em abandonar o modelo presencial, pela percepção de desvalorização financeira, pela sobrecarga de trabalho percebida, pela falta de incentivos claros e pelo risco de

invasão da vida privada. A terceira, de ordem mercadológica, pela pressão de custos que induz atendimentos de menor qualidade e pela competitividade entre profissionais. A quarta, de ordem formativa e comunitária, pela ausência de preparo acadêmico em teleconsulta, pela desigualdade de capacitações entre instituições públicas e privadas, pela baixa literacia digital de pacientes e pela falta de suporte das redes familiares. Esses elementos mostram que as barreiras não se limitam a entraves técnicos. Elas se mantêm enraizadas em diferentes dimensões políticas, profissionais, mercadológicas, formativas e sociais do campo da saúde.

Os achados deste trabalho sugerem que o modelo que mais se aproxima da realidade observada é o da coexistência de lógicas institucionais, e isso, porque as dificuldades da teleconsulta não decorrem de apenas uma lógica dominante única. Decorrem da atuação simultânea de diferentes racionalidades que ora convergem uma para a outra, ora se opõem entre si, sem que se configure um processo de hibridização estável. Essa interpretação ajuda a explicar por que os obstáculos persistem e por que a teleconsulta avança de forma fragmentada, marcada por negociações e acomodações parciais.

Do ponto de vista teórico, o trabalho contribui para o campo do institucionalismo na saúde, ao evidenciar que a aceitação ou a rejeição de práticas inovadoras, como a teleconsulta, está mais relacionada ao campo simbólico das instituições, do que à mera disponibilidade tecnológica.

Como limitação, destaca-se a ausência da participação de representantes institucionais de órgãos reguladores, como o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina. Além disso, optou-se por não incluir pacientes como participantes da pesquisa, uma vez que o foco da investigação recaiu sobre os profissionais diretamente envolvidos na gestão, na regulação e na operacionalização da teleconsulta.

Considerou-se que os pacientes, mesmo afetados pela modalidade, nem sempre possuem o repertório técnico necessário para avaliar com profundidade os aspectos organizacionais e institucionais envolvidos na adoção da teleconsulta. Ainda assim, reconhece-se que incluir a perspectiva dos pacientes poderia enriquecer a análise, sobretudo em relação à experiência de acesso e à percepção da qualidade do serviço.

Por fim, embora alguns entrevistados também atuem no setor privado, os achados desta pesquisa concentram-se prioritariamente no contexto da saúde pública brasileira, representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foco principal da análise. Sugere-se, no entanto, que futuras pesquisas possam voltar a contemplar essas dimensões. Tais limitações não invalidam os resultados alcançados, mas indicam caminhos promissores para aprofundamentos futuros. A pesquisa oferece subsídios consistentes para o debate sobre a integração da teleconsulta na política pública de saúde no Brasil.

Conclui-se, portanto, que a consolidação da teleconsulta exige mais do que conectividade e regulamentação. Ela demanda articulação interinstitucional, reconhecimento das lógicas em disputa e construção de consensos mínimos entre os atores envolvidos. Essa não é apenas uma tarefa técnica, mas um processo político e simbólico de reorganização da própria noção de cuidado em saúde.

Referências

- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2015). *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático* (13ª Edição ed.). Editora Vozes.
- Brasil. (2002). *Conselho Federal de Medicina*. Acesso em 05 de 03 de 2024, disponível em Resolução CFM nº 1.643/2002.
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643>
- Brasil. (2007). Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 1.821, de 11 de julho de 2007*. Acesso em 28 de 09 de 2024, disponível em
<https://www.gov.br/conarq/pt-br/legislacao-arquivistica/resolucoes/resolucao-cfm-no-1-821-de-11-de-julho-de-2007>
- Brasil. (2011). *Ministério da Saúde*. Acesso em 28 de 09 de 2024, disponível em PORTARIA Nº 2.546, DE 27 DE OUTUBRO DE 2011.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html
- Brasil. (20 de junho de 2014). *Ministério da Saúde*. Acesso em 04 de 04 de 2025, disponível em Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014.
https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view
- Brasil. (2020a). *Poder Legislativo*. (B. DF, Editor) Acesso em 05 de 03 de 2024, disponível em Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020.
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>
- Brasil. (2020b). *Ministério da Saúde*. Acesso em 05 de 03 de 2024, disponível em Portaria MS nº 467/2020, de 20 de março de 2020.
<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>
- Brasil. (2020c). *Conselho Federal de Medicina*. Acesso em 05 de 03 de 2024, disponível em Conselheiros do CFM revogam a Resolução nº 2.227/2018, que trata da Telemedicina. <https://portal.cfm.org.br/noticias/conselheiros-do-cfm-revogam-a-resolucao-no-2-227-2018-que-trata-da-telemedicina>
- Brasil. (2022a). *Conselho Federal de Medicina*. Acesso em 05 de 03 de 2024, disponível em Resolução nº 2.314/2022. Após amplo debate, CFM regulamenta prática da Telemedicina no Brasil.
<https://portal.cfm.org.br/noticias/apos-amplo-debate-cfm-regulamenta-pratica-da-telemedicina-no-brasil>
- Brasil. (2022b). *CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo*. Acesso em 05 de 03 de 2024, disponível em Tecnologia e Medicina: Bioética Digital foi tema de Fórum promovido pelo Cremesp.
<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Noticias&id=6042>

