

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
NÍVEL DOUTORADO**

**EDUARDO MOREIRA PALMA**

**ACEITAÇÃO DA TELEMEDICINA POR MÉDICOS NO BRASIL:  
UM OLHAR SOB A LENTE DA TEORIA INSTITUCIONAL**

**Porto Alegre**

**2020**

EDUARDO MOREIRA PALMA

**ACEITAÇÃO DA TELEMEDICINA POR MÉDICOS NO BRASIL:  
UM OLHAR SOB A LENTE DA TEORIA INSTITUCIONAL**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Administração, pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Amarolinda Lara da Costa Zanela Klein

Porto Alegre

2020

P171a Palma, Eduardo Moreira.  
Aceitação da telemedicina por médicos no Brasil : um olhar sob a lente da teoria institucional / Eduardo Moreira Palma. – 2020.  
161 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2020.  
“Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Amarolinda Iara da Costa Zanela Klein.”

1. Telemedicina. 2. Aceitação. 3. Teleconsulta. 4. Gestão em saúde. 5. Teoria institucional. I. Título.

CDU 658

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Bibliotecária: Amanda Schuster – CRB 10/2517)

EDUARDO MOREIRA PALMA

**ACEITAÇÃO DA TELEMEDICINA POR MÉDICOS NO BRASIL:  
UM OLHAR SOB A LENTE DA TEORIA INSTITUCIONAL**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Administração, pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Aprovado em 31 de agosto de 2020

BANCA EXAMINADORA

---

Profª Drª Amarolinda Iara da Costa Zanela Klein (orientadora) – UNISINOS

---

Profª Drª Anátalia Saraiva Martins Ramos – PPGA/UFRN

---

Prof. Dr. Celso Augusto de Matos – UNISINOS

---

Profª Drª Cristiane Drebes Pedron – UNINOVE

---

Prof. Dr. Ivan Lapuente Garrido – UNISINOS

## **AGRADECIMENTOS À CAPES**

O presente trabalho foi realizado, nos seus primeiros 18 meses, com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora Prof<sup>a</sup> Maro, profissional do mais alto nível, uma pessoa incrível. Uma professora, que remete a tudo que existe de mais nobre nesta profissão. É impossível descrever em palavras a minha gratidão pelo apoio, disponibilidade e paciência.

Agradeço a minha esposa pelo suporte, por ter doado tanto de sua vida à este projeto que, incrivelmente, se torna realidade. A minha mãe que está em tudo que eu realizei, e tudo que eu ainda venha a realizar. Ao meu pai, que me puxou e doou todo o seu tempo e sua disposição no momento em que mais foi preciso.

Agradeço a Ana Zilles que sempre foi um ponto de apoio e motivação nessa jornada. Agradeço a todos os meus colegas e professores pelo companheirismo, aprendizado, convivência. Em especial a minha conterrânea Ana Paula, companheira de milhares de quilômetros de BR 116.

E aqui, trago a história de um anjo. Um ser que teve uma curta passagem por esta vida. Que por aqui, cativou à todos. Que viveu o mais belo romance e partiu deixando dois pequenos meninos com a sua companheira de outrora, aquela jovem, dedicada e amorosa mãe. Partiu? Ora, todos sabem. Um anjo não parte, ele apenas muda de plano. E nessa nova jornada, esse anjo se encarregou de fazer com que a vida dos pequenos meninos nunca fosse vazia. Rapidamente providenciou alguém para continuar o seu trabalho. Alguém que estava à altura de fazer aquilo que ele não mais poderia fazer. Um amoroso e dedicado pai. Ele deixou tias dedicadas e amorosas com quem aquelas crianças poderiam contar para tudo e para sempre. E quando a vida tratou de separar as coisas, não percebeu que esse anjo já havia decidido. Estes meninos não teriam uma vida de perdas! Assim, o anjo lhes providenciou, ao seu tempo, pessoas que seriam muito especiais em suas histórias: uma madrasta; duas irmãs; tios e tias; primos e primas; um padrasto. Quando o caçula dos meninos decidiu encarar a vida, foi a vez de lhe apresentar uma parceira de jornada. E, como de costume, não seria qualquer pessoa, seria alguém muito especial. Alguém que lhe daria as coisas que lhe mostrariam o verdadeiro sentido da sua vida. Dois presentes celestiais. Duas pequenas crianças, como um dia fora aquele menino e seu irmão. Agora pai, tudo fazia sentido. Não há morte que separe um amor de pai e filho. Obrigado a todos aqueles que fazem da minha história, a história de uma vida abençoada.

“Wisdom is not a product of schooling but of the lifelong attempt to acquire it.”

Albert Einstein

## RESUMO

A telemedicina se caracteriza por ser um conjunto de diferentes serviços de saúde, que são realizados a distância, sendo uma promissora ferramenta no desenvolvimento social, por meio de assistência ampliada à saúde. No entanto, ainda não há consenso, na literatura, sobre os fatores que influenciam a aceitação e difusão destas práticas. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar os fatores que influenciam a aceitação da telemedicina, mais especificamente, das teleconsultas, por parte de médicos, e compreender como fatores institucionais e o trabalho institucional destes profissionais atuam de maneira a difundir ou a barrar a aceitação destas práticas. Este trabalho se utiliza de um estudo de caso único, com abordagem qualitativa; com coleta de dados por meio de entrevistas semi estruturadas, análise de vídeos de audiências públicas, de plataformas digitais, além de documentos diversos como portarias, leis e reportagens de veículos de comunicação, entre outros. A análise dos dados foi realizada em dois ciclos, com métodos mistos de codificação. Como resultados da pesquisa, inicialmente foram identificados 13 fatores que influenciam a aceitação da telemedicina/teleconsultas pelos médicos. Oito destes fatores haviam sido identificados previamente na literatura, sendo eles: Fatores Regulatórios, o Grau de Instrução e Preparo dos Usuários, a Resistência à Mudança, a Infraestrutura Tecnológica, a Percepção de Valor, as Características Organizacionais e a Disponibilidade Financeira. Outros cinco fatores de aceitação, não encontrados na literatura prévia, emergiram dos dados coletados no contexto brasileiro: o Corporativismo, as Possibilidades por Especialidades, o Exame Físico Presencial, a Mercantilização da Telemedicina, e a Relação Médico-Paciente Progressiva. Todos esses fatores foram então discutidos à luz da Teoria Institucional e do Trabalho Institucional. Com isso, foi possível verificar que a Teoria Institucional possibilita visões ampliadas que relacionam esses fatores entre si e que revelam novas relações e similaridades diferentes daquelas já realizadas por meio de teorias de difusão e aceitação de inovações, verificadas na literatura prévia. Assim, os Pilares Cultural/Cognitivo, Normativo e Regulativo são relacionados a aspectos que correspondem à base da relação entre os fatores, como Desconhecimento, Estrutura e Regulamentação, respectivamente. Por fim, o Trabalho Institucional para a manutenção da instituição das consultas presenciais foi analisado, sendo que as práticas de Policiamento e Determinação, já apontadas na

literatura, se mostraram presentes no contexto pesquisado, mas duas novas formas de trabalho institucional foram identificadas e são definidas: a de Difamação e a de Postergação. Este trabalho contribui com as pesquisas em Administração por gerar compreensão sobre a forma com que determinadas classes profissionais influenciam a aceitação e a difusão de inovações e tecnologias por meio das práticas de trabalho institucional. Para as organizações do setor de saúde, mostra possibilidades acerca de uso e implantação de teleconsultas. Já para a sociedade, oportuniza melhor entendimento dessas práticas, que podem contribuir para uma ampliação da assistência dos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Telemedicina, Aceitação, Teleconsulta, Gestão em Saúde, Teoria Institucional, Trabalho Institucional.

## ABSTRACT

Telemedicine is characterized by being a set of different health services, which are performed at a distance, being a promising tool in social development, through expanded health care. However, there is still no consensus in the literature on the factors that influence the acceptance and diffusion of these practices. Thus, the objective of this study was to analyze the factors that influence the acceptance of telemedicine, more specifically, econsult, by physicians, and to understand how institutional factors and the institutional work practice by these professionals act in a way to spread or hamper the adoption of these practices. This work uses a single case study, with a qualitative approach; with data collection through semi-structured interviews, analysis of videos from public hearings, from digital platforms, in addition to various documents such as ordinances, laws and media reports, among others. Data analysis was performed in two cycles, using mixed coding methods. As a result of the research, 13 factors that influence the acceptance of telemedicine / econsult by physicians were initially identified. Eight of these factors had been previously identified in the literature, namely: Regulatory Factors, Degree of User's literacy, Resistance to Change, Technological Infrastructure, Perception of Value, Organizational Characteristics and Financial Support. Five other acceptance factors, not found in the previous literature, emerged from the data collected in the Brazilian context: Corporatism, Possibilities of Specialties, Physical Examination in person, Mercantilization of Telemedicine, and the Previous Doctor-Patient Relationship. All of these factors were then discussed in the light of Institutional Theory and Institutional Work. Thereby, it was possible to verify that the Institutional Theory enables expanded views that relate these factors to each other and that reveal new relationships and similarities different from those already realized through theories of diffusion and acceptance of innovations, verified in the previous literature. Thus, the Culture / Cognitive, Normative and Regulatory Pillars are related to aspects that correspond to the basis of the relationship between factors, such as Ignorance, Structure and Regulation, respectively. Finally, the Institutional Work for maintaining the institution of face-to-face consultations was analyzed, and the Policing and Determination practices, already mentioned in the literature, were present in the researched context, but two new practices of institutional work were identified and are defined: Defamation and Postponement. This work contributes to management

research towards to the way in which certain professional classes influence the acceptance and diffusion of innovations and technologies through institutional work practices. For companies in the sector, it shows possibilities about the use and implementation of econsult. For society, on the other hand, it provides a better understanding of these practices, which can contribute to an expansion of health care assistance.

**Key-words:** Telemedicine, acceptance, eConsult, Health Management, Institutional Theory, Institutional Work.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – NASSS.....	33
Figura 2 - ETSSM .....	34
Figura 3 – Modelo TOE.....	35
Figura 4 - TAM.....	39
Figura 5 - UTAUT .....	40
Figura 6 – Foco do Trabalho Institucional.....	61
Figura 7 - Desenho de Pesquisa.....	72
Figura 8 – Identificação dos Participantes das Audiências Públicas .....	81

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Difusão da Inovação - Fatores.....	37
Quadro 2 – Abordagens Teóricas para Adoção de <i>eHealth</i> .....	41
Quadro 3 –Fatores de Influência na Aceitação de Telemedicina .....	53
Quadro 4 – Pilares Institucionais.....	58
Quadro 5 – Práticas de Criação de Instituições.....	63
Quadro 6 – Práticas de Disrupção de Instituições .....	64
Quadro 7 – Práticas de Manutenção de Instituições .....	65
Quadro 8 – Síntese dos Conceitos Teóricos considerados na tese.....	67
Quadro 9 - Entrevistados.....	74
Quadro 10 – Métodos de Codificação por Ciclos.....	78
Quadro 11 – Tipos de Teleatendimentos conforme a Resolução 2.227/2018 .....	83
Quadro 12 – Novos Fatores que Emergiram dos Dados da Pesquisa .....	107
Quadro 13 – Estrutura Institucional Identificada.....	109
Quadro 14 – Pilares Institucionais Identificados.....	109

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados de Audiências Públicas (em vídeo) .....	75
Tabela 2 – Documentos Secundários Complementares .....	76
Tabela 3 – Detalhamento dos sujeitos de pesquisa .....	76
Tabela 4 – Fatores de aceitação da telemedicina Identificados .....	86
Tabela 5 – Práticas de Trabalho Institucional de manutenção do atendimento médico presencial, em detrimento das Teleconsultas .....	117
Tabela 6 – Revisão Literatura de Fatores .....	151

## LISTA DE SIGLAS

TIC's	Tecnologias de Informação e Comunicação
CFM	Conselho Federal de Medicina
OMS	Organização Mundial de Saúde
ABM	Associação Brasileira de Médicos
ABRANGE	Associação Brasileira de Planos de Saúde
NASSS	Nonadoption, abandonment, scale-up, spread, and sustainability
ETSSM	Evaluation Telemedicine Systems Success Model
TOE	Technology-Organisation-Environment
RFID	Identificação por Rádio Frequência
TDI	Teoria de Difusão de Inovação
TAM	Technology Acceptance Model
UTAUT	Unified Theory of Acceptance and Use of Technology
TRA	Theory of Reasoned Action
NHS	National Health Service

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1 Problema de Pesquisa .....	17
1.2 Objetivos .....	22
Objetivo Geral.....	22
Objetivos Específicos .....	22
1.3 Justificativa .....	22
1.4 Tese Proposta .....	26
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>28</b>
2.1 <i>Ehealth</i> , Telemedicina e teleconsulta: definições .....	28
2.2 Abordagens teóricas no estudo da aceitação ou resistência ao <i>ehealth</i> e telemedicina .....	31
2.3 Fatores que influenciam a aceitação ou resistência à Telemedicina .....	42
2.3.1 <i>Infraestrutura Tecnológica</i> .....	42
2.3.2 <i>Características Organizacionais</i> .....	44
2.3.3 <i>Percepção de Valor</i> .....	45
2.3.4 <i>Disponibilidade Financeira</i> .....	47
2.3.5 <i>Resistência à Mudança</i> .....	48
2.3.6 <i>Grau de Instrução e Preparo dos Usuários</i> .....	50
2.3.7 <i>Influência Social entre Profissionais Médicos</i> .....	50
2.3.8 <i>Fatores Regulatórios</i> .....	52
2.3.9 <i>Síntese dos fatores</i> .....	53
2.4 Teoria Institucional .....	55
2.4.1 <i>Conceitos Centrais</i> .....	55
2.4.2 <i>Trabalho Institucional</i> .....	61
2.5 Síntese do referencial teórico .....	66
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>70</b>
3.1 Caracterização do Método .....	70
3.2 Etapas do Estudo de Caso .....	71
<b>4 ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	<b>81</b>
4.1 Telemedicina no Brasil .....	82
4.2 Fatores de Influência para Aceitação de Teleconsultas por Médicos .....	85
4.2.1 <i>Fatores Regulatórios</i> .....	87

4.2.2 Grau de Instrução e Preparo dos Usuários .....	89
4.2.3 Resistência à Mudança .....	91
4.2.4 Infraestrutura Tecnológica.....	93
4.2.5 Percepção de Valor .....	95
4.2.6 Corporativismo .....	97
4.2.7 Possibilidades por Especialidades.....	99
4.2.8 Exame Físico Presencial .....	100
4.2.9 Mercantilização da Medicina.....	102
4.2.10 Características Organizacionais.....	103
4.2.11 Disponibilidade Financeira .....	105
4.2.12 Relação Médico-Paciente Progressa .....	106
4.2.13 Fatores Identificados no Contexto Brasileiro.....	107
4.3 Discussão dos Fatores de Aceitação à Luz da Teoria Institucional .....	108
4.4 Análise do Trabalho Institucional .....	116
4.4.1 Determinação .....	118
4.4.2 Policiamento .....	120
4.4.3 Difamação .....	121
4.4.4 Postergação .....	125
4.5 Discussão sobre o Trabalho Institucional de Manutenção .....	132
<b>5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>135</b>
5.1 Implicações Acadêmicas .....	138
5.2 Implicações Gerenciais .....	139
5.3 Limitações de Pesquisa .....	140
5.4 Sugestões de Estudos Futuros .....	141
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>142</b>
<b>APÊNDICE A – PARÂMETRO DA REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>151</b>
<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>153</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>154</b>
<b>APÊNDICE D – DETALHAMENTO AUDIÊNCIAS PÚBLICAS .....</b>	<b>155</b>
<b>APÊNDICE E – DADOS SECUNDÁRIOS DE VÍDEOS, REPORTAGENS, NOTAS .....</b>	<b>159</b>
<b>APÊNDICE F – CODIFICAÇÃO DE CATEGORIAS NO SOFTWARE NVIVO11... 161</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

A rápida difusão e aprimoramento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) nas últimas décadas foi responsável pelo crescimento significativo de dispositivos e sistemas aplicados à área da saúde, também chamados de *eHealth* (Mengesha & Garfield, 2019). A telemedicina é uma forma de *eHealth*, que se utiliza das TIC para superar a distância, quando esta é uma barreira para o atendimento médico. Os profissionais da área da saúde utilizam TIC no dia a dia, seja para troca de informações de diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças e lesões, pesquisa e evolução, ou na sua educação continuada (Bradford, Caffery, & Smith, 2015). A telemedicina, dessa forma, é uma possibilidade de se utilizar as TIC para expandir a atuação desses profissionais.

A telemedicina também se caracteriza por ser um conjunto de diferentes serviços de saúde, que são realizados a distância (Mengesha & Garfield, 2019). Um exame de eletrocardiograma interpretado por um médico distante do local de realização, através da imagem enviada por internet para o seu celular, é um telediagnóstico. A transmissão de uma cirurgia em alta resolução, em tempo real, com possibilidade de interação com alunos de um curso de medicina é uma teleconferência. Ambos os exemplos são diferentes tipos de telemedicina (World Health Organization - & EHealth, 2016).

A telemedicina é ferramenta promissora no desenvolvimento social, por meio de assistência à saúde. Isso porque permite, de forma mais econômica, que uma ampla gama de atendimentos sejam implementados de forma mais abrangente (Furusa & Coleman, 2018; Wade, Taylor, Kidd, & Carati, 2016). Haja vista que a telemedicina representa um meio pelo qual ocorrerá a comunicação médico-paciente, vários procedimentos e vários tratamentos podem ser implementados a distância. Inicialmente, os benefícios mais lógicos se referem a ganhos de escala em atendimentos, diminuição de custos de locomoção e ampliação da cobertura de saúde. Porém, esses não são nem os únicos, nem os mais significativos. A redução da mortalidade, a redução de atendimentos e admissões em serviços de emergência, a redução em serviços eletivos, redução de internações e de custos destes serviços são ganhos já relatados com a utilização de telemedicina (McCartney, 2012).

Apesar do crescente interesse e da expansão da telemedicina pelo mundo, muitos são os fatores que impedem a disseminação desse tipo de assistência. Na Alemanha, por exemplo, mais de 80% de uma amostra de 1.367 respondentes afirmou não estarem cientes da existência de atendimentos em saúde mental realizados pela internet (Apolinário-Hagen, Vehreschild, & Alkoudmani, 2017).

A aceitação de inovações por parte de profissionais de referência na área da saúde é fator que influencia a aceitação pelos demais profissionais da área (Iacopino, Mascia, & Cicchetti, 2018) e consequente adoção dessas inovações. Os profissionais médicos podem ser vistos como líderes na área da saúde, se comparados aos demais stakeholders, como gestores e enfermeiros.

