

**UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP  
PROGRAMA DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA TELECONSULTA  
COMO UMA NOVA PRÁTICA MÉDICA  
NA REDE DA SAÚDE**

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

**HOSANA RODRIGUES DA SILVA**

**SÃO PAULO**

**2021**

**HOSANA RODRIGUES DA SILVA**

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA TELECONSULTA  
COMO UMA NOVA PRÁTICA MÉDICA  
NA REDE DA SAÚDE**

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:** Abordagens Sociais em Redes Organizacionais

**SÃO PAULO**

**2021**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Hosana Rodrigues da.

A institucionalização da teleconsulta como uma nova prática médica na rede da saúde / Hosana Rodrigues da Silva. -2021.

78 f. : il. color. + CD-ROM.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista, São Paulo, 2021.

Área de concentração: Redes Organizacionais.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum.

1. Lógica institucional. 2. Teleconsulta. 3. Prática médica tradicional. 4. Rede de saúde. I. Ryngelblum, Arnaldo Luiz. (orientador). II. Título.

**HOSANA RODRIGUES DA SILVA**

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA TELECONSULTA  
COMO UMA NOVA PRÁTICA MÉDICA  
NA REDE DA SAÚDE**

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

Aprovado em:

**BANCA EXAMINADORA**

\_\_\_\_\_ / \_ / \_\_\_\_

Prof. Profa. Dra. Angélica Lúcia Carlini

Universidade Paulista – UNIP

\_\_\_\_\_ / \_ / \_\_\_\_

Profa. Dra. Luciana Massaro Onusic

Universidade Paulista – UNIFESP

\_\_\_\_\_ / \_ / \_\_\_\_

Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum

Universidade Paulista UNIP

## DEDICATÓRIA

Ao conhecimento o domínio próprio; ao  
domínio próprio a perseverança; à  
perseverança a piedade; à piedade a  
fraternidade; e à fraternidade o amor.

2 Pedro 1: 5 e 6

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar forças e equilíbrio emocional para dá conta de tantas tarefas ao mesmo tempo. Inclusive se intensificaram com a pandemia onde eu pude perceber como as mulheres que cuidam dos seus lares e procuram fazer parte da academia precisa superar muitos desafios antes de alcançar seus objetivos, principalmente a mulher negra e periférica.

À minha mãe, Maria Luiza que mesmo deficiente visual procurou me ajudar dando-me apoio, onde neste processo nós ajudamos, e estava sempre intercedente por mim em suas orações. Ao meu pai, Fernando que esteve sempre disponível a me ajudar, mesmo nas suas dificuldades, ficando com minha filha em alguns momentos para eu conseguir terminar este trabalho. Ao meu marido pela paciência e dedicação a nossa família, principalmente pelo respeito ao meu espaço. À toda a minha família, pelo apoio, compreensão, carinho e sobretudo paciência.

A professora Dra. Angélica Lúcia Carlini que concordou em fazer parte do nosso grupo de pesquisa e trouxe reflexões importantes sobre o tema as quais incorporam a pesquisa. À Dra. Luciana Massaro Onusic que aceitou participar desse processo e trouxe alguns questionamentos que nortearam a pesquisa

Ao meu orientador, Arnaldo Luiz Ryngelblum, que acreditou em mim e me deixou livre para criar e escrever, respeitando meu tempo e espaço. Sua paciência e generosidade foi muito importante para eu chegar até aqui.

A todos os professores da UNIP que estavam presentes nessa jornada. Cada um deles contribuiu para realização deste trabalho.

Ao departamento de Pós-Graduação em Administração, à Coordenação do Curso, e aos funcionários da secretaria, e ao Instituto Federal de Ciência, Educação e Tecnologia de São Paulo – IFSP pelo Incentivo Educacional – Edital 249/2019 e ao Programa de Bolsas “Santander Superamos Juntos – Edição 2020” os quais permitiram eu realizar o curso sem preocupações com o financeiro.

Aos participantes da pesquisa que tiraram um pouquinho do seu tempo explanando suas experiências no tempo em que combinamos

Aos meus colegas de sala, pela cooperação, troca de informações e amizade. Em especial a Cristina Ramos que sempre esteve disponível para ouvir meus desabafos.

A todos, minha gratidão, porque cada pedaço desse trabalho tem um pouco de todos nós. Afinal, não fazemos nada sozinho.

## RESUMO

A tecnologia impactou diferentes áreas do conhecimento modificando costumes e práticas consolidadas na sociedade. Neste contexto, o atendimento médico passa a requerer instrumentos mais avançados de telecomunicação para atender os pacientes. Porém, introduzir demandas por inovação às vezes trata-se de um processo complexo, que pode impactar as regras instituídas. Considerando este argumento, o presente projeto visa investigar os fatores que dificultam a adoção da teleconsulta como um instrumento complementar à prática da medicina em um momento marcado pelo uso das tecnologias, baseando-se na concepção de lógicas institucionais. O conceito de lógicas explica como indivíduos e organizações se comportam diante de diferentes orientações impostas pelas instituições, inclusive no que se refere aos aspectos tecnológicos. O presente estudo utiliza uma abordagem qualitativa e descritiva para a primeira fase da pesquisa fazendo uso de pesquisa documental, e explicativa, para a segunda fase, por meio de entrevistas com atores relevantes envolvidos com a questão, visando identificar e analisar os fatores que implicam a institucionalização da teleconsulta. Os resultados mostram que o exame físico, a formação médica, a ausência de regulamentação e diretrizes curriculares das universidades sobre o conceito de telemedicina são os fatores que mais impactam a complementariedade da teleconsulta à prática médica tradicional. Com isso, para instituir uma nova prática no campo da saúde é necessário que novas diretrizes do estado sejam implementadas para facilitar a institucionalização da nova prática. Portanto, a pesquisa mostra, conforme a literatura, que diferentes lógicas influenciam as profissões médicas na rede de saúde e que dificultam este processo. Para estudos futuros sugere-se pesquisas que busquem analisar se as implicações de lógicas encontradas no presente estudo permanecerão, pós-regulamentação da teleconsulta, entre outros, aspectos a serem explorados, pois é um campo incipiente de investigação.

Palavras-chave: Lógica institucional. Teleconsulta. Prática médica tradicional. Rede de saúde.

## ABSTRACT

Technology has impacted different areas of knowledge, modifying customs and practices consolidated in society. In this context, medical care requires more advanced telecommunication instruments to assist patients. However, introducing demands for innovation is sometimes a complex process, which can impact the established rules. Considering this argument, this project aims to investigate the factors that hinder the adoption of teleconsultation as a complementary instrument to the practice of medicine, at a time marked by the use of technologies, and based on the conception of institutional logics. The logics concept explains how individuals and organizations behave in the face of different orientations imposed by institutions, including technological aspects. This study uses a qualitative and descriptive approach in the first part of the research that uses a documentary survey, and an explanatory research in the second part, through interviews with relevant actors involved with the issue, aiming to identify and analyze the factors that may imply the institutionalization of teleconsultation. The results show that physical examination, medical training, lack of regulations and universities' curricular programs on telemedicine are the factors that most impact complementing teleconsultation with traditional medical practice. Thus, to institute a new practice on the health field, new state guidelines need to be implemented to facilitate the institutionalization of the new practice. Therefore, the research shows, based on the literature, that different logics influence the medical professions in the health network and make this process difficult. For future studies, research is suggested that seeks to analyze whether the implications of the logics found in this study will remain effective, the practices post-regulation of teleconsultation, among others aspects to be explored, as it is an incipient field of investigation.

**Keywords:** Institutional logic. Teleconsultation. Traditional medical practice. Health network..

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1. Análise conceitual do campo da saúde .....</b>	<b>40</b>
---	-----------

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1. Histórico da teleconsulta.....</b>	<b>29</b>
<b>Quadro 2. Novas demandas das múltiplas lógicas com a teleconsulta .....</b>	<b>31</b>
<b>Quadro 3. Fases da telemedicina.....</b>	<b>33</b>
<b>Quadro 4. Vozes secundárias da pesquisa.....</b>	<b>35</b>
<b>Quadro 5. Lógicas do campo da saúde, atributos de observação e atores principais .....</b>	<b>39</b>
<b>Quadro 6. Codificação dos dados da entrevista.....</b>	<b>40</b>
<b>Quadro 7. Perfil dos respondentes da pesquisa .....</b>	<b>42</b>
<b>Quadro 8. Coexistências de múltiplas lógicas da rede de saúde em diferentes casos.....</b>	<b>64</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

(AMB)	Associação Médica Brasileira
(CFM)	Conselho Federal de Medicina
(COVID 19)	Coronavírus
(MS)	Ministério da Saúde
(OSM)	Organização Mundial da Saúde
(RSS)	Rede Suplementar de Saúde
(SUS)	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1.1 Objetivo da pesquisa</b> .....	15
<b>1.1.2 Objetivos específicos</b> .....	15
<b>1.2 Justificativa</b> .....	16
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	17
<b>2.1 INSTITUIÇÕES E LÓGICAS INSTITUCIONAIS</b> .....	17
<b>2.1.2 Redes organizacionais, campos e sistema de saúde</b> .....	20
<b>2.2 Múltiplas lógicas, coexistência e mudança institucional</b> .....	21
<b>2.3 MUDANÇA DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS POR COOPERAÇÃO E CONFLITOS DE LÓGICAS</b> .....	24
<b>2.4 TELECONSULTA MÉDICA-PACIENTE E SUA CONSEQUÊNCIA HISTÓRICA</b> .....	27
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	34
<b>3.1 Tipo e método de pesquisa</b> .....	35
<b>3.2 Análise dos Resultados</b> .....	40
<b>3.3 Critérios de validade da pesquisa</b> .....	41
<b>4. RESULTADOS DA PESQUISA E ANÁLISE</b> .....	41
<b>4.1 Alterações previstas na prática médica com a introdução da teleconsulta</b> .....	44
<b>4.2 Os fatores relacionados às lógicas do campo da saúde que impedem a introdução da teleconsulta</b> .....	48
<b>4.3 Os fatores da prática médica com teleconsulta conflitantes com a prática médica tradicional</b> .....	52
<b>4.4 Fatores relacionados às lógicas de outros atores participantes, como provedores de serviços, operadoras, fornecedores, que dificultam a introdução da teleconsulta.</b> .....	54
<b>4.5 Fontes de resistência à mudança e sua capacidade de oposição.</b> .....	57
<b>5. DISCUSSÃO DA PESQUISA</b> .....	60
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	65
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	67
<b>ANEXO A – QUESTIONÁRIOS DA PESQUISA</b> .....	76

## 1. INTRODUÇÃO

Os estudos institucionais associam as transformações e as resistências institucionais às contradições institucionais entre lógicas (FRIEDLAND; ALFORD, 1991; THORNTON; OCASIO, 2008; CREED et al., 2010; GREENWOOD et al., 2011). Nestes casos, a admissão de uma lógica diferente pode provocar tensões entre as múltiplas lógicas existentes, pois nem sempre formam combinações compatíveis entre si (FRIEDLAND; ALFORD, 1991).

As múltiplas lógicas existentes são determinantes e instituídas pela sociedade e podem ser configuradas em práticas, em forma de regulação, normatização e orientações culturais-cognitivas (SCOTT, 2001). Portanto, contêm regras e significados simbólicos relevantes para os indivíduos e para as organizações (FRIEDLAND; ALFORD, 1991),

Uma nova lógica também pode propor esta composição, porém a interpretação de todas as regras e significados traz novos sentidos aos indivíduos que focam nas suas preferências e tomam decisões sobre elas. Esta nova influência conseqüentemente muda todo o sistema interinstitucional (FRIEDLAND; ALFORD, 1991; THORNTON; OCASIO, 2008).

Os conflitos entre lógicas questionam as realidades existentes das quais podem ser politizadas e transformadas (FRIEDLAND; ALFORD, 1991). Nesse sentido, um contexto pode ser constituído por múltiplas lógicas coexistentes, que podem ser contestadas a partir de uma nova prática, como a teleconsulta, e combinadas e recombinadas de diferentes formas, baseando-se nos elementos atribuídos às estas múltiplas lógicas existentes (DUNN; JONES, 2010; GOODRICK E REAY, 2011; WALDORFF, REAY E GOODRICK, 2013).

Apoiando-se nessas concepções teóricas esta pesquisa examinou a institucionalização da teleconsulta médico-paciente como uma nova lógica incorporada às práticas médicas tradicionais, impulsionando uma transformação na rede da saúde.

Considerou como rede de saúde os dois sistemas instituídos no país (público e privado), integrados por hospitais, escolas de medicina, empresas de tecnologia que prestam serviços de saúde, clínicas médicas, agências reguladoras, conselhos, sindicatos, entre outros agentes da saúde. Neste campo da saúde percebeu-se que múltiplas lógicas influenciam a institucionalização da teleconsulta. Desta forma, temos a lógica profissional médica, preexistente e estabelecida, e uma nova lógica, a teleconsulta, que compete com a prática tradicional para se afirmar. Outras lógicas também estão presentes, tais como: lógica de mercado, das corporações, de Estado, de família e democrática. Utilizou-se as categorizações

de lógicas proposta por Thornton e Ocasio (2008) e Friedland e Alford (1991) para identificar as atribuições dessas múltiplas lógicas.

No Brasil, a teleconsulta médico-paciente é permitida em caráter emergencial pela resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM 1.643/2002 (BRASIL, 2002). Esta resolução regulamenta a telemedicina no país e limita o atendimento virtual como forma de interconsulta entre profissionais. Em consonância, o código de ética médica nº 2.217/2018 (BRASIL, 2018) veda a prescrição de tratamento e outros procedimentos médicos (diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação virtual) caso o paciente não esteja em presença do médico, exceto em casos de urgência ou emergência, na condição de que, posteriormente, este faça o atendimento presencial o mais breve possível.

No âmbito do SUS, a portaria MS n.º 2.546/2011 (BRASIL, 2011) permite diferentes práticas médicas por telemedicina, mas a teleconsulta concentra-se em forma de segunda opinião médica, como teleconsultoria síncrona e assíncrona entre médicos e profissionais da saúde.

Em 2018, o CFM, a partir da resolução n.º 2.227/2018 (BRASIL, 2018), tentou definir e ampliar os serviços por telemedicina, que previa inclusive a teleconsulta médico-paciente, após o encontro presencial. A resolução provocou objeções por parte da classe médica, conselhos e sindicatos, e logo em seguida foi revogada.

Recentemente, com o advento da pandemia, a teleconsulta médico-paciente foi autorizada pela lei nº 13.989/2020 (BRASIL, 2020), ofício CFM n.º 1756/20 (BRASIL, 2020) e portaria do Ministério da Saúde MS n.º 467/20 (BRASIL, 2020) em forma de teleorientação (orientar e encaminhar pacientes em isolamento), telemonitoramento (monitoramento de condições de saúde de pacientes) e teleinterconsultas (troca de informações entre médicos).

Estas iniciativas recentes são a base para regulamentar definitivamente a teleconsulta fora do contexto emergencial. Entre os representantes da saúde existe um consenso que a prática se consolidará após a pandemia, mas como um papel complementar e não substitutivo na assistência à saúde (PCOM, 2020).

Existe um entendimento comum entre estes representantes em aceitar a introdução da teleconsulta como ferramenta auxiliadora, o que parece indicar que certos fatores, que impediram a tentativa anterior do CFM, em 2018, foram superados. A teleconsulta continua sendo contestada. Ainda que tenha se revelado importante para o paciente em termos de custo, acessibilidade, rapidez no atendimento e também para as empresas enquanto melhoria de gestão e serviços ofertados (WEN, 2020; CATAPAN; CALVO, 2020; JORGE, 2020), a classe médica ainda receia que a teleconsulta substituirá o atendimento presencial (WEN, 2020).

Tendo em conta que os médicos ainda resistem à introdução da teleconsulta e aceitam-na como recurso auxiliar para alguns casos, e que não é certo que as iniciativas emergenciais avancem para uma regulamentação definitiva, esta pesquisa propõe a seguinte questão: que fatores dificultam a adoção da teleconsulta como um instrumento complementar à prática da medicina tradicional?

### **1.1 Objetivo da pesquisa**

Com base no modelo de Dunn e Jones (2010) pretende-se examinar os elementos presentes na institucionalização dos processos de atendimento da saúde, incluindo a participação dos atores, envolvendo a prática tradicional e a teleconsulta na rede de saúde. O conceito da coexistência de múltiplas lógicas em um contexto examina como as organizações assimilam diferentes combinações de lógicas no campo (YU, 2015; DUNN; JONES, 2010; GOODRICK; REAY, 2011; WALDORFF, REAY; GOODRICK, 2013).

A discussão de como as múltiplas lógicas se manifestam nas organizações ainda é crítica, pois implica diretamente na previsão de resultados (BESHAROV; SMITH, 2014), e nessa perspectiva buscamos identificar fatores que dificultam a introdução da teleconsulta na rede de saúde.

#### **1.1.2 Objetivos específicos**

1. Identificar as alterações previstas na prática médica com a introdução da teleconsulta;
2. Identificar os fatores relacionados à lógica da prática médica que impedem a introdução da teleconsulta;
3. Identificar os fatores da teleconsulta que são incompatíveis com a prática médica;
4. Identificar os fatores relacionados à prática de outros atores participantes, como provedores de serviços, operadoras, fornecedores, que provocam tensões entre os interessados;
5. Identificar as fontes de resistência à mudança e sua capacidade de oposição.

## 1.2 Justificativa

Para dar suporte aos argumentos deste estudo realizou-se uma revisão bibliográfica na base Scopus e Google acadêmico a respeito de trabalhos que analisaram o tema teleconsulta médico-paciente no Brasil. Na base Scopus, 38 artigos foram encontrados, destes, 21 descrevem a teleconsulta entre especialistas médicos, isto é, interconsulta. As investigações se referiam a ensaios clínicos e aos fatores que impedem a eficiência da telemedicina. Nenhum destes estudos investigou a mudança institucional relacionada a uma influência tecnológica, baseada na teleconsulta (relação entre médico e paciente) na rede de saúde.

Na base Google Acadêmico foram selecionados artigos de WEN (2020); DA LUZ (2019); LOPES et al. (2019); SILVA (2019); SCHMITZ et al. (2017); MALDONADO, MARQUES e CRUZ. (2016), conforme o gerenciamento de busca das palavras-chaves, “teleconsulta” e “atendimento remoto”. Estes artigos investigaram as implicações relacionadas à implementação da teleconsulta, como relação entre médico-paciente, compromisso do médico e a confiança do paciente. Os trabalhos recentes concentram a análise no conteúdo da resolução CFM n.º 2.227/2018 (BRASIL, 2018), a primeira tentativa de mudança do Conselho Federal de Medicina que propôs o atendimento virtual entre médico e paciente, depois do primeiro encontro presencial. Nenhum destes trabalhos realizou uma abordagem sob uma perspectiva institucionalista.

Outros trabalhos foram identificados e analisam a influência da telemedicina nos atendimentos médicos, sob uma perspectiva institucionalista (CHANDWANI; DE, 2016; VALENZUELA, 2020; FROSSARD, 2015; LINDEROTH, 2017; DANIEL; MACADAR, 2014), entretanto não trataram do fenômeno teleconsulta no Brasil. Nos artigos de Chandwani e de (2016) e Valenzuela (2020) perceberam-se semelhanças ao tema proposto, os quais destacaram uma lógica profissional médica e outra relacionada aos cuidados do paciente, todavia nenhum tratou do tema em questão, partindo do pressuposto que a teleconsulta refletirá uma mudança institucional das práticas médicas da saúde.

Desta forma, a literatura disponível não dispõe de pesquisas sobre a prática da teleconsulta como uma lógica institucional em processo de institucionalização e se introduzida implicará novas configurações institucionais no setor da saúde Segundo Wen (2020, p.2) a telemedicina “tem grande potencial para agregar novas soluções em saúde, e muitos dos procedimentos e atendimentos presenciais poderão ser complementados, ampliados ou substituídos por interações intermediadas por tecnologias”.

Devido à escassez de estudo que busca explicar o fenômeno em questão pela perspectiva institucionalista, esta pesquisa contribui para expansão das concepções institucionais em que duas lógicas centrais disputam por atenção e a combinação das diferentes lógicas são refletidas por esta disputa (DUNN; JONES, 2010). A partir das narrativas dos participantes que representam o setor saúde e os dados secundários, juntamente com os métodos (entrevista e documental) alinhados às estratégias de pesquisa descritiva e explicativa, os resultados da pesquisa confirmam as concepções da literatura escolhida. A pesquisa utiliza uma base teórica que traça um paralelo com o contexto atual da saúde, o qual permitiu explicar como se dá a resolução das contradições institucionais em relação à admissão de uma nova lógica.

Nas próximas seções apresentam-se as etapas deste trabalho, as quais são compostas respectivamente da fundamentação teórica, metodologia, resultados e discussão da pesquisa e considerações finais.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Para auxiliar nas proposições desta pesquisa tomou-se como base a concepção de lógicas institucionais de Friedland e Alford (1991), porque o estudo se vale do conceito de contradição entre as lógicas. Adotou-se Thornton e Ocasio (2008) porque os autores falam em lógicas que podem ser estudadas em vários níveis, e não somente no nível macro. Goodrick e Reay (2011) e Waldorff, Reay e Goodrick (2013) são utilizados pois explicam as relações entre lógicas que podem ser combinadas e recombinações de diferentes formas, e mudança institucional de Dunn e Jones (2010), porque abordam a transformação institucional, em seu estudo, de forma gradual que envolve competição e cooperação das lógicas coexistentes no campo da saúde

### **2.1 INSTITUIÇÕES E LÓGICAS INSTITUCIONAIS**

As instituições são interpretadas como ordens ou padrões sociais, que representam sistemas únicos e estruturados que atingiram um estado de amadurecimento e originalidade (JEPPERSON, 1991), bem como sistemas simbólicos relacionados a elementos culturais, atribuídos a significados representativos, concretizados pelas relações sociais e que passam a ser universais (FRIEDLAND; ALFORD, 1991).