- Brasil. (2022c). DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. *LEI Nº 14.510, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2022*. Acesso em 28 de 09 de 2024, disponível em [Disponível em https://in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.510-de-27-de-dezembro-de-2022-454029572](https://in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.510-de-27-de-dezembro-de-2022-454029572)
- Brasil. (2023). *Ministério da Saúde*. Acesso em 5 de 12 de 2024, disponível em Nota técnica nº 9/2023-DEMAS/SEIDIGI/MS. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/notas-tecnicas-e-informativas/nota-tecnica_9-2023-demas-seidigi.pdf/view
- Brasil. (2024). *Imprensa Nacional*. Acesso em 1 de 3 de 2024, disponível em PORTARIA GM/MS Nº 3.232, DE 1º DE MARÇO DE 2024. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.232-de-1-de-marco-de-2024-546278935>
- Brasil. (2024a). Agência Gov. *Governo Federal lança medidas para reduzir espera no atendimento pelo SUS*. Acesso em 28 de 09 de 2024, disponível em <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202404/governo-federal-lanca-medidas-para-reduzir-tempo-de-espera-no-sus>
- Brasil. (2024b). *Ministério da Saúde - SUS - Conheça o Núcleo de Telessaúde da Sesa (Ceará)*. Acesso em 10 de 10 de 2024, disponível em Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=TEkiOHrKqaQ>
- Brasil. (2024c). *Ministério da Saúde*. Acesso em 28 de 10 de 2024, disponível em SUS Digital: estratégia do Ministério da Saúde amplia acesso da população às informações de saúde e inicia a implantação de prontuário unificado. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/julho/sus-digital-estrategia-do-ministerio-da-saude-amplia-acesso-da-populacao-as-informacoes-de-saude-e-inicia-a-implantacao-de-prontuario-unificado>
- Brasil. (2024d). *Ministério da Saúde*. Acesso em 6 de 12 de 2024, disponível em Ministério da Saúde - Programa SUS Digital - Monitoramento da Adesão e do Diagnóstico Situacional. https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_ADESAO_SUSDIGITAL/SEIDIGI_DEMAS_ADESAO_SUSDIGITAL.html
- Catapan, S. d., Willemann, M. C., & Calvo, M. C. (2021). Structure and work process for implementing medical teleconsultation in the Brazilian National Health System, a cross-sectional study using 2017-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30(1).
- CFM. (15 de 12 de 2022-v). *Conselho Federal de Medicina*. Acesso em 02 de 04 de 2025, disponível em Inscrição de Pessoa Física no Conselho Regional de Medicina. https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2023/01/reduzido_MPA-PF-EM-REVISAO-ajuste-DEZ-2022-V5-PUBLICACAO.pdf

CFP. (30 de 07 de 2024). *Regulamenta o exercício profissional da Psicologia mediado por Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação (TDICs) em território nacional e revoga as Resolução CFP nº 11, de 11 de maio de 2018, e Resolução CFP nº 04, de 26 de março de 2020*. Acesso em 01 de 05 de 2025, disponível em Conselho Federal de Psicologia - Resolução CFP Nº 9 DE 18/07/2024. <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=462577>

Creswell, J. W. (2007). *Projeto de Pesquisa - Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. (L. d. Rocha, Trad.) Porto Alegre, RS: Artmed.