Contudo, dados de pesquisas empíricas prévias sugerem os médicos são os que menos vislumbram o avanço da telemedicina (Haluzá & Jungwirth, 2015). A exemplo dessa resistência à telemedicina por profissionais da área médica, em dezembro de 2018 o Conselho Federal de Medicina (CFM) brasileiro publicou a Resolução 2.227/18, regulamentando formas de telemedicina, estabelecendo parâmetros e permitindo, entre outros tipos, a realização de teleconsultas. A teleconsulta pode ser definida como uma “consulta médica remota, mediada por tecnologias, com médico e paciente localizados em diferentes espaços geográficos” (CFM, 2018, p.4). Na ocasião, uma das revistas mais tradicionais do país noticiou esta regulamentação como uma decisão controversa, que mudaria para sempre a relação entre médicos e pacientes (Natalia Cuminale, 2019). Entretanto, cerca de dois meses após sua publicação, acabou por revogá-la, tendo em vista a expressiva pressão exercida pelos integrantes da classe, e dos seus demais representantes (CFM, 2019). Esse cenário resultou em um ambiente organizacional com atores trabalhando com diferentes enfoques e objetivos, dentro do mesmo campo. Enquanto alguns atores buscam a inserção das teleconsultas no rol de procedimentos de saúde, outros trabalham para impedir ou adiar a sua utilização por meio da manutenção e fortalecimento das lógicas que impedem sua realização.

No que tange especificamente aos profissionais médicos, fatores como resistência à mudança, falta de familiaridade com dispositivos digitais, desconhecimento das rotinas, entre outros, são mencionados como possíveis motivadores das negativas a telemedicina (Adenuga, Iahad, & Miskon, 2017; Hao, Padman, Sun, & Telang, 2018; Hatz, Schreyögg, Torbica, Boriani, & Blankart, 2017). Além das características próprias destes profissionais, há de se verificar as diversas

influências do campo onde atuam. Assim, esta tese aborda, como tema principal, os fatores e práticas (especialmente de ordem institucional) que afetam a aceitação da telemedicina, mais especificamente, das teleconsultas, pelos médicos, estudando o tema empiricamente no contexto brasileiro.

## **1.1 Problema de Pesquisa**

Em consonância com a Organização Mundial de Saúde (OMS), alguns países como Austrália e Arábia Saudita já contam com iniciativas públicas de expansão da telemedicina. O primeiro obteve uma significativa melhoria na sua assistência em saúde por meio de um programa que disponibilizava teleconsultas a pacientes idosos (Wade et al., 2016). Já o segundo lançou em 2011 a sua rede de telemedicina, implantando-a na totalidade das instalações de saúde do país. Nesse sentido, identificou a viabilização de recursos financeiros como uma das principais barreiras para implantar, operar e manter a telemedicina (Alaboudi et al., 2016).

Apesar dos seus benefícios comprovados, cerca de 75% dos projetos pilotos em telemedicina são abandonados a médio e longo prazo (Van Dyk, 2013). Países mais pobres, em especial, poderiam mostrar avanços no atendimento à saúde através da expansão da telemedicina. Porém, mesmo nestes, as implementações ainda se mantêm baixas (Furusa & Coleman, 2018). Estudo realizado na Nigéria identificou a resistência dos médicos em relação à telemedicina. Porém, concluiu que a adoção dessa inovação pelos profissionais poderia ser potencializada por uso de incentivos e de reforços específicos na fase de implantação dos projetos (Adenuga et al., 2017).

A decisão de adoção de inovações como a telemedicina tem encontrado barreiras que impedem a sua difusão (Alaboudi et al., 2016; Catan, Espanha, Mendes, Toren, & Chinitz, 2015; Mengesha & Garfield, 2019; Taylor et al., 2015). Essas dificuldades não parecem ser exclusivas dos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Uma pesquisa austríaca identificou uma série de fatores de promoção e fatores de impedimentos da disseminação do uso de TIC na prestação de serviços de saúde (Haluzá & Jungwirth, 2015). Os fatores de promoção se relacionam a melhorias no padrão de vida, qualidade na atenção à saúde e conhecimento dos pacientes sobre essas inovações. Já os impedimentos foram relacionados com aspectos financeiros e segurança dos dados dos pacientes. A

mesma pesquisa mostra que, entre *stakeholders*, pacientes e médicos, os últimos são os que menos vislumbram cenários de desenvolvimento avançado e adoção de TIC na área da saúde.

Vários fatores podem influenciar o posicionamento dos profissionais frente às inovações. Médicos tendem a adotar um comportamento similar àqueles que formam o seu círculo social/profissional. A ausência de comprovações científicas robustas, por exemplo, pode ser fator menos decisivo na aceitação de inovações se comparado com a adoção por líderes locais (Borracci & Giorgi, 2018).

As pesquisas sobre fatores de influência na aceitação e adoção de telemedicina, sejam barreiras ou facilitadores, não parecem ainda apresentar resultados homogêneos, o que mostra a falta de maturidade sobre o tema. Schreiweis et al. (2019) buscaram, em uma revisão sistemática, estes fatores. Analisando 38 artigos encontraram 77 barreiras e 292 facilitadores para adoção de tecnologias na área da saúde. Os autores mencionam a importância de estudos complementares que partam de situações onde as implantações não obtiveram sucesso. Ou seja, com maior ou menor sucesso, as pesquisas até aqui têm relatado casos de maior ou menor nível de adoção de *eHealth*. Assim, não são verificadas análises que mostrem barreiras não transpostas.

Sob outro ponto de vista, Greenhalgh et al. (2017) refletem a carência de consolidação teórica sobre os fatores de difusão e aceitação de telemedicina e *eHealth*. Estes autores apresentam uma proposição teórica específica para telemedicina que, porém, parecem não ter conquistado relevante aceitação entre os pesquisadores da área, sendo Greenhalgh et al. (2018) a única referência encontrada com a utilização e testagem do mesmo. Nesse sentido, não foram encontrados modelos teóricos amplamente aceitos para analisar a aceitação ou resistência à telemedicina. Wade, Gray, & Carati (2017) mostram que, em média, apenas 5% dos estudos em telemedicina mencionam alguma teoria. Destes, a maioria não testam as teorias, mas apenas as mencionam.

Na área da saúde os médicos estão no topo da hierarquia profissional. O poder desta classe profissional deriva tanto da legitimação social, da sua missão de salvar vidas, quanto da sua habilidade e habilitação exclusiva para utilizar conhecimentos complexos em procedimentos específicos (Currie, Lockett, Finn, Martin, & Waring, 2012). Uma série de pesquisas apontam a resistência dos médicos

como fator de significativa influência no processo de aceitação e adoção das tecnologias de saúde (Schreiweis et al., 2019).

Entretanto, um número reduzido de pesquisas analisa estes profissionais a partir de uma abordagem ampla, envolvendo um número maior de atores e suas pressões (Adenuga et al., 2017; Mengesha & Garfield, 2019; Rho, Choi, & Lee, 2014). Nesse sentido, nenhum dos artigos considerados nas revisões realizadas até o momento, que aborde o tema da telemedicina, analisa este tipo de profissional em relação às pressões institucionais exercidas no contexto em que eles atuam. Davidson, Baird, & Prince (2018) mostram que estudos sobre adoção de TIC na área da saúde tem sido realizados de forma segmentada entre diferentes *stakeholders*, como pacientes, profissionais, organizações, etc. Os autores apontam para a necessidade de abordagens que envolvam esses diferentes atores, considerando as relações entre eles.

Assim, os fatores de influência identificados em pesquisas recentes sobre a aceitação de telemedicina, de forma isolada, não têm se mostrado como uma efetiva fonte de diminuição destas dificuldades. Uma mudança de cenário enseja a utilização de abordagens holísticas que possam identificar as pressões exercidas no campo organizacional (Davidson et al., 2018). O sucesso neste processo de aceitação, e conseqüente adoção, depende de um alinhamento entre a inovação e as características institucionais dos atores, como normas profissionais e formas de trabalho estabelecidas do campo (Bunduchi, Smart, Charles, McKee, & Azuara-Blanco, 2015).

Esta pesquisa reconhece que diversos são os fatores que influenciam os profissionais médicos na sua aceitação da telemedicina, mais especificamente, das teleconsultas. Estes fatores dependem não apenas das suas vontades e preferências pessoais, mas também das instituições que permeiam seu campo organizacional (DiMaggio & Powell, 1983). Esta pesquisa utiliza a Teoria Institucional para analisar as instituições envolvidas neste ambiente, e quais fatores institucionais atuam sobre a aceitação das teleconsultas por parte dos médicos. Ou seja, se baseia neste arcabouço teórico para analisar as influências e pressões institucionais (DiMaggio & Powell, 1983) que são exercidas pelos médicos, e pelos seus representantes, para influenciar a aceitação desta prática, compreendendo atores individuais e coletivos deste cenário, e os chamados pilares institucionais – coercitivo, normativo e cultural/cognitivo (Scott, 2014).

Os atores tendem a executar ações se utilizando de práticas que podem contribuir para a alteração, ou para a manutenção das instituições. Nesse sentido, será considerado o conceito do Trabalho Institucional para a leitura destas práticas, e do trabalho realizado pelos atores no intuito de manutenção da instituição vigente (Lawrence & Suddaby, 2006), barrando novas instituições, no caso, relacionadas às teleconsultas.

As pressões institucionais podem agir por meio do chamado Trabalho Institucional, de forma a facilitar ou dificultar a aceitação e adoção de novas tecnologias, as quais envolvem instituições. Esta tese parte do pressuposto que indivíduos e organizações podem, assim, atuar para manter, romper ou criar novas instituições (Lawrence & Suddaby, 2006) que estejam atreladas ao ambiente onde se adota uma nova prática calcada na tecnologia, como é o caso da telemedicina.

Assim, em síntese, esta tese se volta à compreensão de fatores institucionais que podem afetar a aceitação da telemedicina, mais especificamente, das teleconsultas. Tais como, resoluções do conselho profissional e a forma em que a atuação de médicos influencia, inclusive, a própria legislação relativa a estas práticas.

O contexto brasileiro é interessante para o estudo dessa perspectiva, uma vez que a regulamentação das teleconsultas no país é fortemente influenciada pela aceitação dessa inovação pelos médicos. A legislação no país empodera o Conselho Federal de Medicina (CFM) e seus conselhos regionais como supervisores da ética profissional, julgadores e disciplinadores da atuação da classe médica. Nesse sentido, é este conselho que têm a prerrogativa sobre, por exemplo, a regulamentação da telemedicina e das teleconsultas. São os médicos que ocupam os cargos diretivos e decisórios em questões técnicas que envolvam a sua atuação. Ou seja, são estes profissionais que formam os grupos de trabalho que precedem as resoluções técnicas, e que, de forma conjunta, definem as diretrizes de atuação da profissão.

Um acontecimento relevante sobre a telemedicina no país, foi a publicação em dezembro de 2018 da Resolução 2.227/18, pelo CFM, regulamentando novos serviços de telemedicina, estabelecendo parâmetros e permitindo, entre outros, a realização de teleconsultas. Ou seja, seria permitido pelo conselho a realização de consultas por meio eletrônico, diretamente entre médico e paciente, sem intermediários. A reação imediata da classe, por meio de profissionais,

individualmente, e de associações parceiras como a ABM (Associação Brasileira de Médicos), foi o envio massivo de representações formais solicitando mudanças e cancelamento do documento.

O movimento motivou a revogação da Resolução antes da mesma entrar em vigor. No caso, foram registradas, pelo menos, 1.444 reclamações formais no conselho até a sua revogação cerca de dois meses após a publicação (CFM, 2019). Ao mesmo tempo, entidades como a Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRANGE) lamentaram a revogação informando que a prática da telemedicina já é utilizada mesmo sem a regulamentação. Nesse sentido, a liberação das teleconsultas foi ponto chave da polêmica criada sobre a resolução revogada entre os médicos (Formenti & Felix, 2019).

Estes movimentos não apenas buscaram impedir a prática destes procedimentos, mas mostraram os diferentes posicionamentos que agem institucionalmente sobre os profissionais. Principalmente buscando reforçar a ideia de que não existem condições técnicas de utilização desta forma de atendimento, assim, contrariando as práticas internacionais (Agarwal et al., 2020).

Por isso, devido à atuação da classe médica, as teleconsultas não são permitidas no Brasil de forma permanente. Elas foram autorizadas pela Lei nº 13.989/2020 apenas de forma provisória durante a pandemia do COVID-19. Quando autorizadas, mostraram significativa abrangência no mercado (Da Silveira, 2020). Desde sua liberação, em abril de 2020, até agosto do mesmo ano, mais de 1,7 milhão de atendimentos já haviam sido realizados (Desidério, 2020). Entretanto, ainda assim, um médico que trabalhe diretamente com teleconsultas fora desse período pode ser punido pelo CFM.

Dessa forma, o Brasil apresenta um contexto especialmente interessante, pois mostra uma realidade em que o trabalho institucional de uma classe profissional atuou com êxito impedindo a difusão de uma nova tecnologia, por meio da criação de barreiras e ações que mantiveram a instituição vigente (atendimento médico presencial).

Assim, considerando a temática e o contexto de pesquisa, este trabalho busca identificar fatores que influenciam a aceitação da telemedicina/teleconsultas por parte dos profissionais médicos, e verificar as práticas de Trabalho Institucional relacionadas com à difusão, ou impedimento, dessa inovação. Nesse sentido, esta pesquisa busca responder às seguintes perguntas:

- a) Quais são os fatores que influenciam a aceitação da Telemedicina/teleconsultas, especialmente fatores institucionais, por parte dos médicos?
- b) Quais formas de Trabalho Institucional podem ocorrer nesse contexto, de maneira a difundir ou a barrar a adoção da telemedicina/teleconsultas, do ponto de vista dos médicos?

## **1.2 Objetivos**

### Objetivo Geral

Analisar os fatores que influenciam a aceitação da telemedicina/teleconsulta por parte de médicos, e compreender como fatores institucionais e o trabalho institucional desses profissionais atuam de maneira a difundir ou a barrar a adoção dessa inovação.

### Objetivos Específicos

- a) Identificar os fatores que influenciam a aceitação de teleconsultas por parte de médicos, no contexto brasileiro;
- b) Analisar os fatores institucionais que atuam nesse cenário;
- c) Analisar o trabalho institucional da classe médica com relação à adoção e difusão das teleconsultas, no contexto brasileiro.

## **1.3 Justificativa**

Esta pesquisa contribui com o entendimento sobre a forma com que determinadas classes profissionais influenciam a aceitação e a difusão de inovações e tecnologias por meio das práticas de trabalho institucional. O status e a posição social dos indivíduos tanto no âmbito intraprofissão quanto interprofissão pode moldar o Trabalho Institucional praticado pelos demais pares profissionais (Currie et al., 2012).

Esta pesquisa pode contribuir na ampliação dos conhecimentos sobre o comportamento específico das classes profissionais em um campo organizacional.

Também se justifica por investigar um fenômeno organizacional de características únicas que pode fornecer conhecimentos de valor empírico e teórico.

Em relação ao primeiro, o desenvolvimento desta pesquisa pode avançar nos conhecimentos sobre os fatores que atualmente impedem a aceitação e a difusão da telemedicina, não apenas no Brasil, mas também no restante do mundo. Em 2005, a OMS reconheceu a relevância da telemedicina, apontando a utilização de TIC como impulsionador-chave para a promoção e atingimento do plano de Cobertura Universal de Saúde desenvolvido pela organização. Assim, a entidade acredita que a telemedicina seja uma forma eficiente de se promover significativa ampliação da assistência à saúde no mundo. A telemedicina tem potencial para mudar o cenário da Saúde tanto em países desenvolvidos como em países mais pobres (World Health Organization - & EHealth, 2016).

Segundo o Departamento de Saúde da Inglaterra, as tecnologias de telemedicina podem contribuir com até 45% de redução nas taxas de mortalidade, 21% nos atendimentos de emergência, 14% em internações e até 8% em custos de operação em saúde (McCartney, 2012). Além disso, programas que aumentaram o acesso à consultas médicas por meio da telemedicina/teleconsultas puderam observar melhorias na prestação de assistência à saúde para a população atendida (Bradford et al., 2015).

A telemedicina é, assim, uma valiosa alternativa para comunidades que não oferecem atrativos suficientes para a contratação de médicos. Nesse caso, elas podem se valer de atendimentos por teleconsultas para aprimorar as condições de saúde da sua população (Wade et al., 2016).

Desta forma, esta pesquisa se justifica por buscar produzir conhecimentos que auxiliem na superação de barreiras à difusão da telemedicina, especialmente, das teleconsultas, possivelmente proporcionando, entre outros, os benefícios acima mencionados também para a população brasileira, podendo servir de referência para outros países com realidades similares.

Para os médicos brasileiros, esta pesquisa traz a oportunidade de reflexão sobre o potencial da telemedicina, mais especificamente, das teleconsultas, e os possíveis reflexos destas na sua prática profissional, proporcionando ampliação da assistência à saúde, em harmonia com as preocupações e necessidades dessa categoria profissional.

A revogação da Resolução 2.227/18 foi fruto de um trabalho institucional de da classe médica. Nesse sentido, este tema demonstra despertar uma profunda reflexão, não apenas na classe médica, mas também em gestores de organizações de saúde, desenvolvedores de políticas públicas do setor, e até empresas da área de tecnologia. O aprofundamento do conhecimento de fatores de aceitação dos médicos em relação à teleconsultas pode contribuir para expansão do conhecimento das pesquisas na área de gestão da saúde, e das áreas que pesquisam tecnologias e inovações nesse setor.

Do ponto de vista teórico, foram identificados diversos modelos utilizados para o estudo da aceitação, difusão e resistência à telemedicina, mas verificou-se que não há consenso na literatura sobre os principais fatores de influência desses processos (como será explicado no capítulo 2). Assim, este trabalho busca contribuir para a consolidação teórica em relação a fatores de difusão e aceitação da telemedicina, conforme sugerido por Greenhalgh et al. (2017). Além disso, busca compreender esses fatores entre os profissionais médicos, que são atores chaves no processo de implementação de tecnologias na área da saúde (Schreiweis et al., 2019), e que, frequentemente, não são alvos de pesquisas sobre o tema.

As pesquisas sobre aceitação de telemedicina especifica por profissionais médicos se encontram em número pouco expressivo na literatura (Adenuga et al., 2017; Rho et al., 2014). São poucas as referências que verificam a visão de médicos sobre novas tecnologias na área da saúde (Borracci & Giorgi, 2018), ou ainda sobre pressões institucionais que estes profissionais podem exercer (Currie et al., 2012). Não foram encontradas, até o momento, abordagens sobre a visão destes profissionais em relação aos fatores que influenciam sua aceitação a telemedicina, ou mesmo sobre o trabalho institucional exercido nesse sentido. Assim, esta pesquisa busca também preencher uma lacuna de conhecimento no que se refere a fatores de influência da aceitação e difusão de telemedicina/teleconsultas entre estes profissionais.

Também foram encontradas escassas referências que utilizem a Teoria Institucional para compreender a adoção de telemedicina. Por exemplo, Hsia et al. (2019) se baseiam na Teoria Institucional para testar o efeito moderador do suporte dos altos gestores nas pressões institucionais para o uso das inovações por parte dos colaboradores de um hospital. Estes autores focaram em mostrar estatisticamente, pelo Modelo de Equações Estruturais, a influência da expectativa

de benefícios esperados por gestores, e pela sua capacidade de liderança no uso efetivo das inovações. Já GoJefferies et al. (2019) mostram de que forma as instituições e os diferentes atores relacionados buscam influenciar os consumidores a utilizar inovações de telemedicina disponíveis. Nesse sentido, se explica como as percepções dos consumidores moldam suas experiências com telemedicina, e como as adaptações para uso por parte do paciente geram cocriação de valor e auxiliam a difusão das inovações.