As instituições nascem da interação entre os indivíduos e se afirmam como forma de valores, os quais são compartilhados por meio de práticas que controlam como os agentes econômicos e sociais devem se comportar ao longo do tempo (FRIEDLAND; ALFORD, 1991; THORNTON; OCASIO, 2008; RAMOS; NASCIMENTO, 2008; CASTELLI; CONCEIÇÃO, 2014).

Friedland e Alford (1991) propuseram que as instituições centrais da sociedade são: o mercado, o estado, a política, a família e a religião. Cada uma delas possui uma lógica própria, que dita os padrões de atividades da sociedade, e se inter-relacionam em forma de práticas materiais (ação) e sistemas simbólicas (significados da ação) influentemente e diferem em desenvolvimento e importância ao longo do tempo. Para os autores, estas instituições são base do sistema interinstitucional determinante da sociedade e indicam como os indivíduos devem se comportar. Embora sejam reguladores das ações humanas, também fornecem fonte de mudança, dado que as lógicas ficam disponíveis, e são usadas e manipuladas segundo os seus interesses. Isso implica que cada setor da sociedade não funciona baseado unicamente por uma lógica, mas por múltiplas lógicas que atuam simultaneamente. À medida que as lógicas são manipuladas, podem surgir contradições institucionais, pois diferem entre si e podem conter prescrições que se confrontam.

Diferentemente de Friedland e Alford (1991), Thornton, Ocasio e Lounsbury (2012, 2015) identificaram sete instituições influentes e determinantes na sociedade: família, comunidade, religião, mercado, estado, profissões e corporações, das quais os indivíduos e organizações usam para dar sentidos às suas escolhas.

Scott (2001) explicou que as instituições podem ser balizadas por três diretrizes diferentes, as reguladoras, as normativas e as culturais-cognitivas. As regras, em geral, são impostas, tornando-se obrigatórias, como uma lei e regra. As normativas são indicações que não são absolutamente obrigatórias, mas são entendidas como práticas que devem ser seguidas, como, por exemplo, normas profissionais. Por fim, as culturais-cognitivas que expressam práticas internalizadas, as quais se acredita ser uma prática que faz parte do dia a dia. Hábitos familiares, respeito aos pais, são exemplos de prática culturais-cognitivas que não se discute.

Em suma, as instituições são um conjunto de regras, normas e hábitos criados pela sociedade e que são balizadas por diretrizes tanto reguladoras, como normativas e culturais-cognitivas, representadas por lógicas reconhecidas pela sociedade. Quando empregadas pelos atores, exprimem diferentes expectativas para “relações sociais e comportamento humano e organizacional” (THORNTON; OCASIO, 2008, p.6).

Com base nas concepções de Friedland e Alford (1991), Thornton, Ocasio e Lounsbury (2012, 2015) e Scott (2001) pode-se considerar as principais lógicas determinantes do sistema de saúde, tais como: o mercado, o estado, as profissões, a família e as corporações. Nesse sentido, é possível entender que a prática médica tradicional foi instituída ao longo do tempo e constitui um conjunto de significados, normas e regras bem formalizados, baseados nestas principais instituições, que se tornaram padrões, e são reconhecidos pela classe médica e pela sociedade em geral.

Compreendido desta forma, apresenta-se a lógica profissional médica expressa por diretrizes reguladoras, visto que o ato médico está previsto em lei. Diretrizes normativas, em relação aos preceitos éticos, vestimentas, e conduta do médico perante o paciente. Por fim, diretrizes cultural-cognitivas, como, o relacionamento do médico com paciente, que de algum modo parece ser válido apenas frente a frente, outras formas parecem ilegítimas.

Tendo em conta os atributos da lógica profissional médica, alguns de seus elementos estão relacionados a diferentes orientações e prescrições de mercado, de estado e corporações. Isso implica que os médicos trabalham submetidos a várias lógicas ao mesmo tempo. Então, quando optam pela prática da teleconsulta, outros valores de mercado, família, corporações e estado entram em jogo, como, por exemplo, a preocupação com os custos das consultas médicas, contratos de trabalho e atendimento massificado, entre outros. Segundo Ryngelblum et al. (2018), algumas práticas podem envolver mais de uma lógica, e a compreensão dos seus valores depende de como essas lógicas serão aplicadas em cada situação.

Desta forma, embora o campo da saúde possua padrões de atuação e valores instituídos, podem ser contestados a partir de uma nova prática permeada pelos mecanismos tecnológicos, como a teleconsulta, que traz consigo outras práticas e valores que desafiam as organizações, dos quais, indicam serem incompatíveis com a prática tradicional (LOPES et al., 2019; WEN, 2020). Esses conflitos entre as duas lógicas (médica e teleconsulta) são intermediados por demandas complexas (FRIEDLAND; ALFORD, 1991; DUNN; JONES, 2010; GREENWOOD et al., 2011) que inviabilizam um processo de mudança.

Nas reflexões a seguir, discute-se o conceito de rede e sua percepção pelo institucionalismo, e a partir dessa relação, sugere-se como as organizações respondem os efeitos de uma nova ordem institucional.

### 2.1.2 Redes organizacionais, campos e sistema de saúde

Os estudos sobre redes organizacionais entendem que as organizações (pessoas, empresas, estado, fornecedores, entre outros) mantêm relacionamentos (formal e informal), interdependentes e não-hierárquicos, partilhando objetivos e interesses comuns (NOHRIA, 1992). Estes tipos de organizações se relacionam de forma competitiva e cooperativa ao mesmo tempo (CASTELLS, 1999) em que estas reações são motivadas pelos recursos e informações comuns (GRANOVETTER, 2007). Por exemplo, o governo, provedores e profissionais de saúde compartilham serviços, suprimentos, dados e regras em comum, que favorecem a interdependência entre eles. Nessa perspectiva, no institucionalismo, o conceito de rede pode ser analisado no nível de campo institucional, que é uma abordagem *meso* (MARIA; SIQUEIRA, 2002).

O conceito de campo organizacional, segundo Machado-da-silva, Guarido Filho e Rossoni (2010), admite interpretações diferentes visto que depende do foco de análise. Assim, os autores destacaram seis perspectivas de campos, dos quais uma remete ao termo da rede, do qual denominaram “campo como rede estruturada de relacionamentos”, composto por atores que se relacionam e se conectam por trocas de recursos, cuja estruturação e a inter-relação são bem definidas.

Por sua vez, o conceito de campo pode ser entendido como a reunião de organizações e indivíduos que discutem ou têm interesse em comum (THORNTON; OCASIO, 2008, GREENWOOD et al., 2011), e desta forma essas organizações e indivíduos podem ser identificados com uma espécie de rede que se relacionam, seja esta relação mais frequente ou não.

Tendo em conta o conceito de campo, a literatura distingue dois tipos de campos, os maduros e os emergentes. Nos campos maduros, as relações são estáveis, pois são constituídas por uma lógica predominante e múltiplas lógicas estáveis. Nesses casos, as complexidades são menores quando introduzida uma nova lógica, visto que os conflitos são resolvidos no campo, no entanto essa dinâmica permanece constante, desde que o relacionamento entre os atores não seja compreendido. Por outro lado, nos campos emergentes as relações são incertas e são constituídas por arranjos ambíguos, ou seja, indefinidos. Nesses casos, a complexidade é menor, pois os empreendedores trabalham em um espaço restrito, mas à medida que as atividades permanecem sem definição, implicam no equilíbrio de interesses dentro do campo, no âmbito de quais lógicas devem ser privilegiadas

A partir desses conceitos, é possível interpretar o sistema de saúde como um campo estável, em que a telemedicina é um instrumento compartilhado entre profissionais de saúde, de tecnologia e agentes do estado, que contribuem no desenvolvimento de atividades multiprofissionais, relacionadas à gestão, planejamento, pesquisa e educação, assistência e aspectos éticos e legais e isso inclui a teleconsulta. Desta forma, a rede de saúde, além de consistir em um conjunto de atividades multiprofissionais, é uma área de atuação interdisciplinar (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

Considerando então a diversidade de atores na rede de saúde certamente a teleconsulta não está restrita apenas aos profissionais médicos, ela envolve outros atores que buscam aperfeiçoá-la. Assim, a compreensão de como as relações entre os indivíduos e organizações se confirmam a partir da adesão de uma nova prática é complexa (GREENWOOD et al., 2011) em função das diferentes formas de interações, entre as múltiplas lógicas que se formam no campo, que podem implicar mudanças em todo sistema interinstitucional (THORNTON; OCASIO, 2008).

O próximo tópico discute a influência de múltiplas lógicas coexistindo e competindo e suas consequências.

## **2.2 Múltiplas lógicas, coexistência e mudança institucional**

Estudos recentes costumam enfatizar os ambientes institucionais constituídos por múltiplas lógicas coexistindo por um longo período de tempo (THORNTON; OCASIO, 2008; REAY; HININGS, 2009; GOODRICK; REAY, 2011; WALDORFF; REAY; GOODRICK, 2013; BESHAROV; SMITH, 2014). O conceito sobre coexistência explica como as relações entre lógicas podem tornar-se conflituosas ou colaborativas influenciando assim as organizações e a sociedade em geral (JOHANSEN; WALDORFF, 2017), e como elas podem influenciar o trabalho profissional, a partir das interações sociais (DUNN; JONES, 2010).

A compreensão sobre como as lógicas coexistem parte do pressuposto que ocorre algum tipo de cooperação entre elas, ainda que algumas sejam incompatíveis. Nestes casos, as relações entre as lógicas envolvem a combinação de características comuns entre lógicas existentes no campo e as concorrentes, em que o arranjo formado, pode tanto facilitar que novas práticas se instalem (REAY; HININGS, 2009; GOODRICK; REAY, 2011) quanto dificultar a mudança institucional (LOUNSBURY, 2007).

Parte desses estudos buscam caracterizar as múltiplas lógicas como relações colaborativas ou conflituosas. As relações colaborativas estão associadas a elementos das várias

lógicas que se combinam como: práticas, valores e regras dos quais facilitam ações complementares (GOODRICK; REAY, 2011; GREENWOOD et al., 2011; WALDORF; REAY; GOODRICK, 2013). Na medicina as práticas associadas à lógica médica (tratamento, cirurgia) combinam-se às práticas de mercado (precificação dessas atividades). Nesses casos, diferentes intenções, abordagens de aprendizagem e objetivos podem formar padrões de atividades colaborativas (REAY; HININGS, 2009). Em contrapartida, as relações conflituosas envolvem quando duas ou mais lógicas entram em contradição, ou seja, o que uma recomenda vai contra a outra (FRIEDLAND; ALFORD, 1991; GOODRICK; REAY, 2011; GREENWOOD et al., 2011; WALDORF; REAY; GOODRICK, 2013), e consequentemente a ação de complementaridade fica mais distante. Nesses casos, a possibilidade de mudança é certa, pois as lógicas em jogo são incompreendidas pelos atores, ou melhor, eles não entendem todas as regras ao mesmo tempo, embora seja possível que optem por uma delas (RYNGELBLUM et al., 2018).

Os estudos baseados nessa conceituação tendem a explicar a mudança institucional caracterizada por estas relações. Desta maneira, na medicina, é possível que a lógica concorrente (teleconsulta) e a médica estejam em um processo que em um momento colaboram e em outro conflitam, partindo da combinação e recombinação de outras lógicas existentes no campo.

Tendo em conta que as múltiplas lógicas institucionais influenciam as práticas organizacionais e podem tanto formar combinações de lógicas facilitadoras quanto conflituosas essa reflexão se estende para pesquisas que trabalham com lógicas híbridas. Nesses casos, duas ou mais lógicas diferentes combinam elementos e formam uma nova configuração institucional. A existência de diferentes lógicas, que anteriormente eram contestadas, ou seja, conflituosas, passam a ter relações facilitadoras por ações que os atores empregam no campo, (JOHANSEN; WALDORFF, 2017; HAVEMAN; GUALTIERI, 2017). Por exemplo, Heinze e Weber (2016) descreveram como a medicina integrativa combinou elementos da ciência biológica a partir da lógica da medicina convencional, e dos cuidados do paciente, com base na lógica da medicina complementar e alternativa.

Embora este tipo de análise mostre que as lógicas se integram não explicam como as relações entre lógicas passam a ser complementares, no sentido de inter-relações entre lógicas. O processo de mudança é apresentado por combinação e recombinação entre lógicas concorrentes, por etapas, (conflitos versus colaborar) que formam uma nova lógica institucional.

Além disso, segundo Reay e Hinings (2009), nem sempre uma nova lógica que combina elementos de outras é uma estratégia para propor demandas colaborativas. Em alguns casos, manter as identidades separadas (cada ator com sua lógica) e um propósito comum para cada um deles pode fornecer uma base para que os atores participem, por exemplo, do planejamento de um novo plano de trabalho. Nesse sentido, no caso do sistema de saúde, considerando os diferentes profissionais atuantes e suas perspectivas em relação à teleconsulta, a criação de uma lei que configure regras gerais para todas as práticas médicas parece ser complexo, uma vez que cada um deles defende uma lógica em específico. Por outro lado, uma lei que identifique cada ator em ação e preserve suas práticas diárias pode facilitar ações colaborativas e consequentemente as lógicas podem se complementar por ação de trocas mútuas.

Outra explicação para a coexistência entre lógicas fala em 'bricolagem institucional', cujas lógicas oferecem diferentes mecanismos para os atores escolherem e combinarem elementos, conforme seus interesses. Nesses casos, as relações entre lógicas se tornam segmentadas, ou seja, são divididas com base nas necessidades de cada indivíduo, cujas características das lógicas podem ser usadas ou descartadas (JOHANSEN; WALDORFF, 2017). Por exemplo, no trabalho profissional dos farmacêuticos algumas práticas em parte refletiam atributos de uma lógica (profissional), enquanto outras partes refletiam atributos de lógicas diferentes (aumento de custo, relativo à lógica corporativa e lógica mercado) (GOODRICK E REAY, 2011). Esta combinação permite que a ação aconteça sem a resolução dos conflitos (WALDORF; REAY; GOODRICK, 2013). Ainda que a segmentação indique relações conflituosas sustentadas por arranjos colaborativos, não explica como as lógicas passam a ser complementares, uma vez que estão se inter-relacionando.

Portanto, a presença de múltiplas lógicas em um determinado contexto oferece conclusões divergentes sobre suas consequências nas organizações (BESHAROV; SMITH, 2014). Todos esses estudos são importantes e forneceram percepções significativas para entender os processos de mudança no setor da saúde em que as múltiplas lógicas no campo podem ser combinadas e recombinações conforme as demandas que surgem em um certo período de tempo. Todavia, a compreensão em como as lógicas cooperam por uma ação de complementaridade entre elas, em quem nenhuma perca sua influência, ainda é pouco compreendida.

Goodrick e Reay (2011) chegam a mostrar em seu estudo de caso a combinação de lógicas que configuraram uma relação de equidade em que duas lógicas, a profissional e a de mercado, que influenciaram de forma igualitárias as práticas farmacêuticas. Porém, não explica como essas lógicas se inter-relacionam e quais fatores determinantes impediam essa relação.

Em síntese, “os estudos de lógicas coexistentes transmitem uma compreensão mais dinâmica da lógica, na qual os atores podem se mover entre as lógicas dependendo do tempo e das questões organizacionais em questão” (JOHANSEN; WALDORFF, 2017, p.64). Dentro desse conceito, pode ser explorada a concepção de lógicas que se complementam tomando como base as relações conflituosas e colaborativas entre lógicas. Desta forma é possível compreender como se dá o processo de transformação no campo organizacional da saúde a partir de um evento tecnológico. Essa dinâmica deve compor elementos que tanto envolvem práticas individuais e específicas, quanto globais, dos quais permitam formas variadas de esforços estratégicos para lidar com os eventos conflitantes, e não os entender puramente como processo endógeno (Lounsbury, 2007). Diante disso, “para entender problemas complexos é importante investigar como eles surgem e são tratados em diferentes contextos” (WALDORFF; REAY; GOODRICK, 2013, p.127).

Pelo exposto, os argumentos neste capítulo servirão como base para o próximo tópico da discussão que trata da mudança institucional baseada no modelo teórico de Dunn e Jones (2010).

### **2.3 MUDANÇA DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS POR COOPERAÇÃO E CONFLITOS DE LÓGICAS**

O modelo Dunn e Jones (2010) parece adequado para balizar esta pesquisa, pois apresenta uma mudança institucional no contexto da saúde que passa por um processo gradual e transformativo na coexistência de múltiplas lógicas, sobretudo duas lógicas que são centrais e se inter-relacionam. Assim, uma lógica se referia aos cuidados da saúde, que buscava assistência holística aos pacientes e a outra, da ciência, baseada na pesquisa científica. Essas duas lógicas criaram tensões dinâmicas pois permitiram o questionamento da educação dos futuros médicos.

A partir dos eventos que aconteceram nas universidades de medicina americanas entre os anos de 1910 a 2005, Dunn e Jones (2010) identificaram que as profissões eram constituídas por múltiplas lógicas, ou seja, múltiplas esferas institucionais em ação, que consistiam em uma junção da ciência e prática clínica, e relação social e econômica entre médico e paciente. Além disso, os currículos das escolas profissionais eram limitados pelo tempo e atenção.

A mudança envolveu disputas de interesses entre os profissionais médicos que privilegiavam, nos primeiros tempos, a lógica científica e desempenharam um papel ao zelar por ela, e outros que favoreciam a introdução dos cuidados ao paciente, nos currículos das

escolas. Assim, as duas lógicas centrais disputaram por atenção ao longo do tempo, e os acadêmicos tiveram que tomar decisões sobre quais valores seriam centrais e quais lógicas deveriam ser agenciadas para orientar futuros profissionais. Nesse meio tempo elas passaram a competir igualmente por atenção. Segundo as autoras, “as lógicas foram integradas, coerentes e complementares na educação médica”. Isso significa que as lógicas não formaram uma combinação de ambas (hibridismo) como alguns pesquisadores defendem. Elas formaram mecanismos complementares, ou melhor, inter-relações, das quais uma precisava da outra para se afirmar.

As relações das múltiplas lógicas no campo envolveram momentos em que uma acabava prevalecendo durante um evento, e em outros, se via enfraquecida. Isto é, não houve dominação de nenhuma das duas lógicas centrais isso porque uma lógica orientava os conhecimentos e a outra a prática. Isso sugere que há uma inter-relação como forma de cooperação em que ambas se reforçam (REAY; HININGS, 2009; GOODRICK; REAY, 2011; WALDORFF; REAY; GOODRICK, 2013). Com este cenário, as autoras sugeriram a coexistência entre lógicas que “coevoluem em equilíbrio e desequilíbrio”.

O entendimento dessa concepção permite supor que à medida que as lógicas conflitam nos campos das universidades há sinais de resistência entre os participantes, e o processo evolui para desequilíbrio, enquanto na fase de cooperação, há sinais de equilíbrio entre eles, dependendo do discurso ou narrativa que os empreendedores usam para persuadir. Por exemplo, os acadêmicos ensinaram os alunos a resistir e a se revoltarem contra o cuidado gerenciado porque defendiam a eficiência e lucros, contrariando os princípios da ética médica.

Desta forma, pode-se supor que as relações conflitantes envolveram resistências dos participantes dentro do campo organizacional, e como consequência, dificultam que as novas lógicas se instalem por completo. Por outro lado, as relações colaborativas facilitaram novas configurações institucionais.

Dunn e Jones (2010) explicam que quando há grupos pequenos de participantes no campo, a inter-relação entre as lógicas e as combinações de elementos entre eles se dá facilmente. Entretanto, quando os grupos são maiores, as relações se complicam à medida que diferentes profissionais com atribuições específicas se encontram. Nesses casos, os conflitos acontecem porque eles não se entendem e as lógicas deixam de combinar. Parece que neste cenário os atores do campo não conseguem seguir as prescrições de outras lógicas, porém os fazem em alguns casos (RYNGELBLUM et al., 2018).

Para Dunn e Jones (2010), a cooperação entre lógicas em nível de campo depende do grau de compatibilidade entre o número de lógicas estabelecidas e as relações entre elas. Então,

quando múltiplos atores são atuantes e competem por recursos e poder, os membros de cada profissão tendem a enfatizar suas forças, a fim de manter o controle, tornando as relações entre lógicas mais complexas.

Tendo em conta que os conflitos de interesses ressurgem, à medida que novos profissionais (da saúde pública e médicos de família) com identidades e atribuições específicas ingressam no campo das universidades a preocupação dos profissionais que privilegiavam a lógica da ciência era criar manobras de resistências que conseqüentemente ampliavam as oportunidades da pesquisa e diminuía a importância da lógica do cuidado. Mas, concomitantemente, outros profissionais que defendiam a saúde integrativa, pela lógica do cuidado, reagiam, e a lógica do cuidado continuava em jogo por atenção.

Segundo Suddaby (2005), a linguagem persuasiva é um mecanismo pelo qual uma lógica dominante pode ser alterada. Esse recurso permite legitimar ou resistir a uma inovação através de estratégias que o discurso promove, como conformidades e contrassenso. A concepção sobre a resistência mostra que particularmente não apenas interrompe a mudança institucional, mas também pode facilitar a variedade institucional, pois os membros podem criar mecanismos que impedem que as novas práticas sejam exploradas (MARQUIS; LOUNSBURY, 2007)

A compreensão sobre como os atores assumem a resistência às novas lógicas se apoia nas regras e valores já definidos (LOUNSBURY, 2007; MCDONALD et al., 2013). Por exemplo, os atores resistem a uma nova lógica que propõe uma mudança de regra existente (MARQUIS; LOUNSBURY, 2007). A colaboração, por outro lado, pode se manifestar pela confiança e pelas intenções de aprender, entre outros (REAY; HININGS, 2009). Nesse sentido os profissionais podem resistir ativamente à concorrência das concepções de novas lógicas ou podem internalizá-las, cruzando novas concepções nas profissões, dando-lhes mais legitimidade de atuação (DUNN; JONES, 2010).