Delphino, T. M., Santana, R. F., Rodrigues, J. N., & Cassiano, K. M. (2023). Estimativa de custo de montagem e Funcionamento Mensal de uma sala de Teleconsulta. *Cogitare Enfermagem*, V. 28.

Doctoralia. (2023). *Figital: físico se une ao digital na melhora da Experiência do paciente*. Acesso em 25 de 10 de 2024, disponível em Doctoralia - Blog das clínicas. <https://pro.doctoralia.com.br/blog/clinicas/figital-na-saude-o-que-e-beneficios>

Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14(4), pp. p. 532-550.

Friedland, R., & Alford, R. R. (1991). Bringing Society Black in: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions.

Giombelli, M. F. (2023). *Futuro da Telemedicina: jornada híbrida do paciente entre o digital e o físico*. Acesso em 25 de 10 de 2024, disponível em Doctoralia - Blog das clínicas. <https://pro.doctoralia.com.br/blog/clinicas/telemedicina-e-o-futuro-hibrido>

Godoy, A. S. (1995a). A pesquisa qualitativa e sua utilização em administração de empresas. *Revista de administração de empresas*, v. 35(nº 4), pp. p. 65-71.

Godoy, A. S. (1995b). Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, v. 35(nº 2), pp. p. 57-63.

Goodman, L. A. (1961). *Snowball Sampling. The Annals of mathematical Statistics* (n. 1 ed., Vol. v. 32).

Goodrick, E., & Reay, T. (2011). Constellations of Institutional Logics: Changes in the Professional Work of Pharmacists. *Work and Occupations*, v. 38, pp. p. 372–416.

Greenwood, R., Raynard, M., Kodeih, F., Micelotta, E. R., & Lounsbury, M. (2011). Institutional Complexity and Organizational Responses. *The Academy of Management Annals*, v. 5(n. 1), pp. p. 317-371.

- Haveman, H. A., & Rao, H. (2006). Hybrid Forms and the Evolution of Thrifts. *American Behavioral Scientist*, V. 49(n. 7).
<https://doi.org/10.1177/0002764205285179>
- Hinings, B., Gegenhuber, T., & Greenwood, R. (2018). Digital innovation and transformation: An institutional perspective. *ScienceDirect*, Volume 28, Issue 1, pp. 52-61.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471772718300265>
- Jaroń, K., Jastrzębska, A., Małkosza, K., Grajek, M., Krupa-Kotara, K., & Kobza, J. (2023). Availability of Medical Services and Teleconsultation during COVID-19 Pandemic in the Opinion of Patients of Hematology Clinics—A Cross-Sectional Pilot Study (Silesia, Poland). *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- JusBrasil. (2023). *Direito Médico e da Saúde - Telemedicina*. Acesso em 5 de 03 de 2024, disponível em Leis de Telemedicina: O Que Você Precisa Saber.
<https://www.jusbrasil.com.br/artigos/leis-de-telemedicina-o-que-voce-precisa-saber/2011099407>
- Leavy, P. (2022). *Research Design: Quantitative, Qualitative, Mixed Methods, Arts-Based, and Community-Based Participatory Research Approaches* (2ª Edição ed.). New York: Guilford Press.
- Leavy, P. (2023). *Research Design. Quantitative, Qualitative, Mixed Methods, Arts-Based, and Community-Based Participatory Research Approaches* (2º Edição ed.). New York: The Guilford Press.
- Lopes, M. A., Oliveira, G. M., Júnior, A. A., & Pereira, E. S. (2019). Janela para o Futuro ou Porta para o Caos? *Sociedade Brasileira de Cardiologia*, V. 112(n. 4), pp. p. 461-465. <https://doi.org/10.5935/abc.20190056>
- Lounsbury, M., & Crumley, E. T. (2007). New Practice Creation: An Institutional Perspective on Innovation.
- Lounsbury, M., Steele, C. W., Wang, M. S., & Toubiana, M. (2021). New Directions in the Study of Institutional Logics: From Tools to Phenomena. *Annual Review of Sociology*, pp. 261-280.
- Luz, P. L. (2019). Telemedicina e a Relação Médico–Paciente. *SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia*.
- Maldonado, J. M., Marques, A. B., & Cruz, A. (2016). Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v 32.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00155615>
- MEC. (2025). *DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE MEDICINA*. Acesso em 05 de 04 de 2025, disponível em Portal do MEC.
<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>