É possível notar que o número de pesquisas que se valem da Teoria Institucional para a compreensão da aceitação e difusão da telemedicina é reduzido (Schreiweis et al., 2019) e que as referências não se colocam nos moldes propostos por este trabalho. No mesmo sentido, apesar de existirem diversos estudos que identificam fatores de influência da aceitação de telemedicina, estes também não abordam o tema como é proposto nesta tese, ou seja, o fazendo em conjunto com a análise do ambiente de forma holística, conforme é sugerido por Wade et al., (2017).

Nesse sentido, as análises macro e meso, realizadas com base na Teoria Institucional e representadas pelo ambiente organizacional e pelas organizações, se complementam à análise do ambiente micro, representado pelos indivíduos médicos e pela identificação dos fatores de influência, uma sustentando o entendimento da outra. Ou seja, a análise dos fatores que afetam a adoção de inovação por parte dos médicos, pode, possivelmente, ser explicada em parte por pressões institucionais, e vice-versa.

Por fim, do ponto de vista teórico, este trabalho também colabora com o estudo específico do Trabalho Institucional de **manutenção** das instituições, visto que este também é um ponto ainda em desenvolvimento (Lawrence & Suddaby, 2006). Nesse aspecto, o contexto nacional apresenta situação singular onde essa manutenção tem sido exitosamente alcançada. Essa situação contribui com outras pesquisas e teorias que, até então, parecem não dar conta de forma plena da complexidade do fenômeno.

A identificação de práticas realizadas por atores individuais ou coletivos pode proporcionar avanço no entendimento das mudanças, e, especialmente, da resistência a elas em um campo organizacional. Neste caso, por meio do estudo do trabalho institucional realizado para manter a instituição corrente de atendimentos médicos a pacientes exclusivamente de forma presencial.

## 1.4 Tese Proposta

Esta tese oferece uma revisão de literatura sobre fatores que influenciam a aceitação de telemedicina, confirmando parte destes fatores no contexto brasileiro, e identificando outros não relacionados em estudos anteriores. Ela defende que a identificação destes fatores não parece ser suficiente para a melhor compreensão do fenômeno da falta de aceitação das teleconsultas pelos médicos. Nesse sentido, é possível notar a falta de abordagens holísticas que permitam a compreensão da relação entre os fatores e as possíveis pressões destes atores, que exercem influência relevante sobre este tema na área da saúde.

Assim, esta tese relaciona os fatores de aceitação identificados com os Pilares Institucionais (Scott, 2014) propondo uma análise da aceitação da telemedicina, mais especificamente das teleconsultas, por parte dos médicos sob a lente da Teoria Institucional (DiMaggio & Powell, 1983). Nesta análise, pode-se perceber que a falta de estruturas de mercado e de ensino, o impedimento da regulamentação e o desconhecimento acerca das teleconsultas são aspectos importantes que auxiliam em uma compreensão mais abrangente e explicativa sobre o fenômeno. Uma análise do Trabalho Institucional (Lawrence & Suddaby, 2006) da classe médica, nesse contexto, mostrou ainda que estes profissionais exercem pressões institucionais, por meio de práticas que visam a manutenção da instituição vigente. Ou seja, da lógica em que a consulta presencial é a única forma adequada de prestação deste tipo de atendimento. Portanto, com base nas considerações expostas, esta tese defende o seguinte argumento central:

“Os fatores que influenciam a aceitação da telemedicina podem ser melhor explicados pela análise dos elementos e das pressões institucionais exercidas por classes de atores específicos (no caso desta pesquisa, os médicos), que, buscando a manutenção da instituição vigente (atendimento presencial), se utilizam de práticas de Trabalho Institucional específicas para esta manutenção, como Policiamento, Determinação, Difamação e Postergação”.

A seguir, o capítulo 2 apresenta a revisão da literatura, mostrando as abordagens teóricas adotadas nas pesquisas sobre telemedicina, seguido pela identificação dos principais fatores de influência para aceitação e adoção de telemedicina e os conceitos da Teoria Institucional, bem como aqueles específicos da vertente do Trabalho Institucional. O capítulo 3 apresenta o método de pesquisa,

seguido de resultados e discussões, encerrando esta tese com considerações finais, referências e apêndices.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo se subdivide em cinco partes. Inicialmente são apresentadas as definições e conceitos sobre *eHealth*, telemedicina e teleconsulta. Após são apontadas as abordagens teóricas observadas nas pesquisas sobre telemedicina, seguido pela identificação dos principais fatores de aceitação e adoção encontrados na literatura. Por fim, são apresentados os conceitos e os fundamentos da Teoria Institucional e do Trabalho Institucional. Os detalhes sobre como foi feita a busca e seleção de referências na literatura são apresentados no Apêndice A.

### 2.1 *Ehealth*, Telemedicina e teleconsulta: definições

A quantidade cada vez maior e a ampliação do acesso da população à TIC têm tornado crescente a utilização de conteúdo, programas ou prestação de serviços de saúde por meio digital. Aplicativos de *eHealth*, por exemplo, podem ser acessados facilmente por aparelhos móveis e podem contribuir com serviços de tratamento, apoio e diagnóstico de problemas de saúde (van Gorp, 2018). O termo *eHealth* é nada mais do que a abreviação de *eletronic health*. Segundo a OMS *eHealth* é “o uso vantajoso e seguro de Tecnologias de Informação e Comunicação como suporte à saúde nas suas diferentes formas, incluindo serviços de cuidado, acompanhamento, literatura, e educação, pesquisa e desenvolvimento” (World Health Organization - & EHealth, 2016, p.5). Assim, aplicativos que dão dicas e orientações para que indivíduos deixem de fumar, por exemplo, são caracterizados como *eHealth* (Cocosila & Turel, 2016). Da mesma forma, um aparelho GPS com monitoramento de indivíduos com doenças cognitivas que podem eventualmente vagar por locais desconhecidos (Greenhalgh et al., 2017), videoconferências e orientações online para pacientes crônicos (Swinkels et al., 2018) também podem ser considerados como *eHealth*.

A OMS mantém em atividade o Observatório Global de *eHealth*, um programa que consolida recomendações e pesquisas mundiais sobre o tema. No relatório referente à sua terceira, e mais recente, pesquisa global este programa apresentou as formas e tópicos de *eHealth* que devem suportar o objetivo traçado pela organização de universalização da cobertura de saúde no mundo. São eles: *mHealth*; Telesaúde; Aprendizado Digital; Prontuários Eletrônicos; Enquadramentos

Legais de *eHealth*; Mídias Sociais; e *Big Data*. Haluza, Naszay, Stockinger, & Jungwirth (2016) mostram que os termos *eHealth* e *telemedicine* podem ambos serem vistos, equivocadamente, como um grande guarda-chuva que engloba diferentes tipos de serviços de saúde digitais. Porém, estes não devem ser confundidos. Sem contradizer a referência ampla de *eHealth*, os autores o relacionam à serviços e informações de saúde disponíveis pela internet e que são acessadas a partir da habilitação do próprio usuário. Já o termo *telemedicine* está associado especificamente a trocas de informações médicas por meio de TIC.

De outra forma, os termos *telemedicine* e *telehealth* são sinônimos e consistem basicamente na entrega de serviços de assistência, onde pacientes e prestadores estão geograficamente separados (World Health Organization - & EHealth, 2016). A telemedicina pode ser vista como uma forma de *eHealth*, e envolve a provisão de serviços e aprendizagem de saúde a distância (Mengesha & Garfield, 2019). Especialmente em locais de difícil acesso, ou que estão muito distantes de locais com serviços de referência em saúde, a telemedicina pode ser vista como uma ponte entre profissionais e pacientes (Gorman, Hogenbirk, & Warry, 2016), mas não envolve somente estes. Enfermeiras e cuidadoras de idosos, por exemplo, são peças importantes para que a telemedicina possa representar diminuição de custos e diminuição no número de internações hospitalares (Driessen et al., 2016).

Na língua portuguesa os termos traduzidos - telemedicina e telessaúde - respectivamente, apresentam etimologias diferentes. Enquanto o primeiro se refere diretamente à área da medicina, o segundo utiliza uma palavra mais ampla, que pode ser vinculada a qualquer tipo de assistência em saúde. Já na prática, no Brasil estes também são termos considerados sinônimos, tendo a principal iniciativa pública brasileira de telemedicina, inclusive, o nome “Programa de Telessaúde Brasil Redes”. O CFM, oficialmente, porém, utiliza exclusivamente o termo telemedicina em seus documentos, e a define como “o exercício da medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde” (CFM, 2002). De forma similar, na Resolução 2.227/2018, que foi posteriormente revogada, este conselho veio a mostrar um conceito atualizado, definindo a telemedicina como “o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde” (CFM, 2018).

A Resolução 2.227/2018, ainda que revogada pelo Conselho, é a primeira formalização com uma definição de teleconsultas no Brasil. Assim, o documento inicialmente aprovado, além de definir o entendimento de telemedicina, definia os procedimentos de teleinterconsulta, telediagnóstico, telecirurgia, teleconsultoria, telemonitoramento, teletriagem médica, teleorientação, e teleconsulta, como os tipos específicos de assistência que seriam permitidos. A teleinterconsulta se caracteriza pela troca de informações e opiniões sobre casos com presença obrigatória de médicos em ambas as pontas da comunicação. O telediagnóstico se refere à interpretação de laudos para exames realizados a distância. A telecirurgia trata-se de procedimento cirúrgico realizado com operador e operado em diferentes locais, por meio de equipamento robótico. A teleconsultoria diz respeito a consultoria de médicos a outros profissionais como advogados, gestores, ou a outros profissionais da área da saúde. O telemonitoramento é a utilização de equipamentos para vigilância de pacientes a distância por meio de dispositivos agregados ou implantáveis em pacientes. Já os serviços de teletriagem médica, teleorientação, e teleconsulta permitem a realização direta da atividade entre médico e paciente. O primeiro é realizado por médico a partir da avaliação de sintomas a distância e posterior encaminhamento para o tipo de assistência mais indicado. Já a teleorientação se refere especificamente a preenchimento de declaração de saúde.

Internacionalmente, telediagnósticos, telecirurgias, teleconsultas, videoconferências de ensino na área da saúde, registro de prontuário eletrônico, aplicativos móveis de saúde, também são desdobramentos da telemedicina (World Health Organization - & EHealth, 2016). As teleconsultas, especificamente, tem a intenção de levar suporte clínico e resultados em assistência à saúde em locais distantes, como áreas rurais, conectando pacientes e médicos que estão distantes geograficamente (Bradford et al., 2015). Assim, a teleconsulta pode ser vista também como uma consulta síncrona ou assíncrona que se utiliza de tecnologias de informação e comunicação e ignora distancias geográficas (Deldar, Bahaadinbeigy, & Tara, 2016).

Em países como a Noruega, as teleconsultas são consideradas como um serviço de qualidade equivalente a consultas presenciais, seguindo os mesmos princípios destas últimas (Müller, Alstadhaug, & Bekkelund, 2016). As teleconsultas significam ainda rápido acesso a um médico especialista, assim facilitando a prática médica, dinamizando o processo de análise e diagnóstico em situações de

complexidade, como em caso de queimaduras de maior grau (Klingberg, Wallis, Hasselberg, Yen, & Fritzell, 2018). E, mesmo que com uma série de recomendações, as teleconsultas são eventualmente realizadas com a utilização de aplicativos de comunicação amplamente disseminados como o Whatsapp (Klingberg et al., 2018).

## **2.2 Abordagens teóricas no estudo da aceitação ou resistência ao *ehealth* e telemedicina**

As abordagens teóricas utilizadas para o estudo da telemedicina podem apontar a sua aceitação em diferentes tipos de especialidades, como por exemplo, na realização de exames de oftalmologia (Sreelatha & Ramesh, 2016). Sendo o aumento da área de cobertura dos exames, ampliação do acesso à especialidade, redução de custos e tempo de deslocamentos, alguns dos principais fatores que podem ser esperados da telemedicina. Os benefícios da telemedicina podem ser mais facilmente alcançados por Hospitais Universitários, que atuam de forma híbrida, aliando elevados níveis de assistência com a pesquisa e a busca por inovações (Miller & French, 2016). Alguns serviços de emergência possuem já uma longa prática de atendimentos graves que começam pelo telefone. Tolia, Castillo, & Guss (2017) analisam a adoção de pré e pós atendimentos destes chamados e mostram altos índices de satisfação, tanto dos pacientes, quanto de médicos e enfermeiras.

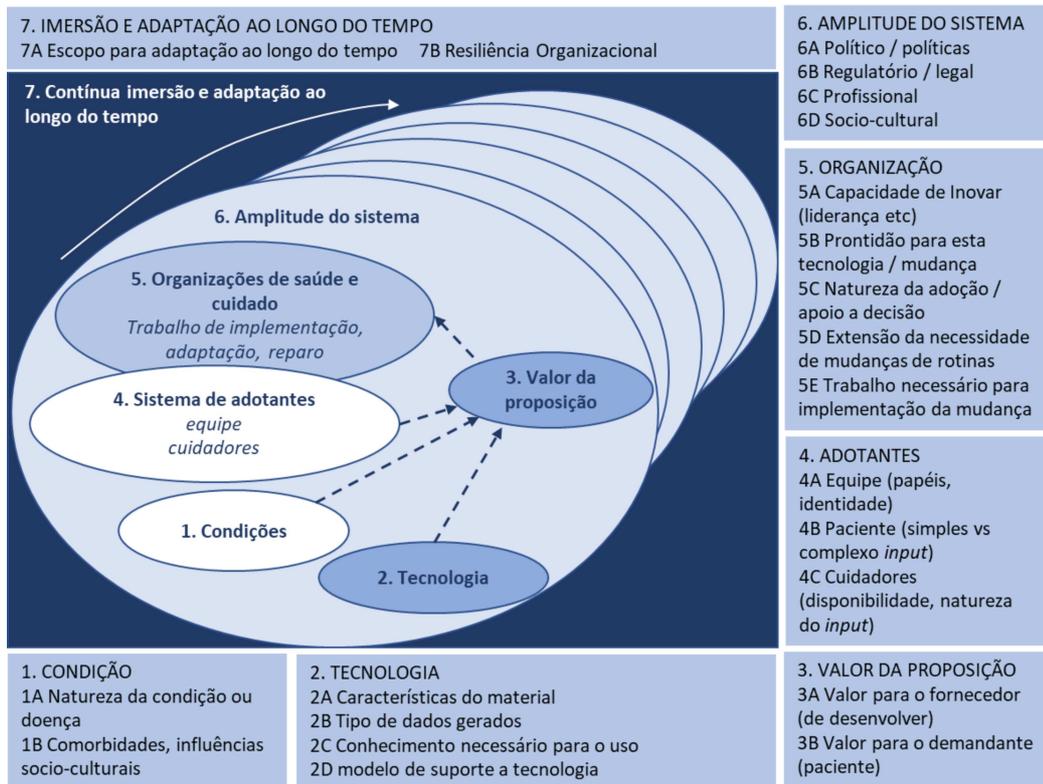
O acompanhamento de programas de telemedicina com o objetivo de demonstrar benefícios na sua utilização é um tipo de evidência bastante encontrado nessa literatura. Programas de telemedicina que oferecem assistência via teleconsultas para pacientes idosos, seja com médicos ou com demais profissionais de apoio, mostram que esta iniciativa pode contar com alta adesão e satisfação, tanto dos participantes pacientes quanto dos profissionais. Alguns dos benefícios observados são redução de tempo de viagem das equipes e dos pacientes, maior acesso a especialistas, aumento do tempo da prestação efetiva de assistência, e a consequente maior quantidade de entrega de serviços de saúde, percebendo resultados clínicos e funcionais positivos (Wade et al., 2016).

Com uma proposição teórica estruturada de forma robusta, Greenhalgh et al. (2017) observaram a implantação e desenvolvimento de seis diferentes tecnologias

na área da saúde e desenvolveram um framework para prever e avaliar o sucesso de programas de saúde e cuidado baseados em novas tecnologias. Nesse sentido, o *Nonadoption, abandonment, scale-up, spread, and sustainability* (NASSS) framework é uma proposição que busca compreender fatores que levam à difusão de soluções específicas em *eHealth*, para estimar a probabilidade de adoção e difusão de outras inovações, eventualmente, implementadas (Greenhalgh et al., 2017), tendo sido utilizado para o estudo da telemedicina. Na construção do NASSS os autores se submetem a mais de 400 horas de observação por etnografia, realizam 165 entrevistas semiestruturadas e analisam mais de 200 documentos. Um dos programas acompanhados compreende a utilização de teleconsultas via Skype e Facetime para tratamento de diabetes, diabetes em pré-natal, câncer e insuficiência cardíaca. A amostra utilizada envolveu os profissionais médicos, equipe de apoio e gestores dos projetos.

De forma geral, NASSS apresenta sete diferentes dimensões de análise, quais sejam: Condições; Tecnologia; Propósito; Adotantes; Organização; Sistema Amplo; Imersão e Adaptação Temporal, e cada uma delas possui diferentes fatores, o que faz deste um modelo detalhado e complexo, conforme mostra a Figura 1. Em sua utilização, os fatores são ainda classificados em simples, complicados e complexos dentro de cada dimensão. O resultado se propõe, entre outras coisas, a identificar inovações que dificilmente atingirão uso em larga escala.

Figura 1 – NASSS



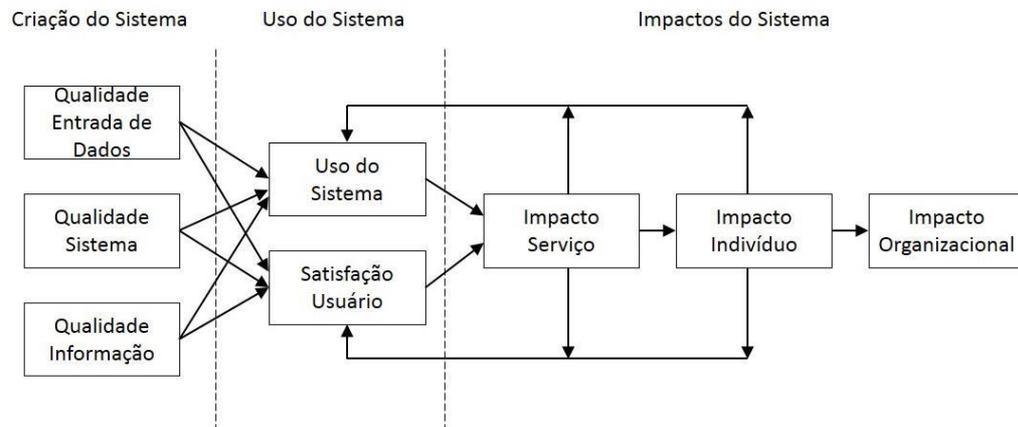
Fonte: (Greenhalgh et al., 2017)

Outro modelo, este específico para avaliação de programas de telemedicina, é o *Evaluation Telemedicine Systems Success Model (ETSSM)*. Este modelo busca estimar o sucesso de um sistema de telemedicina a partir de um conjunto de variáveis clínicas e organizacionais. O ETSSM parte de uma adaptação do modelo informacional de Delone & McLean (1992). Nesse sentido, são introduzidos ao modelo base variáveis de relevância específica na telemedicina, como qualidade dos dados e impacto do serviço.