Embora as autoras centralizem a análise em duas lógicas, a existência de outras lógicas é levada em consideração. Por exemplo, quando os esforços estratégicos postulavam um cuidado gerenciado, havia uma Lei de segurança da Saúde que forçava acordos baseados em valores de mercado. Da mesma forma aconteceu com a influência da lógica de estado, que envolvia a preocupação pública com a ação legislativa e ação do estado. Outras influências externas, como as dos médicos de família, reforçaram o potencial da lógica do cuidado, que estavam significativamente relacionadas aos valores da lógica familiar.

Considerando-se que os atores resistem por um período de tempo e por outro colaboram, o sistema interinstitucional é alterado, visto que alguns elementos das concepções concorrentes

foram implementados. Nesse sentido, Yu (2015) explica que à medida que as lógicas colaboram, possivelmente a nova lógica pode ser negociada entre os membros da organização, e algumas políticas vão gerar consequências indesejadas para afastá-la. Portanto, a resistência pode desencadear repressão que leva as organizações a recorrer ao ambiente institucional para criarem ferramentas culturais adicionais que comprometem a instância da nova lógica. Para Ryngelblum et al. (2018), os atores entendem ser complicado cumprir totalmente ou parcialmente uma lógica, e buscam maneiras de mudá-la ou evitá-la.

Em suma, a experiência de Dunn e Jones (2010) propõe: a mudança institucional é um processo motivado por uma lógica concorrente que pode ser contestada e resistida por um lado, e por outro, reconhecida pelos mecanismos de ações dos representantes que favorecem inovações em um determinado contexto. Essa dinâmica, bem articulada, facilita que os significados da nova prática sejam reconhecidos e as lógicas passam a se inter-relacionar em que pelo menos duas delas são mais influentes e promovem novas configurações institucionais.

## **2.4 TELECONSULTA MÉDICA-PACIENTE E SUA CONSEQUÊNCIA HISTÓRICA**

A tecnologia impactou diferentes áreas do conhecimento modificando costumes e práticas consolidadas na sociedade. A informatização e telecomunicação aplicadas em diferentes práticas da ciência revolucionaram as realidades sociais. Na medicina não é diferente. Novas formas de diagnósticos, terapias e cirurgias robóticas à distância são exemplos dessas transformações com a junção da tecnologia (LOPES et al., 2019).

Nesse contexto, a prática médica passa a requerer instrumentos mais avançados de telecomunicação para atender aos pacientes. Assim, surge uma nova prática médica permeada pela tecnologia, como a teleconsulta. Segundo Wen (2020, p.6), a teleconsulta "é uma evolução natural dos cuidados de saúde no processo de transformação digital da sociedade como um todo".

Neste sentido, a teleconsulta que está regulada no país é entre profissionais médicos – interconsultas, com base na resolução CFM 1.643/2002 que define e disciplina a prestação de serviços através da telemedicina. A teleconsulta entre médico-paciente ainda passa pelo processo de regulamentação. Em termos dos procedimentos médicos, o Código de Ética nº 2.217/2018 veda prescrever tratamento, diagnosticar, prescrever por qualquer meio de comunicação virtual, caso o paciente não esteja em presença do médico. Em casos de emergência, o atendimento direto ao paciente pode ser realizado se comprovada a

impossibilidade de atendê-lo presencialmente, na condição que faça imediatamente o encontro presencial.

Em 2018 o CFM se manifestou editando a resolução 2.227/18 (BRASIL, 2018) em que se dispôs definir a disciplina da telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. A resolução previa em seu art. 4 a teleconsulta como: “a consulta médica remota, mediada por tecnologias, com médico e paciente localizados em diferentes espaços geográficos”. No entanto, no seu parágrafo 1º tinha como premissa obrigatória o “prévio estabelecimento de uma relação presencial entre médico e paciente”, ou seja, foi regulada como retorno.

Na época, a resolução do CFM foi motivo de objeções pela classe médica, sindicatos, MS e outros agentes do estado, e logo em seguida foi revogada. Os desafios mais citados entre os participantes do debate foram a “natureza técnica, ética, regulatória e cultural acerca da teleconsulta” (LOPES et al., 2019, p.1).

No que diz respeito à ética e à responsabilidade médica, o atendimento médico requer o acesso ao prontuário, que contém informações sensíveis do paciente e os cuidados prestados do profissional, inclusive dos atendimentos anteriores, que devem ser resguardados (LOPES et al., 2019; DA LUZ, 2019). Estas prescrições contestaram a introdução da teleconsulta médico-paciente naquela época. Entretanto, o Brasil, desde 1999 é signatário da declaração de Tel Aviv que foi anunciada na 51ª Assembleia-geral da Associação Médica Mundial, promovida pela Organização das Nações Unidas. Isso significa que o Brasil é um estado-membro da ONU. Como estado-membro pode debater, participar de discussões e ser contrário às determinações. Portanto, sendo signatário de normas internacionais, de direito público, em tese não pode internamente descartar as normas desta declaração (CARLINI, 2020)

Na declaração 28 termos estão resguardados sobre a utilização de telemedicina na prática médica e inclusive inclui a responsabilidade profissional e normas éticas no aspecto da relação médico-paciente. Logo, se a rigor o país é signatário desta declaração, deveria já ter regulado uma norma que viabilizasse a teleconsulta direta com paciente (CARLINI, 2020). No entanto, vale ressaltar que na declaração, no que diz respeito à teleconsulta médico-paciente, o CFM e MS declararam que somente por meio de lei o médico deve realizá-la, excepcionalmente em caráter emergencial.

Recentemente, a teleconsulta médico-paciente está regulada em caráter emergencial e excepcional enquanto durar a pandemia para todos os procedimentos médicos como forma de teleorientação (orientar e encaminhar pacientes em isolamento), telemonitoramento (monitoramento de condições de saúde de pacientes) e teleinterconsultas (troca de informações

entre médicos), ofício CFM n.º 1756/20 (BRASIL, 2020) e portaria OMS n.º 467/20 (BRASIL, 2020) e pela lei 13.989/2020 (BRASIL, 2020) que dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças, lesões e promoção de saúde.

Inicialmente diferentes interpretações permearam a aplicabilidade da teleconsulta, que a princípio foi considerada apenas em casos da Covid, mas logo passaram a orientar outros tratamentos médicos, após o atendimento presencial, para evitar idas desnecessárias às unidades de saúde (ALVES, 2020; BIANCHI, 2020)

No começo da pandemia o ex-ministro Luiz Henrique Mandetta defendeu o telemonitoramento (COLLETA, 2020). Isso aconteceu antes das iniciativas emergenciais. Tendo em conta que a resolução do CFM de 2002, a Declaração Tel Aviv de 1999 e o Código de Ética Médica já previam a teleconsulta em caráter emergencial, não havia a necessidade dessas iniciativas emergenciais, uma vez que o contexto da pandemia provocada pela Covid, foi declarado uma crise global. Os médicos e instituições de saúde não estariam na ilegalidade se não houvesse as normas emergenciais, porque as regras existentes preveem estas situações. Apesar disso, houve a necessidade de regular a prática para este momento pandêmico. Desta forma, há dois momentos da teleconsulta médico-paciente, a primeira antes pandemia e a segunda durante a pandemia. O quadro 1 resume o histórico da teleconsulta médico-paciente.

#### Quadro 1. Histórico da teleconsulta

1999	Declaração Tel Aviv	Teleconsulta emergencial: 28 termos - orientações sobre o uso ético da telemedicina, responsabilidade ética e formação médica A Interconsulta médica é regulada.
2002	Resolução CFM - 1643 define e disciplina a prestação de serviços através da telemedicina	Teleconsulta emergencial: solicitado pelo médico responsável, o médico que emitir o laudo a distância poderá prestar o devido suporte diagnóstico e terapêutico. A Interconsulta médica é regulada.
2017	Parecer CFM 14 - Permite o uso do WhatsApp e plataformas similares	Comunicação entre especialistas e pacientes, em caráter privativo tanto entre grupos profissionais e entre médico e paciente A Interconsulta médica é regulada.
2018	Resolução CFM - 2.217 – Código de ética médica	Teleconsulta emergencial: e impossibilidade comprovada de realizá-la, devendo, nesse caso, fazê-la imediatamente depois de cessado o impedimento.
2018	Resolução CFM 2.227 - Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de	Teleconsulta médico-paciente, a partir da segunda consulta. A premissa obriga o prévio estabelecimento de uma relação presencial entre médico e paciente.

	serviços médicos mediados por tecnologias	
2020	Ofício CFM n.º 1756 e Portaria OMS n.º 467 Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina	Serviços para teleorientação (orientar e encaminhar pacientes em isolamento), telemonitoramento (monitoramento de condições de saúde de pacientes) e teleinterconsultas (troca de informações entre médicos).
	lei n.º 13.989/2020 – Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2)	Autoriza o uso da telemedicina enquanto durar a pandemia.
	Projeto de lei 1998 - deputada federal Adriana Ventura	Visa implementação da telemedicina para todo o território nacional sem restrição.

Fonte: Elaborado pela autora

Ainda que estas iniciativas tenham ocorrido em um momento que pede mais atenção jurídica no que diz respeito aos aspectos da prática da teleconsulta fora do contexto, emergencial, são elas que fomentam a regulamentação após pandemia, como, por exemplo, a aprovação do projeto de lei 1998 da Deputada Adriana Ventura que dispõe da autorização e definição da prática da telemedicina em todo o território nacional.

Compreende-se que ainda existem diferentes interpretações em relação à efetividade da nova prática. Por um lado, há atores que favorecem a prática tradicional médica, por outro, aqueles que resistem à mudança (MALDONADO; MARQUES; CRUZ., 2016; WEN, 2020).

Na concepção institucional, “quando uma nova lógica é introduzida em um campo estabelecido, a rivalidade entre os principais atores é provável, porque os atores desafiadores apoiam uma nova lógica enquanto atores incumbentes apoiam a velha lógica (WALDORFF; REAY; GOODRICK, 2013 p. 631). Desta forma, é possível entender que existem conflitos entre lógicas institucionais que impedem a institucionalização da teleconsulta.

A consulta tradicional remetente à lógica profissional médica é regulada pelo CFM. Busca firmar o melhor atendimento, baseado na assistência protocolada, subsidiada pelas diretrizes de família (paciente), tais como afetividade, princípios dos cuidados e influências familiares (DA LUZ, 2019). Alguns rituais do atendimento médico são considerados básicos do ato médico: o médico com seu jaleco branco atrás de uma mesa e o paciente sentado do outro lado, ambos em uma sala fechada, onde o paciente é ouvido, diagnosticado e tratado. O encontro

presencial, em especial a primeira consulta, pode formar primeiros laços afetivos entre ambos que não podem ser banalizados (PORTO, 2016).

Uma consulta médica pode contemplar diferentes etapas: “anamnese, exame físico, hipóteses diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica, como componentes essenciais de uma consulta convencional” (WEN, 2020, p.8).

Por outro lado, a teleconsulta propõe cuidados médicos à distância que prometem ser mais rápidos e de menor custo. É considerada um método diferenciado de atendimento que permite estar mais próximo da realidade social do paciente. Além disso, amplia a capacidade de atendimento médico dos sistemas de saúde e pode quebrar paradigmas da medicina no que diz respeito evitar doenças para uma medicina que evita pessoas por meio do autocuidado doenças (WEN, 2020; MALDONADO; MARQUES; CRUZ., 2016)

Certos procedimentos médicos podem ser realizados remotamente, como acompanhamento de rotinas simples de pacientes diabéticos, gestantes, hipertensos, e doenças autoimunes (hipotireoidismo), entre outros como manifestação clínica comum (febre ou dor de garganta) (WEN, 2020; CATAPAN; CALVO, 2020; JORGE, 2020). Isso significa que se um atendimento médico é fragmentado, pode ser perfeitamente realizado via teleconsulta.

Portanto, tendo em vista estas reflexões, este contexto da admissão da teleconsulta como uma nova lógica pode promover diferentes mecanismos das múltiplas lógicas existentes no campo da saúde, resumidos no quadro 2.

**Quadro 2. Novas demandas das múltiplas lógicas com a teleconsulta**

<b>Instituição</b>	<b>Novas atribuições das lógicas com a</b>
Mercado	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Investimentos externos diretos, oportunidades de negócios e controle de custos.</li> <li>✓ Ecommerce e logística de distribuição da saúde, remetendo-se às empresas de serviços de saúde que expandem o atendimento para mais pessoas, a preços menores e competitivos.</li> <li>✓ Vantagens competitivas em determinados nichos de mercado.</li> </ul>
Corporativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estratégias das multinacionais, tais como aquisições e fusões, parcerias e alianças estratégicas, joint ventures, lançamento de novos produtos e serviços etc.,</li> </ul>
Família	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ampliação dos serviços prestados, potencial redução do número de atendimentos e de internações</li> <li>✓ Educação em autocuidados, orientação e prevenção para a população (eCare), ao monitoramento de cuidados multiprofissionais domiciliares (Telemulticare).</li> <li>✓ Atenção aos limites éticos e legais do exercício da profissão.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O aspecto ético é suscitado pela telemedicina no que diz respeito ao sigilo, à confidencialidade e à privacidade das informações.</li> </ul>
Estado	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Iniciativas governamentais em telemedicina pelo Ministério da Saúde, às quais se agregaram os Ministérios da Ciência, Tecnologia e Inovação e da Educação e coparticipação de vários órgãos decisores.</li> <li>✓ Ação do Estado relacionada à mediação e modulação das tensões e interesses entre a dimensão econômica, vinculada ao processo de inovação, de acumulação e de eficiência econômica, e à dimensão social</li> </ul>
Profissão Médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aumento da qualidade, segurança na prestação de cuidados, integralização de serviços hospitalares, entre outros</li> </ul>

Fonte: (Adaptado de Maldonado, Marques e Cruz, 2016 e Wen, 2020; Freitas, 2020)

Nesse sentido, parece que a teleconsulta não se resume ao rito do atendimento médico em uma sala fechada, usando WhatsApp, telefone ou e-mail para atender pacientes (WEN, 2021). A proposta da telemedicina com a teleconsulta abrange significados mais amplos que envolvem aspectos sociais, econômicos e políticos (FGV, 2021). Isso pode estar atrelado à mudança do conceito da telemedicina que ao longo do tempo sofreu modificações (WEN, 2021). Hoje, é compreendida pelos tratamentos, cirurgias, diagnósticos, monitoramento remoto de pacientes, pesquisa, investimento, melhoria de logística e gestão, e outros aspectos relacionados à saúde que utilizam a tecnologia.

Os relatos das primeiras experiências de telemedicina referem-se à invenção de estetoscópio em 1910, “*acoplado a amplificadores, receptores e repetidores, conseguia transmitir sinais por cerca de 50 milhas*” (FARIA, 2020)

A partir do século 19, através da criação do telégrafo e da telegrafia, o uso da telemedicina significativamente permitiu o envio de laudos radiográficos à distância para diferentes lugares. Também a implementação da telecirurgia, que vem ganhando mais espaço na medicina, inclusive no Brasil, onde a cirurgia é realizada por um robô, manipulado por um cirurgião à distância juntamente com outro médico presencial que tenha a mesma habilitação daquele cirurgião (SOUZA, 2020).

No Brasil, os primeiros experimentos com a telemedicina começaram em 1994 com a transmissão a distância dos exames eletrocardiogramas. Em 1995 presencia-se a criação do ECG-FAX pela InCor que permitia envio de exames via fax. E em 1996, a mesma instituição desenvolveu o monitoramento em domicílio através de um sistema denominado ECG-Home (FARIA, 2020).

Portanto, historicamente, pesquisadores da saúde explicam que a telemedicina passou por três fases distintas: a Social de 1998 a 2005 onde houve a predominância do valor humano

e do direto do cidadão, no sentido de ampliar acesso da assistência médica em regiões remotas e democratiza os serviços de saúde (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016); a era acadêmica e governamental de 2005 a 2015, na qual a CNPQ aprovou o projeto de expansão e consolidação da telemedicina no Brasil em que na mesma época o MS se interessou construir uma rede em apoio a atenção primária, que é atualmente conhecida como Programa Brasil Redes e a fase de 2015 até o momento atual, em que em decorrência dos conflitos políticos e econômicos no país, a força da acadêmica e governamental diminuiu, enquanto a comercial se expandiu. Isso pode ter relação com o barateamento dos meios de comunicação e da tecnologia (WEN, 2021).

Desta forma presume-se que são quatro lógicas presentes no processo de evolução da telemedicina: lógica de família, lógica profissional, lógica estado e a de mercado. O quadro 3 resume a história da telemedicina no Brasil.

**Quadro 3. Fases da telemedicina**

Fases	Telemedicina
1998-2005	Social
2005-2015	Universitária, governamental e pública
2015 prospectiva até 2025	Comercial e empreendedora

Fonte: Adaptado de Wen (2019; 2021)

No que se refere à teleconsulta entre médico-paciente as primeiras experiências registradas sobre o atendimento remoto foram feitas pela revista Science que documentou a primeira consulta através de uma ligação em 1879. Então isso significa que são 145 anos que a teleconsulta se revelou (NETO, 2021) no campo da saúde, mas não se institucionalizou.

Em relação aos demais países, China, Bangladesh, México, Estados Unidos, Albânia, Noruega, Austrália, Inglaterra e Canadá, os serviços de teleconsulta estão intuídos em forma de teletriagem, telediagnóstico, telecirurgia e telemonitoramento e são aplicadas em diferentes áreas e especialidades médicas através de diferentes ferramentas de comunicação como telefone, e-mail, mensagens e *WhatsApp* (SILVA; CARNEIRO, 2019; CATAPAN; CALVO, 2020).

Uma pesquisa da HIMSS Analytics de 2017 mostrou que 70% dos provedores de saúde da América do Norte usam a ferramenta telemedicina como meio de se comunicar com os pacientes. No caso do Canadá, por exemplo, sete a cada dez pacientes dizem se beneficiar pelas

assistências virtuais e acreditam que a incorporação da tecnologia é uma forma de melhorar os serviços de saúde (MORAES, 2021)

Diante disso, o Brasil está protelando as iniciativas de inovação médica. O que pode revelar que a “cultura conservadora, rotinas, processos de trabalho, estruturas de poder, relações profissionais, incertezas, aversão ao risco, entre outros aspectos,” (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016, p.8) implicam a institucionalização da teleconsulta. Desta forma, é necessário entender quais fatores comprometem essa transformação, principalmente quando há duas lógicas centrais que cooperam e competem por muitos anos.

É um momento oportuno para investigar as implicações que envolvem uma nova lógica em ação, nas profissões médicas, pois a teleconsulta “é um método desafiador e introduz um elemento “estranho” na cristalizada e tradicional situação presencial entre o médico e o paciente. Isto por si só gera uma série de resistências (implícita ou explícita) que se tornam barreiras para o seu desenvolvimento pleno” (WEN, 2020, p.17). Nesse ponto, as barreiras citadas por Wen podem-se aferir aos fatores dos quais esta pesquisa pretende investigar. Para tanto, “a mudança de campo não deve ser entendida como um evento exógeno, mas como algo que é socialmente construído pelas organizações por meio de suas tomadas de decisão e suas respostas contínuas e cumulativas à complexidade institucional” (GREENWOOD et al., 2011, p.357). Dito isto, a interrupção ou transformação de uma lógica envolve mergulhar nesses fatores que motivam os atores a seguir ou resistir uma determinada lógica (HAVEMAN; GUALTIERI, 2017).

A próxima seção descreve-se os métodos e procedimentos aplicados na pesquisa como forma de validar ou invalidar as concepções apresentadas na fundamentação teórica a partir do caso empírico.

### **3. METODOLOGIA**

A estratégia de pesquisa deste trabalho foi qualitativa, visto que buscou compreender um comportamento ou uma realidade em profundidade a partir da interpretação de dados narrativos (GODOY, 1995). Deste modo, contribuiu para identificar fatores complexos, que influenciam o fenômeno em estudo (teleconsulta), que puderam ser interpretados levando em conta as concepções teóricas apresentadas e as experiências (costumes e pensamentos) dos sujeitos em análise.

Investigou-se como uma lógica prevalente, a lógica médica tradicional, a partir de seus elementos constituintes (lógica de mercado, de estado, das profissões, das corporações, da

família e do paciente) dificultam a institucionalização da teleconsulta, um fenômeno empírico e atual (GODOY, 1995; KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010; YIN, 2015) com base nas experiências dos participantes do campo da saúde, tais como médicos que trabalham em hospitais, clínicas, e setores públicos de saúde. Também agentes instituídos pelo Estado como (Conselho Federal Medicina, Conselhos regionais de medicina e a Agência reguladora do sistema de Saúde – ANS), entre outros como, professores do curso de medicina e prestadores de serviços tecnológicos que participam das discussões relativos aos avanços da telemedicina.

Portanto, a pesquisa qualitativa contribuiu para examinar o conteúdo institucionalista, como os significados das instituições e suas complexidades (THORNTON; OCASIO, 2008).

### 3.1 Tipo e método de pesquisa

O tipo de pesquisa em parte foi descritiva para dissertar e identificar as características de um fenômeno, no caso em questão a teleconsulta (GIL, 2008; KAUARK; MANHÃES, MEDEIROS, 2010) como uma nova lógica que implica mudanças na rede de saúde e explicar o seu processo de institucionalização. Outra parte da pesquisa foi explicativa onde buscou “identificar os fatores que determinam ou contribuem para ocorrência dos fenômenos e [...] aprofundar o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas” (GIL, 2008, p.27).