- Opas. (2022). *Organização Pan-Americana de Saúde*. Acesso em 22 de 08 de 2024, disponível em Ações para facilitar o acesso à telessaúde. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57017/OPASEIHISdtthc1022002_1_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Paho. (2024). *Telemedicine and Telehealth embedded in the digital health ecosystem*. Acesso em 14 de Outubro de 2024, disponível em PAHO - Pan American Health Organization. <https://www3.paho.org/ish/index.php/en/information-systems-for-health-is4h-blog/184-telemedicine-and>
- Palma, E. M., Santos, T. A., & Klein, A. (2021). Fatores que influenciam a aceitação de Telemedicina por médicos no Brasil. *Alcance*, Vol. 28(nº 1), pp. p. 118-138. [https://doi.org/10.14210/alcance.v28n1\(jan/abr\).p118-138](https://doi.org/10.14210/alcance.v28n1(jan/abr).p118-138)
- Palma, E., Klein, A. Z., & Pedron, C. D. (2022). The acceptance of telemedicine by physicians in Brazil: An institutional theory view. *Electronic Journal of Information Systems in Developing Countries*, pp. p 1 - 15. <https://doi.org/10.1002/isd2.12254>
- Palma, E., Klein, A. Z., & Pedron, C. D. (22 de 10 de 2022). The acceptance of telemedicine by physicians in Brazil: An institutional theory view. *Electronic Journal of Information Systems in Developing Countries*, pp. p 1 - 15. <https://doi.org/10.1002/isd2.12254>
- Pinto, H., & Côrtes, S. V. (2022). Analysis of the formulation process of the Mais Médicos Program. *Saude e Sociedade*.
- Reay, T., & Hinings, C. R. (2009). Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics. *Sage*.
- RNP. (2024). *Rede Nacional de Pesquisa*. Acesso em 28 de 09 de 2024, disponível em RNP participa do XI Congresso Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde (CBTMS). <https://www.rnp.br/noticias/rnp-participa-do-xi-congresso-brasileiro-de-telemedicina-e-telessaude-cbtms>
- Ruas, S. S., & Silva, V. L. (2023). SUSTENTABILIDADE DAS TELECONSULTAS NO CENÁRIO BRASILEIRO PÓS PANDEMIA DE COVID-19. *Revista Foco*, pp. p. 1-13.
- Ryngelblum, A. L., Giglio, E. M., & Corrêa, V. S. (2019). Disguise mechanisms in regulation definitions: the private health system. *International Journal of Organizational Analysis*, Vol: 27(Ed: 3), pp. pág: 613-629.
- Saigí-Rubió, F., Vidal-Alaball, J., Torrent-Sellens, J., Jiménez-Zarco, A., Seguí, F. L., Hernandez, M. C., & Reig, X. A. (2021). Determinants of Catalan Public Primary Care Professionals' Intention to Use Digital Clinical Consultations

- (eConsulta) in the Post–COVID-19 Context: Mixed Methods Study. *Journal of Medical Internet Research*. <https://doi.org/10.2196/28944>
- Scheffer, M., Guilloux, A. G., Miotto, B. A., Almeida, C. d., & Guerra, A. (2023). *Demografia Médica no Brasil 2023*. São Paulo: FMUSP.
- Scott, W. R. (2014). *Institutions and Organizations - Ideas, Interests, and Identities* (Quarta Edição ed.). Califórnia: Sage.
- Silva, G. F., Silva, L. T., Gasparino, F. F., Alkimim, E. R., & Souza, Á. A. (2022). Distribuição geográfica da telemedicina no Brasil a partir da produção ambulatorial. *Research, Society and Development*, v. 11.
- Silva, H. R. (2021). A Institucionalização da Teleconsulta como uma nova prática médica na rede da saúde. *Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Paulista*, p. 78.
- TCE-MT. (30 de 06 de 2025). *1º Fórum de Saúde Digital de Mato Grosso*. Acesso em 30 de junho de 2025, disponível em 1º Fórum de Saúde Digital de Mato Grosso - Desafios e oportunidades na saúde pública. <https://www.youtube.com/watch?v=wrhqQUppvW0>
- Thomas-Jacques, T., Jamieson, T., & Shaw, J. (2021). Telephone, video, equity and access in virtual care. *npj Digital Medicine*.
- Thornton, P. H., & Ocasio, W. (2008). Institutional Logics. Em Greenwood, *THE SAGE HANDBOOK OF ORGANIZATIONAL INSTITUTIONALISM* (2ª Edição ed., pp. 99-129).
- Thornton, P. H., Ocasio, W., & Lounsbury, M. (2012). The Institutional Logics Perspective. A New Approach to Culture, Structure, and Process. *Oxford University Press*.
- Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*.
- Wen, C. L., & Chao, M. L. (2023). *Telemedicina e Telessaúde: 20 anos da fase heroica ao momento estruturante da Medicina e Saúde Conectada* (1ª Ed. ed., Vol. 1). (E. d. autores, Ed.) Santos: Edição dos autores.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso Planejamento e Métodos* (5ª Edição ed.). Porto Alegre: Bookman.