Conforme mostra a Figura 2, o ETSSM estima o sucesso do sistema de telemedicina a partir dos dados de entrada e criação do mesmo. Ou seja, a qualidade da informação, da entrada de dados, e do sistema em si, influenciam diretamente o uso do sistema, bem como a satisfação do usuário. Estes são responsáveis pelos impactos do sistema, seguindo uma sequência de serviços, indivíduos, e organização (Hu, 2003). Em estudo realizado na Arábia Saudita, verificou-se que as variáveis referentes à qualidade do sistema, como confiabilidade, segurança e privacidade, e as variáveis de qualidade de informação do sistema, como precisão, utilidade e relevância, são barreiras para adoção de telemedicina

mencionadas, respectivamente, por 74,7% e 77,8% dos gestores da área da saúde (Alaboudi et al., 2016).

Figura 2 - ETSSM



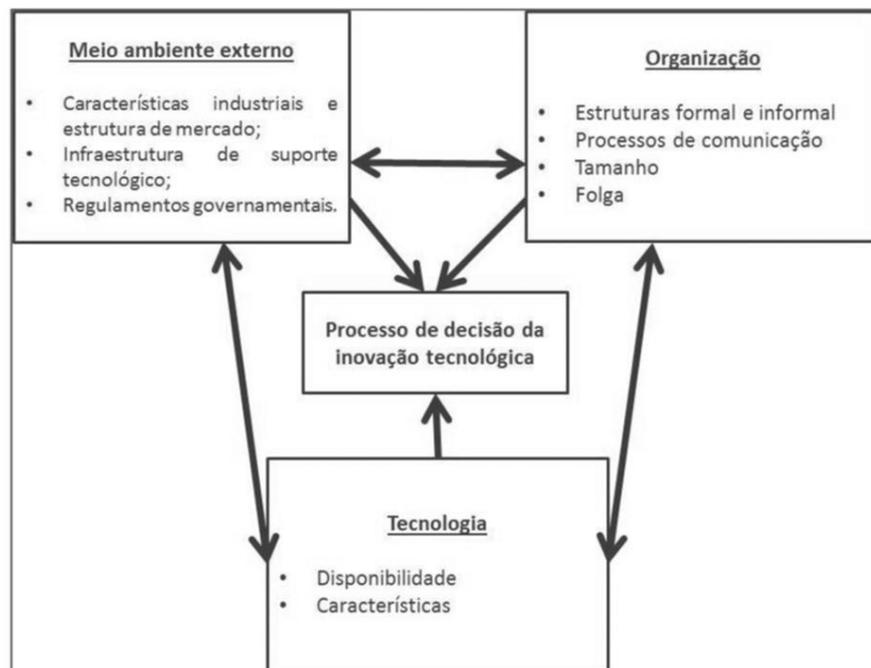
Fonte: (Hu, 2003)

Outro modelo teórico que pode ser encontrado nas pesquisas sobre barreiras para adoção de *Telehealth* é o modelo *Technology-Organisation-Environment* (TOE). Este modelo, utilizado para análises no nível da organização, clarifica os contextos da tecnologia, da organização, e do ambiente, que podem influenciar a decisão de adoção e implementação de qualquer inovação em TIC, em qualquer organização (Alaboudi et al., 2016). O contexto da tecnologia se refere tanto a tecnologias que já são adotadas pela empresa quanto tecnologias disponíveis no mercado. Dessa forma, a decisão sobre as adoções deve considerar características que permitam prever o potencial de incremento da tecnologia a ser adotada em comparação com a existente.

Algumas inovações podem causar impactos radicais no mercado em que a empresa atua, enquanto outras terão limitado poder de melhoria. De outra forma, no contexto da organização o modelo se refere à características e recursos das empresas, incluindo as estruturas de comunicação existentes entre os empregados, bem como tamanho e uma eventual folga de recursos. Já o contexto ambiental considera a característica das indústrias e do mercado, a presença ou ausência de prestadores com habilidades suficientes para suportar as inovações, e um conjunto de regulação governamental favorável, ou desfavorável, para a adoção das tecnologias (Baker, 2012). A Figura 3 mostra as relações entre as dimensões do

TOE, as relacionando, não apenas umas com as outras, mas também estas com a própria decisão de adoção de uma inovação tecnológica.

Figura 3 – Modelo TOE



Fonte: (Baker, 2012)

Aboelmaged & Hashem (2018) apontam que, na telemedicina, as tecnologias de RFID (Identificação por Rádio Frequência) podem, de forma facilitada e confiável, propiciar monitoramentos cardíacos e sanguíneos, ampliando e viabilizando o telemonitoramento de pacientes internados. Com base no modelo TOE, a partir da utilização de apenas cinco variáveis, foi possível explicar em 57% a escolha dos ativos para gerenciamento de cuidado do paciente. Ou seja, por exemplo, o eventual monitoramento de internado por meio de tecnologias de RFID, pode ser explicado em parte pelas vantagens e complexidades técnicas da tecnologia, pela capacidade organizacional do hospital em operá-la, pela competitividade do mercado, e pelas incertezas do ambiente (Aboelmaged & Hashem, 2018).

Outra contribuição do modelo TOE para a telemedicina se dá pelas diferentes dimensões e a possibilidade da análise separada de instalação de saúde de um mesmo país, cada uma como uma organização diferente. Assim, verificando tanto individualmente quanto de forma geral as principais barreiras administrativas para a implementação de telemedicina nessas instalações. Nesse caso, são elas: o adequado financiamento para instalação das tecnologias necessárias; a garantia da

adoção de telemedicina como ação identificada com os objetivos estratégicos da instalação de saúde; e o devido reembolso daqueles que trabalharem com a telemedicina (Alaboudi et al., 2016).

Outros três modelos genéricos de análise a difusão das inovações são mencionados em pesquisas sobre telemedicina e fatores de influência. São eles: A Teoria de Difusão de Inovação (TDI) (Rogers, 1995); o *Technology Acceptance Model* (TAM); e o *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* (UTAUT) (Venkatesh, Morris, Davis, & Davis, 2003). Estes são modelos estabelecidos e os mais frequentemente encontrados nas referências pesquisadas. O TAM, UTAUT e TDI podem ser vistos como as principais bases nos estudos sobre difusão e aceitação em telemedicina (Safi, Thiessen, & Schmailzl, 2018). A seguir esses modelos são abordados detalhadamente.

A TDI examina o processo de adoção de tecnologia por organizações e indivíduos, focando no processo de desenvolvimento tecnológico da inovação desde seu estágio de introdução até sua aceitação ou rejeição (Safi et al., 2018). Segundo a TDI, a difusão é estabelecida em uma perspectiva de implementação sócio comportamental. A difusão da inovação ocorre por canais de comunicação durante um período de tempo e entre os membros de um sistema social. Além do canal de comunicação, a difusão envolve outros três elementos. São eles: a inovação; o indivíduo que a conhece; o indivíduo que a desconhece (Rogers, 1995).

Segundo o modelo de Rogers (1995), uma inovação é concebida e difundida a partir das seguintes etapas: 1) Conhecimento da inovação; 2) persuasão frente à inovação; 3) Decisão – Adoção ou Rejeição; 4) implementação; 5) confirmação. A primeira etapa consiste na exposição das informações iniciais sobre funcionamento da inovação. Já na etapa seguinte ocorre a formação de uma atitude favorável, ou não, à inovação. Em seguida é que se efetiva a decisão sobre a adoção ou rejeição. A implementação, porém, tem seu começo apenas quando o indivíduo coloca em execução a inovação. Na confirmação, o indivíduo busca o endosso da sua escolha com outros indivíduos. Ainda, neste último estágio, existe a possibilidade de regressão da adoção.

As variáveis que afetam a difusão da inovação podem ser separadas em variáveis independentes e dependentes. As primeiras podem ser categorizadas como características individuais dos líderes, as características internas do campo organizacional e as características externas. Em relação às variáveis dependentes,

estas estão relacionadas com os atores do processo e ajudam a explicar a diferença de velocidade na adoção das inovações. A variação da taxa de adoção das inovações será influenciada por cinco fatores, segundo o modelo, considerados na etapa de persuasão, conforme mostra o Quadro 1 (Rogers, 1995).

Quadro 1 – Difusão da Inovação - Fatores

<b>Vantagem relativa</b>	Grau com que uma inovação é percebida como vantajosa (rentabilidade econômica, prestígio social, baixo custo inicial, etc.)
<b>Compatibilidade</b>	Grau com que uma inovação é percebida como compatível com os valores e necessidade de potenciais clientes.
<b>Complexidade</b>	Grau de dificuldade de entendimento e de utilização percebido pelo potencial usuário.
<b>Experimentação</b>	Grau com que um potencial usuário pode experimentar a inovação antes de adquiri-la.
<b>Observação</b>	Grau com que os resultados de uma inovação são visíveis para os demais.

Fonte: (Rogers, 1995)

A adoção de novas tecnologias na área da saúde depende das opiniões individuais dos fatores relacionados a ela. Os fatores mencionados pela TDI podem explicar porque os médicos, de forma geral, são indivíduos menos entusiastas a inovações se comparados aos seus pacientes. A complexidade, por exemplo, de utilização de um sistema eletrônico de saúde pode afetar até 46% da percepção de utilidade desta inovação. Uma possível razão que explica os níveis menores de adoção de inovações por médicos pode estar vinculada ao baixo nível de envolvimento desses profissionais com a implementação das tecnologias (Ajzen & Fishbein, 1980).

A efetividade de uma inovação na área da saúde também depende, sobremaneira, da percepção que os profissionais da saúde têm sobre a utilidade e o impacto desta inovação em suas rotinas e atividades (Iacopino et al., 2018). A difusão da inovação, nesse sentido, pode ser resultado de uma “determinação social” ao invés de uma “determinação racional”.

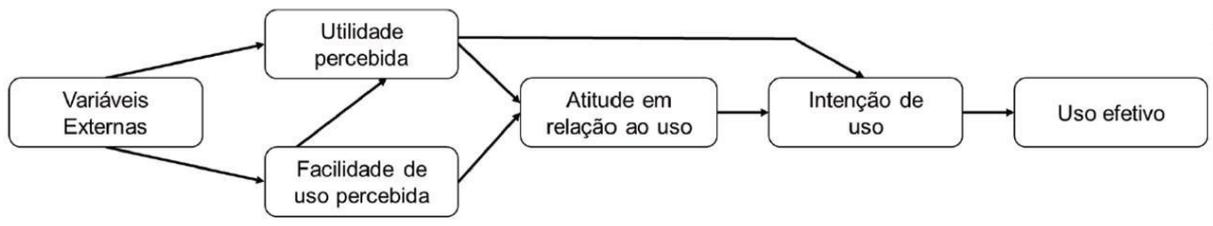
Uma inovação tende a se difundir mais rapidamente entre os médicos quando é adotada por pares influentes/centrais em suas redes, mesmo quando esta apresenta menos requisitos técnicos que a concorrente (Iacopino et al., 2018). Por fim, a TDI ainda indica o perfil individual de aceitação de uma inovação. Ou seja, os indivíduos podem ser classificados em diferentes categorias e formam o sistema

social que tende a mostrar um padrão de disseminação da inovação. Assim, uma tecnologia é adotada primeiramente pelos inovadores, seguidos pelos adotantes iniciais, pelas maiorias adiantada e atrasada e, finalmente, pelos retardatários.

Outro modelo utilizado para análise de adoção de telemedicina é o TAM. Este modelo se alicerça na *Theory of Reasoned Action* (TRA) (Ajzen & Fishbein, 1980) sobre a aceitação de novas tecnologias. O modelo da TRA utiliza o conceito de *Intenção de Adoção* da inovação como a força de intenção de um indivíduo em adotar um determinado comportamento. Este conceito antecede o uso da tecnologia em si. Além disso, a *Intenção de Adoção* é influenciada pela *Atitude em direção ao Comportamento* e pelas *Normas Subjetivas*. O primeiro fator se refere aos sentimentos positivos e negativos do indivíduo com relação à uma tecnologia. Já as *Normas Subjetivas* se relacionam com aquilo que, a partir da sua eventual utilização da tecnologia, o indivíduo espera que seja a reação do seu grupo de convivência, ou de pessoas com quem ele se importa. Estes fatores compõem a *Intenção de Uso*, que está relacionada com a efetiva adoção da tecnologia.

No modelo TAM, as variáveis do modelo TRA são ampliadas, com novas relações conforme mostra a Figura 4. Além daqueles construtos utilizados no modelo base, o TAM adiciona os construtos de *Variáveis Externas*, *Utilidade Percebida*, e *Facilidade de Uso Percebida*. O primeiro se refere a treinamentos, documentos, suporte, entre outros pontos, que podem ser observados antes da decisão de aceitação de uma tecnologia. Já o segundo, se refere à expectativa subjetiva da probabilidade de que, ao utilizar a nova tecnologia, o indivíduo terá uma melhoria de performance no seu trabalho no contexto organizacional. Por fim, a *Facilidade de Uso Percebida* diz respeito à percepção em relação à quantidade de esforço que terá que ser feita para aprender e utilizar a nova ferramenta. No TAM, a *Intenção de Uso* é resultado de uma combinação entre a *Utilidade Percebida* e *Facilidade de uso*, as quais influenciam a *Atitude em Relação ao Uso*. As *Variáveis Externas* podem influenciar ambas as variáveis que são intrínsecas ao indivíduo (Davis, Bagozzi, & Warshaw, 1989).

Figura 4 - TAM



Fonte: (Davis et al., 1989)

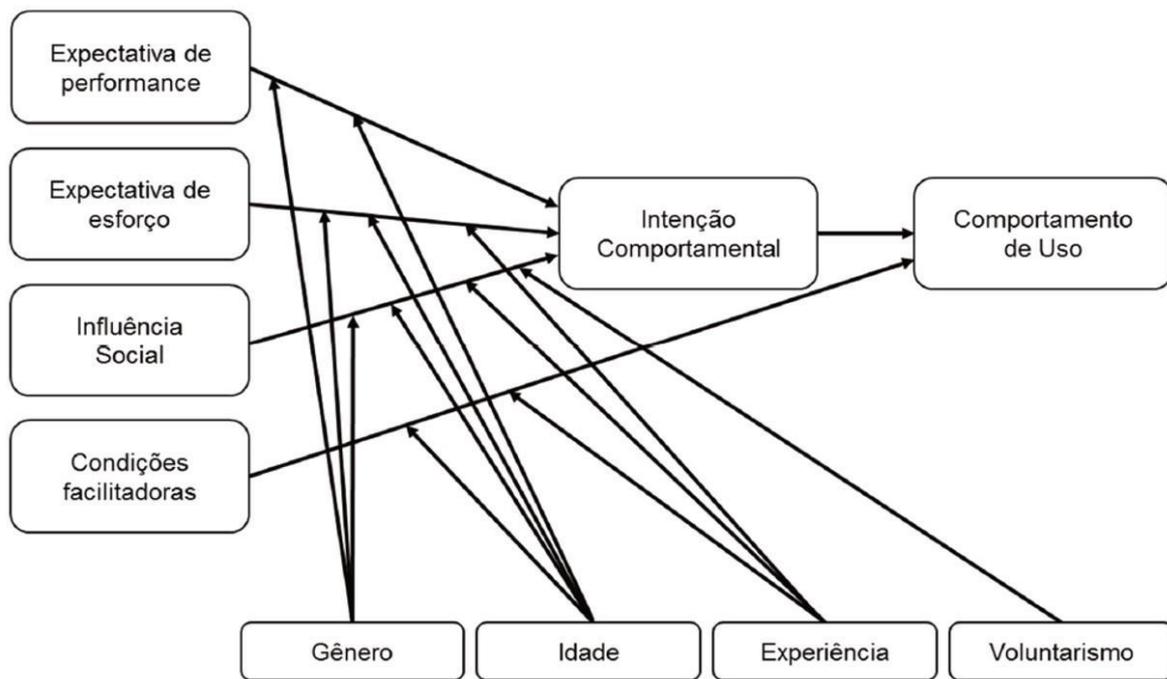
A partir das bases conceituais do modelo TAM é possível identificar, por exemplo, que a satisfação com os serviços médicos, a facilidade de uso das ferramentas disponíveis, e a qualidade da informação são fatores significativos para o crescimento da intenção de uso de tratamentos com telemedicina por parte de idosos (Zhou et al., 2019). Além disso, é possível concluir que a relação entre telemedicina e serviços de saúde presenciais podem ser complementares, ao invés de concorrentes.

Última das três principais abordagens mencionadas, o UTAUT é um modelo unificado desenvolvido por Venkatesh et al. (2003) a partir da análise teórica e empírica de oito diferentes modelos anteriores de mensuração a aceitação de inovações, entre eles o TAM. Na sua elaboração, o UTAUT revisa construtos de cada um dos oito modelos utilizados em sua base. Além disso, apresenta comparações que buscam mensurar o potencial explicativo de cada um destes modelos. Assim, são observados construtos de maior potencial explicativo, bem como outros de predição mais limitada. Nessa comparação, Venkatesh et al. (2003) utilizam tanto análises de desempenho entre modelos com utilização de dados equivalentes quanto a análise de resultados de trabalhos anteriores que comparam dois, ou mais, modelos com dados aleatórios distintos.

O UTAUT relaciona o efetivo comportamento de uso da inovação à intenção de exercer este comportamento, e deste com três dos quatro construtos principais do modelo: (1) Expectativa de Performance; (2) Expectativa de Esforço; (3) Influência Social; e (4) Condições Facilitadoras. O primeiro se relaciona ao possível ganho de desempenho gerado pela inovação. O segundo, ao quanto o indivíduo terá que gastar de energia na sua adaptação e aprendizagem da nova tecnologia. O construto da Influência Social se refere à medida em que o indivíduo crê que outros indivíduos importantes para ele esperam que ele faça uso da inovação. Já as Condições Facilitadoras dizem respeito aos recursos de apoio que são

disponibilizados aos indivíduos na utilização da nova tecnologia. Infraestrutura organizacional e técnica são Condições Facilitadoras citadas diretamente por Venkatesh et al. (2003). A Expectativa de Performance e as Condições Facilitadoras são variáveis que explicam de forma significativa a intenção de uso de telemedicina por parte de médicos e psicólogos que ainda não utilizam essa prática (Van Der Vaart, Atema, & Evers, 2016).

Figura 5 - UTAUT



Fonte: (Venkatesh et al., 2003)

Conforme mostra a Figura 5, o modelo do UTAUT apresenta ainda variáveis moderadoras de grande parte das relações mencionadas. O fator Idade, por exemplo, modera as quatro relações mencionadas acima. De outra forma, o Gênero e o Voluntarismo (possibilidade de poder escolher entre adotar ou não a nova tecnologia) moderam todas as relações. A variável Voluntarismo é moderadora somente da relação entre Influência Social e Intenção de Adoção da inovação. Algumas adaptações do modelo para predição específica do comportamento de uso de tecnologias, por exemplo, podem ser observadas. A partir da inserção de variáveis no UTAUT como Opinião do Médico, Angústia Computacional, e Percepção de Segurança, é possível se chegar a modelos que expliquem 77% da decisão de uso da telemedicina por parte de adultos idosos (Cimperman, Makovec Brenčič, & Trkman, 2016).

O Quadro 2 mostra um resumo das abordagens teóricas que explicam a adoção de *ehealth* e telemedicina, identificadas na revisão da literatura. Nesse sentido, é possível observar a classificação das mesmas conforme o seu nível de análise. As dimensões utilizadas podem ser descritas a partir do seu nível micro, meso e macro. Sendo o nível micro focado na adoção pelos indivíduos, sejam eles pacientes, médicos, ou demais usuários do sistema de telemedicina. Já abordagens de nível meso e macro se referem à adoção pelas organizações de saúde e do governo ou de sistemas de saúde como um todo, respectivamente (Catan et al., 2015).