A rede de saúde foi categorizada como: Sistema Único de Saúde, - SUS, Rede Suplementar de Saúde - RSS, hospitais e clínicas particulares, conselhos regionais, associações médicas, universidades, *startups* de saúde e empresas de tecnologias de saúde, cuja mudança pode refletir diferentes perspectivas e significados para estas organizações.

A contextualização da parte descritiva da pesquisa foi constituída pelo método documental, onde diferentes fontes secundárias, como artigos da mídia, sites e *blogs* médicos, informativos, regimentos, webinars e boletins de notícias contribuíram para fundamentar os argumentos propostos. O quadro 4 apresenta as vozes que representaram as fontes secundárias da pesquisa.

**Quadro 4. Vozes secundárias da pesquisa**

<b>Vozes</b>	<b>Cargo</b>	<b>Fonte</b>
Adriana Ventura	A deputada federal e coordenadora da Frente Parlamentar Mista da Saúde.	Webinar  I Ciclo de debates sobre desafios regulatórios da saúde suplementar - Mesa 2 em 28 de julho de 2021

Alberto Lott	Especialista em saúde da consultoria Falconi	Assistants, em 29 de junho de 2021
Aldemir Soares	Conselheiro e relator da resolução do CFM 2.227/2018	Istoé Dinheiro, em 23 de agosto de 2019.
Analluza Bolivar Dallari	Advogada	Boletim de notícias Conjur, em 19 de março de 2020
Casemiro dos Reis Junior	Presidente da Federação Médica Brasileira – FMB	Notícias da Confederação Nacional das Profissões Liberais, em 7 de fevereiro de 2019.
César Biselli	Coordenador de inovação e tecnologia do Hospital Sírio-Libanês	Notícia Saúde Estadão, 07 de agosto de 2019
César Fernandes	Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB),	Câmara dos deputados, 16 de março de 2021
Claudio Lottenberg	Presidente do UnitedHealth Group Brasil, Amil	Estadão Saúde, em 08 de julho de 2019.
Chao Lung Wen	Chefe da disciplina de telemedicina da USP	Entrevista geste e Gestão, Healthcare, em 22 de março de 2019
Chao Lung Wen	Chefe da disciplina de telemedicina da USP	Setor Saúde em 20 de março de 2020.
Chao Lung Wen.	Chefe da disciplina de telemedicina da USP	Entrevista na NUTEDS/UFC- O Núcleo de Tecnologias e Educação à Distância em Saúde da Universidade Federal do Ceará, em 13 de março de 2018
Chao Lung Wen	Chefe da disciplina de telemedicina da USP	Podcast, telemedicina do futuro, 17 de agosto de 2021
Chao Lung Wen	Chefe da disciplina de telemedicina da USP	Webinar  I Ciclo de debates sobre desafios regulatórios da saúde suplementar - Mesa 2 em 28 de julho de 2021
Chao Lung Wen.	Chefe da disciplina de telemedicina da USP	Episódio de podcastep.109 - Prof. Chao Wen e a Telemedicina do futuro Saúde Digital, em 17 de agosto de 2021
Cristina Índio	Repórter da Agência Brasil	Agência Brasil, setor saúde, R7 em 16 de abril de 2020.
Donizetti Giamberardino Filho,	1º vice-presidente do CFM e coordenador da Comissão Especial	CFM 2 de setembro de 2020.
Eduardo Carvalho	Presidente da Equinix no Brasil, empresa americana,	Cryptoid digital, em 7 de agosto de 2020

Eduardo Cordioli	Gerente médico de Telemedicina do Hospital Israelita Albert Einstein, membro do Conselho Científico do Global Summit Telemedicine & Digital Health e presidente da Associação Brasileira de Empresas de Telemedicina e Saúde Digital	Audiência pública, em 29 de julho e 2021
Fábio Tiepolo	CEO da Docway, startup brasileira focada em soluções de saúde digital	Medicinas, em 26 de julho 2021
IPCOM	Telemedicina decola na saúde privada, mas é desincentivada no SUS	Instituto Brasileiro de Previdência Complementar e Saúde Suplementar, em 02 de outubro de 2020
Jefferson Fernandes	membro da Associação Paulista de Medicina (APM)	declaração na Folha de São Paulo, 17 de março de 2020
José Luiz Amaral	presidente da Associação Paulista de Medicina (APM),	Câmara dos deputados, em 16 de março de 2021
Lígia Bahia	Professora de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	Assistants, em 29 de junho de 2021
Luís Fernando Vieira Joaquim	Sócio-líder da indústria de Life Sciences & Health Care da Deloitte	Assistants, em 29 de junho de 2021
Sidney Klajner	Cirurgião e Presidente da Sociedade Israelita Albert Einstein,	Jornal Folha de São Paulo, Saúde, em 03 de abril de 2021.
Tiago Ávila	Responsável pelo Distrito Dataminer	Entrevista na Neofeed, em 8 junho de 2020
Thaís Jorge	Diretora da Bradesco Saúde,	Entrevista na Revista Exame em 13 de agosto de 2020
Zacharias Calil	Deputado DEM-GO	Correio Braziliense, em 23 de abril de 2021

Fonte: Elaborado pela autora

Desta forma, tendo em conta a importância da pesquisa qualitativa, o tipo de pesquisa e os diversos métodos utilizados, o método documental foi um mecanismo importante para este estudo, pois permitiu compreender, por um lado, uma realidade social por meio da análise de diferentes documentos, e por outro, estabelecer relações entre o conteúdo e a questão de pesquisa (SILVA et al., 2009).

O método usado para esta parte explicativa da pesquisa foi a entrevista direta, onde o entrevistador e os participantes debateram o conteúdo inerente aos objetivos do estudo em questão (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

Para as entrevistas foram utilizados roteiros semiestruturados, com perguntas abertas, tais como “por que você é a favor ou não da teleconsulta” e “quais são os primeiros impactos que a teleconsulta provocaria na sua rotina?”. Os vários roteiros podem ser visualizados no anexo A, ao final deste trabalho. Além disso, a pesquisa passou pela comissão de Ética, conforme parecer 4.679.302.

A escolha pelos roteiros com perguntas abertas foi importante para identificar os fatores que ainda não foram analisados pela ciência, pois sendo mais flexíveis e dinâmicos permitiram fomentar trocas de ideias (ALVES; SILVA, 1992) e captar valores, padrões, motivos, entre outros aspectos referentes ao processo da institucionalização da teleconsulta.

Os respondentes foram encontrados via indicação, amparados na metodologia Snowball Sampling de Goodman (1961), que consiste numa técnica para amostras pequenas, em que a unidade de análise é de difícil acesso. Nesse caso, alguém que é influente indica um contato e o pesquisador começa a explorar os participantes a partir de indicações do próprio grupo ou de outras pessoas influentes (sementes) da própria rede social e “assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador” (VINUTO, 2014, p. 203). O processo se encerra a partir da saturação teórica.

Desta forma, o número de participantes não foi fixado, pois dependeu da capacidade operacional da coleta de dados e da análise dessas informações, e da construção do conhecimento a partir do fenômeno em análise. Embora as Agências de Fomento e Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) exijam a indicação de um determinado número de participantes no projeto de pesquisa, para fins de planejamentos dos recursos, a amostra foi explorada durante a execução da pesquisa, uma vez que o pesquisador justifica os critérios utilizados para atingir a saturação teórica (PATIAS; HOHENDORFF, 2019).

Desta forma, para medir a saturação teórica, dois critérios foram observados, o primeiro atentou-se que as informações através das narrativas não adicionam mais casos, e segundo, os dados encontrados não agregam a teoria (EISENHARDT; GRAEBNER; SONENSHEIN, 2016).

Os participantes foram categorizados, tomando como base as lógicas institucionais identificadas no campo da saúde, conforme apresentado no quadro 5, que a princípio seriam privilegiadas por eles. Os participantes codificados em cada lógica foram percebidos durante a construção das reflexões deste trabalho, e mostraram ser bastante atuantes no sistema de saúde.

**Quadro 5. Lógicas do campo da saúde, atributos de observação e atores principais**

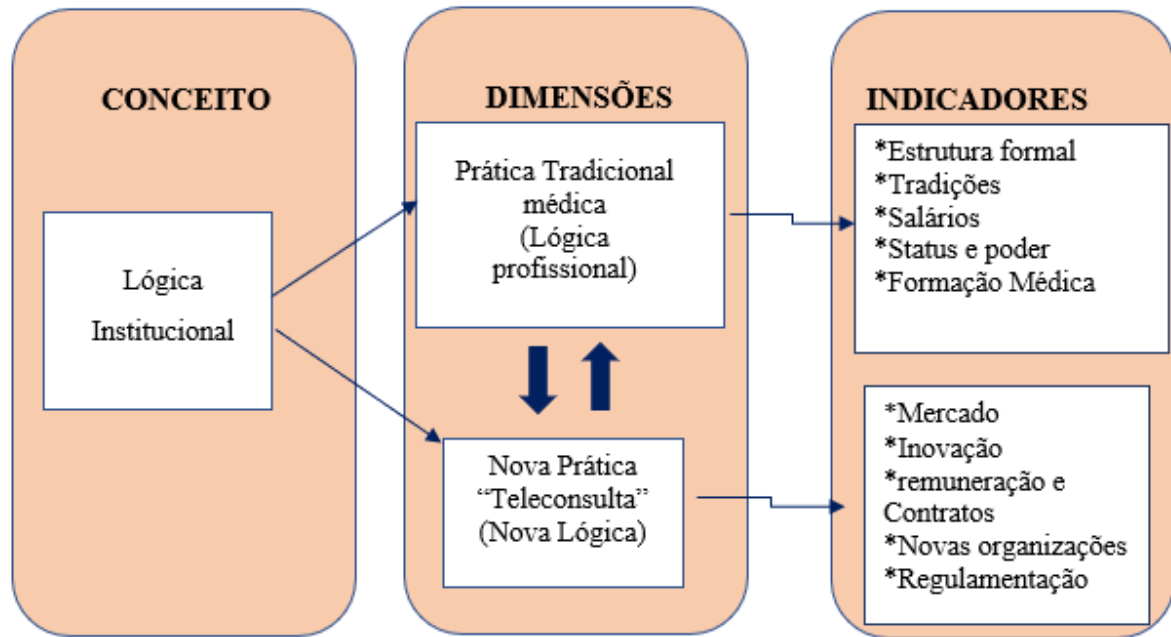
<b>LÓGICAS</b>	<b>ATRIBUTOS</b>	<b>ATORES</b>
Lógica profissional	Conhecimentos dos profissionais, rotinas de trabalho e argumentos de resistências, responsabilidade médica e ética profissional.	Médicos especializados, médico de trabalho, Médico professor e médico do SUS.
Lógica teleconsulta	Conhecimentos dos profissionais, experiências com a prática da teleconsulta, benefícios para o paciente e implicações para a prática médica.	Médicos especializados, médico de trabalho, médico professor e médico do SUS. Professor de medicina e novos agentes a favor da teleconsulta e paciente.
Lógica corporativa	Rotina da empresa, estratégias das empresas, produtos e serviços.	Agentes representantes das empresas tradicionais de saúde e novos setores emergentes da saúde.
Lógica do mercado	Atividades relacionadas com ganhos, preços, custos, vendas e contratos de trabalho e serviços.	Agentes de Mercados de saúde, operadoras de saúde, iniciativas de mercado.
Lógica do estado	Controle das ações da saúde pelo Estado, iniciativas do estado com a inovação, regulamentação e novas diretrizes.	Agente do estado (CFM), Câmara do deputado, ANS, Conselheiros Regionais, entre outros agentes governamentais, médicos funcionários públicos.
Lógica da família	Influência dos médicos familiares, prevenção para a população (eCare), qualidade de vida do paciente, nível social do paciente, dados sensíveis do paciente.	Médico de família, diferentes especializações médicas que adotam a teleconsulta e paciente.

Fonte: Adaptado de (GOODRICK; REAY, 2011; DUNN; JONES, 2010; PORTO, 2016; MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016; RYNGELBLUM et al., 2018)

Os conceitos referentes ao quadro 5 foram definidos com base na análise do conceito representado pela figura 1, a seguir.

A análise do conceito permitiu ilustrar, a partir da teoria um novo caso que ainda não foi explorado pela literatura, a qual contribuiu para indicar fatores significativos que não foram investigados (ZAGONEL, 1996). É um recurso dinâmico que possibilita ser alterado pelo uso e aplicação (FERNANDES et al., 2011). Nesse sentido, conforme a figura 1, novos indicadores foram adicionados após os resultados da pesquisa como a “formação médica”, referente a prática tradicional e a “regulamentação” na aba da nova prática, as quais não estavam presentes na elaboração inicial.

**Figura 1. Análise conceitual do campo da saúde**



Fonte: Elaborada pela autora

### 3.2 Análise dos Resultados

A análise dos resultados envolveu o processo de formação de sentidos dos dados, concentrando-se em todas as fontes usadas na pesquisa referentes à interpretação das entrevistas e das informações secundárias (TEIXEIRA, 2003), tendo como parâmetro o quadro 5, para identificar as múltiplas lógicas, e a partir dos argumentos, comparar com outros fenômenos semelhantes (MARTINS JUNIOR, 2015).

Para codificação das narrativas foram programadas as seguintes etapas: primeiramente transcreveu-se as entrevistas (LI et al., 2018) e em seguida foi esquematizado os elementos em comuns que atribuem às lógicas institucionais através da ferramenta Atlas TI, a qual facilitou a construção dos resultados e a validação das proposições teóricas apresentadas. O quadro 6 mostra as etapas da análise dos resultados.

**Quadro 6. Codificação dos dados da entrevista**

Transcrição das entrevistas	Identificar por meio do discurso dos entrevistados, concepções do tema
	Após identificar, fazer anotações, selecionando e interpretando os pontos críticos
	Paralelamente compartilhar com outros pesquisadores para contribuir com a análise da pesquisa

Construir os resultados	Retomar as concepções do estudo e traçar conteúdo da fala dos entrevistados
	Afunilamento dos dados levando em conta a abrangência da pesquisa
	Construção de interpretações e fomentação de novas questões de pesquisa

Fonte: Adaptado de (ALVES; SILVA, 1992; TEIXEIRA, 2003; LI et al., 2018).

### 3.3 Critérios de validade da pesquisa

Em termos da validade da pesquisa, múltiplas fontes de evidências foram usadas para responder à pergunta inicial como artigos, mídia, sites, informativos, regimentos e boletins de notícias, periódicos acadêmicos e webinars que continham informações sobre telemedicina e teleconsulta médico-paciente. Também as entrevistas com diferentes profissionais que representam o setor da saúde (médicos, professores, conselheiros, fiscal, agência reguladora entre outros) juntamente com o método de observação, contribuíram para complementar o estudo.

Desta forma, a partir destas múltiplas fontes de evidências foi possível fazer a triangulação da pesquisa (PAIVA JÚNIOR; LEÃO; MELLO, 2011; PATINO; FERREIRA, 2018) em que a confiabilidade pode ser verificada através do protocolo da pesquisa que orientou este estudo (YIN, 2015), disponível no link: <https://drive.google.com/drive/folders/1x8Hs7k2SjkIG4Bbo3QYxiWW7GHk806u5?usp=sharing>. Segundo Paiva Júnior Leão e Mello (2011) e Yin (2015), o protocolo é um recurso de análise para que outros fenômenos sejam estudados, da mesma forma que os resultados do estudo em questão, em diferentes tentativas de pesquisa.

Este protocolo constitui dados dos entrevistados, dados da pesquisa, observações gerais dos entrevistados, diretrizes gerais para o pesquisador e entrevistador, roteiro da entrevista, conclusão das entrevistas e acordo de compromisso (CASSANEGO JÚNIOR et al., 2019).

## 4. RESULTADOS DA PESQUISA E ANÁLISE

Apresenta-se nesta seção o perfil dos respondentes da pesquisa, os dados primários dos argumentos dos agentes da saúde pública e privada, e dados secundários que dão suporte à pesquisa.

O período de coleta dos dados primários ocorreu entre 16/04/2021 e 31/07/2021. Dentre as empresas e organizações que participaram da pesquisa contam-se universidades públicas e privadas, o CFM, a ANS, uma empresa de cuidados geriátricos e diferentes médicos que

trabalham nos setores privados e públicos da saúde. Os respondentes médicos e os da empresa de cuidados foram selecionados por indicação de diferentes grupos sociais dos quais esses profissionais fazem parte (grupo de pesquisa UNIP, equipe do IFSP, grupo de igreja e família). O total de respondentes foi de 14. Onze por videoconferência, dois responderam através de questionários e um respondeu por áudio. Os respondentes que se dispuseram a participar via questionário justificaram questões de agenda lotada. O tempo médio das entrevistas foi de 25 minutos. A de menor tempo teve cerca de 12 minutos e a de maior tempo 45, minutos.

O quadro 3 resume informações acerca dos cargos, funções dos participantes, local de trabalho e dia da entrevista.

**Quadro 7. Perfil dos respondentes da pesquisa**

<b>R*</b>	<b>Perfil</b>	<b>Local de trabalho</b>	<b>Método</b>	<b>Data/Mês 2021</b>
1	Médico de trabalho	IFSP	Videoconferência	28/04
2	Gastroenterologista	Hospital São Luiz	Videoconferência	28/04
	Cirurgião Geral	Hospital Mário Covas		
3	Psiquiatra	Hospital particular	Videoconferência	01/05
4	Radiologista	Hospital de Base de Brasília	Videoconferência	07/05
5	Clínico Geral	IFSP	Videoconferência	12/05
6	Professor	Unesp	Videoconferência	22/05
7	Clínico Geral	UBS Bahia	Videoconferência	22/05
8	Deputada Federal	Partido novo	Formulário	26/05
9	Professor	UFMG	Áudio	04/06
10	Professor	PUC	Videoconferência	07/06
11	Professor	UFMG	Videoconferência	08/06
12	Vice-presidente do Conselho Federal de Medicina	CFM	Formulário	09/06
13	Fisioterapeuta e fundador da Inplace Saúde	Inplace Saúde	Videoconferência	15/06
14	Fiscal	ANS	Videoconferência	23/06

<sup>1</sup>**Fonte:** Elaborada pela autora

#### <sup>1</sup> GLOSSÁRIO DO LOCAL DE TRABALHO DE CADA PARTICIPANTE

**ANS:** Agência Nacional de Saúde Suplementar

**CFM:** Conselho Federal de Medicina.

Este estudo objetivou examinar a institucionalização dos processos de atendimento da saúde, envolvendo a prática tradicional e através da teleconsulta na rede de saúde pública e privada no Brasil.

Percebeu-se que o conceito de telemedicina é utilizado de forma muito ampla, sendo às vezes identificado à prática da teleconsulta, apesar de também abranger áreas como prevenção, educação, logística, entre outros aspectos ligados à profissão médica.

Desta forma, não seria correto analisar o conteúdo de telemedicina como ato médico exclusivo, porque atualmente parece haver uma banalização do termo. O professor Chao Lung Wen (2018) afirmou que a telemedicina pode ser compreendida como um sistema integrado de serviços e tecnologias mais eficientes e seguros, que viabiliza uma medicina conectada em termos de efetividade dos processos, prevenção, melhoria da atuação da atenção primária e gestão em saúde (WEN, 2018).

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde, em 2007, havia declarado existir 107 definições revisadas do termo “telemedicina”. A isso soma-se que, normalmente, tecnologias emergentes não costumam ter uma definição específica e universal (URTIGA; LOUZADA; COSTA, 2004). Essa reflexão serve para esclarecer as discussões das próximas seções. As narrativas expressam o conceito de ‘teleconsulta’ como ‘telemedicina’. Sendo assim, na leitura de cada narrativa e seus argumentos, considera-se o termo telemedicina, no sentido de teleconsulta médica.

Outro ponto a ser considerado é que telemedicina e telessaúde não são conceitos sinônimos. Percebeu-se que algumas narrativas, ao defender a prática médica como saúde digital, acabam incluindo outras áreas da saúde, consideradas adaptadas à teleconsulta, como, por exemplo, a psicologia. No entanto, a telemedicina destina-se a conteúdos médicos (teleconsulta, telerradiologia, telecirurgia, interconsultas médicas entre outros) e a telessaúde abrange outras áreas da saúde como psicologia, nutrição, dentre outros. Mesmo assim, estes argumentos foram examinados tendo em vista as objeções em relação à adoção da teleconsulta.

---

**IFSP:** Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo.

**UBS:** Unidade Básica de Saúde

**UFMG:** Universidade Federal de Minas

**UNESP:** Universidade Estadual

**PUC:** Pontifícia Universidade Católica

\*Respondentes

Para a análise, observaram-se também elementos das profissões médicas (cuidados dos pacientes, ética profissional, exame físico, motivação e resistência), as consequências inerentes à resolução 2.227/18 do CFM (primeira norma tentativa para a introdução da teleconsulta entre médico-paciente), as medidas provisórias do CFM nº 1756, do MS 467 e do Planalto lei nº 13.989 liberadas para atender demandas da Covid e outros tratamentos médicos pós-pandemia. Portanto, consideraram-se três fases da utilização da teleconsulta com o paciente. A primeira, da tentativa do CFM, com a resolução 2.227/18 que entendia a teleconsulta apenas como retorno médico, após uma primeira visita presencial. A segunda durante a pandemia e a terceira pós-pandemia.