Anexo 1 – Modelos de pesquisa

Questionário de pesquisa

Esta seção apresenta os roteiros com perguntas semiestruturadas, que servirão para o pesquisador aprofundar o tema em questão, alinhados aos objetivos da pesquisa. Todos os roteiros seguem uma estrutura semelhante e foram organizados para explorar, de forma comparável entre os respondentes, os quatro principais eixos de análise definidos no capítulo de Análise: (i) falta de infraestrutura em saúde digital, (ii) resistência pelos médicos, (iii) condições de trabalho e (iv) falta de capacitações por parte das instituições de ensino.

Perfil\classificação do entrevistado: Médicos	
Nome:	Especialidade médica:
Tipo de entidade: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mista	
1) Você faz uso da teleconsulta para atender seus pacientes? Ela é utilizada em qualquer tipo de atendimento ou apenas em circunstâncias específicas? 2) Seus colegas médicos também a usam? 3) Seus pacientes costumam receber bem os atendimentos por teleconsulta? Eles demonstram algum receio ou costumam fazer reclamações? 4) Em sua experiência, quais têm sido os principais problemas de infraestrutura na adaptação à teleconsulta? <i>(Como por exemplo: conexão de internet, falta de equipamentos, ambiente adequado, entre outros.)</i> 5) Como você avalia a qualidade do atendimento que consegue proporcionar por meio da teleconsulta em relação ao atendimento presencial? O atendimento é suficiente? 6) Quais melhorias poderiam ser feitas na teleconsulta para aumentar sua aceitação e eficácia tanto para médicos quanto para pacientes? 7) Você se sente preparado para utilizar tecnologias como a teleconsulta? Você obteve essa preparação durante sua formação médica? 8) Qual é o seu nível de satisfação com a remuneração das consultas realizadas por teleconsulta em comparação com as consultas presenciais?	

Perfil\classificação do entrevistado: Profissionais de T.I.	
Cargo\Função:	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Você diria que existem desafios técnicos na implementação de plataformas de teleconsulta. Como sua equipe aborda esses obstáculos? 2) Como sua solução garante integração com sistemas de saúde já existentes, como prontuários eletrônicos e sistemas hospitalares, e com dispositivos de monitoramento remoto de saúde (como <i>wearables</i>⁶)? 3) Quais clientes briefam\orientam o formato\conteúdo do software de teleconsulta? Quais são suas principais demandas? 4) Quais funcionalidades foram desenvolvidas para tornar a plataforma acessível a diferentes grupos, como idosos e pessoas com pouca familiaridade com tecnologia, e como ela lida com conexões de internet instáveis ou limitadas, especialmente em áreas rurais? 5) Qual é o processo de treinamento e suporte técnico oferecido para médicos e profissionais de saúde usarem a plataforma de teleconsulta de forma eficaz? 6) Como os médicos\organizações de saúde visualizam os investimentos necessários em infraestrutura, licenças de software e mudanças na forma de trabalho para realizar teleconsultas, considerando que a atividade poderia ser feita presencialmente sem esses custos adicionais? 	

⁶ Wearables = dispositivos eletrônicos vestíveis, como relógios e pulseiras inteligentes, usados junto ao corpo para monitorar ou auxiliar atividades.