Quadro 2 – Abordagens Teóricas para Adoção de *eHealth*

MODELO/TEORIA	VISÃO GERAL	NÍVEL DE ANÁLISE	REFERÊNCIAS
NASSS	Predizer o sucesso de programas de saúde e cuidado, que sejam baseados em novas tecnologias.	Organização	(Greenhalgh et al., 2017, 2018)
ETSSM	Estimar o sucesso de um sistema de telemedicina a partir de um conjunto de variáveis clínicas e organizacionais.	Organização	(Alaboudi et al., 2016; Hu, 2003)
TOE	Analisar, nos contextos da tecnologia, da organização, e do ambiente, variáveis que podem influenciar a decisão de adoção e implementação uma inovação em TICs nas organizações.	Organização	(Aboelmaged & Hashem, 2018; Alaboudi et al., 2016)
TDI	Examinar o processo de adoção de tecnologia por organizações e indivíduos, focando no processo de desenvolvimento tecnológico da inovação desde seu estágio de intervenção até sua aceitação ou rejeição.	Indivíduos e organização	(Ajzen & Fishbein, 1980; Iacopino et al., 2018; Safi et al., 2018; Schulte et al., 2016)
TAM	Explicar a intenção de uso de uma tecnologia a partir da compreensão e da aceitação por parte do indivíduo.	Indivíduo	(Davis et al., 1989; Zhou et al., 2019)
UTAUT	Explicar a intenção de uso de uma tecnologia a partir de variáveis ambientais e de expectativas moderadas pelas características pessoais dos indivíduos.	Indivíduo	(Cimperman et al., 2016; Van Der Vaart et al., 2016)

Fonte: Elaborado pelo autor

Uma vez apresentadas e compreendidas as principais vertentes teóricas do tema, são detalhados a seguir os fatores que influenciam a aceitação (ou resistência) à telemedicina. Sendo, muitos deles, identificados através da utilização

dos modelos analisados. Ou ainda, que foram apontados por estudos empíricos sem necessariamente estarem atrelados a modelos e/ou teorias.

### **2.3 Fatores que influenciam a aceitação ou resistência à Telemedicina**

A revisão da literatura (seguindo o método explicado no Apêndice A) permitiu a identificação de diversos fatores que podem ser entendidos tanto como barreiras quanto como facilitadores para a aceitação e consequente difusão da telemedicina. Os fatores foram identificados na literatura de duas formas principais. As pesquisas de caráter exploratório tendem a identificar de forma qualitativa as situações e os relatos, confirmando a existência de fatores já mencionados em pesquisas anteriores, ou sugerindo novos. De outra forma, pesquisas confirmatórias buscam fatores da literatura e os testam através da aplicação de modelos quantitativos. A seguir os principais fatores encontrados foram agrupados conforme suas características principais, e são detalhados com a descrição de suas principais referências.

#### *2.3.1 Infraestrutura Tecnológica*

Fatores ligados à infraestrutura tecnológica são fatores que se referem aos requisitos técnicos, entendidos pelo usuário como recursos de disponibilidade da tecnologia e suporte ao uso da mesma. Ou seja, não se consideram apenas as características objetivas, como tempo de resposta e velocidade de conexão, mas também aquelas de análise subjetiva relacionadas ao atendimento de necessidades do usuário em sua demanda do sistema. Assim, a infraestrutura tecnológica está ligada ao bom funcionamento e ao adequado suporte operacional às inovações (Kristensson, Brunstrom, & Pedersen, 2015). Outras questões como design e layout de sistemas também podem ser entendidos como vinculados à infraestrutura tecnológica (Schulte et al., 2016).

Livet & Fixsen (2019), ao descrever e avaliar a implantação de um sistema de auxílio a médicos e psicólogos para realização de teleconsultas, mostram que o adequado suporte tecnológico à adoção e ao uso destas novas ferramentas atuam como fator importante para aceitação das próprias teleconsultas por estes profissionais. Nesse sentido, os autores perceberam que os profissionais não

demonstraram interesse em substituir ferramentas que já vinham sendo utilizadas. Dessa forma, entenderam que a dificuldade de comunicação entre as ferramentas disponíveis e a falta de possibilidade de customização do sistema são complicadores para adoção. Assim, foi possível concluir que a falta de infraestrutura tecnológica representada pela falta de adaptabilidade do sistema atuou como barreira para a utilização e difusão da teleconsulta por médicos e psicólogos.

No processo de adoção de tecnologias, como a telemedicina, quando o usuário começa a explorar mais possibilidades no sistema, este, demanda maior nível de suporte para o seu uso. Eventualmente, no caso deste suporte não ser adequado, estará prejudicada a efetiva adoção do usuário (Feijt, De Kort, Bongers, & IJsselsteijn, 2018). Assim, a infraestrutura em tecnologia é uma barreira a ser transposta para utilização dos serviços de telemedicina em larga escala. Algumas características vistas como vantagens podem ser mais problemáticas para determinados públicos. A disponibilização de um tablet, por exemplo, para pacientes usuários de telemedicina pode ser vista como uma vantagem para os implementadores do programa, porém um fator negativo para aqueles que já possuem seus próprios dispositivos e preferem a utilização destes, sem adicionar novos equipamentos às suas rotinas (Wade et al., 2016).

Taylor et al. (2015), por meio de uma análise exploratória, identificaram 26 diferentes fatores de influência na adoção de telemedicina. Este levantamento focou especificamente em equipes de atendimento a pacientes com problemas cardíacos e com Doença Pulmonar Crônica. Sendo estas equipes formadas por enfermeiros, médicos, e profissionais da área administrativa. Alguns dos fatores identificados refletem situações ligadas à infraestrutura de recursos tecnológicos implementados no serviço de telemedicina. São eles: dificuldades de obtenção de dados sobre pacientes no sistema de telemedicina; falta de opções para adaptação dos sistemas aos pacientes; adequados recursos de instalação, suporte técnico e manutenção; e utilização de equipamentos de fácil manuseio. Assim, a disponibilidade de infraestrutura de TIC requerida para telemedicina; as qualidades do sistema, como confiabilidade, privacidade, funcionalidade se mostram fatores importantes (Alaboudi et al., 2016).

Um aspecto chave de infraestrutura tecnológica diz respeito à segurança dos dados envolvidos nas atividades de telemedicina. Uma boa infraestrutura deve suprir de forma segura o fornecimento dos dados dos usuários. Nesse sentido, os fatores

de segurança de dados se referem especificamente à falta de confiança, ou receio de vazamento, da exposição dos dados de saúde dos pacientes. Ou seja, a possível utilização de amplo acesso aos dados dos indivíduos pode gerar desconfortos e invasões de privacidade não autorizadas (Furusa & Coleman, 2018; Haluza & Jungwirth, 2015; Schulte et al., 2016). Por fim, Haluza & Jungwirth (2015) também identificaram a preocupação dos envolvidos com a segurança dos dados em sistemas de telemedicina como um dos fatores de impedimento para a sua aceitação.

### *2.3.2 Características Organizacionais*

Diversos fatores ligados às capacidades, à estrutura organizacional e gerencial também foram encontrados na literatura. Estes fatores se referem a situações que remetem à organização de recursos por parte dos gestores do processo de adoção em telemedicina. A falta de priorização e de motivação de equipe em relação à implantação de um programa da telemedicina encontrados por Taylor et al. (2015) são evidências que mostram a falta de estrutura organizacional nesta etapa.

No mesmo sentido, Holahan, Lesselroth, Adams, Wang, & Church (2015) mostram que, em organizações de saúde, o clima organizacional impacta diretamente o uso das tecnologias. A Característica Organizacional não é fator de influência pertencente ao indivíduo, mas sim ao contexto da organização. Assim, outros exemplos podem ser observados, como o tamanho do quadro funcional disponibilizado para implantação do sistema e a falta de ambiente motivador que influenciam a adoção de telemedicina por parte dos profissionais (Abejirinde et al., 2018).

Os programas de telemedicina devem estar de acordo com o planejamento estratégico das instituições que os adotam. A falta de planejamento específico para telemedicina, de padronização e integração entre as diferentes unidades de saúde, e a falta de habilidade gerencial para superar os problemas podem contribuir negativamente com a adoção por parte dos profissionais (Alaboudi et al., 2016). Analisando especificamente a adoção de tecnologia por médicos, a frequente mudança de políticas e programas de saúde em países em desenvolvimento afetam

diretamente a disposição do profissional em participar e adotar estas inovações (Brooke-Sumner, Petersen-Williams, Kruger, Mahomed, & Myers, 2019).

A Característica Organizacional é fator que remete à estrutura organizacional e que impacta a implementação de tecnologias, como a telemedicina, em organizações de saúde. Nesse sentido, as capacidades organizacionais dizem respeito a recursos, capacidades e atributos da organização. Assim, as implementações de novas tecnologias em hospitais pode ser facilitada quando estes adquirem adequadas capacidades organizacionais em relação às adaptações e às mudanças necessárias para utilizar a nova tecnologia (Aboelmaged & Hashem, 2018).

### *2.3.3 Percepção de Valor*

A Percepção de Valor diz respeito à expectativa e à crença de possíveis vantagens e melhorias nos resultados, seja para a organização seja para o próprio indivíduo, que serão alcançadas com a adoção da telemedicina. Neste ponto, são agrupadas referências no nível dos indivíduos. Ou seja, este fator se refere ao quanto o fato de que a utilização da telemedicina irá promover benefícios, serve de estímulo para o indivíduo adotá-la, individualmente, ou na sua empresa.

A falta de evidências claras de melhorias em resultados clínicos, ou relacionados ao custo-benefício, podem desestimular ou gerar dúvidas quanto à legitimidade e importância do comportamento de adoção (Taylor et al., 2015). A garantia de relação custo-benefício positiva da telemedicina é fator significativo apontado por gestores de instalações de saúde. Assim, visto como impulsionador para adoção dessa inovação (Alaboudi et al., 2016);

Bradford, Caffery, & Smith (2015) analisaram a experiência de usuários em um programa de telemedicina em atendimentos a comunidades rurais de difícil acesso na Austrália. Este país apresenta baixa densidade populacional, com comunidades afastadas na área central do seu território e, por isso, uma relevante parcela da população carece de atendimento médico, principalmente de especialistas. Explorando a efetiva participação de pessoas nos programas, os autores mostram que a adoção da telemedicina demanda conscientização dos indivíduos, e consequente entendimento sobre os seus potenciais benefícios. O

empoderamento de pacientes como parceiros nestes programas é um importante fator de crescimento da telemedicina e da posterior assistência prestada.

Pesquisando profissionais da área da saúde, Shin & Hwang (2017) apresentam um modelo que integra aspectos técnicos e sociais, predizendo a aceitação do usuário da tecnologia também a partir da qualidade da sua experiência. Sendo o sucesso de uma aplicação o resultado da integração entre aspectos de aceitação, que dependem da qualidade da experiência, e da sustentabilidade do uso por parte dos usuários. O modelo Shin & Hwang (2017) abrange não apenas os usuários pacientes como também profissionais da área da saúde de natureza assistencial e administrativa, como diretores, gerentes e supervisores.

Benefícios como a potencial diminuição de erros no cuidado de pacientes idosos e facilidade de contato entre médicos e cuidadores (Safi et al., 2018), melhoria no padrão de vida do paciente (Haluzá & Jungwirth, 2015), maior disposição dos médicos para adoção com a clara demonstração de melhorias clínicas (Wade et al., 2016), aumento de qualidade na prestação de teleconsultas em tratamentos de saúde mental (Feijt et al., 2018), são outros benefícios encontrados na literatura que podem influenciar positivamente a aceitação e adoção de telemedicina.

As Percepções de Valores também compreendem o conjunto de fatores relacionados à recompensa por parte dos profissionais médicos. Isso porque ambos se referem à influência do comportamento dos profissionais em relação à aceitação e consequente adoção de telemedicina, baseados nas suas expectativas de desdobramentos daquela inovação. Nesse sentido, Adenuga et al. (2017) desenvolveram uma adaptação do UTAUT para avaliar a possibilidade de adoção voluntária de telemedicina por médicos na Nigéria. O modelo base foi alterado com a inclusão do construto “Fatores de Reforço”. Os autores mostram que o uso de incentivos e o reforço na implantação da telemedicina potencializa sua adoção entre os médicos. Nesse sentido, para estes profissionais, a telemedicina pode ser entendida como uma carga adicional de trabalho. E, dessa forma, utilizam o termo “Responsabilidade Dupla” para explicar o fator que aumenta a resistência à sua utilização. Assim, é possível identificar que a falta de claras recompensas para os médicos que utilizarem a telemedicina é fator de influência significativo para a sua adoção (ou, no caso, rejeição).

No mesmo sentido, Wade et al. (2016) mostram que para um programa de telemedicina ser aplicado em larga escala deve-se resolver a questão de aceitação por parte dos médicos envolvidos. Estes profissionais são elemento chave no processo e, no entanto, mantêm uma aceitação frágil em relação à adoção das teleconsultas. Um dos fatores que possivelmente explica esta fragilidade é a ameaça da telemedicina ao modelo de negócio dos médicos generalistas. Estes parecem ter receio de que a difusão da telemedicina aumente o acesso dos pacientes aos médicos especialistas. Assim, a resolução de questões referentes à recompensa dos profissionais, novamente, pode influenciar seu comprometimento e interesse na adoção das teleconsultas e da telemedicina.

O contato prévio de profissionais com a telemedicina também é fator de influência para a sua aceitação. Durante o processo de implantação de tecnologia a experimentação pode aumentar em até 47% a difusão entre médicos de uma inovação (Hao et al., 2018). Ao mesmo tempo, a experimentação pode explicar de que forma a facilidade de uso e a utilidade percebida de um sistema podem afetar a adoção do mesmo. Nesse sentido, a experimentação surte efeito, pois remete o profissional à economia de esforço e ao aumento de sua produtividade, o que influencia positivamente seu comportamento de adoção (Holahan et al., 2015). Ainda é possível afirmar que experiências positivas de serviços de telemedicina com enfermeiras influenciam a adoção das mesmas e que as novas tecnologias são subestimadas antes da sua efetiva utilização e experiência (Kristensson et al., 2015). A experimentação é fundamental para que os benefícios da adoção se tornem tangíveis.

#### *2.3.4 Disponibilidade Financeira*

Alaboudi et al. (2016) partiram de uma revisão de literatura e identificaram 63 barreiras e desafios para difusão e adoção de telemedicina. Posteriormente, com uma amostra de 905 respondentes, estes puderam verificar e comprovar a significância de fatores como disponibilidade de financiamentos externos adequados à instalação de saúde e disponibilidade de financiamentos adequados da própria instalação de saúde. Nesse sentido, tanto a disponibilidade de recursos internos quanto a capacidade de obtenção destes recursos de forma externa, e ainda o

conhecimento sobre a viabilidade de manutenção do programa de telemedicina, são fatores que influenciam positivamente a sua adoção.

As questões de investimento mencionadas se referem ao nível organizacional. Ou seja, tratam da disponibilidade de recursos financeiros adequada e suficiente exigidas pelos programas de telemedicina. Os investimentos financeiros de sustentação e fluxo de caixa são fatores que diferenciam programas pilotos de projetos que busquem atender populações (Wade et al., 2016). A falta de investimentos financeiros adequados são fatores de maior percepção e impedimento em implantações de serviços de telemedicina liderados por hospitais públicos em países de baixo nível de desenvolvimento, como o Zimbawe (Furusa & Coleman, 2018). Em outra realidade, em uma análise do sistema de inovação nacional holandês, foi possível identificar que o considerável montante de investimentos financeiros necessários para implantação de tecnologias na área da saúde é um importante fator que aumenta a incidência de adoção dessas tecnologias (van Gorp, 2018). Ou seja, a disponibilidade financeira de recursos não só para implantar, mas também para manter a longo prazo programas de uso de tecnologias na saúde, influenciam positivamente a aceitação dessas inovações, seja em países em desenvolvimento, seja em países desenvolvidos.

### *2.3.5 Resistência à Mudança*

Fatores ligados à resistência a mudança, baseada no receio, ou no medo do desconhecido, são também presentes em diversas referências sobre adoção de inovações na área da saúde. Trata-se de um tema bastante amplo e que, porém, nessa revisão será tratado especificamente com os principais achados no campo específico da telemedicina. Nesse sentido, apesar de algumas referências tratarem a resistência a mudança em seu nível organizacional (Aboelmaged & Hashem, 2018; Holahan et al., 2015; van Gorp, 2018) as principais observações se referem aos indivíduos. Assim, a resistência a mudança pode ser observada tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais da saúde (Taylor et al., 2015). Em equipes de saúde, algumas atitudes e comportamentos podem refletir a resistência à mudança por parte dos profissionais. O relato sobre sua alta carga de trabalho e as incertezas sobre as novas práticas são algumas das reações observadas (Brooke-Sumner et al., 2019).

A resistência de profissionais médicos à mudança é um fator específico observado, mesmo em pesquisas que não são realizadas exclusivamente com estes profissionais (Wade et al., 2016). Alguns destes profissionais médicos relatam que a alta presença de dispositivos e programas de telemedicina podem de alguma forma afetar a sua autonomia no diagnóstico dos pacientes, tendo em vista a possível avaliação e consulta de diferentes fontes por parte dos pacientes, bem como pela própria ampliação da gama de informações. Além disso, estes profissionais alegam ter receio de que as ferramentas de telemedicina possam aumentar o controle dos gestores sobre o seu trabalho (Safi et al., 2018).

Landaeta, Mun, Rabadi, & Levin (2008) por meio de uma revisão de literatura, apontam 24 conhecidas fontes de resistência a mudança que podem ser encontradas especificamente no ambiente de organizações de saúde como, por exemplo, hospitais. A Miopia, a Negação, a Perpetuação de Ideias, os Custos Diretos de Mudanças, as Más Experiências Passadas e os Problemas de Ação Coletiva estão entre as fontes citadas. A Miopia se caracteriza pela falta de habilidade dos participantes da mudança em ter uma clara visão do futuro. Ou seja, as mudanças, nesse sentido, carregam consigo um receio relacionado ao desconhecimento da nova realidade (Landaeta et al., 2008).

Fatores relacionados a características individuais dos profissionais envolvidos também podem ser encontrados como influenciadores da adoção das inovações. Abejirinde et al. (2018) retratam o ecossistema que influencia a adoção e utilização de um programa de saúde específico para gestantes residentes em zonas rurais. Para isso, analisa as inter-relações entre intervenções, contexto de implementação, atores participantes, mecanismos exploratórios, e resultados. Nesse caso, é possível perceber que algumas pessoas podem apresentar comportamentos mais resistentes, influenciando a aceitação do projeto de telemedicina proposto.

Por fim, a participação de médicos em programas de inovação em saúde influencia de forma significativa o sucesso destes programas. Assim, algumas iniciativas se propõem a traçar estratégias específicas de como diminuir a resistência destes profissionais, sendo a utilização destes na coordenação das equipes, uma forma de se garantir a sua maior participação e engajamento (Adenuga et al., 2017). No mesmo sentido, programas de telemedicina que reforcem a atenção para adoção pelos médicos em sua fase de implantação tendem a ter sua utilização mais forte e sustentada (Catan et al., 2015).