Vale destacar que a prática da teleconsulta está regulada entre médicos, a chamada interconsulta, pela resolução CFM de 2002, Código de Ética Médica, e inclusive pela declaração Tel Aviv de 1999. A teleconsulta médico-paciente é permitida no Brasil em caráter de emergência, na condição que o encontro presencial seja realizado o mais breve possível. Ou seja, exige-se a consulta presencial como prática de atendimento. Entretanto, no contexto emergencial, devido à Covid, a teleconsulta médico-paciente precisou ser permitida. Atualmente, as novas discussões permeiam a regulação fora desse contexto, ou melhor, o atendimento virtual para todos os tratamentos médicos e inclusive a qualquer momento e sem a condição do primeiro encontro presencial.

A próxima seção e as seguintes buscam responder aos objetivos específicos da pesquisa, a partir das narrativas dos respondentes e das informações secundárias.

#### **4.1 Alterações previstas na prática médica com a introdução da teleconsulta**

Para a análise da introdução da teleconsulta, com base nas múltiplas lógicas (quadro 5), levaram-se em conta as implicações sociais, financeiras, tecnológicas, políticas, novas características da profissão médica para o atendimento ao paciente e capacitação dos profissionais médicos.

Observou-se que a profissão médica é influenciada por múltiplas lógicas. A lógica profissional médica é caracterizada pelos médicos como uma prática estabelecida e reconhecida pela sociedade.

Para o respondente R5, a medicina é uma arte de curar patologias e de acolher o paciente. E nesse sentido, na consulta presencial, tem-se o relacionamento que começa a partir do momento que o paciente entra pela porta e fala: “bom dia”. R1 afirma que consulta presencial

é superior à teleconsulta, pois permite uma interação melhor entre médico e paciente, concordando com R5, que o relacionamento começa a partir da entrada do paciente no consultório. Em termos da profissão médica ser caracterizada como superior, R12 declara que: “a consulta presencial é o padrão de referência para a prática médica no planeta”. Nesse sentido, o CFM concorda, que o atendimento presencial é o padrão ouro da medicina (CFM,2020)

Assim, do ponto de vista dos médicos, a condição para a introdução da teleconsulta seria talvez para um terceiro ou quarto encontro, pois precisam examinar o paciente independentemente da especialidade (R5, R6). Para R3, o olhar especializado do médico para determinadas patologias só é válido no atendimento presencial.

Por outro lado, há médicos que aceitam a teleconsulta auxiliadora, no que se refere a complementar exames (R2, R4, R10). Outros acreditam que não há diferença da teleconsulta em relação à consulta presencial. Isso vai depender do conhecimento médico e da sua habilidade com a tecnologia (R3, R11; WEN, 2021). Nesse caso, o paciente passa a ser visto no seu contexto social, onde detalhes do ambiente em que vive são considerados. Inclusive inclui a participação dos membros familiares que muitas das vezes não são contemplados no atendimento presencial (TARABAL, 2021). Portanto, parece tratar-se de uma valorização pelo médico desse aspecto da consulta – o que sugere entendimentos distintos entre os médicos.

No que refere à relação médico-paciente, para R12, a comunicação deve ser preservada, conduzida segundo a responsabilidade ética, civil e criminal. Para R2, no atendimento presencial existe o lado emocional entre médico e paciente, onde o paciente deve ser ouvido e compreendido, porque muitas das vezes não sabe se expressar. A segurança da comunicação é fundamental, pois os dados gerados pelas conversas entre médicos e pacientes são privados e precisam ser preservados pelos profissionais e instituições de saúde (CRYPTOID DIGITAL, 2020). Desta forma a prática médica tradicional se mostra uma lógica preexistente, reconhecida pelos profissionais e instituições da saúde.

A partir da maior utilização da teleconsulta durante a pandemia, outros valores importantes passam a ser relevantes, em que se destaca a lógica de família, pois agora o paciente tem a possibilidade de agilizar o processo do atendimento por um aplicativo, ganhando tempo da locomoção e tempo de espera por uma consulta ao contrário da consulta presencial onde o paciente pode esperar meses para agendar uma consulta com um especialista porque muitas das vezes não está disponível por diferentes motivos (TIEPOLO, 2021).

Com a teleconsulta, o atendimento passa a ser assistido, ao contrário do presencial que a valorização acontece quando o paciente dá entrada no consultório. A pandemia mostrou que a teleconsulta não é desumanizada, mas é um acompanhamento de longo prazo (EVENTO

GRUPO MÍDIA, HEALTHCARE TALKS, 2021). Nesse sentido, além de encurtar as barreiras físicas e proporcionar um acompanhamento assistido, a prática médica pode valer-se das referências de família para tomar melhores decisões clínicas e manter-se ao lado do paciente conforme suas necessidades (CORDIOLI, 2021).

Parece que nessa conjuntura quebrar barreiras físicas e ampliar a acessibilidade, a teleconsulta complementa os atributos do atendimento tradicional. “[...] surge como uma oportunidade de ampliar [...]a acessibilidade. Acesso aos serviços de saúde” (R10). Isso significa que a prática médica privilegia a teleconsulta quando os atributos da família ajudam na anamnese do paciente.

Em outra perspectiva, a maior influência da lógica de família, de mais fácil acesso a um profissional, implica em ações que, no entendimento médico, usam a teleconsulta de má fé. Nesse sentido, alguns comportamentos do paciente podem saturar o trabalho médico, sobretudo quando o paciente é, ao mesmo tempo, cliente. Ele pode exigir diferentes demandas porque está pagando pela consulta, como exigir um relatório por e-mail, em um dado momento. Em outro, ele requisita uma receita. No dia seguinte, solicita outro atestado alegando que teve que se ausentar do trabalho para realizar a teleconsulta. É um atendimento sem fim (R7). R3 explica que às vezes o paciente só quer um atestado e fica testando o atendimento médico até conseguir. Outros pacientes se passam por outra pessoa que não tem convênio médico com a finalidade de pegar uma prescrição médica em nome dessa pessoa. Como a teleconsulta facilita o agendamento e o reagendamento, o paciente fica tentando até alcançar seus objetos pessoais. R7 afirma que a prescrição é o principal interesse do paciente. Se conseguir, ele ficará satisfeito. Certamente, aqui vê-se que a teleconsulta atende o interesse do paciente que parece destoar da lógica profissional tradicional. R2 pensa da mesma forma que R7. O paciente pode conduzir a atendimento na brincadeira e considera que esse tipo de comportamento é desgastante. Para ele, na teleconsulta deve haver o mesmo profissionalismo atribuído à prática presencial.

Nesses casos, a teleconsulta passa a conflitar com as diretrizes da lógica profissional tradicional já partilhados, pois a teleconsulta pode gerar perda do tempo médico, visto que o paciente pode ser inoportuno. O tempo custa caro para alguns profissionais, e viver da teleconsulta no que diz respeito a ganhar dinheiro com a nova prática não é viável, dado que é mais trabalhoso (R7). Isso significa que “tempo” para o médico é dinheiro, ou seja, percebe-se aqui uma contradição entre a lógica profissional e a lógica de mercado.

Desta forma, a influência preponderante da lógica de família por meio da teleconsulta coloca em xeque a lógica de mercado com a qual a lógica médica busca se combinar. Por outro lado, a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Associação Paulista de Medicina (APM)

acreditam que a teleconsulta demanda mais tempo e conhecimento do médico, por esses motivos a remuneração deveria ser maior que a presencial. Aqui, tem-se a contradição entre as indicações da lógica de teleconsulta e a lógica de mercado, que busca remuneração condizente ao exercício profissional. A oposição ao uso da teleconsulta se dá por exigir mais conhecimento e tempo do médico, e isso requer mais investimento (capital) do médico.

Atualmente, discute-se o direito do médico decidir quais dessas duas práticas, consulta presencial ou teleconsulta deveria ser ofertada ao paciente, visto que o CFM estuda uma nova resolução, considerando-a como retorno. Ou seja, a condição para que o médico possa atender via remota requer o atendimento primeiramente presencial. Percebe-se, nesse debate, que a autonomia médica é um atributo da lógica democrática.

Schmitz (2021) acredita que a autonomia médica é um ato democrático que facilita a incorporação da prática da teleconsulta. Cabe a cada profissional, especialmente ao médico, avaliar se a consulta realizada à distância com o uso de tecnologia é adequada ou não. É essa autonomia de escolha que deve nortear o ato de cuidar das pessoas. A noção de autonomia, que poderia remeter a uma lógica democrática, é outra a entrar em contradição com a lógica tradicional.

R12 sugere que prevalece, neste momento, uma lógica democrática de autonomia médica que pode facilitar o uso de teleconsulta. Assim como a lógica de família que passará a fortalecer a prática profissional.

*No caso da teleconsulta, entendemos que o médico deve lançar mão de sua autonomia para decidir, com a anuência do paciente, se deve ou não ser usado o atendimento remoto. É o caso concreto, a realidade de cada paciente, que deve ser determinante para a escolha de uma consulta à distância ou presencial.*

No entanto, o CFM não se manifestou quanto à autonomia médica quando quis julgar a teleconsulta tampouco na elaboração da nova resolução (KLAJNER, 2021). Aqui mostra-se que a lógica de estado diverge da lógica democrática por omissão por alguns interesses discutidos nas próximas seções.

Identificou-se que a teleconsulta é privilegiada pela lógica de família. Nesse sentido, o paciente passa a ser visto no contexto social. Ele não precisa mais esperar por uma consulta médica. Hoje, as barreiras físicas do atendimento foram amenizadas. Portanto, nesse contexto, existe uma coexistência entre a lógica de família e da teleconsulta. Em compensação, a teleconsulta limita as práticas de mercado, no que se refere à remuneração médica, considerando

que a teleconsulta demanda mais investimento médico (tempo e conhecimento). A combinação das regras da teleconsulta com as diretrizes de mercado que o atendimento tradicional compartilha são conflituosas. No entanto, os dados sugerem que a lógica democrática (autonomia médica) pode ser invocada para intermediar as disputas entre as duas lógicas centrais e suas combinações de lógicas existentes, mediando esses conflitos.

A lógica democrática não foi considerada antes categoria de análise, mas na análise em questão. Segundo Friedland e Alford (1991), a lógica da democracia diz respeito à participação social pela igualdade dos direitos, em que as pessoas reivindicam sua liberdade de ação sobre aqueles que as controlam.

No estudo em questão, percebeu-se que a autonomia médica é um atributo da lógica democrática que é contraditória em relação a algumas regras da prática médica existentes, mas que pode facilitar as diretrizes de família, da teleconsulta e as múltiplas lógicas coexistentes.

#### **4.2 Os fatores relacionados às lógicas do campo da saúde que impedem a introdução da teleconsulta**

Considera-se que houve dois momentos da introdução da teleconsulta (médico-paciente) na prática médica. O primeiro foi com a resolução 2.227 do CFM em 2018, em que se definiu diversas práticas médicas que poderiam ser realizadas virtualmente, inclusive a teleconsulta, mas a partir do segundo e terceiro encontro. Apesar dessa restrição, sua aprovação foi revogada. O segundo momento da teleconsulta diz respeito às iniciativas do CFM e OMS que regulam o atendimento remoto em termos de teleorientação, telemonitoramento (as duas com pacientes) e teleinterconsultas (entre especialistas) como medidas de urgência devido à crise provocada pela Covid e também a lei 13.989/2020, em seu Art.3, que definiu a telemedicina durante o período da pandemia para “outros serviços da medicina mediados por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, e promoção de saúde”.

Embora estas últimas medidas visem o contexto da Covid, é com base nelas que os atores tentam regulamentar a nova prática pós-pandemia, para que seja definitiva. Ou melhor, tentam regular a teleconsulta fora da conjuntura emergencial, dado que as regras existentes, como a resolução do CFM de 2002 que introduziu a definição da telemedicina no país. Também, o Código de Ética Médica, as diretrizes do Programa Brasil Redes e a declaração Tel Aviv de 1999 sobre responsabilidade e normas éticas na utilização a telemedicina, onde o Brasil é signatário, estabelecem que o atendimento médico-paciente por teleconsulta somente pode

ser realizado de extrema urgência, exigindo-se do paciente o encontro presencial o mais breve possível.

A pesquisa indicou quatro fatores que permearam o impedimento da resolução elaborada antes do advento da pandemia: a preocupação da comunidade médica, a contratação e subvalorização do médico, a educação dos futuros profissionais e as eleições dos conselheiros no ano seguinte da resolução.

Na primeira tentativa do CFM em 2018 de introdução da teleconsulta um vídeo mostrando um hospital particular ofertando serviços de telemedicina que serviram de referência de atendimento remoto assustou um grupo importante da classe médica que participa do serviço público. Os médicos não foram consultados, por isso houve um movimento em direção à revogação (WEN, 2019). Nesse caso, o R1, R4, R5 e R7 tomaram conhecimento da resolução, mas não participaram no debate. R5, em particular, não participou porque sempre foi contra a teleconsulta. Esses médicos têm em comum o exercício da profissão no setor público da saúde. Por outro lado, o R2 e R3 sempre foram a favor de qualquer proposta que melhore o relacionamento entre os profissionais da saúde e pacientes. Estes profissionais estão sempre atuando em setores da saúde que possuem serviços de teleatendimento.

Julgou-se que se tivesse prevalecido a regulamentação de 2018, os interesses corporativos como de hospitais e operadoras de saúde teriam sido privilegiados, porque desfrutariam da redução de custos dos serviços de atendimento através da teleconsulta, como tem sido visto nesse segundo momento. Nesse sentido, por exemplo, a Amil durante as contestações da resolução de 2018, ofertava serviços de teleatendimento aos seus clientes de alto padrão econômico (LOTTENBERG, 2019), sendo que essa prática aconteceu mesmo após a revogação da resolução. Na época, alguns argumentos de oposição à norma sugeriam que a rede de saúde suplementar deveria ser excluída da nova resolução do CFM, a fim de evitar o mau uso da teleconsulta por outros profissionais, como os enfermeiros que não estão respaldados legalmente para solicitar exames e realizar teleconsulta, mesmo sob supervisão (LOPES et al., 2019). Percebe-se, dessa forma, o conflito entre as recomendações da lógica de mercado e corporativa com a lógica médica em torno da adoção da teleconsulta.

Em relação à profissão médica, houve uma preocupação com a perda e subtração de direitos médicos devido à pejetização e à proliferação das terceirizações que poderia provocar a contratação ilegal desses profissionais (REIS JUNIOR, 2019). Isso significa que a teleconsulta encorajaria a lógica de mercado, o que seria conseqüentemente incompatível com as regras da prática profissional, sugerindo outro conflito entre lógicas.

O terceiro fator, que levou à revogação da resolução, é que ela não previu a formação de novos profissionais (WEN, 2019) e isso impactaria o exercício da telemedicina, pois os profissionais não estavam preparados para prover um atendimento via teleconsulta. Diante disso, pareceu que os conflitos entre a prática tradicional e remota estavam implicados diretamente pela formação médica. Aqui, fica clara a existência de práticas profissionais distintas, o que reforça a ideia de contradições dentro das próprias lógicas.

Por último, no ano seguinte à resolução de 2018, haveria eleições para escolher novos conselheiros. Pareceu que algumas motivações políticas contribuíram para a revogação da resolução (SOARES, 2019). Neste caso, pode-se supor que as tensões entre as duas lógicas profissionais, a médica tradicional e aquela via teleconsulta, interferiram nas práticas do estado democrático. Sendo assim, diferentes mecanismos das múltiplas lógicas existentes (profissional, mercado, corporativo e estado) corroborados pelos interesses dos diretores, dos Conselhos Regionais de Medicina e dos Sindicatos de classe impediram a introdução da teleconsulta em 2019, ano que a resolução entraria em vigor.

No segundo momento, aquele durante a pandemia, a partir das narrativas dos participantes da pesquisa, observaram-se que alguns mecanismos impedem que o atendimento remoto seja aprovado fora desse contexto emergencial. Entre diferentes fatores, a formação médica continua sendo o fator limitante da prática da teleconsulta, que por conseguinte impacta as demandas existentes das múltiplas lógicas, mencionadas no primeiro momento.

A formação médica parece ser um fator impactante na evolução da teleconsulta no país porque até o momento não há uma diretriz de capacitação para os alunos e residentes por parte do MEC. Pela perspectiva acadêmica, os alunos e residentes precisam de preparação para exercer a telemedicina de modo geral (WEN, 2018; 2019). Nesse sentido, os respondentes da pesquisa são unânimes ao afirmarem que os alunos ainda não sabem gerir as diretrizes da teleconsulta, o que ficou mais explícito com a pandemia.

A prática médica tradicional é predominante no campo das universidades. De acordo com R7, para fomentar a mudança, precisa-se de liderança, colaboração e apoio de todos os níveis na academia, incluindo o MEC, pois a cultura ainda é incipiente de inovação nos currículos da área da saúde.

Portanto, além da regulamentação prevista da teleconsulta pelo CFM, espera-se uma diretriz do MEC. Isso significa que as implicações relativas à formação poderiam ser amenizadas por mais uma iniciativa do Estado. Nesse sentido, R11 explica que a ausência de Diretriz Curricular Nacional (DCN) do curso de telemedicina dificulta a institucionalização da

teleconsulta nas universidades de medicina, assim como outros cursos da área da saúde. Desta forma as DCNs precisam ser atualizadas incorporando novas competências de saúde digital.

Sendo assim, a ausência de aulas práticas de teleconsulta nas universidades e um corpo docente experiente da prática da teleconsulta impedem a sua introdução. R7 afirma que é complicado formar uma nova geração que ainda não existe e, ao mesmo tempo, criar o novo. Isso significa que em um futuro gerido por teleconsulta, os alunos não estão preparados para o considerado “o novo”. É um processo de aceitação lenta nas universidades. Ainda que o CFM regule a nova prática de imediato, a preparação será gradual (R6). Além disso, não é somente a área da medicina que está defasada em relação à telemedicina. Outras áreas da saúde também precisam de preparação (R11).

Enquanto a regulamentação da teleconsulta e as novas diretrizes curriculares são proteladas, a lógica do mercado parece gerir as novas demandas da teleconsulta em relação à lógica médica, com a possível redução do honorário médico (GRUPO DE PESQUISA DA USP, 2021). Isso significa que a ausência de instruções do estado sobre a prática da teleconsulta, favorece o mercado, o qual tenta mudar as regras profissionais existentes, além de facilitar novos entrantes de telemedicina. Por exemplo, profissionais formados em escolas concorrentes de países vizinhos, podem assumir a teleconsulta, considerados mais baratos para o mercado (GRUPO DE PESQUISA DA USP, 2021) ou então apenas os residentes assumiriam a teleconsulta, pois precisam trabalhar. Um médico especializado que precisa laudar, dificilmente assumirá uma radiografia por R\$ 5 como acontece em alguns lugares (R4).

A preocupação dos médicos com a qualificação técnica estimula a concepção “das operadoras de saúde, das cooperativas médicas, das organizações sociais de saúde, dos bancos e do governo que os julgam como operários” (GOMES, 2021).

Por outro lado, se os agentes do estado regularem a teleconsulta e introduzirem novas diretrizes curriculares, é possível haver a expansão das demandas da teleconsulta, em que duas lógicas de estado podem privilegiar as demandas e incentivar a lógica profissional onde o médico pode recorrer às regras de mercado para gerar riqueza pessoal. Nesse contexto das ações do estado em cooperação com a lógica profissional em junção da teleconsulta condicionaria uma supervalorização da profissão, onde os médicos bem formados poderiam compreender as diretrizes do mercado, agregando mais valor, no sentido de mediação de desfechos clínicos e controle de custos. Desta forma haveria a valorização dos serviços médicos. Além disso, cada vez mais os hospitais e grandes redes investiriam em faculdades de medicina como justificativa para melhorar os serviços de saúde, ação esta que pode trazer-lhes mais lucros (GRUPO DE

PESQUISA DA USP, 2021). Isso mostra que os interesses corporativos também podem privilegiar os interesses profissionais.

Em um contexto de regras do estado em ação tem-se que a combinação entre as lógicas, profissional, de estado, mercado e corporativa incorporadas pela teleconsulta, fortalecem a lógica profissional. Em compensação, a ausência das diretrizes do estado para gerir a teleconsulta dá-se no fortalecimento do mercado e das demais regras existentes das múltiplas lógicas, que passam a ser contraditórias à profissão médica.

### **4.3 Os fatores da prática médica com teleconsulta conflitantes com a prática médica tradicional**

Nessa seção observam-se os fatores que são conflitantes entre as duas lógicas (teleconsulta e prática tradicional). Identificou-se que, de acordo com os depoimentos, aparentemente a teleconsulta impossibilita a realização do exame físico, o qual somente o atendimento presencial parece permitir. O exame físico é uma prática indispensável da profissão médica. É um dos pilares da obrigação médica ao paciente, segundo R6.

Em 2018, ano em que o CFM emitiu uma resolução sobre a prática da teleconsulta médico-paciente, o ponto de discórdia entre a possibilidade da consulta ser via remota ou não era como a avaliação do paciente ficaria prejudicada sem o exame físico. Portanto, para garantir o diagnóstico e a prescrição mais efetiva após a anamnese e inclusive o exame físico, o CFM defendeu a primeira consulta presencial e a teleconsulta como retorno (GIAMBERARDINO FILHO, 2020) que, mesmo assim, foi revogada.

Atualmente, no período pandêmico, o CFM continua considerando a teleconsulta como uma consulta de retorno na elaboração da nova resolução. No que diz respeito ao atendimento remoto, segundo o CFM “*a responsabilidade do médico não muda, e a relação de confiança com o paciente precisa ser preservada*” (GIAMBERARDINO FILHO, 2020). Isso só pode ser garantido com o primeiro atendimento presencial.

Outra preocupação do CFM é em relação [...] “*à ética médica e outros detalhes, como a preservação da privacidade de dados e do prontuário do paciente*” (GIAMBERARDINO FILHO, 2020). Isso revela que o CFM parece considerar a teleconsulta inferior em termos da realização do exame físico, relação médico-paciente e sigilo dos dados pessoais entre médico e paciente mesmo neste período pandêmico.