Perfil\Classificação do entrevistado: Docentes de Telemedicina	
Nome:	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Quais são, na sua opinião, as principais vantagens e desvantagens da teleconsulta que você destaca nas aulas em comparação com as consultas presenciais? 2) Você observa resistência entre os próprios docentes na abordagem de temas ligados à teleconsulta? 3) Em sua experiência como educador, quais são os maiores desafios que os alunos enfrentam para compreender e aplicar a teleconsulta? 4) Quais melhorias e inovações tecnológicas você acredita que poderiam facilitar o uso da teleconsulta, tanto na prática médica quanto no processo educacional? 5) Em que medida a teleconsulta pode impactar a identidade profissional dos médicos e os valores tradicionais da prática médica? 6) A instituição em que você atua possui infraestrutura tecnológica suficiente para realizar atividades práticas com os alunos envolvendo teleconsulta? 7) Qual é a sua visão sobre a remuneração da teleconsulta em comparação com o atendimento presencial, e como isso afeta a disposição dos médicos e futuros médicos em adotar essa prática? 	

Perfil\classificação do entrevistado: Reguladores (MS)	
Nome:	Cargo\Função:
<p>1) Quais políticas o MS pretende desenvolver para tornar a teleconsulta uma prática mais acessível e eficiente?</p> <p>2) Quais são os principais desafios enfrentados dentre todos listados?</p> <p>3) Como superar a inserção da teleconsulta em áreas remotas ou de difícil acesso, e como essas orientações estão sendo adaptadas para promover a equidade no acesso entre diferentes regiões?</p> <p>4) Existem iniciativas em andamento para incorporar a telemedicina nos currículos de formação médica, com apoio institucional do MS?</p> <p>5) Como o governo e os legisladores estão lidando com a questão da infraestrutura tecnológica, incluindo conexão de internet estável, para assegurar que tanto profissionais de saúde quanto pacientes possam acessar a teleconsulta?</p> <p>6) Existem incentivos para que empresas desenvolvam softwares de teleconsulta acessíveis ao setor público, e como o setor privado pode colaborar com o governo na criação de soluções tecnológicas seguras para a população?</p>	

Perfil\classificação do entrevistado: Conselho Federal de Medicina	
Nome:	Cargo\Função:
Área de atuação:	Tempo de experiência profissional:
<ol style="list-style-type: none"> 1) Quais são os maiores desafios para a expansão da teleconsulta no Brasil, especialmente em áreas remotas com infraestrutura tecnológica limitada? Como o CFM vê o impacto dessa limitação na prática médica? 2) O CFM identificou barreiras culturais entre médicos e pacientes que dificultam a adoção da teleconsulta? Se sim, como essas barreiras estão sendo tratadas para incentivar a aceitação? 3) O CFM se vê como tendo o papel institucional de promover a capacitação dos médicos para uso da teleconsulta? Que medidas foram adotadas? Há apoio a iniciativas de formação contínua? 4) O CFM está envolvido em discussões sobre a padronização das plataformas de teleconsulta? Quais recomendações são feitas para que as plataformas atendam às exigências éticas e de qualidade? 5) Como o CFM colabora com o Ministério da Saúde e outras entidades para integrar a teleconsulta ao Sistema Único de Saúde (SUS) e garantir sua acessibilidade em áreas carentes? 6) Qual é a visão do CFM sobre a monetização da teleconsulta? Existem diretrizes ou orientações para assegurar que os médicos sejam justamente remunerados por essa modalidade, e como o CFM vê o impacto dessa remuneração na adesão dos profissionais a essa prática? 7) Que feedback o CFM tem recebido de médicos e pacientes sobre o uso da teleconsulta, e como essas opiniões estão influenciando a formulação de políticas futuras? 	

Perfil\Classificação do entrevistado: Gestores de Saúde	
Nome:	Cargo\Função:
1) Como o senhor(a) avalia a infraestrutura tecnológica da sua unidade ⁷ para a implementação da teleconsulta? 2) Quais são os principais desafios enfrentados em relação à adesão dos médicos da unidade à modalidade de teleconsulta? 3) As condições de trabalho dos profissionais impactam a viabilidade da teleconsulta em sua unidade? De que forma? 4) Sua unidade oferece capacitações para os profissionais da saúde sobre o uso da teleconsulta? Há apoio institucional nesse sentido? 5) Há clareza sobre as regulamentações vigentes relacionadas à teleconsulta? Isso influencia a tomada de decisão? 6) Os pacientes atendidos na sua unidade aceitam bem a modalidade de teleconsulta? Quais as principais resistências observadas? 7) Quais fatores mais dificultam a consolidação da teleconsulta como prática permanente dentro da unidade?	

⁷ Unidade: A citação da palavra “unidade” no contexto das perguntas, será substituída em cada entrevista pelo estabelecimento de saúde em questão, por exemplo: Hospital, Clínica, UBS.