### 2.3.6 Grau de Instrução e Preparo dos Usuários

Fatores relacionados à instrução e preparo do usuário para o uso da tecnologia são bastante encontrados na literatura. Lin & Bautista (2017), por exemplo, evidenciam a importância da instrução dos pacientes para a difusão das tecnologias na área da saúde. O conceito de “*ehealth literacy*” se refere não apenas à instrução dos indivíduos, mas à capacidade destes usuários em operacionalizar a telemedicina e, inclusive, de superar eventuais problemas que surjam com os equipamentos. Os autores mostram que a triagem dos aplicativos de saúde e a percepção de controle de aparelhos móveis são fatores que intermediam a capacidade de utilização dos usuários/pacientes.

Na mesma linha, Tran et al. (2018) apontaram que aplicativos de telemedicina devem ser desenhados de forma integrada ao público que os utilizará. Ou seja, aplicativos para jovens, por exemplo, podem ter um maior número de funções e complexidade, enquanto um aplicativo para o atendimento de idosos deve ser simples e de fácil uso. Já, Sánchez-Polo, Cegarra-Navarro, Cillo, & Wensley (2019) apresentam evidências de que a utilização da aprendizagem contínua por parte dos usuários, como ferramenta de difusão e adoção da telemedicina, pode mitigar a barreira da falta de instrução e familiaridade dos pacientes com as tecnologias, sendo esta uma estratégia efetiva para hospitais ampliarem a abrangência dos serviços.

A instrução dos usuários de telemedicina pode influenciar sobremaneira em atividades simples como a busca por informações na internet, ou como compreender termos atuais próprios do mundo digital. Nesse sentido, a população de idosos tende a ser mais afetada negativamente (Kruse, Mileski, & Moreno, 2017). Entretanto esta limitação não se resume apenas a pacientes, mas pode ser um obstáculo entre médicos e demais profissionais da saúde (Abejirinde et al., 2018; Furusa & Coleman, 2018).

### 2.3.7 Influência Social entre Profissionais Médicos

Fatores relacionados à influência social encontrados na revisão se relacionam exclusivamente aos profissionais médicos. Feijt et al. (2018) incluem a influência dos pares na validação da adoção de teleconsultas em tratamentos de saúde mental.

Nesse sentido, durante o processo de adoção, ocorre uma validação da metodologia entre os colegas. Esta interação tende a proporcionar a sensação de pertencimento e segurança tanto pela visão dos profissionais entre seus pares quanto destes em relação aos seus pacientes. Os médicos exercem um papel chave na difusão de inovações quando participam do seu processo de criação ou de desenvolvimento. Veilleux et al. (2017) acompanharam o desenvolvimento de uma tecnologia para tratamento de doenças inflamatórias de intestino e mostraram que a participação de médicos gastroenterologistas desde o início do processo é fator chave para a posterior aceitação por profissionais da área.

Hao et al. (2018) investigaram fatores da influência social para mensurar seus efeitos entre os profissionais médicos na aceitação e consequente difusão de tecnologias. Ambos os fatores se mostraram significativos. Os resultados mostram que, entre os médicos, pode-se esperar um aumento de 15% na difusão da inovação se os profissionais mantiverem contato com os primeiros que adotaram a inovação. Este percentual passa para 25% se comparado a efeitos de pares em relação a usuários individuais.

Borracci & Giorgi (2018) mostram que a adoção de inovações por respeitados médicos veteranos, que agem na condição de líderes no seu meio, é fator fundamental na sua difusão. Mesmo na falta de maiores evidências científicas acerca da efetividade das tecnologias, a adoção por líderes tende a proporcionar elevada confiança e difusão entre estes profissionais. No mesmo sentido, Iacopino et al. (2018) investigam o papel da rede social e do capital social dos médicos na formação de percepções individuais sobre os sistemas de cirurgia robótica de alta tecnologia. Os autores encontraram evidências de que as percepções destes profissionais têm similaridade com as características do seu capital social, sendo essas similaridades ainda maiores quando estes atores estão conectados. Assim, o profissional é bastante influenciado pelos seus pares, especialmente quanto mais estiver conectado a eles.

Skillman et al. (2017) analisaram os vencedores de prêmios de inovação em saúde e identificaram os papéis assumidos por médicos em serviços inovadores. Os autores mostram que estratégias de implementação de sucesso consideram o engajamento dos médicos como componentes internos do processo. Esse tipo de abordagem possibilita ao programa acelerar a aceitação da inovação na organização entre os seus pares. A influência social pode ser exercida não apenas por pares

reconhecidos e conhecidos dos médicos. Mengesha & Garfield (2019) desenvolvem um modelo com fatores que impactam a adoção e/ou continuação de utilização de telemedicina entre médicos, preceptores e residentes, e estudantes doutorandos. Na sua pesquisa mostra que, quando o sistema de telemedicina é oriundo de um país desenvolvido, por distintos fatores, este sistema tende a apresentar maiores níveis de adoção e difusão.

### *2.3.8 Fatores Regulatórios*

Por fim, os fatores relacionados à regulamentação são também importantes. A regulamentação em telemedicina pode acontecer de duas formas, cada uma com suas vantagens e desvantagens. A regulamentação de cima para baixo facilita estratégias amplas, com interoperabilidade de sistemas e troca de informações entre diferentes prestadores, no entanto, depende de direções, prioridades e burocracias de governos. De outra forma, a regulamentação de baixo para cima acelera a competição e a inovação, porém, de forma inversa, dificulta o intercâmbio e o compartilhamento de informações entre diferentes organizações (Catan et al., 2015).

A título de exemplos, as iniciativas públicas de implantação de programas de telemedicina precisam de políticas claras que guiem estes processos. A ausência ou a inadequação de legislação, políticas, ou questões de responsabilidade, influem de forma a barrar as iniciativas de telemedicina no nível organizacional (Furusa & Coleman, 2018). Desta feita, fatores relacionados à regulamentação dependem também das legislações específicas de cada país. No Brasil, teleconsultas, ou seja, consultas através de TIC, sem médicos em ambas as pontas da comunicação, não estão regulamentadas de forma definitiva.

Já no Canadá, 75% dos hospitais oferecem algum tipo de serviço de telemedicina. Estes modelos seguem rígidas regulações e modelos de pagamentos que variam entre as diferentes províncias (Agarwal et al., 2020). Nos Estados Unidos, apesar de não haver restrições legais de forma federal, assim como no Canadá, os profissionais devem seguir as regulamentações estaduais. No entanto, a telemedicina nos Estados Unidos, apesar de significativamente utilizada, não utiliza a pleno seu potencial. Seus desafios se concentram justamente na falta de integração e de regulamentações padronizadas entre todos os estados (Schwamm et al., 2017).

### 2.3.9 Síntese dos fatores

Os principais fatores que influenciam a aceitação, adoção e difusão da telemedicina detalhados anteriormente são apresentados de forma resumida no Quadro 3. Estes fatores dizem respeito a uma série de diferentes atores, entre eles, pacientes, médicos, enfermeiros, psicólogos, gestores da área da saúde, entre outros e podem ser considerados tanto em nível individual como organizacional. Estes atores podem sofrer diferentes influências na adoção, resistência ou aceitação das inovações em saúde. Entre os citados, os médicos tendem a ser as principais referências técnicas da área da saúde (Veilleux et al., 2017; Wade et al., 2016) e um dos atores mais importantes para a difusão de inovações, como é o caso da telemedicina. Devido a isso, são o público-alvo nesta pesquisa.

Quadro 3 –Fatores de Influência na Aceitação de Telemedicina

<b>Fator</b>	<b>Definição</b>	<b>Nível de Análise</b>	<b>Referências</b>
1. Infraestrutura Tecnológica	Envolve a tanto aspectos físicos, como a disponibilidade de infraestrutura adequada, equipamentos tecnológicos, quanto aspectos de facilidade de uso da tecnologia e suporte ao uso, além de aspectos relacionados à segurança e privacidade dos dados.	Indivíduo/ Organização	(Furusa & Coleman, 2018; Schulte et al., 2016)
2. Características Organizacionais	Abrangem diversos elementos ligados às capacidades, à estrutura organizacional e gerencial, e clima da organização que adota a telemedicina.	Organização	(Aboelmaged & Hashem, 2018; Taylor et al., 2015)
3. Percepção de Valor	Expectativa e crenças de possíveis recompensas, vantagens e melhorias, seja para a organização, seja nos resultados do indivíduo, que serão alcançadas com a adoção da telemedicina, incluindo recompensa para os profissionais adotantes.	Indivíduo	(Kristensson et al., 2015; Rho et al., 2014)
4. Disponibilidade Financeira	Adequada e suficiente disponibilidade de recursos financeiros exigidas pelos programas de telemedicina	Organização	(Furusa & Coleman, 2018; V. A. Wade et al., 2016)
5. Resistência à Mudança	Fatores ligados à resistência à mudança, baseada no receio, ou no medo do desconhecido.	Indivíduo	(Brooke-Sumner et al., 2019; Landaeta et al., 2008)

6. Grau de Instrução e Preparo dos Usuários	Capacidade dos usuários em utilizar a tecnologia e operacionalizar a telemedicina e, inclusive, de superar eventuais obstáculos que surjam durante o uso.	Indivíduo	(Kruse et al., 2017)
7. Influência Social entre Profissionais Médicos	A tendência de aceitação a partir da percepção de adoção da telemedicina por médicos veteranos, ou daqueles que agem na condição de líderes no seu meio.	Indivíduo	(Borracci & Giorgi, 2018)
8. Fatores Regulatórios	A ausência, a falta de clareza, ou a inadequação de legislação sobre questões como responsabilidade e condução na utilização da telemedicina.	Governo/ conselho/ organização/ indivíduo	(Furusa & Coleman, 2018)

Fonte: Elaborado pelo autor

O aprofundamento do conhecimento de fatores de aceitação da telemedicina, mais especificamente, da teleconsultas, por parte dos médicos, pode contribuir para a futura expansão da telemedicina e do conseqüente aproveitamento dos seus benefícios pela população em geral. Os fatores identificados na revisão da literatura serão considerados na análise em relação aos achados desta pesquisa.

Porém, a partir dos dados da etapa exploratória (como será explicado posteriormente no capítulo de método), verificou-se que questões regulatórias, de caráter institucional e normativo se mostram evidentes no contexto brasileiro, no que tange à aceitação de teleconsultas. Devido a isso, buscou-se amparo para a realização deste estudo em uma teoria que ainda é pouco utilizada na literatura para analisar a aceitação de telemedicina: a Teoria Institucional.

A Teoria Institucional, em especial em sua vertente sobre o Trabalho Institucional, apresenta um entendimento que parece mais completo e promissor em comparação àqueles observados nas pesquisas localizadas até então. Os pilares Regulativo, Normativo, e Cultural-Cognitivo examinados pela Teoria Institucional, por exemplo, apresentam uma possibilidade de análise aprofundada e conjunta entre resoluções normativas da classe médica e a existência de fatores como Resistência à Mudança, de ordem cultural-cognitiva, por exemplo. Considera-se que essa análise não é enfatizada pelas abordagens teóricas anteriormente examinadas, resumidas no Quadro 2, ou mesmo pela consideração somente dos fatores de influência, resumidos no Quadro 3.

A Teoria Institucional permite uma análise com foco no contexto institucional e o exame aprofundado dos mecanismos de mudança e manutenção das instituições,

trabalhados por esta teoria, especialmente por meio do conceito de Trabalho institucional. Dessa forma, o capítulo seguinte aprofunda a Teoria Institucional, que será a principal lente teórica adotada nesta tese.

## **2.4 Teoria Institucional**

Este aprofundamento da Teoria Institucional é apresentado de forma separada em dois subcapítulos. Sendo, no primeiro, destacados os conceitos centrais desta teoria e, em seguida, no subcapítulo posterior, apresentada a fundamentação específica sobre o Trabalho Institucional.

### *2.4.1 Conceitos Centrais*

A Teoria Institucional foi primeiramente apresentada por Selznick (1972). Em seu trabalho seminal, o autor relaciona a instituição da empresa com o seu processo de estabilização ao longo do tempo. Nesse caso, o ambiente é entendido como resultado da soma dos interesses internos e externos à organização. Esta teoria ocupa-se em explicar a forma com que as organizações protegem e melhoram as suas posições e sua legitimidade, em conformidade com as normas estabelecidas no ambiente institucional.

DiMaggio & Powell (1983) procuraram entender a tendência a homogeneização das empresas em suas rotinas e estruturas. Os autores observaram que nem sempre havia uma busca constante de melhorias de eficiência ou de competitividade, mas eram identificáveis mudanças organizacionais que deixavam as organizações mais homogêneas, sem necessariamente serem mais eficientes. O termo instituição refere-se aos conjuntos de regras e acordos que as organizações e indivíduos devem seguir. São derivadas de estruturas reguladoras, órgãos governamentais, leis, profissões ou de diversas práticas sociais e culturais que exercem pressões de conformidade (DiMaggio & Powell, 1983). As instituições existem com o objetivo de reduzir incertezas, estabelecendo um aparato estável capaz de estruturar o comportamento, que, embora não seja necessariamente eficiente, tem a capacidade de reduzir as incertezas e riscos. Quando os atores institucionais acreditam na adequação de uma prática e a julgam como legítima, são motivados a adotá-la e institucionalizá-la, já quando duvidam, a rejeitam.

O campo organizacional pode ser entendido como o contexto onde estão as organizações, os fornecedores, os consumidores, as agências reguladoras, e todas as demais organizações que, em conjunto, constituem um setor onde existe a vida institucional (Zietsma & Lawrence, 2010). O campo organizacional compreende todos os atores importantes que, de alguma forma, influenciam as decisões e a sobrevivência da organização. Nesse sentido, o campo organizacional tem como centro a organização focal. Já o campo organizacional funcional estrutura as organizações a partir das suas funções, não a partir da lógica geográfica. Dessa forma, além dos atores do campo organizacional, são compreendidos também atores associados, determinantes para as trocas, como fontes de financiamento, os grupos reguladores e as associações profissionais ou comerciais; o campo inclui todas as organizações que dele participam tendo influências umas sobre as outras (Scott, 2014).

A lógica institucional, dessa forma, pode ser entendida como práticas e comportamentos compartilhados no campo organizacional pelos seus atores. A lógica institucional parte da análise de combinações e adaptações que resultam nos micro processos observados. Assim como o campo organizacional funcional, que não observa apenas a realidade que está ligada diretamente à uma organização em específico, a lógica institucional não deve observar apenas os atores que tem relação direta com o fenômeno, mas também aqueles que o circundam e o influenciam (Thorton, Ocasio, & Lounsbury, 2012).

A Legitimação é um importante conceito da Teoria Institucional que deve ser observado. Este, significa a imersão da organização no contexto institucional do campo organizacional no qual a organização busca atender às expectativas sociais e adotar o comportamento apropriado em relação às instituições em vigor (Hinings, Gegenhuber, & Greenwood, 2018). Para a maioria das organizações, é crucial estar em consonância com o seu campo organizacional. Nesse sentido, os reguladores, as associações profissionais e a mídia podem ser vistos como atores cruciais que formam o contexto e conferem legitimação. A Infraestrutura Institucional se constitui no controle realizado pelos atores críticos de cada campo organizacional. Este controle pode ser exercido em eventos, como feiras, conferências, ou mesmo por contatos diretos (Greenwood et al., 2018).

As instituições, qualquer que seja a perspectiva adotada (regulativas, normativas ou cognitivas), estão embutidas em diferentes tipos de suporte. Quais

sejam: suportes culturais; estruturas sociais; e rotinas. As culturas são suportes apoiados em estruturas interpretativas. Ou seja, em padrões codificados de sentidos e sistemas de regras. Esses esquemas interpretativos informam e reforçam comportamentos em curso, mas que também podem ser alterados. Nas estruturas sociais as instituições podem também ser suportadas e apoiadas em expectativas padronizadas conectadas a redes de posições sociais: sistemas de papéis. Novamente, as estruturas forçam e fortalecem o comportamento dos atores, ao mesmo tempo em que elas são reproduzidas e transformadas por esse comportamento. Já no suporte por Rotinas, as atividades são estruturadas na forma de “comportamentos por hábito”. Ou seja, ações padronizadas que refletem o conhecimento tácito dos atores. Ou ainda, hábitos ou procedimentos profundamente enraizados baseados em conhecimentos e crenças não explicitamente articulados (Scott, 2014).

O Quadro 4 mostra os três pilares das Instituições: Pilar Regulativo; Pilar Normativo; Pilar Cultural/Cognitivo (Scott, 2014). O primeiro diz respeito à forma com que instituições forçam e regularizam os comportamentos. Nesse sentido, as organizações tendem manter o foco em fatores que viabilizem sua atuação. Além disso, tendem a se basear nas questões legais e coercitivas, tendo em vista o pouco espaço de opção de discricionariedade.

O Pilar Normativo se caracteriza pelos valores e normas nos seus aspectos prescritivos e avaliativos. Nesse sentido, os valores representam conceitos daquilo que é preferível ou desejável, em conjunto com a construção de padrões para os quais as estruturas ou comportamentos podem ser comparados. Tratam-se de instituições as quais as organizações se sentem moralmente obrigadas a seguir, sob pena de terem sua honra ou reputação de alguma forma afetadas no campo. Em síntese, as Normas especificam como as coisas devem ser feitas para que sejam socialmente aceitas (Scott, 2014).

Por fim, o Pilar Cultural/Cognitivo envolve regras que constituem a natureza da realidade e as estruturas por meio das quais o sentido é criado. No paradigma cognitivo, o que uma pessoa faz é, em grande parte, uma função da representação interna do ambiente em que a pessoa se encontra, como uma leitura construtivista. O Pilar Cognitivo retrata como as estruturas cognitivas se organizam no campo organizacional vigente e como crenças e lógicas comuns são criadas e compartilhadas. Ao englobar as crenças comuns, em padrões normais,

organizações entrantes em um campo organizacional devem, preferencialmente, seguir estes parâmetros (Scott, 2014).

Quadro 4 – Pilares Institucionais

Dimensões	Regulativo	Normativo	Cultural/Cognitivo
Bases de obediência	Utilidade	Obrigação social	<i>Taken for grantedness</i> Entendimentos compartilhados
Bases de ordem	Regras regulativas	Expectativas normativas	Esquemas constitutivos
Mecanismos	Coercitivo	Normativo	Mimético
Lógica	Instrumentalidade	Adequa�o	Ortodoxia
Indicadores	Regras, leis, san�es	Certifica�o, confiabilidade	Crenças comuns, lógica de a�o compartilhada
Emo�es	Temer culpa/inocência	Vergonha/honra	Certeza/confusão
Bases de legitima�o	Legalmente sancionada	Moralmente governada	Compreensível, reconhecível, culturalmente amparada

Fonte: (Scott, 2014)

Os elementos institucionais surgem de fora das organiza es e causam mudanças organizacionais, assim, quando respondem a pressões institucionais externas e buscam legitimidade, as organiza es estão protegendo suas atividades. A ado o de elementos legitimados aumenta a possibilidade de sobrevivência, porém pode reduzir a eficácia da organiza o. Assim, pode-se dizer que as institui es são sistemas multifacetados que são conduzidos e dão forma ao comportamento social (Hinings et al., 2018). Dessa forma, pelas pressões institucionais (externas), as organiza es tendem   similaridade. Não obstante, as institui es estabelecidas também buscam estabilidade. Assim, seja por elementos regulatórios, normativos, e/ou cognitivos, pode haver resistência a mudanças institucionais (Scott, 2014).