Em relação ao armazenamento e compartilhamento de dados sensíveis, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), nº 13.709/2018, que entrou em vigor recentemente, guia os profissionais da saúde e empresas de modo que a segurança dos dados, privacidade, sigilo profissional e responsabilidade do médico podem ser garantidos. Ainda que essa normativa do estado proponha medidas que corroboram uma cooperação entre as duas lógicas centrais (teleconsulta e a presencial), o campo da ética e do direito continua ambíguo (DALLARI, 2020). *“É unânime a preocupação com a preservação da privacidade dos pacientes, incluindo o cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais”* (IPCOM, 2020).

Nestes aspectos o atendimento presencial requer [...] *“garantir a segurança da comunicação e compliance com a legislação. Os dados gerados nessas conversas são privados e precisam ser preservados pelos profissionais e instituições envolvidos”* (CARVALHO, 2020). Portanto, não é admissível realizar um atendimento, por exemplo, via WhatsApp, pois o aplicativo não garante a proteção dos dados, não cataloga as informações e não gera um banco de dados do paciente (FERNANDES, 2020).

No que diz respeito à confiança do paciente, a relação médico-paciente, segundo os médicos, precisa ser ímpar e não de desconfiança. Essa relação deve ser duradoura ainda que um dia o paciente não seja mais atendido pelo seu médico porque não presta mais serviços na operadora de saúde que aquele tem o convênio. A indicação do seu médico para outro, garante a confiança do paciente (R1; R5; R10). Isso revela que a lógica profissional do atendimento presencial e a lógica do relacionamento com o paciente (família) são contrárias às determinações da teleconsulta que propõe uma assistência rápida e embora seja um atendimento assistindo de longo prazo, pode ser com diferentes médicos especialistas (WEN, 2020).

Em oposição a essa postura, há médicos que acreditam que a confiança médico-paciente é muito relativa. É uma individualidade de cada profissional para com seu paciente (R2; R30). Entre os dois fatores identificados (dados sensíveis do paciente e a relação médico paciente), o exame físico é um fator de maior impacto. Existe uma unanimidade entre todos os participantes sobre essa questão. Sem o exame físico não é possível realizar um atendimento adequado, principalmente em casos complexos. Portanto, é impossível avaliar uma dor abdominal e, ao mesmo tempo, entender a história clínica do paciente, por exemplo. Como os médicos assumem a responsabilidade ética pelos seus atendimentos, não podem alegar que a teleconsulta impediu que essas práticas obrigatórias do atendimento presencial não fossem atendidas. (R1; R3; R4; R5; R6; R7; R8; R9; R10; R11; R12; R13).

Em termos de qualidade do atendimento, o exame físico é obrigatório e os entrevistados acreditam não ser possível realizá-lo com a teleconsulta. Somente a avaliação presencial garante

essa prática (R1; R2; R3; R4; R5; R6; R7; R8; R9; R10; R11; R12; R13). Por esse motivo, tanto os médicos do setor público e da Saúde Suplementar consideram que a teleconsulta tem um papel complementar e não substituto na assistência à saúde (IPCOM, 2020). R2 entende que embora a câmera possa captar informações “*ainda não criaram uma mão ali, que possa examinar o paciente [...] para que a gente possa ver alguma coisa diferente*”. No entanto, consideram a teleconsulta para casos simples no sentido de triagem e orientação.

Embora o exame físico seja considerado o maior limitador da prática do atendimento virtual, do ponto de vista de Wen (2020), a teleconsulta propõe métodos diferenciados de atendimento. O exame físico não deveria ser parâmetro de comparação entre as duas práticas. Primeiramente, para o pesquisador, a teleconsulta requer a videochamada, pois trocas de mensagens envolvendo diagnósticos não é fazer telemedicina. O médico tem a obrigação de programar etapas bem feitas do atendimento, como uma entrevista bem estruturada. Ele pode realizar uma conversa orientada de investigação e construir um raciocínio do diagnóstico. Depois que terminar de realizar uma entrevista estruturada e investigativa, ele faz um exame físico de observação (WEN, 2020).

R10 traz essa mesma reflexão ao dar um exemplo de atendimento remoto com nonagenários e centenários, durante a pandemia, a qual restringiu a ida desses pacientes ao consultório. Ele conduziu a avaliação dos idosos de uma maneira em que se autoavaliaram com a contribuição dos seus familiares, como um toque no abdômen, se sentar e se levantar da cadeira. Nesse caso, conseguiu diagnosticar através da observação.

Em suma, o exame físico é um fator de maior impacto entre as duas práticas médicas. A maior parte dos médicos, professores, CFM, ANS, entre outros participantes da pesquisa afirmam que a palpação é um instrumento fundamental para realizar um diagnóstico correto, principalmente para casos complexos.

#### **4.4 Fatores relacionados às lógicas de outros atores participantes, como provedores de serviços, operadoras, fornecedores, que dificultam a introdução da teleconsulta.**

Nessa seção observaram-se os fatores que provocam tensões entre os provedores de serviços, fornecedores e operadoras de saúde. Para isso, consideraram-se os acontecimentos referentes ao segundo momento da teleconsulta médico-paciente, durante a crise provocada pela Covid.

A regulamentação da teleconsulta médico-paciente de modo emergencial promoveu novos modelos de serviços de saúde. Nesse sentido, novas empresas buscaram fornecer aos consumidores uma resposta mais pontual do diagnóstico através de um atendimento personalizado, que reduz o número de visitas aos consultórios e as salas de emergência. Elas têm como atributo evitar a hospitalização (WEN, 2020). As novas demandas do paciente motivaram estes provedores emergentes de saúde, como as *Healthtechs* que são planos digitais que prometem uma gestão de saúde preventiva por meio do médico de família. A partir do uso dos dados e da inteligência artificial, o médico pode prescrever e diagnosticar, personalizando o atendimento (BASÍLIO, 2021).

Em compensação, as empresas tradicionais precisaram adaptar, incorporar soluções tecnológicas aos seus modelos de negócios e às ofertas de serviços de saúde (LOTT, 2021). A pandemia mostrou que incorporar recursos tecnológicos não reduz custos. Melhorar a saúde e a qualidade de vida dos beneficiários requer bastante investimento (VALENTE, 2021). Isso revela que o retorno desse investimento é a longo prazo e possivelmente esses custos são repassados para os pacientes (família). Para as empresas menos adiantadas em transformação digital e que ainda dependem de estruturas clássicas e isoladas de TI, entregar uma experiência remota de qualidade para seus usuários cada vez mais exigentes, foi uma tarefa mais complicada (CARVALHO, 2020).

Além da dificuldade tecnológica algumas empresas tiveram dificuldades em relação aos termos técnicos e jurídicos da telemedicina. Para o R13, nem todo profissional sabe de todas as regras instituídas, e que quaisquer empresas que trabalhem com serviços de teleatendimento devem ter uma assessoria jurídica integrada. Por isso, é um recurso fundamental para orientá-los. Todavia, ainda é um desafio “*formar grupo técnico jurídico em telemedicina para fins de orientação e realização de acreditação e auditoria pericial digital [...] periódica nas empresas que ofertam serviço de Telemedicina [...]*” (WEN, 2019), pois, como já dito anteriormente, não há diretrizes do estado quanto às regras exatas da teleconsulta.

Nesse sentido, por exemplo, R14 explica que no início da pandemia as operadoras de saúde tiveram dificuldades em entender as novas medidas emergenciais para utilização da teleconsulta. Algumas suspenderam os atendimentos presenciais e só forneciam serviços por telemedicina, com a justificativa de que o MS estava orientando-as desta forma. Todavia, a teleconsulta sempre foi uma opção de segundo atendimento, segundo a lei emergencial, uma vez que não se pode obrigar um médico a fazer teleatendimento, tampouco negar cobertura ao paciente. Se ambos, médico e paciente preferem o encontro presencial, as operadoras não

podem restringir o acesso dos serviços contratados. Aquelas que fizeram isso foram penalizadas.

Compreende-se então que as iniciativas corporativas tradicionais passam a ser contestadas a partir da constituição de provedores emergentes que privilegiam a teleconsulta. O resgate do médico de família visa evitar que os beneficiários se dirijam a médicos especialistas por conta própria, com o objetivo de reduzir custos, além da idealização de planos que podem baratear os serviços da saúde, como evitar internações. Planos cada vez mais personalizados ao paciente também fazem parte dessas estratégias de negócio (BASÍLIO, 2021). Estas novas empresas levam em conta que os consumidores esperam que os cuidados estejam disponíveis de acordo com suas necessidades, isso inclui serviços virtuais como: visitas, monitoramento, entrega de prescrição em casa, diagnóstico, suporte de gestão, apoio social entre outros serviços. Esse tipo de serviço está servido de parâmetros para mudar o modelo de *fee-for-service* – pagamento por procedimento para pagamento por desfecho clínico (JOAQUIM, 2021).

A disputa de mercado entre provedoras healthtech e operadoras indica lógicas de mercado contraditórias. Isso fica evidente pelas diferentes práticas adotadas, sobretudo suas estratégias empresariais e os recursos mobilizados em cada caso.

Hospitais, por exemplo, mostram que os desfechos clínicos são previsíveis e segundo algumas operadoras, como o Bradesco, os custos também podem ser. Essa discussão tenderá a crescer após a pandemia (JORGE, 2020). Como respostas a essa nova tendência de mercado, cada vez mais se veem fusões e aquisições nesse novo segmento de mercado da saúde. Isso está acontecendo nas capitais e cidades de médio porte (LOTT, 2021).

Segundo Carvalho (2020), a partir de uma rede de saúde simplificada e colaborativa, estas organizações de saúde podem atender às expectativas dos clientes pelo *omnichannel* de telemedicina e avançar em outros processos de inovação, entre eles a robótica e a Internet das Coisas Médicas (IoMT). Os interessados nestes modelos digitais esperam que o setor da saúde deixe de ser hospitalocêntrico. O foco dos cuidados será fora do hospital, a partir da mudança na estrutura atual de prestação de serviços, incluindo a capacitação médica para procedimentos mais personalizados, onde os tratamentos serão solicitados pelo paciente somente quando necessário (GIUSTI, 2021).

Por outro lado, este tipo de aliança passa a ser preocupante para alguns participantes no que diz respeito à formação de um novo mercado oligopolizado com repercussões sobre o uso de serviços e preços. Atualmente tem-se a concentração da comercialização de planos que restringem preços e não permitem liberdade de escolha, os quais são incompatíveis com a

realidade do consumidor (BAHIA, 2021). Nesse sentido, a Fenasaúde (2021) questiona os serviços ofertados pelos planos digitais como as *healthtechs*, os quais cresceram com a pandemia. Embora ofereçam serviços de teleconsulta, após o atendimento remoto, o paciente fica sem acesso ambulatorial e internações, além disso, são planos não regulamentados, o que é preocupante. Aqui ficam explícitas as tensões entre as assinaturas digitais e os planos de saúde. Estes planos por assinaturas têm a capacidade de se tornar cada vez maiores, mas o que os impede é a regulamentação. As decisões de investimento em *healthtechs* continuam superconservadoras, portanto, o mercado de saúde se mostra complexo nesse aspecto (ÁVILA, 2020). É possível perceber que a ausência do estado impede as iniciativas corporativas que constituem uma lógica de mercado. Como consequência, provocam tensões entre os novos prestadores de serviços e as empresas da saúde privada tradicionais. As operadoras de saúde esperam que a normativa para a teleconsulta que vier a ser apresentada seja mais genérica, com menor intervenção da ANS. Os detalhes infralegais e as relações contratuais devem ser flexíveis para atuar livremente (VALENTE, 2020). Compreende-se aqui que as operadoras de saúde querem um campo aberto para praticarem a teleconsulta, como acontece com os planos digitais. Assim, mais uma vez observa-se a contradição entre distintas lógicas de mercado, entre operadoras e *healthtechs*, influenciada por uma lógica pública que não contempla ainda as *healthtechs*.

Identificou-se que existe uma disputa de interesses entre as operadoras de saúde e os novos entrantes, que oferecem serviços de saúde personalizados e disponíveis de imediato aos seus pacientes. Estes modelos de saúde passam a questionar os contratos já consolidados, como *fee-for-service*, pagamento por procedimento. Em relação aos aspectos tecnológicos, nem todas têm capacidade de inovar e quando fazem são altos custos de investimentos. As que não conseguem investir em tecnologias recorrem à fusão com aqueles que estão avançados tecnologicamente. Todavia, a expansão desses novos mercados e o desenvolvimento das empresas privadas de saúde tradicionais está estritamente implicada pela regulamentação definitiva da teleconsulta pelas regras do CFM, da ANS, lei geral da telemedicina, e diretrizes curriculares do MEC. Portanto, certamente, a combinação da teleconsulta, mercado, estado e família conflita com as demandas corporativas tradicionais.

#### **4.5 Fontes de resistência à mudança e sua capacidade de oposição.**

Nessa seção, foram analisados os argumentos dos dois momentos da teleconsulta médico-paciente. O primeiro referente à primeira tentativa do CFM, em 2018, e o segundo,

quando das iniciativas emergenciais no período pandêmico. Estes argumentos fomentam as próximas decisões relativas à regulamentação definitiva pós-pandemia. Com base nestes dois momentos, as fontes de resistência e a sua capacidade de oposição foram identificadas a partir das objeções do CFM, AMB, academia, e dos médicos.

Considerando que existe uma regulamentação da telemedicina sobre a atuação médica, que não é atualizada há mais de 20 anos, hoje, existe a necessidade de incorporar a prática da teleconsulta médico-paciente sem caráter de urgência (BISELLI, 2019). Desta forma, observou-se que quanto à nova regulamentação da telemedicina, a matéria deve ser regulada em termos gerais por uma lei (AGÊNCIA ESTADO, 2020).

Para R8, em uma análise o art. 5º, incisos II e XIII da Constituição, a regulamentação geral da telemedicina deve ser feita por meio de lei aprovada pelo Congresso Nacional. Então, o CFM deve definir os critérios mínimos do exercício da teleconsulta, como resguardar a segurança dos dados e a qualidade da atuação. Entretanto, para o CFM é seu o papel de regulamentar a telemedicina e as diretrizes da teleconsulta, pois possui competência legal para fazer resoluções, além disso, tem conhecimento de normatização, de fiscalização, do exercício da medicina. Por isso, é mais relevante para o CFM assumir a nova regulamentação (GIAMBERARDINO FILHO, 2020). Isso pode caracterizar uma forma de desmerecer o legislador, o que indica um conflito entre duas lógicas de estado (públicas), legislativo e conselho, subordinado ao MS, que entendem que cada um deve definir a regulação da saúde.

Desta forma, o CFM pretende elaborar uma nova resolução, preconizando as diretrizes da profissão médica atual, como valor principal para implementação da teleconsulta. Segundo o conselho, a teleconsulta tem que vir como uma tecnologia que visa facilitar o acesso, pois não é outra medicina (GIAMBERARDINO FILHO, 2020). Isso revela que o conselho tem resistência em adotar a teleconsulta como uma nova prática profissional da medicina.

Além disso, segundo o CFM, para garantir que a teleconsulta seja caracterizada como retorno, após o atendimento presencial, pretende limitar algumas profissões médicas a realizar o atendimento remoto como um otorrinolaringologista ou um ortopedista porque são considerados inadaptados a realizar a teleconsulta. Essas profissões obrigatoriamente precisam realizar o exame físico para chegar a um diagnóstico (IPCOM, 2020). Todavia, ainda que a nova resolução determine o primeiro encontro virtual deverá ser complementada pelo atendimento presencial em curto prazo (GIAMBERARDINO FILHO, 2021). Isso significa que as novas diretrizes do CFM continuarão divergindo dos princípios democráticos (autonomia médica).

A territorialidade, é outra preocupação do CFM. Atualmente um médico pode atender no Estado onde tem seu registro. Se atende em mais de um Estado, precisa de mais de um registro. Para o CFM, a teleconsulta tem que ter as mesmas regras do atendimento presencial. Seria injusto a telemedicina não deter essas regras (GIAMBERARDINO FILHO, 2021). Para R8, esta restrição do CFM em relação à territorialidade contradiz o princípio da teleconsulta que é a acessibilidade dos serviços de saúde, ou melhor, a integração maior de acesso à saúde uma vez que o país possui disparidades regionais que não podem ser desprezadas. O CFM justifica que as novas regras podem parecer antipáticas e retrógradas, mas os conselhos foram feitos para atender a demandas da sociedade (GIAMBERARDINO FILHO, 2021).

No que se refere à formação, as objeções iniciam-se pelos alunos que são desinteressados e não veem as diretrizes da teleconsulta como importantes. Inovar seria demanda dos profissionais das Tecnologias da informação (TI). Os professores são acomodados com as regras acadêmicas existentes. Alegam que não têm tempo, suporte e preferem ignorar a alternativa (WEN, 2018). Isso mostra uma forma de contestar e resistir à mudança. Nesse sentido, alguns respondentes explicam que as vozes dos professores, inclusive as dos mais experientes, são referências da medicina tradicional. Então se há professores que têm uma posição contrária à teleconsulta, os alunos e futuros profissionais acatam suas ideias como verdadeiras (R4; R5).

Para R11 além das vozes experientes no campo das universidades, as influências familiares também pesam na aceitação da teleconsulta. Se, por exemplo, os alunos são filhos de médicos os quais tiveram a formação técnica com base no modelo de medicina tradicional, eles serão extremamente contra a teleconsulta. Portanto, além da resistência dos docentes e do discente, há outros mentores ocultos (*“médicos e outros clínicos dentro da casa, dentro da família) o tio, a mãe, pai ou irmão”*). Em relação aos médicos que atuam há anos na medicina e continuam se aperfeiçoando, suas bases tradicionais impedem aceitar o novo, como no caso de R5. Ele explica que, à medida que o tempo vai passando e quanto mais ele estuda, mais dúvidas tem com relação à teleconsulta. Segundo R6, a velocidade de adaptação está sendo imposta rapidamente, mas leva-se tempo para mudar a mentalidade dos alunos, dos médicos experientes e a sociedade de modo geral. Para R1, *nós estamos mexendo em uma coisa extremamente estabelecida em todas as sociedades. [...] tem médico que não gosta de fazer, por exemplo, atividade com robótica. Ele teve todo o treinamento da cirurgia convencional [...]*

Em suma, as objeções que justificam a rejeição à teleconsulta tanto como primeira quanto segunda consulta são inúmeras. De toda forma, o futuro da teleconsulta depende da

regulamentação definitiva (CALIL, 2021), mas ainda existe muita resistência por parte da classe médica e de outros profissionais que apreciam a prática tradicional (VENTURA, 2021)

Essa resistência é preocupante, pois enquanto o CFM não assume a regulamentação, as operadoras de Saúde, como a Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde) já assumem um marco regulatório, visto que existe uma insegurança jurídica, além disso, estas empresas investiram muitos recursos em tecnologias de teleatendimento durante a pandemia e isso não pode ser ignorado (VALENTE, 2021).

Em relação a essa preocupação das operadoras, a AMB (2019) explica que “*É fundamental que nós médicos assumamos a responsabilidade de regulamentar, senão a regulamentação vai ser feita pelas operadoras de saúde e pelo mercado. Nós sabemos quando estes agentes regulamentam a categoria médica perde, a população perde*”.

O texto acima explicita conflitos entre lógicas médicas tradicional e a favor da teleconsulta, entre lógicas públicas, sobre a responsabilidade de definir as normas regulatórias, entre lógica médica e corporativa, na medida que operadoras já vêm tomando a dianteira para estabelecer novos padrões de atendimento médico, fazendo uso de teleconsultas.

## **5. DISCUSSÃO DA PESQUISA**

A partir das narrativas dos respondentes e as informações secundárias, o presente estudo mostrou que diferentes lógicas influenciam as profissões médicas no campo da saúde (DUNN; JONES, 2010). Os estudos institucionais buscam mostrar que a coexistência de múltiplas lógicas envolvem relações cooperativas entre lógicas, onde as combinações de lógicas facilitam que novas demandas sejam introduzidas, e envolvem também relações conflituosas entre as lógicas existentes, o que dificulta que novas práticas se instalem (FRIEDLAND; ALFORD, 1991; GOODRICK; REAY, 2011; GREENWOOD et al., 2011; WALDORF; REAY; GOODRICK, 2013).

Os resultados mostraram que as mudanças previstas com a introdução da teleconsulta envolvem ora relações cooperativas ora conflituosas entre as lógicas. A lógica profissional médica com atendimento por teleconsulta mostrou ser capaz de combinar com a lógica de família que visa cuidar do paciente a longo prazo e não é caracterizada por um atendimento imediato, como acontece com a consulta tradicional. Seria uma assistência personalizada de acordo com as necessidades do paciente. Essa combinação entre as lógicas de família e teleconsulta conflitam com as demais lógicas existentes no campo da saúde, no que se refere a

mais investimento por parte dos médicos (tempo e aprendizagem), com valores de lógica de mercado. Isso sugere que a combinação da lógica que utiliza a teleconsulta e a de família estão em contradição, nessa circunstância, com a lógica de mercado e profissional médica. Friedland e Alford (1991) explicaram que quando múltiplas lógicas atuam simultaneamente podem surgir contradições institucionais entre estas lógicas, porque podem conter prescrições que se confrontam.

Para intermediar esses conflitos, os dados também mostraram que a lógica democrática, autonomia médica, pode ser invocada para equilibrar os conflitos entre as duas lógicas centrais (profissional médica e àquela que se vale da teleconsulta) que por conseguinte às demais lógicas existentes não serão afetadas. Tal resultado corrobora com a literatura de 'bricolagem institucional', cujas lógicas oferecem diferentes mecanismos para os atores escolherem e combinarem elementos, conforme seus interesses (JOHANSEN; WALDORFF, 2017). No caso do atendimento via remota e a do tradicional, a lógica democrática pode facilitar a escolha dos profissionais entre quais lógicas devem priorizar em cada caso do seu paciente, ainda que estas lógicas continuem conflitantes (WALDORF; REAY; GOODRICK, 2013).

A lógica democrática não foi considerada categoria de análise, mas ela aparece nas narrativas. Sua invocação é manifestada dentro de um cenário no qual, em face das alterações previstas com a teleconsulta, sublinha-se a autonomia médica para intermediar os conflitos das múltiplas lógicas que influenciam a prática profissional. Isso revela que o compartilhamento de valores de outras lógicas pode legitimar uma ação, como a prática do atendimento virtual (FRIEDLAND; ALFORD, 1991)

Os dados sugerem que a lógica democrática existe, mas é ignorada pelo CFM. Portanto, ainda que a autonomia médica seja uma forma de reivindicar a liberdade médica do exercício da profissão com ou sem o recurso da telemedicina, ela está no plano hipotético de transformação, visto que a autarquia anseia manter as regras do atendimento presencial para uma prática que propõe uma proposta diferente da medicina tradicional. Nesse sentido, Friedland e Alford (1991) explica que a extensão dos procedimentos democráticos ameaça a coerência da burocracia racional no que se refere a adoção de políticas consistentes. No caso da autonomia, o CFM não lança mão deste recurso como forma de legitimar a prática da teleconsulta em sua totalidade, mas prefere ignorá-la, o que dificulta assegurar a remuneração fora deste sistema estabelecido.

A literatura não apresenta vestígios como uma lógica ignorada que faz parte da coexistência pode equilibrar as demandas das múltiplas lógicas existentes e facilitar a inter-relação das duas lógicas centrais.

Em relação aos fatores que impedem a introdução da teleconsulta, os dados revelaram que múltiplas lógicas interferem na regulamentação da teleconsulta. Para tal, duas fases da teleconsulta foram consideradas. A primeira, observou-se que a falta de debate entre uma parcela dos médicos do setor público da saúde (profissional), a perda de direitos dos médicos (mercado), a ausência de diretrizes para a formação dos futuros profissionais (profissional) e as eleições dos conselheiros (estado-democrático) dificultaram a aprovação da teleconsulta, quando da primeira tentativa do CFM em 2018. Nesta fase, os resultados não mostraram relações cooperativas entre lógicas, estando em conformidade com a literatura no sentido que, a cooperação entre lógicas em nível de campo depende do grau de compatibilidade entre o número de lógicas estabelecidas e as relações entre elas (DUNN; JONES, 2010). Segundo estes pesquisadores, a inexistência de relações colaborativas entre lógicas acontece porque diferentes atores estão atuando e competindo por recursos e poder a fim de manter o controle, o que torna as relações entre as múltiplas lógicas mais complexas.

A segunda fase refere-se às iniciativas emergenciais devido à Covid. A formação médica revelou-se ser a maior limitadora da institucionalização da teleconsulta no país. Os resultados mostraram que uma possível equidade entre a lógica do atendimento médico tradicional e a da teleconsulta depende de novas diretrizes curriculares do MEC e a regulamentação do atendimento remoto pelo CFM. Demandas estas exclusivas do estado, as quais podem facilitar a instauração dos mecanismos da teleconsulta nas universidades e equilibrar as tensões entre as duas lógicas centrais quanto ao exercício da profissão. Assim como promover a cooperação entre as demais lógicas, em nível de campo, que estão implicadas pela formação médica, como a lógica de mercado, onde o médico mais qualificado passa a ganhar mais no mercado de trabalho e a lógica corporativa, onde as empresas operam segundo a lei. Nesta situação, a coexistência entre as principais lógicas envolve relações de equilíbrio e desequilíbrio. O entendimento desta concepção permitiu relacionar o desequilíbrio pelas resistências dos participantes, enquanto o equilíbrio pela colaboração. Desta forma, há uma tensão intensificada entre lógica do atendimento tradicional e a da teleconsulta, em que ambas disputam por atenção, onde os atores precisam escolher quais valores devem ser priorizados (DUNN; JONES, 2010).

O estudo de Dunn e Jones (2010) não previu a cooperação entre duas principais lógicas, como no caso em questão (lógica médica e teleconsulta) a partir de duas novas lógicas do que combinam elementos da prática tradicional e uma nova lógica (teleconsulta), os quais encorajam a lógica predominante (profissional) e mantém a influência das demais, mercado,

estado e corporativa. Portanto, subentende-se que a institucionalização da teleconsulta depende de outras lógicas que irão se formar com base nas regras existentes.

Este estudo buscou também identificar as incompatibilidades entre as duas lógicas centrais do estudo (médica e teleconsulta). Os resultados mostraram que o exame físico é o maior limitador da teleconsulta. Isso reforça a lógica médica tradicional para ser predominante. Em compensação, alguns profissionais mostraram que a lógica médica tradicional e a teleconsulta podem se inter-relacionar pelo método da observação (exame-físico com apoio de familiares, por exemplo). Isso se revelou principalmente com a pandemia, o que indica que a autonomia médica se fez presente na escolha profissional e, portanto, a lógica democrática. Desta forma, este caso confirma com a literatura, em que algumas práticas médicas que adotaram o atendimento remoto, não houve prevalência de lógicas (DUNN; JONES, 2010), mas se complementaram a partir da lógica democrática. Outro caso que se revelou que as lógicas pode se integrar, foi o caso da Amil (lógica corporativa) que adotou as diretrizes da teleconsulta para agregar valores de mercado.

Os resultados mostraram também os fatores que provocam tensões entre as operadoras de saúde e as *healthtechs*. A introdução da teleconsulta impacta os contratos existentes das empresas de saúde tradicionais, como pagamento por procedimento médico. As *healthtechs* são empresas que oferecem planos digitais personalizados de acordo com a necessidade do paciente (consumidor), em que os serviços são pagos por desfechos clínicos. Esses modelos de serviços passam a ser referências de preços, mas são contraditórios com as iniciativas corporativas existentes. Embora estas duas constituições de mercados sejam conflitantes, as operadoras esperam que as novas regras da ANS sobre a teleconsulta sejam mais flexíveis. Isso significa que elas querem um campo aberto de atuação no mercado com a adoção da teleconsulta. A literatura explica que alguns participantes podem incorporar novas técnicas de inovação (DUNN; JONES, 2010) e isso demonstra que operadoras estão conseguindo seguir as prescrições das novas demandas da teleconsulta (RYNGELBLUM et al., 2018) por isso prezam pela nova regulamentação. Nesta situação, as lógicas corporativas, teleconsulta e mercado vão se complementar.

A institucionalização da teleconsulta para o exercício da telemedicina e melhorias de gestão das empresas de saúde depende da regulamentação da nova prática. Nesse sentido, os resultados mostraram que ainda há resistências entre os alunos, médicos e mentores familiares que são médicos e pais de futuros médicos quanto à introdução da teleconsulta além do próprio CFM que, para regular uma nova regra da teleconsulta, pretende limitar algumas profissões e condicionar a teleconsulta como retorno de consulta. Aqui fica explícito que as relações de

conflitos entre lógicas se apoiam nas resistências dos participantes em nível de campo da saúde (LOUNSBURY, 2007; MCDONALD et al., 2013).

Os resultados confirmam que a resistência interrompe a mudança institucional e pode dificultar ou facilitar uma nova variedade institucional, pois os membros podem criar mecanismos que impedem que as novas práticas sejam exploradas (MARQUIS; LOUNSBURY, 2007). No caso empírico, os atores preferem encontrar alternativas para internalizar as novas regras do atendimento remoto, como, por exemplo, teletriagem, teleassistência, entre outros, sugerindo que a forma pela qual os atores buscam adotar a teleconsulta é uma forma de resistência. Diferentemente da experiência de Dunn e Jones (2010), os dados mostraram que os profissionais resistem ativamente à concorrência das concepções da teleconsulta, e nesse caso parece que não buscam internalizá-las, o que poderia dar-lhes mais legitimidade de atuação. Alguns profissionais que buscam executar o atendimento remoto sempre foram abertos ao “novo” que as tecnológicas propõem na saúde, mas essa parcela de vezes precisa ser mais explorada pela ciência. O quadro 8 apresenta as diferentes combinações das múltiplas lógicas identificadas no estudo.

**Quadro 8. Coexistências de múltiplas lógicas da rede de saúde em diferentes casos**

<b>Situação 1- Sem a teleconsulta</b>	<b>Situação 2- com a teleconsulta</b>
Lógicas que colaboram na equidade de atendimento: profissional, mercado, corporativa, estado e família	<p>A lógica de família (paciente) encoraja a teleconsulta, e esta combinação implica as relações colaborativas da lógica profissional e mercado.</p> <p>A teleconsulta motiva as iniciativas corporativas pelos valores de mercado, esta combinação é conflitantes das regras da lógica profissional.</p> <p>A cooperação entre a prática médica e a teleconsulta acontece quando os atributos da família ajudam na anamnese do paciente.</p>
<b>Situação 3– a lógica democrática em jogo</b>	<b>Situação 4- regras do estado predominantes existentes e a omissão da lógica democrática</b>
Lógica médica tradicional e a teleconsulta passam a cooperar com a lógica democrática (autonomia); as demais lógicas não se alteram	A lógica do mercado passa a gerir as novas demandas da teleconsulta em relação à lógica médica, com a possível redução do honorário médico. Esta cooperação entre a lógica de mercado e a de teleconsulta com redução da influência de estado e da lógica democrática, conflitam com as demais lógicas existentes: família, corporativa e estado, democrática, etc.

<b>Situação 5- Duas lógicas de estado</b>	<b>Situação 6- nova lógica de estado – regulamentação</b>
<p>As duas lógicas de estado (MEC e CFM) privilegiam a lógica da teleconsulta incentivando a prática tradicional. Tem aqui, a cooperação entre as quatro lógicas onde as demais lógicas como corporativa, mercado, estado existentes passam a fortalecer a prática médica tradicional.</p> <p>A lógica corporativa e a teleconsulta se complementam pelas regras de mercado, onde a lógica de família passa também a ser uma opção de mercado.</p>	<p>Uma nova regra do estado limita as ações da teleconsulta, como uma prática de retorno. Esta A relação entre as lógicas passam a ser colaborativa nas condições do CFM, as quais limitam as práticas democráticas do atendimento com a teleconsulta que por conseguinte, não ameniza os conflitos entre as duas lógicas centrais (tradicional e a teleconsulta)</p>

Fonte: Elaborado pela autora

As situações descritas no quadro 5 são intermitentes e não acontecem ao mesmo tempo. A combinação das múltiplas lógicas em jogo, que envolve lógicas em colaboração e em conflito, é a consequência dessa inter-relação. Portanto, há uma competição em curso para definir como será o atendimento médico. Posto isto, os fatores que dificultam a adoção da teleconsulta como um instrumento complementar à prática da medicina são, como discutido antes: a formação médica engessada, ausência de novas diretrizes curriculares nas universidades, protelação da regulamentação pelo CFM, e o exame físico como exigência de um atendimento adequado.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa propôs através de uma estratégia qualitativa examinar a institucionalização dos processos de atendimento da saúde envolvendo a prática tradicional e a teleconsulta na rede de saúde pública e privada em dois momentos. O primeiro analisou os argumentos de objeções da primeira tentativa da resolução do CFM em 2018 que previu diferentes serviços médicos por teleatendimento e inclusive a teleconsulta médico-paciente como retorno médico. O segundo analisou as experiências e as resistências dos atores durante a pandemia no que diz respeito às iniciativas emergenciais que introduziram a teleconsulta médico-paciente no início da pandemia devido à Covid.

A partir dos dados secundários e narrativas primárias através de plataformas de videoconferência e formulários, nas quais diferentes participantes contribuíram e relataram suas experiências, estes recursos permitiram cruzar informações com literatura estudada.

Os dados mostraram que o conceito de telemedicina é complexo, inclusive a prática da teleconsulta que faz parte deste campo. A teleconsulta é um instrumento compartilhado entre diferentes profissionais da saúde, tecnologia e agentes de estado, portanto é uma área multidisciplinar e interdisciplinar, que por meio dos resultados, identifica-se com implicações teóricas, gerenciais e sociais.

Em termos de implicações teóricas, o estudo apoiado pela literatura de coexistência de múltiplas lógicas partiu do pressuposto que diferentes lógicas implicam a admissão da teleconsulta na rede de saúde. A teleconsulta como uma nova lógica altera as regras das lógicas existentes e provoca diferentes interpretações da sua concepção que pode ser internalizada ou rejeitada pelos atores em nível de campo.

Os conflitos entre as múltiplas lógicas podem ser intermediados pela lógica democrática, a qual pode equilibrar as tensões entre as lógicas principais (a teleconsulta e a lógica tradicional médica), se for invocada e além disso, mais duas lógicas podem ser criadas a partir dos elementos das lógicas existentes para facilitar o processo da institucionalização da nova prática. Esta reflexão não foi contemplada pela literatura. Isso sugere que as concepções de coexistência entre lógicas podem ser exploradas para analisar diferentes casos influenciados por múltiplas de lógicas.

Em relação às implicações gerenciais a introdução da teleconsulta impacta o poder de gestão das empresas tradicionais, como as operadoras que perdem o protagonismo do setor da saúde para as *healthtechs*, planos digitais mais acessíveis para o bolso do consumidor. Nota-se uma expansão desses mercados que não são regulamentados e possuem um campo aberto de atuação. Em compensação, as operadoras precisam de uma regra do ANS para atuarem no campo da telemedicina. Elas esperam mais flexibilidade das novas diretrizes da agência reguladora para tomarem melhores decisões quanto às ofertas de serviços para seus clientes.

Finalmente, o estudo possui implicações sociais porque a introdução da teleconsulta impacta as relações entre os agentes do estado no que diz respeito a quem deve regulamentar a prática da teleconsulta. Se é a responsabilidade do planalto ou a do CFM. Não há consenso entre eles. Percebe-se uma relação que envolve interesses políticos. Também implica as relações entre médicos experientes, professores e alunos que ainda resistem à admissão da teleconsulta.

Em relação às barreiras desta pesquisa houve dificuldade de ter acesso aos respondentes que representam as operadoras de saúde e as empresas de tecnológicas que ofertam plataformas de assistência à saúde. Algumas informações foram obtidas pelos dados secundários, mas do ponto de vista direto dos profissionais que trabalham nessas empresas poderia complementar a

pesquisa no sentido das vantagens e desvantagens que a teleconsulta promove para elas. Outro obstáculo foi a pouca literatura sobre o tema em questão devido o tema ser recente e pouco estudado. Diante disto, o estudo se baseou em fontes relacionadas às iniciativas emergências e aqueles que buscaram informar da resolução do CFM em 2018.

Tendo em vista que o tema do estudo está em ascensão como sugestão de estudos futuros recomenda-se analisar se às lógicas identificadas nesta pesquisa irão se combinar como o estudo propôs, após a regulamentação da teleconsulta do CFM. Outro estudo poderia analisar as diferenças entre os fatores da saúde pública e a saúde privada com a participação dos consumidores e pacientes. Sugere-se ainda explorar as *Healthtechs* e as clínicas populares que se expandiram principalmente com a pandemia que usam recursos tecnológicos para expandir a assistência à saúde.

O presente estudo também apresenta aspectos que podem ser explorados na área da administração, tais como a teleconsulta como uma forma de gestão e de negócios. Deste modo, existe um vasto campo para ser explorado pela academia. Neste aspecto, o enfoque do estudo em questão ainda é incipiente, o qual permitiu através do conteúdo institucionalista analisar as complexidades que envolvem uma nova lógica como a teleconsulta na rede de saúde

## REFERÊNCIAS

CARLINI, A.L. **Ato médico**. Grupo de pesquisa saúde da UNIP, 9 de setembro de 2020.

ALVES, F. In SENADOS NOTÍCIAS: **Sancionada lei que permite uso da telemedicina durante crise do coronavírus**. Disponível em:< <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/04/16/sancionada-lei-que-permite-uso-da-telemedicina-durante-crise-do-coronavirus>>. Acesso em: 16.abr.2020.

ALVES, Z. M. M. B; SILVA, M. H. G. F. D. DA. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, n. 2, p. 61–69, jul. 1992.

ARAÚJO, B. In EM TEMPO: Telemedicina tem se mostrado útil para quem não pode sair de casa. Disponível em:< <https://d.emtempo.com.br/saude/200237/telemedicina-tem-se-mostrado-util-para-quem-nao-pode-sair-de-casa>>. Acesso em: 30.04.2020

AZEVEDO, V. et al. Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações práticas e desafios. **Revista de Enfermagem Referência**, p. 159–168, 2017.

BESHAROV, M. L.; SMITH, W. K. Multiple institutional logics in organizations: Explaining their varied nature and implications. **Academy of Management Review**, v. 39, n. 3, p. 364–381, 2014.

BIANCHI, F. In **MEDICINA AS: Coronavírus: Autorizações para atendimento médico à distância**. Disponível em: < <https://medicinasa.com.br/telemedicina-fernando-bianchi/>>. Acesso em: 01.abr.2020.

BRASIL. **Câmara dos deputados (2020). Projeto de lei nº 696/2020**. Disponível em: < [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=E80A288849035EBACCA1A26A0C17B657.proposicoesWebExterno2?codteor=1883996&filename=PL+1998/2020](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=E80A288849035EBACCA1A26A0C17B657.proposicoesWebExterno2?codteor=1883996&filename=PL+1998/2020)>. Acesso em 26. julho.2020.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 2.227 de 12 de dezembro de 2018**. Brasília, DF, 13 dez. 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2227> Acesso em: 10 nov. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Revogação da Resolução nº 2.227/2018. Conselheiros do CFM Revogam a Resolução Nº 2.227/2018, que trata da telemedicina**. Brasília, DF, 22 fev. 2019. Disponível em: <[https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28096:2019-02-22-15-13-20&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28096:2019-02-22-15-13-20&catid=3)>. Acesso em: 10.nov.2020.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1931/2009**, de 24 de setembro de 2009. Disponível em: <[https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009)>. Acesso em: 20.set.2019.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Ofício nº 1.756 de 19 de mar de 2020**. Disponível em: <[https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020\\_oficio\\_telemedicina.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf)>. Acesso em: 2.abr. 2020.

BRASIL. Congresso nacional. **Projeto de lei nº 1988 de 17 de abril de 2020**. Disponível em: < [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1883996&filename=PL+1998/2020](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1883996&filename=PL+1998/2020)>. Acesso em: 15.jun.2020.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.643/2002**, de 26 de agosto de 2002. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643>>. Acesso em: 04.nov.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS no 467/2020**, de 20 de março de 2020. Brasília, DF, 23 mar.2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>>. Acesso em: 3.abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.546/2011**, de 27 de outubro de 2011. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2011/prt2546\\_27\\_10\\_2011.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html)>. Acesso em: 04.nov.2019.

BRASIL. Poder legislativo. **Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020**. Brasília, DF, 16 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>>. Acesso em: 18.abr.2020.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999. v. 1.

CATAPAN, S. DE C.; CALVO, M. C. M. Teleconsulta: uma Revisão Integrativa da Interação

Médico-Paciente Mediada pela Tecnologia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, p. 1–13, 2020

CFM. **CFM publicará nova resolução para regulamentar telemedicina**. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-publicara-nova-resolucao-para-regulamentar-telemedicina/#:~:text=A%20proposta%20%C3%A9%20que%20se,resolu%C3%A7%C3%A3o%20de%20telemedicina%20do%20CFM.>>. Acesso em: 02.set.2020

CFM, C. F. DE M. **Conselheiros do CFM revogam a Resolução nº 2.227/2018, que trata da Telemedicina**. Disponível em: <[https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28096:2019-02-22-15-13-20&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28096:2019-02-22-15-13-20&catid=3)>. Acesso em: 19. set.2020

CHANDWANI, R.; DE, R. Doctor-patient interaction in telemedicine: Logic of choice and logic of care perspectives. 2016.

DALLARI, A.B. **Proteção de dados na telemedicina em tempos do novo coronavírus (2020)**. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2020-mar-19/analluza-dallari-protacao-dados-telemedicina-tempos-virus>>. Acesso em: 01.abr.2020.

DA LUZ, P. L. Telemedicine and the doctor/patient relationship. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 1, p. 100–102, 2019.

DANIEL, V. M.; MACADAR, M. A. Perspectiva Institucional dos Sistemas de Informação em Saúde em Dois Estados Brasileiros An Institutional Perspective of Health Information Systems in two Brazilian States. p. 650–669, 2014.

DESIDÉRIO, M. A hora da telemedicina — País já fez 1,7 milhão de consultas à distância. *Revista Exame* (2020). Disponível em: <<https://exame.com/revista-exame/a-hora-da-telemedicina-pais-ja-fez-17-milhao-de-consultas-a-distancia/>>. Acesso em: 06.set.2020

DIMAGGIO, P. J. e W. W. POWELL. 1991. Introduction. In W. W. Powell and P. J. DiMaggio (eds.) *The New Institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press

DUNN, M. B.; JONES, C. Institutional Logics and Institutional Pluralism: The Contestation of Care and Science Logics in Medical Education, 1967–2005. **Administrative Science Quarterly**, v. 55, n. 1, p. 114–149, Mar. 2010

DREAMSTIME. Imagem da consulta médica. Disponível em: <<https://pt.dreamstime.com/consulta-paciente-do-escrit%C3%B3rio-doutor-terapeuta-m%C3%A9dico-que-examina-image109214147>>. Acesso em: 25.out.2020.

EBNEYAMINI, S.; SADEGHI MOGHADAM, M. R. Toward Developing a Framework for Conducting Case Study Research. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 17, n. 1, p. 160940691881795, 26 dez. 2018.