A estrutura o do campo organizacional acontece com o aumento das intera es, seguido do surgimento da defini o de uma estrutura interorganizacional, a posterior acumula o de informa es disputadas pelas organiza es, e a consciência mútua do campo pelas organiza es. Nesse sentido, a partir da estrutura o do campo, as empresas tendem a caminhar para o Isomorfismo Institucional (DiMaggio & Powell, 1983). Assim, pela Teoria Institucional, o Isomorfismo Institucional pode ser definido como as mudanças ocorridas nas estruturas das organiza es a partir das pressões do campo organizacional no qual estão inseridas.

O Quadro 4 mostra também os três mecanismos pelo qual o isomorfismo institucional pode ocorrer, cada um deles ligado mais fortemente a um dos três pilares institucionais: isomorfismo coercitivo (fortemente ligado ao pilar regulativo), isomorfismo normativo (ligado ao pilar normativo) e isomorfismo mimético (fortemente ligado ao pilar cultural/cognitivo) (DiMaggio & Powell, 1983; Scott, 2014). A seguir estes conceitos são aprofundados.

O Isomorfismo Coercitivo não se refere exclusivamente a leis e regulamentações obrigatórias em seu sentido formal, mas envolve tanto pressões formais quanto pressões informais que tendem a moldar as organizações. Diversas ocasiões podem motivar mudanças coercitivas. O ajuste de uma organização em relação a alterações na legislação ambiental a qual ela está sujeita, por exemplo, é coercitiva. Da mesma forma, a contratação de contadores com uma determinada especialização, para cumprir as demandas e exigência dos setores, também pode ser entendida como coercitiva. A relação entre uma matriz e subsidiárias também retrata Isomorfismo Coercitivo. De forma geral, as subsidiárias de uma empresa terão estruturas similares, mesmo que não sejam obrigadas a isso (DiMaggio & Powell, 1983).

O aumento das especialidades nas profissões é a base que sustenta o Isomorfismo Normativo (DiMaggio & Powell, 1983). Nesse sentido, a regulação sobre as profissões e sobre as próprias atividades são as principais responsáveis por esse tipo de similaridade do campo organizacional. Os conselhos das classes profissionais são os atores normalmente incumbidos por esse tipo de controle. Assim, os serviços especializados tendem a seguir padrões que tornam as organizações envolvidas mais parecidas.

As pressões que baseiam o Isomorfismo Normativo tendem a ser mais facilmente observadas quando analisadas diretamente nos indivíduos. Alguns profissionais não contam com leque amplo de opções de atuação conforme a necessidade. A formação profissional do especialista por meio de currículos razoavelmente padronizados e a ampla rede criada entre os próprios profissionais são meios pelos quais os modelos se difundem rapidamente e, assim, tendem a homogeneizar nesta mesma velocidade o campo organizacional.

Por fim, o Isomorfismo Mimético pode ser entendido como uma defesa buscada pelas organizações frente a incertezas do ambiente. Buscam algum nível de segurança, através da observação e cópia de organizações que atuam e

sobrevivem aos mercados. A falta de clareza nas realidades vividas no campo organizacional tende a aumentar o Isomorfismo Mimético entre as organizações. A difusão das estruturas organizacionais entre os participantes do campo pode ocorrer com a contratação de empregados de concorrentes, com contratação de consultorias, ou mesmo com a própria pesquisa e investigação de outras empresas. Organizações dominantes em seus mercados tendem a sofrer maiores pressões para que ofereçam produtos ou serviços, pelo menos, equivalentes aos oferecidos. Estas empresas são constantemente assediadas para que cubram e respondam às inovações das suas concorrentes menores ou equivalentes, pressões que aumentam rapidamente a similaridade de estruturas organizacionais (DiMaggio & Powell, 1983).

De forma geral, as pesquisas sobre Teoria Institucional relatam as pressões por manutenção das instituições sob forma de restrições ou controle de comportamento. Entretanto, mesmo ações coordenadas para estabelecimento de limites legais podem ser observadas. Nesse sentido, as instituições podem ser pressionadas e, eventualmente mudadas, internamente nas organizações, ou em si próprias, por embates exógenos (Scott, 2014).

As mudanças em contextos altamente institucionalizados são um desafio particularmente difícil para as organizações e para os seus gestores. Isso porque estes ambientes tendem a apresentar indivíduos e processos sobremaneira inseridos na lógica vivenciada. As organizações e as pessoas já se mostram com suas rotinas e práticas estabilizadas, dificultando alterações de perspectivas. Entretanto, essa lógica não é regra (Greenwood & Suddaby, 2006).

Organizações que representam a elite do seu campo e ocupam posições centrais nas suas redes estão, ao mesmo tempo, menos expostas a pressões coercitivas e normativas. E, assim, visto sua considerável segurança e busca de protagonismo, estas mesmas organizações tendem a, mais facilmente, manter contato com lógicas contraditórias (Greenwood & Suddaby, 2006). Assim, se utilizam de pontes entre campos organizacionais para expandir suas fronteiras para além dos limites do seu campo. Esta expansão torna essas organizações menos imersas nas suas estruturas, em relação ao seu campo original. Nesse ponto, esses atores podem passar a atuar como empreendedores institucionais, ou seja, são atores agindo de forma a mudar as instituições do campo (Maguire, Hardy, & Lawrence,

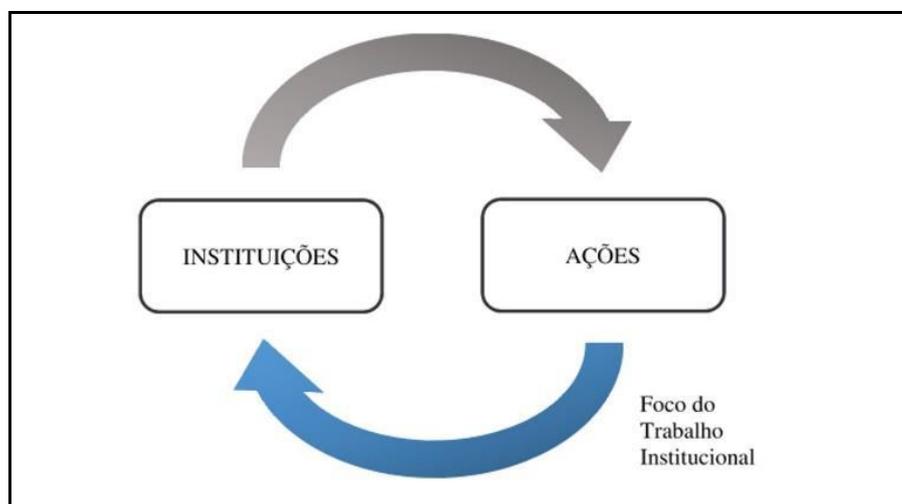
2004). Essa mudança ocorre por meio do chamado Trabalho Institucional, detalhado a seguir.

#### 2.4.2 Trabalho Institucional

O Trabalho Institucional é uma vertente da Teoria Institucional que foca a ação proposital de indivíduos e organizações sobre as instituições. O Trabalho Institucional pode ser definido como “a ação intencional de indivíduos e organizações com o objetivo de criar, manter, ou romper com as instituições” (Lawrence & Suddaby, 2006, p. 215). Trata-se de uma definição mais ampla daquela utilizada para o Empreendedorismo Institucional. Este último é caracterizado pelos indivíduos com recursos suficientes para romper instituições e que os utilizam, pois enxergam valor nesse rompimento, ficando em posições centrais em relação à nova configuração das instituições (Maguire et al., 2004) .

O foco do Trabalho Institucional está em entender como as ações humanas interferem nas instituições, mantendo a compreensão de que as instituições também influenciam as ações, de modo circular (Lawrence, Suddaby, & Leca, 2009), como mostra a Figura 6. Estas ações, portanto, são práticas realizadas por indivíduos e grupos que participam do campo e, ao mesmo tempo, as desafiam. Dessa forma, as práticas institucionais são atos concretos de Trabalho Institucional, materialmente mediados por ação humana e organizados em torno de instituições e intenções de pessoas em moldar essas instituições (Hampel, Lawrence, & Tracey, 2017).

Figura 6 – Foco do Trabalho Institucional



Fonte: Adaptado de Lawrence et al (2009)

Apesar de não alterar a dimensão de análise para os atores individualmente, o trabalho institucional também considera os indivíduos como possíveis protagonistas das mudanças institucionais. Nesse sentido, apesar destes indivíduos serem influenciados pelas instituições, estes também têm potencial de promoção de rompimento de instituições ou criação de novas (Lawrence & Suddaby, 2006).

O trabalho institucional se refere, assim, às ações que provocam mudanças nos contextos institucionais. Nesse sentido, a estrutura das organizações pode ser vista como um misto entre ações e pensamentos racionais individuais e coletivos, de certa forma, impostos aos indivíduos. Assim, dadas as instituições e a realidade do campo organizacional, as análises de trabalho institucional buscam compreender quais são as práticas exercidas no sentido de promover a ruptura, manutenção, ou a criação de novas instituições. Dessa forma, tem-se as práticas disruptivas, ou de manutenção como ponto de análise chave na leitura do Trabalho Institucional (Lawrence & Suddaby, 2006).

Lawrence et al. (2009) defendem o entendimento de que a ação e a prática não se dividem no campo organizacional. Ou seja, as ações/práticas são realizadas mediante um conjunto de instituições que influenciam e são influenciadas umas pelas outras. Assim, práticas e ações podem buscar tanto a disrupção de determinadas instituições quanto manutenção delas. A própria configuração do campo pode ser fator de influência a ações de trabalho institucional. Sendo os atores individuais e coletivos ambos atuantes nessa constituição dinâmica da realidade, podendo trabalhar de forma a criar, manter ou modificar as instituições.

Scott (2014) analisa como elementos culturais são criados e difundidos, aprovados e inutilizados ao longo do tempo. Tolbert & Zucker (1983) investigam de que forma algumas ações se tornam habituais no processo de institucionalização em um campo organizacional. Estes autores apontam a pré-institucionalização, a semi-institucionalização, e a total institucionalização como os três estágios deste processo. Lawrence & Suddaby (2006), com base no trabalho desses autores, apresentam três categorias de trabalho institucional: criação, manutenção e disrupção de instituições. Nesse sentido, os autores buscam descrições análogas que remetem ao ciclo de vida das instituições em relação às mudanças no campo organizacional. O trabalho institucional é uma forma de atuação que pode se remeter a qualquer uma das categorias. Lawrence & Suddaby (2006) investigaram 15 anos de pesquisas publicadas nos principais periódicos para identificar as

diferentes formas de trabalho institucional observadas, conforme os diferentes momentos (criação, disrupção, manutenção) que cada categoria representa.

A **criação de novas instituições** é a categoria em que mais foram observadas contribuições. Os trabalhos tiveram, em grande parte, influência do empreendedorismo institucional, documentado por Eisenstadt (1980) e Dimaggio (1988). Assim, pelo menos nove formas de trabalho foram identificadas, conforme mostra o Quadro 5. Destas formas de trabalho, destaca-se a divisão entre três grupos distintos. Sendo, o primeiro constituído por Advogar, Definir e Aparelhar. Nesse grupo, os atores trabalham na forma de reconstruir regras, os direitos de propriedade e limites que definem os acessos a recursos materiais. Já em um segundo grupo as formas buscam reconfigurar o sistema de crenças dos atores, agindo assim, de forma indireta no funcionamento do campo organizacional. A construção de identidades, a mudança de associações normativas e a construção de redes normativas remetem a este tipo de prática. No último grupo, as últimas três formas identificadas (mimetismo, teorização, educação) envolvem as ações destinadas a alterar categorizações abstratas em que as fronteiras dos sistemas de significados são alteradas (Lawrence & Suddaby, 2006)

Quadro 5 – Práticas de Criação de Instituições

<b>Formas de trabalho</b>	<b>Definição</b>
<b>Advogar</b>	Mobilização de suporte político e regulatório através de técnicas diretas e deliberadas de persuasão social
<b>Definir</b>	Construção de um sistema de regras que confere status ou identidade, define limites dos membros ou estabelece status hierárquico dentro de um campo
<b>Aparelhar (Vesting)</b>	Criação de estruturas de regras que confere direitos de propriedade
<b>Construir identidades</b>	Define os relacionamentos entre um ator e o campo no qual aquele ator opera
<b>Mudar associações normativas</b>	Refazer as conexões entre o conjunto de práticas e os princípios morais e culturais daquelas práticas
<b>Construção de redes normativas</b>	Construção de conexões interorganizacionais através das quais as práticas se tornam normativamente sancionadas, se formando a partir de um grupo de pares relevantes no que diz respeito à conformidade, monitoramento e avaliação
<b>Mimetismo</b>	Associação de novas práticas a conjuntos existentes de práticas, tecnologias e regras, de forma a facilitar a adoção
<b>Teorização</b>	Desenvolvimento e especificação de categorias abstratas e a elaboração de cadeias de causa e efeito
<b>Educação</b>	Educação dos atores nas habilidades e conhecimentos necessários para suportar as novas instituições

Fonte: (Lawrence & Suddaby, 2006)

De outra forma, o Trabalho Institucional para **disrupção de instituições** conta com menor abrangência de estudos se comparada ao anterior, de criação (Hampbel, Lawrence, & Tracey, 2017). O Quadro 6 mostra as práticas relacionadas por Lawrence & Suddaby (2006) nessa categoria. Atores que não participam dos arranjos atuais seriam alguns dos responsáveis por este tipo de trabalho institucional de disrupção. A perturbação da estrutura existente é o objetivo quando estas práticas são utilizadas. Casos que objetivam, por exemplo, o abandono de defensivos agrícolas danosos ao meio ambiente, se utilizam dessas estratégias (Maguire & Hardy, 2009).

Quadro 6 – Práticas de Disrupção de Instituições

<b>Formas de trabalho</b>	<b>Definição</b>
<b>Desconexão de sanções</b>	Trabalho via estruturas de estado para desconectar recompensas e sanções de alguns tipos de práticas, tecnologias ou regras
<b>Desconexão dos fundamentos morais</b>	Desassociação de práticas, regras ou tecnologias de seus fundamentos morais como sendo apropriados para um específico contexto cultural
<b>Repulsa de monitoração</b>	Diminuição da percepção de riscos de inovações e diferenciações enfraquecendo o papel de crenças e assuntos

Fonte: (Lawrence & Suddaby, 2006)

De forma similar, a análise das práticas de Trabalho Institucional voltadas para **manutenção das instituições** não parece receber a mesma atenção daquelas para sua criação. Entretanto, estas também têm significativa importância para o campo. Lawrence & Suddaby (2006) argumentam que poucas são as instituições de campos organizacionais estáveis que se reproduzem automaticamente sem necessidade de trabalhos específicos para sua manutenção. O Quadro 7 mostra as práticas identificadas pelos autores, nesse sentido. O trabalho institucional que visa a manutenção de instituições pode envolver o suporte, a reparação ou a recriação de mecanismos sociais visando a garantia da conformidade das ações frente às instituições vigentes.

Quadro 7 – Práticas de Manutenção de Instituições

<b>Formas de trabalho</b>	<b>Definição</b>
<b>Facilitação</b>	Criação de regras que facilitam, suplementam e suportam instituições, como a criação de agentes autorizadores ou afins
<b>Policimento</b>	Garantia de transparência via imposição, auditoria e monitoramento
<b>Determinação</b>	Estabelecimento de barreiras coercitivas para mudança institucional
<b>Valorização e Demonização</b>	Providenciar para demonstração pública exemplos positivos e negativos que ilustrem os fundamentos da normatização da instituição
<b>Mitos</b>	Preservação dos fundamentos normativos de uma instituição por meio da criação e sustentação de mitos baseados na história
<b>Imersão e rotinização</b>	Infusão ativa dos fundamentos normativos de uma instituição entre os participantes nas rotinas diárias e nas práticas organizacionais

Fonte: (Lawrence & Suddaby, 2006)

Lefsrud & Meyer (2012) mostram a importância do Trabalho Institucional Defensivo para manutenção das instituições. Este tipo de ação pode ser entendida como proposital, realizada por indivíduos ou por organizações, e com o objetivo de barrar o trabalho institucional disruptivo. Ou seja, trata-se de uma reação aos ataques, eventualmente realizados por aqueles que buscam implementar novas instituições. Lefsrud & Meyer (2012) mostram como os profissionais defensores das teorias de aquecimento global antropogênico, se defendem/legitimam como especialistas, respondendo as discussões céticas propostas por atores disruptivos, normalmente vinculados a organizações de combustíveis fósseis, por exemplo, que contestam os consensos científicos da área, ou seja, atores que buscam a ruptura das instituições dominantes no campo organizacional.

Currie et al. (2012) investigaram a reação de médicos da elite do sistema de saúde inglês frente a ameaças de realocação do trabalho exercido em suas unidades. No caso, identificam a utilização das práticas institucionais de Teorização e de Definição. Além destas, observaram ações políticas de cooptação de atores centrais do campo organizacional para engajamento nos esforços de manutenção dos arranjos existentes, sendo estes atores da classe médica ou não. Nesse sentido, é possível observar as práticas de trabalho institucional sendo utilizadas com propósitos diferentes aqueles categorizados por Lawrence & Suddaby (2006). Ou seja, nota-se que essas categorias de trabalho institucional podem ser utilizadas tanto como práticas de criação quanto para prática de manutenção de instituições.

Currie et al. (2012) evidenciam também a atuação dos médicos de elite como profissionais de referência na área da saúde, principalmente aqueles vinculados a

universidades, hospitais universitários e pesquisas. A pesquisa mostra o trabalho institucional destes profissionais contra a descentralização de recursos e de serviços, antes exclusivos desta elite, para hospitais de menor porte, com procedimentos de menor complexidade sendo executados por médicos de menor formação, ou por enfermeiros, ou seja, o trabalho exercido visa manter as instituições vigentes.

Na área da saúde os médicos estão no topo da hierarquia profissional. O poder desta classe profissional deriva tanto da legitimação social da sua missão de salvar vidas quanto da sua habilidade e habilitação exclusiva para utilizar conhecimentos complexos em procedimentos específicos (Currie et al., 2012). Profissionais de enfermagem, por exemplo, estão tipicamente vinculados a procedimentos gerais vinculados a assistência de forma menos técnica, e subordinada aos médicos (Currie et al., 2012). De forma parecida, os gestores da área de saúde tendem a trabalhar no sentido de garantir que as organizações tenham um fluxo harmônico e permitam que o médico tenha seu trabalho facilitado (Giaimo, 2004).

Battilana (2011) mostra a destacada posição social dos médicos no *National Health Service* (NHS), sistema de saúde pública do Reino Unido. Nesse sentido, observa que as posições hierarquicamente privilegiadas influenciam a probabilidade de que atores busquem mudanças institucionais. Estas mudanças podem se relacionar tanto com as instituições estabelecidas no nível das organizações quanto no nível dos grupos profissionais do campo. A autora se utilizou de uma amostra de 93 profissionais da área da saúde, que representavam 93 projetos de mudanças em instalações do NHS, e pode mostrar que os indivíduos que estão em posições hierárquicas periféricas tendem a buscar mudanças institucionais mais disruptivas. Além disso, Battilana (2011) pode observar que os médicos se mantêm como autoridades não apenas em relação as questões clínicas, mas também nos domínios administrativos das organizações, influenciando no Trabalho Institucional, nesse caso, novamente, no sentido da manutenção das instituições.