EISENHARDT, K.; GRAEBNER, M.; SONENSHEIN, S. 5-1 From the Editors GRAND CHALLENGES AND INDUCTIVE METHODS: RIGOR WITHOUT RIGOR MORTIS.: EBSCOhost. **Academy of Management Journal**, v. 59, n. 4, p. 1113–1123, 2016.

FELIX, P. **Regra de telemedicina deve ficar para 2020 - Saúde - Estadão.**

FERNANDES, ELIZANGELA DA ROCHA ZITZKE, V. A. a Evolução Da Técnica E O Surgimento Da Tecnologia No Contexto Econômico E Educacional. p. 1–11, 2012.

FERNANDES, MARIA DAS GRAÇAS MELO et al. Análise conceitual: considerações metodológicas. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 64, n. 6, p. 1150–1156, 2011.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Aprovada por usuários, telemedicina de qualidade amplia acesso à saúde modalidade de atendimento cresce exponencialmente em números de consultas e de prestação de serviço.** Disponível em:< <https://www.pressreader.com/brazil/folha-de-s-paulo/20200830/281633897626342>>. Acesso: 01.set.2020

FREITAS, C. C. G.; SEGATTO, A. P. Ciência, tecnologia e sociedade pelo olhar da Tecnologia Social: um estudo a partir da Teoria Crítica da Tecnologia. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 12, n. 2, p. 302–320, jun. 2014.

FREITAS, L. C. DE. A implementação da telemedicina no brasil e seu caráter social. **Migalhas**, 2020.

FMB. **Planos de Saúde e Telemedicina em discussão na CAP – Federação Médica Brasileira.**

FRIEDLAND R., A. R. R. Bringing Society Back In: Symbols, Practices and Institutional Contradictions In The New Institutionalism in Organizational Analysis. **In The New Institutionalism in Organizational Analysis**, n. January 1991, p. 232–263, 1991.

FROSSARD, A. AA formação profissional numa perspectiva interdisciplinar: os cuidados paliativos em foco Andrea. **Revista Magistro**, v. 2, p. 105–112, 2015.

GESTOMED. Imagem da teleconsulta. Disponível em:[gestomed.com.br/consultas-online-gestomed/](http://gestomed.com.br/consultas-online-gestomed/)>. Acesso em: 25.out.2020.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 3, p. 20–29, jun. 1995.

GOODMAN. Snowball Sampling. **The Annals of mathematical Statistics**, v. 32, n. 1, p. 148–170, 1961.

GOODRICK, E.; REAY, T. Constellations of institutional logics: Changes in the professional work of pharmacists. **Work and Occupations**, v. 38, n. 3, p. 372–416, 2 ago. 2011.

GRANOVETTER, M. Ação economica e estrutural social? o problema da imersão. **RAE-Eletronica**, v. 6, 2007

GREENWOOD, R. et al. Institutional Complexity and Organizational Responses. **The Academy of Management Annals**, v. 5, n. 1, p. 317–371, jun. 2011.

HARZHEIM, E. et al. Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p.

1881, 2019.

HARZHEIM, E.; FERNANDES, J. G. **Guia de Avaliação, Implantação e Monitoramento de Programas e Serviços em Telemedicina e Telessaúde** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018. Disponível em: [http://rebrats.saude.gov.br/images/MenuPrincipal/Guia\\_Avaliacao\\_telessaude\\_telemedicina.pdf](http://rebrats.saude.gov.br/images/MenuPrincipal/Guia_Avaliacao_telessaude_telemedicina.pdf). Acesso em: 6. jun.2020.

HAVEMAN, H. A; GUALTIERI, G. Institutional Logics. Oxford Research Encyclopedia of Business and Management. R. Aldag, 2017

HEINZE, K. L.; WEBER, K. Toward organizational pluralism: Institutional intrapreneurship in integrative medicine. **Organization Science**, v. 27, n. 1, p. 157–172, 2016.

ISABALIJA, S. R.; MBARIKA, V.; KITUYI, G. M. A Framework for Sustainable Implementation of E-Medicine in Transitioning Countries. v. 2013, 2013.

JEPPERSON, R. Institutions, Institutional Effects, and Institutionalism. In *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. W. W. Powell e P. J. DiMaggio (eds.). The University of Chicago Press, 1991, p.143-163

JOHANSEN, C. B.; WALDORFF, S. B. What are Institutional Logics – and Where is the Perspective Taking Us? In: KRUCKEN, G. et al. (Eds.). *New Themes in Institutional Analysis*, Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2017.

JORGE, M. O que é e como funciona a teleconsulta. Portal telemedicina, 2020. Disponível em: <<https://portaltelemedicina.com.br/blog/o-que-e-e-como-funciona-a-teleconsulta>>. Acesso em: 10.abr.2021

KAUARK, F. DA S.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da Pesquisa: Um guia prático**. Itabuna: Bahia, 2010.

LAVADO, T. **Uso da internet no Brasil cresce, e 70% da população está conectada | Tecnologia | G1** (2019). Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/tecnologia/noticia/2019/08/28/uso-da-internet-no-brasil-cresce-e-70percent-da-populacao-esta-conectada.ghtml>>. Acesso em: 10.nov.2020

LI, W. et al. Understanding inter-organizational trust among integrated care service provider networks: A perspective on organizational asymmetries. **Health Policy**, v. 122, n. 12, p. 1356–1363, 2018.

LINDEROTH, H. C. J. From visions to practice – The role of sensemaking, institutional logic and pragmatic practice. **Construction Management and Economics**, v. 6193, n. February, p. 1–14, 2017.

LOPES, M. A. C. Q. et al. Window to the future or door to chaos? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 112, n. 4, p. 461–465, 2019.

LOUNSBURY, M. Organization Studies New Practice Creation: An Institutional Perspective on Innovation. n. June 2014, 2016.

LOUNSBURY, M.; ALBERTA, U. DE. Estudos de Organização. 2016

MACHADO-DA-SILVA, C. L.; GUARIDO FILHO, E. R. G.; ROSSONI. Campos Organizacionais: Seis Diferentes Leituras e a Perspectiva de Estruturação. **RAC**, n. 1, p. 109–147, 2010.

MALDONADO, J. M. S. DE V.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicine: Challenger to dissemination in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. suppl 2, p. 1–12, 2016.

MARCOLINO, M. S. Development and Implementation of a Methodology for Quality Assessment of Asynchronous Teleconsultations. v. 00, n. 00, p. 1–8, 2019.

MARIA, M.; SIQUEIRA, M. Medidas do comportamento organizacional. v. 7, p. 11–18, 2002.

MARQUIS, C.; LOUNSBURY, M. Vive La Résistance: Competing Logics and the Consolidation of U.S. Community Banking. **Academy of Management Journal**, v. 50, n. 4, p. 799–820, ago. 2007.

MARTINS JUNIOR, J. Como escrever trabalhos de conclusão de curso: introduções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MARTINS, S. C. O. et al. Validation of a Smartphone Application in the Evaluation and Treatment of Acute Stroke in a Comprehensive Stroke Center. **Stroke**, v. 51, n. 1, p. 240–246, 2020.

MCDONALD, R. et al. Competing and coexisting logics in the changing field of English general medical practice. **Social Science and medicine**, v. 93, p. 47–54, 2013.

MENACHEMI, N.; BURKE, D. E.; AYERS, D. J. Factors affecting the adoption of telemedicine - A multiple adopter perspective. **Journal of Medical Systems**, v. 28, n. 6, p. 617–632, 2004.

MINAS, E. DE. **Telemedicina deve atrair US\$ 8 bilhões em investimentos no Brasil - Economia - Estado de Minas.**

MIRRA, E. D. P. E S. A tecnologia, suas estratégias suas trajetórias. **Sielo**, v. 60, p. 13–21, 2008.

MORSCH, J. A. **Medicina convencional\_ Relação custo-benefício com a Telemedicina** (2017). Disponível em: < <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/telemedicina-e-medicina-convencional>>. Acesso em: 10.set.2019.

NOHRIA, Nitin. Introduction: is a network perspective a useful way of studying organizations? In: NOHRIA, Nitin, ECCLES, Robert (ed). Networks and organizations: structure, form and action. Boston: Harvard Business School Press, 1992.

OLIVIER, C. **Strategic Responses To Institutional Processes** *Academy of Management Review*, 1991.

- OUSELEY, H. **Resisting Institutional Change**. MACMILLAN ed. London: [s.n.].
- SAGIV, L.; SCHWARTZ, S. H. Cultural values in organisations: insights for Europe. **European Journal of International Management**, v. 1, n. 3, p. 176–190, 2007.
- PAIVA JÚNIOR, F. G. DE; LEÃO, A. L. M. DE S.; MELLO, S. C. B. DE. Validade e confiabilidade na pesquisa qualitativa em administração DOI: 10.5007/2175-8077.2011v13n31p190. **Revista de Ciências da Administração**, v. 13, n. 31, p. 190–209, 2011.
- PATIAS, N. D.; HOHENDORFF, J. VON. Quality criteria for qualitative research articles. **Psicologia em Estudo**, v. 24, p. 1–14, 2019.
- PATINO, C. M.; FERREIRA, J. C. Validade interna e externa: você pode aplicar resultados de pesquisa para seus pacientes? v. 44, n. 3, p. 6548, 2018.
- RAMOS, D. M. DOS; NASCIMENTO, V. G. DO. A família como instituição moderna. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 461–472, 2008.
- PORTO, C. C. O ritual da consulta médica. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 26, 2016.
- REAY, T.; HININGS, C. R. Managing the rivalry of competing institutional logics. **Organization Studies**, v. 30, n. 6, p. 629–652, 2009.
- REDE ABERJE. Aplicativo SulAmérica Saúde lança serviço de teleorientação pediátrica. Disponível em: <<https://www.aberje.com.br/aplicativo-sulamerica-saude-lanca-servico-de-teleorientacao-pediatria/>>. Acesso em: 10.dez.2019
- REZENDE, E. J. C. et al. Ética E Telessaúde: Reflexões Para Uma Prática Segura. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 28, n. 1, p. 58–65, 2010.
- RYNGELBLUM, A. et al. Disguise mechanisms in regulation definitions: the private health system. **International Journal of Organizational Analysis Article information**, n. December, 2018.
- SCHMITZ, C. A. A. et al. Teleconsulta: nova fronteira da interação entre médicos e pacientes. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1–7, 21 dez. 2017.
- SILVA, A. R. A. L. A. C. **Texto para Discussão nº 74-2019 A Telemedicina traz benefícios ao sistema de saúde? Evidências internacionais das experiências e impactos**. 2019 Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/td-74-telemedicina.pdf>. Acesso em: 30.nov.2019.
- SILVA, L. et al. Pesquisa Documental: alternativa investigativa na formação docente. IX Congresso Nacional de Educação - Educare, 2009.
- SCOTT, Richard S. **Institutions and Organizations**. Sage: Thousand Oaks, California, 2001.
- SOIREFMANN, M. et al. Telemedicina: uma revisão da literatura TT - Telemedicine: a review of the literature. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul**, 2008.

SOUZA, L. **Telemedicina: conheça as possibilidades de atendimento a distância**. Agência Brasil, em 21 de maio de 2020. Disponível em:<  
<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/telemedicina-conheca-possibilidades-de-atendimento-distancia>>. Acesso em: 21.mai.2020.

SUDDABY, R. Legitimacy. **Johnson Graduate School**, 2005.

SUCHMAN, M. C. Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. **Academy of Management Review**, v. 20, n. 3, p. 571–610, jul. 1995.

TAGG, J. Why Does the Faculty Resist Change? **Change: The Magazine of Higher Learning**, v. 44, n. 1, p. 6–15, 2012.

TEIXEIRA, E. B. A Análise de Dados na Pesquisa Científica importância e desafios em estudos organizacionais. **Editora Unijuí**, v. 2, n. 1, p. 177–201, 2003.

TERRA, B.; BATISTA, L. A.; ALMEIDA, M. Inovação e Sociedade (Innovation and Society). **Labore - Polêmica Revista**, v. 9, n. 4, p. 82–87, 2010.

THÉRET, B. As instituições entre as estruturas e as ações. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, 2003.

THORNTON, P. H.; OCASIO, W. Institutional Logics. In, C. Oliver, R. Greenwood, R. Suddaby (eds.) *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*, London: Sage, 2008

THORNTON, P. H.; OCASIO, W.; LOUNSBURY, M. The Institutional Logics Perspective. A New Approach to Culture, Structure, and Process. Oxford: Oxford University Press, 2012

THORNTON, P. H.; OCASIO, W.; LOUNSBURY, M. The Institutional Logics Perspective. p. 1–22, 2015.

URTIGA, K. S.; LOUZADA, L. A. C.; COSTA, C. L. B. Telemedicina: uma visão geral do estado da arte. **Anais IX Congresso Brasileiro de informática em Saúde**, p. 969–974, 2004a.

VALENZUELA, F. Las Lógicas del Trabajo Moral en Telemedicina: Disputas en Torno a la Legitimidad de Políticas de Salud Digital The Logics of Moral Work in Telemedicine: Disputes on the Legitimacy of Digital Health Policies A Lógica do Trabalho Moral na Telemedicina: v. 9, n. 2, p. 273–297, 2020.

VAN GESTEL, N.; HILLEBRAND, B. Explaining stability and change: The rise and fall of logics in pluralistic fields. **Organization Studies**, v. 32, n. 2, p. 231–252, 2011.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, p. 203–220, 2014

WALDORFF, S. B.; REAY, T.; GOODRICK, E. A Tale of Two Countries: How Different Constellations of Logics Impact Action. In: **Research in the Sociology of Organizations**. [s.l.] Emerald Group Publishing Limited, 2013. v. 39p. 99–129

WEN, C. L. Telemedicina Do Presente Para O Ecossistema De Saúde Conectada 5.0. **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**, 2020.

WEN, C. L. Ep.109 - **Prof. Chao Wen e a Telemedicina do futuro Saúde Digital.**

Disponível em:<

[https://open.spotify.com/episode/03me3DMBYVNagMKPgfc3PA?si=uYeALySRSOe7734bi22zOQ&utm\\_source=copy-link&dl\\_branch=1&fbclid=IwAR1wQHiezBgGf-h9p6OOFn0\\_y1COVQRMrkRtw1EFiOTAWy9qfILnIQITmIk&nd=1](https://open.spotify.com/episode/03me3DMBYVNagMKPgfc3PA?si=uYeALySRSOe7734bi22zOQ&utm_source=copy-link&dl_branch=1&fbclid=IwAR1wQHiezBgGf-h9p6OOFn0_y1COVQRMrkRtw1EFiOTAWy9qfILnIQITmIk&nd=1)>. Acesso em: 17.ago.2021.

**Webinar | I Ciclo de debates sobre desafios regulatórios da saúde suplementar - Mesa 2.**

FGV, em 28 de julho de 2021. Disponível

em:<<https://www.youtube.com/watch?v=HKzRRUgNTM8>> Acesso em: 30.jul.2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Telemedicine: opportunities and developments in member states: report on the Second Global Survey on eHealth 2009. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em: [https://www.who.int/goe/publications/goe\\_telemedicine\\_2010.pdf](https://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf)>. Acesso em: 01.abr.2020.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Trad. Cristhian Matheus Herrera. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2015

ZAGONEL, I. P. S. Análise de conceito: um exercício intelectual em enfermagem. *Cogitare enferm*, v. 1, n. 1, p. 10–4, 1996.

## ANEXO A – QUESTIONÁRIOS DA PESQUISA

Nesta seção apresenta-se os roteiros com perguntas semiestruturadas que servirão para o pesquisador aprofundar o tema em questão de acordo com os objetivos da pesquisa.

<b>Pergunta para deputada Adriana Aventura</b>
1. Como avalia a relevância da teleconsulta para os cuidados em saúde? E, porque a teleconsulta é considerada para casos de baixa complexidades e retornos de consultas pelos médicos e conselheiros?
2. Em relação ao projeto de lei 1389/2020, consta “dentre outros, aos princípios da autonomia, da liberdade e independência do médico”. Desta vez a autonomia, a liberdade e independência da médica, estão sendo discutidas como pauta, mas anteriormente na Resolução CFM n.º 2.227/2018, essa questão foi ignorada. Na sua opinião como é vista a autonomia médica e, por que agora é importante?
3. Outro ponto interessante nesse novo projeto lei 1389/2020, é que deixa evidente qual o papel do CFM, na forma de regulamentar os procedimentos mínimos a serem observados para a prática da telemedicina. Quais seriam esses procedimentos mínimos? A quem compete regulamentar a telemedicina, o CFM ou à Câmara dos deputados? Por quê?
4. No projeto de Lei 1389/2020, art.5, e a antiga resolução CFM n.º 2.227/2018 está definido que “teleconsulta é a relação entre médico e paciente mediada por tecnologia em diferentes espaços geográficos”. Uma das discussões com relação à aprovação da teleconsulta, era justamente a questão dos “espaços geográficos”, no que se refere “territorialidade”. Como você avalia que a territorialidade deve ser tratada no âmbito da telemedicina?
5. Quais seriam as principais vantagens se o projeto de lei 1389/2020 fosse aprovado hoje? Eventuais aspectos negativos, existem no projeto? Há vozes que dificultaram o andamento do projeto? E que apoiaram? Quais seus argumentos?

<b>Conselho federal de medicina</b>
1. Em relação ao cenário da teleconsulta no Brasil hoje, como você avalia e quais são os principais desafios que você considera para a implementação da teleconsulta? E as principais vantagens?
2. A teleconsulta, na resolução a resolução CFM n.º 2.227/2018 era defendida para pacientes que já tinham tratamentos prescritos ou em tratamento. De que maneira a teleconsulta no primeiro atendimento pode prejudicar um diagnóstico ou tratamento? E por que a telemedicina é apenas considerada para os casos de baixa complexidade?
3. Porque a resolução CFM n.º 2.227/2018 não foi considerada pelos profissionais da saúde? Os profissionais estão preparados para atender virtualmente?
4. Se a teleconsulta fosse aprovada hoje, quais seriam as principais adequações a serem feitas para o exercício da medicina?
5. Como os médicos devem conduzir uma teleconsulta, além dos princípios éticos da prática médica e normas do CFM? E Como fica a responsabilidade dos médicos ou prestadores de serviços com esse novo modelo de atendimento?

- |   |
|---|
| 6. Em relação a força de trabalho médico, existem a possibilidade de alteração? Por quê? Quais seriam essas mudanças? |
|---|

<b>Médico do SUS, Clínicas e hospitais e médico de trabalho</b>
---

- |  |
|--|
| 1. Como você distingue a teleconsulta da telemedicina?   |
| 2. Como a teleconsulta poderia aperfeiçoar/ou já ajuda o seu trabalho?   |
| 3. Na sua visão, quais etapas de um procedimento ou tratamento médico poderia ser contemplado pela teleconsulta? (fala com base em todas as suas experiências Ex: SUS e setor privado) |
| 4. Se a teleconsulta fosse aprovada, quais seriam as principais dificuldades para o seu trabalho? Quais as vantagens?  |
| 5. Em relação a contratação o que você acredita que mudaria? A teleconsulta é uma assistência mais barata ou de menor custo?   |
| 6. Você tomou conhecimento sobre a resolução CFM n.º 2.227/2018, que previa a teleconsulta? Foi contra ou favorável? Por quê?  |
| 7. Você avalia que a teleconsulta comprometeria a relação entre médico paciente? De que forma?   |
| 8. Você avalia que seu compromisso no atendimento com o paciente com teleconsulta mudaria?   |
| 9. Você diria que há vozes a favor/contra a utilização da teleconsulta? Por quê?   |
| 10. Você se sente confortável utilizando a tecnologia necessária à teleconsulta?   |

<b>Professor</b>
------------------

- |  |
|--|
| 1. Como você distingue a teleconsulta da telemedicina?   |
| 2. Como você avalia o cenário da teleconsulta no Brasil hoje?  |
| 3. Quais são os principais desafios para a implementação o conceito da teleconsulta da educação nas escolas e universidades? |
| 4. Quais são as vantagens que a teleconsulta pode provocar no sistema de saúde como um todo?                                 |
| 5. Como as escolas estão adaptando as grades curriculares? Está tendo uma boa aceitação.                                     |
| 6. Como fica a responsabilidade dos médicos ou prestadores de serviços com a teleconsulta?                                   |
| 7. Quais os principais requisitos que a teleconsulta precisa além dos princípios éticos da prática médica e normas do CFM    |
| 8. Na sua percepção, os profissionais estão preparados para atender virtualmente?  |

<b>Serviços de TI</b>
-----------------------

- |   |
|---|
| 1. Quais são as dificuldades que vocês enfrentam ou enfrentaram para adaptar ou oferecer serviços de telemedicina e as dificuldades que enfrentam com os profissionais médicos e operadoras                   |
| 2. Quais são as dificuldades que vocês enfrentam ou enfrentaram para adaptar ou oferecer serviços de telemedicina e as dificuldades que enfrentam com os profissionais médicos e operadoras                   |
| 3. Quais são as principais limitações para se programar um software de atendimento em massa, considerando um cenário com a telemedicina em funcionamento pleno para atendimento virtual, como a teleconsulta? |
| 4. O que vocês esperam com a aprovação da teleconsulta?   |
| 5. Como vocês são reconhecidos e avaliados pelos clientes?  |

6. Como é a garantia de segurança com relação aos dados gerados pelas conversas entre os médicos e pacientes.
7. Na sua opinião, as empresas estão preparadas para investir em seus serviços? Quais seriam os critérios de instalação?
8. Para você, quais os principais critérios para <b>percepção de valor para operadoras, médicos e pacientes?</b>
9. Hoje, o que mudou para os negócios de vocês com relação a aprovação da teleconsulta?