## **2.5 Síntese do referencial teórico**

Esta revisão da literatura se ocupou em fornecer bases para a análise dos fatores de aceitação, bem como de resistência de médicos, à aceitação de

telemedicina. Nesse sentido, o Quadro 8 apresenta os principais conceitos que serão considerados na análise de dados empíricos da tese.

Os principais fatores de influência sobre a aceitação de telemedicina identificados na literatura não serão ignorados, ao contrário, eles serão considerados na análise de dados, porém esta será expandida com a utilização de conceitos chaves da Teoria Institucional (principal lente teórica de análise).

Em relação à utilização da Teoria institucional, os principais conceitos considerados serão os três pilares institucionais e o conceito do Trabalho Institucional, porém focando um dos tipos de trabalho em específico – o de manutenção das instituições, para compreender como a classe médica age para manter as instituições atreladas ao atendimento médico presencial em detrimento da adoção e difusão da telemedicina/teleconsultas.

Quadro 8 – Síntese dos Conceitos Teóricos considerados na tese

<b>Análise</b>	<b>Conceito</b>	<b>Definição</b>	<b>Referências</b>
Fatores de Influência na Aceitação de Telemedicina/ Teleconsultas	Infraestrutura Tecnológica	Envolve a tanto aspectos físicos, como a disponibilidade de infraestrutura adequada, equipamentos tecnológicos, quanto aspectos de facilidade de uso da tecnologia e suporte ao uso, além de aspectos relacionados à segurança e privacidade dos dados.	(Furusa & Coleman, 2018; Schulte et al., 2016)
	Características Organizacionais	Abrangem diversos elementos ligados às capacidades, à estrutura organizacional e gerencial, e clima da organização que adota a telemedicina.	(Aboelimged & Hashem, 2018; Taylor et al., 2015)
	Percepção de Valor	Expectativa e crenças de possíveis recompensas, vantagens e melhorias, seja para a organização, seja nos resultados do indivíduo, que serão alcançadas com a adoção da telemedicina, incluindo recompensa para os profissionais adotantes.	(Kristensson et al., 2015; Rho, Choi, & Lee, 2014)
	Disponibilidade Financeira	Adequada e suficiente disponibilidade de recursos financeiros exigidas pelos programas de telemedicina	(Furusa & Coleman, 2018; V. A. Wade et al., 2016)
	Resistência à Mudança	Fatores ligados à resistência à mudança, baseada no receio, ou no medo do desconhecido.	(Brooke-Sumner et al., 2019(Landaeta et al., 2008))
	Grau de Instrução e Preparo dos	Capacidade dos usuários em utilizar a tecnologia e operacionalizar a telemedicina e, inclusive, de superar	(Kruse et al., 2017)

	Usuários	eventuais obstáculos que surjam durante o uso.	
	Influência Social entre Profissionais Médicos	A tendência de aceitação a partir da percepção de adoção da telemedicina por médicos veteranos, ou daqueles que agem na condição de líderes no seu meio.	(Borracci & Giorgi, 2018)
	Fatores Regulatórios	A ausência, a falta de clareza, ou a inadequação de legislação sobre questões como responsabilidade e condução na utilização da telemedicina.	(Furusa & Coleman, 2018)
Teoria Institucional – conceitos-chaves	Instituição	Conjuntos de regras e acordos que as organizações e os indivíduos devem seguir. São derivadas de estruturas reguladoras, órgãos governamentais, leis, profissões ou de diversas práticas sociais e culturais que exercem pressões de conformidade.	(DiMaggio & Powell, 1983)d
	Campo Organizacional	Contexto onde estão as organizações, os fornecedores, os consumidores, as agências reguladoras, e todas as demais organizações que, em conjunto, constituem um setor onde existe a vida institucional.	(Zietsma & Lawrence, 2010)
	Organizações atuantes no campo	Atores associados, determinantes para as trocas, como fontes de financiamento, os grupos reguladores e as associações profissionais ou comerciais.	(Scott, 2014)
Pilares Institucionais	Pilar Regulativo	Forma com que instituições forcem e regularizam os comportamentos.	(Scott, 2014)
	Pilar Normativo	Valores e normas nos seus aspectos prescritivos e avaliativos.	
	Pilar Cultural/Cognitivo	Regras que constituem a natureza da realidade e as estruturas por meio das quais o sentido é criado.	
Trabalho Institucional - Práticas de Manutenção de instituições	Facilitação	Criação de regras que facilitam, suplementam e suportam instituições, como a criação de agentes autorizadores ou afins.	(Lawrence & Suddaby, 2006)
	Policiamento	Garantia de transparência via imposição, auditoria e monitoramento.	
	Determinação	Estabelecimento de barreiras coercitivas para mudança institucional.	
	Valorização e Demonização	Providenciar para demonstração pública exemplos positivos e negativos que ilustrem os fundamentos da normatização da instituição.	
	Mitos	Preservação dos fundamentos normativos de uma instituição por meio da criação e sustentação de	

		mitos baseados na história.	
	Imersão e Rotinização	Infusão ativa dos fundamentos normativos de uma instituição entre os participantes nas rotinas diárias e nas práticas organizacionais.	

Fonte: Elaborado pelo autor

O próximo capítulo detalha o método utilizado para elaboração da tese, bem como as etapas necessárias para sua conclusão.

### 3 MÉTODO

Este capítulo apresenta o método utilizado, fazendo inicialmente uma caracterização do tipo de estudo, seguido pelo detalhamento das etapas da pesquisa, indicando ainda explicações complementares em apêndice.

#### 3.1 Caracterização do Método

A definição do método de pesquisa tem como ponto de partida o seu objetivo geral, que consiste em analisar os fatores que influenciam a aceitação da telemedicina/teleconsulta por parte de médicos, e compreender como fatores institucionais e o trabalho institucional desses profissionais atuam de maneira a difundir ou a barrar a adoção dessa inovação. Considerando esse objetivo, optou-se por uma abordagem qualitativa, com foco no processo de aceitação de teleconsultas por parte dos médicos no Brasil. Estudos qualitativos, ou fenomenológicos, analisam situações complexas ou estritamente particulares (Richardson, 1999).

Nesse sentido, foi realizado um estudo de caso único com verificação tanto de fatores de influência da aceitação da telemedicina por parte dos médicos quanto de práticas e pressões institucionais com relação à adoção e difusão de telemedicina. O estudo de caso único é justificável quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos ou contextos complexos, onde diversos atores estão envolvidos simultaneamente (Yin, 2013).

Três lógicas são sugeridas para escolha de um caso único. A primeira se relaciona à escolha de um caso crítico para o teste de uma determinada teoria. O segundo se refere a casos extremos que denotam excepcionalidades. Já a terceira, por casos que tenham elevado potencial para desenvolver uma nova visão de fenômenos ainda pouco pesquisados (Yin, 2013). A falta de regulamentação permanente da telemedicina, mais especificamente das teleconsultas, no Brasil, e o poder de influência da classe médica brasileira sobre essa regulamentação torna-o um caso que destoa de parte do contexto internacional (Agarwal et al., 2020). Este cenário se mostra diferenciado por seu potencial de identificação de fatores de influência e de trabalho Institucional por parte dos médicos, o que, no caso brasileiro, têm se mostrado efetivo na manutenção das instituições em voga, ligadas

ao atendimento médico presencial, ou seja, ao impedimento de realização das teleconsultas.

Além disso, poucas são as pesquisas sobre telemedicina que tenham os médicos como ponto focal da análise. Ainda, não foram encontradas pesquisas colocando estes profissionais como atores influenciados por práticas institucionais para adoção de telemedicina (Wade et al. 2016). Por fim, o momento vivido pela exacerbada discussão em torno da regulamentação da telemedicina/teleconsultas frente à pandemia de COVID-19, no ano de 2020, torna especialmente interessante o estudo de um caso de resistência à essa prática, especialmente considerando o trabalho de uma classe profissional chave como a dos médicos.

### **3.2 Etapas do Estudo de Caso**

Esta pesquisa contou com quatro etapas em sua realização conforme mostra, de forma resumida, a Figura 7. As etapas não necessariamente apresentam momentos que começaram e encerraram, sem retomadas. As etapas 2, 3 e 4 compõem a fase em que foi realizado o estudo de caso, base da tese. A Etapa 1 - Revisão de literatura, foi uma constante na maior parte da pesquisa, por exemplo. De forma geral, o desenho de pesquisa mostra a lógica seguida, onde partiu-se de uma avaliação inicial de um problema empírico, seguido de uma profunda revisão teórica sobre esse tema. Com a identificação de gaps da literatura foi então, definido um problema de pesquisa. O estudo de caso se voltou para a identificação de fatores de influência a aceitação de telemedicina, por meio de uma etapa exploratória (qualitativa), seguida por uma etapa confirmatória, também de natureza qualitativa, baseada em uma série de documentos, conforme indica a figura 7.



Fonte: Elaborado pelo autor

O estudo de caso iniciou com uma coleta de dados exploratória, realizada presencialmente, representada na Etapa 2 – Entrevistas Semi-Estruturadas. Nesta etapa, pode-se observar que o tema da regulamentação da telemedicina compreende pressões institucionais muito fortes, e que estas não eram enfatizadas pelas pesquisas analisadas até então na literatura. Notou-se também que os fatores de influência observados têm estreitas relações uns com os outros e que a ótica da Teoria Institucional poderia se mostrar capaz de fornecer novos *insights* teóricos para essa área. Além disso, o Trabalho Institucional parecia explicar de forma mais robusta as barreiras observadas no contexto brasileiro da telemedicina.

Assim, a Etapa 3 da pesquisa – Coleta de documentos – foi confirmatória e compreendeu a análise de documentos que continham evidências sobre a explicação do fenômeno da negativa da classe médica para a regulamentação da telemedicina, mais especificamente das teleconsultas, e as ações realizadas pela classe médica para barrar a regulamentação desta prática.

A Etapa 4 – Análise dos Dados – envolveu a transcrição das entrevistas e vídeos e a realização da codificação e análise destas e dos demais documentos, o que permitiu a discussão teórica sobre o tema para se chegar à Etapa 5 – Conclusões e defesa da tese, com o fechamento do estudo. A seguir as etapas mencionadas são detalhadas.

**Etapa 1 – revisão da literatura** - A primeira etapa do processo de pesquisa foi a de revisão da literatura para compreender como o tema tem sido abordado pelos pesquisadores. Para isso, foi realizada uma revisão da literatura para a identificação das abordagens teóricas adotadas no estudo da aceitação da telemedicina e dos fatores que podem afetar essa aceitação, ou gerar resistência. O processo de revisão da literatura é descrito em detalhes no Apêndice A.

Além de sustentar a identificação de fatores que podem afetar a aceitação da telemedicina, a revisão da literatura também embasou o desenvolvimento de um roteiro para a realização da segunda etapa da pesquisa - entrevistas semiestruturadas. Considerando as referências obtidas na revisão da literatura, se elaborou o instrumento de coleta, disponível no Apêndice B. Trata-se de um roteiro de entrevistas que, inicialmente, apresenta questões norteadoras para conhecimento do entrevistado. A seguir, as questões abordam as impressões acerca de fatores, atores, oportunidades, riscos, cenários possíveis e aceitação de teleconsultas. O roteiro se baseou em questões abertas e exploratórias, sem categorias pré-determinadas pela literatura.

**Etapa 2 – Entrevistas semi-estruturadas** - Os entrevistados responderam sobre suas impressões acerca dos fatores de influência da aceitação da telemedicina e das teleconsultas em relação aos médicos brasileiros. Inicialmente, foram entrevistados nove médicos, de diferentes especialidades, além de um profissional de Tecnologia da Informação com larga experiência em Telemedicina, o qual foi também questionado quanto à visão dos médicos sobre o assunto. A seleção dos entrevistados seguiu uma lógica de disponibilidade, além da busca pela maior diversidade possível de áreas de atuação. Os profissionais abordados possuem vínculos com diferentes tipos de instituições (ver Quadro 9). Os participantes tiveram acesso antecipadamente a Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), tendo todos concordado com os termos e assinado o documento que se mantém sobre posse do pesquisador. As entrevistas duraram, em média, 34 minutos, sendo realizadas entre outubro/2019 e fevereiro/2020. Geraram

um total de 05 horas 44 minutos e 37 segundos de áudio, sendo posteriormente transcritas, somando 105 páginas.

Quadro 9 - Entrevistados

Entrevistado	Anos de Experiência profissional	Especialidade	Atuação
E01	13	Oftalmologia	Consultório Privado
E02	13	Cirurgia	Hospital Público e Privado
E03	14	Otorrinolaringologia	Consultório Privado
E04	22	Medicina do Trabalho	Hospital Público e Plano de Saúde
E05	18	Medicina da Família	Hospital e Universidade Públicos
E06*	30	Telemedicina	Iniciativa Pública e Privada
E07	9	Radiologia	Hospital Público e Plano de Saúde
E08	13	Oncologia	Hospital Público e Privado
E09	15	Psiquiatria	Hospital Público e Consultório Privado
E10**	19	Medicina Intensiva	Hospital Privado

\* Profissional de Tecnologia da Informação

\*\* Entrevista com problemas de audição, parte da entrevista foi transcrita e complementada com anotações de campo.

Fonte: Elaborado pelo autor

Nesta etapa também foi realizada, para explorar o tema, uma observação participante. A Observação Participante é um processo onde o observador mantém presença na situação social, com a finalidade da coleta de dados e apuração da investigação científica. O pesquisador mantém relação face a face e participa da vida dos seus observados (Minayo, 2012). Neste caso, a participação ocorreu em um hospital público brasileiro do interior do Rio Grande do Sul, no qual estava em andamento a contratação de um serviço de telemedicina para realização de laudos de tomografia a distância. No processo houve resistência do médico responsável técnico do Setor para a contratação. O pesquisador participou do processo de contratação da prestadora de telemedicina, bem como das negociações entre Direção e o médico. Sendo registrada uma participação ativa em uma reunião de aproximadamente 1 hora, entre este profissional médico, o advogado representante jurídico do hospital e a sua superintendência. A participação foi registrada por nota de campo/relatório, elaborado pelo pesquisador, relatando os pontos discutidos na ocasião.

**Etapa 3 – Coleta de documentos** - Na sequência, como forma de complementação, triangulação e confirmação dos dados das entrevistas, conforme preconizado pelo método do estudo de caso (Yin, 2013), realizou-se uma etapa de

coleta de documentos. Para isso, foram coletados dados na íntegra de cinco Audiências Públicas realizadas com o tema específico da telemedicina e de sua regulamentação. A Audiência Pública, em seu caráter legal, é observada à luz da Lei Nº 9.784/1999, em seus artigos 32, 34 e 35. Tal legislação confere à Audiência Pública um espaço de ampla discussão buscando os parâmetros mais adequados para as decisões da Administração Pública Federal, nos mais diversos âmbitos do seu processo administrativo. Na prática, as Audiências Públicas promovem discussões, principalmente sobre temas potencialmente polêmicos, abrindo espaço para ponderações e considerações de associações de classe, conselhos profissionais, cidadãos e organizações em geral. Nesse espaço, diversos tipos de pressões, coordenadas, ou não, podem ser observadas.

Em relação à telemedicina, os dados coletados das audiências proporcionaram o acesso a uma ampla gama de especialistas no assunto, além de organizações e classes interessadas tanto em uma regulamentação das teleconsultas quanto na manutenção da sua impossibilidade. Ou seja, estes dados complementam e ampliam os argumentos e as realidades verificadas durante as entrevistas com médicos. O Apêndice D mostra a sequência das falas de cada uma das audiências, as quais estão registradas em vídeo. Já a Tabela 1 resume os principais dados deste tipo de fonte documental utilizados nesta etapa da pesquisa.

Tabela 1 – Dados de Audiências Públicas (em vídeo)

<b>Descrição do vídeo</b>	<b>Data</b>	<b>Participantes</b>	<b>Duração</b>
Audiência Pública SC	07/05/2019	13	2 horas e 26 minutos
Audiência Pública SP	02/09/2019	16	4 horas e 40 minutos
Audiência Pública Câmara dos Deputados 1	05/11/2019	12	2 horas e 5 minutos
Audiência Pública Câmara dos Deputados 2	28/11/2019	7	2 horas e 15 minutos
Audiência Pública Senado Federal	04/12/2019	4	1 horas e 31 minutos
	Total	52	12 horas e 57 minutos

Fonte: Elaborado pelo autor

As audiências públicas também foram transcritas na íntegra, gerando 12 horas e 57 minutos de gravações e um total de 186 páginas, que serviram de insumos diretos para a análise dos dados.

Ainda, como fonte documental complementar, foram analisadas diversas reportagens, discussões, e vídeos de canais de youtube, que repercutiam os

debates acerca da regulamentação da telemedicina e das teleconsultas, mais especificamente. A Tabela 2 resume estes dados, que se encontram detalhados no Apêndice E. As reportagens de texto compreendem principalmente notas de posicionamento de associações médicas e reportagens dos principais meios de comunicação sobre os desdobramentos do tema, como, por exemplo, a nota oficial do conselho que informou a revogação da resolução 2.227/2018 que regulamentaria as teleconsultas.

Já em relação aos vídeos de matérias e reportagens, estes se concentram em programas de entrevistas, reportagens da grande mídia, e de canais de plataformas virtuais voltados para médicos. Nestes vídeos é possível perceber, por exemplo, relatos com observações dos comunicadores acerca do que acontece entre os profissionais da classe. Por fim, as legislações mencionadas são resoluções do CFM (Resolução 1.643/2002 e 2.227/2018-REVOGADA), a Portaria Nº 467 do Ministério da Saúde e leis (Lei nº 9.784/1999 e Lei nº 13.989/2020) que auxiliam no suporte da análise.

Tabela 2 – Documentos Secundários Complementares

Tipo	Quantidade
Reportagens/Notas/Comunicados - Texto	13
Reportagens/Programas - Vídeo	7
Leis/Resoluções/Portaria	5

Fonte: Elaborado pelo autor

Em síntese, levando em conta o conjunto dos entrevistados e participantes das audiências públicas, foram consideradas ao todo, as opiniões de 62 pessoas sobre o tema central (telemedicina/teleconsultas). Conforme mostra a Tabela 3, do total de participantes, a maior parte (81%) se caracteriza por ser composta de profissionais médicos. Além destes, profissionais de Tecnologia da Informação, da Administração e do Direito também foram considerados, sempre atentando para a sua visão a respeito do posicionamento dos médicos sobre o tema. A partir do total de tempo das falas de cada indivíduo, por sua formação, é possível observar que os médicos são ainda mais relevantes nas discussões públicas.

Tabela 3 – Detalhamento dos sujeitos de pesquisa

Formação	Participantes		Falas (minutos)	
	Quantidade	Percentual	Quantidade	Percentual

Administração	6	10%	67	6%
Médico	50	81%	945	83%
Tec. Informação	4	6%	101	9%
Direito	2	3%	20	2%
TOTAL	62	100%	1.133	100%

Fonte: Elaborado pelo autor

**Etapa 4 – Análise de dados** - Com todos os dados coletados transcritos e organizados em um banco de dados único, conforme indicado pelo método de estudo de caso (Yin, 2013), foi realizada uma pré-análise que consistiu em uma leitura inicial com elaborações de reflexões iniciais, que podem ser descritas como memórias (*memos*) (Saldaña, 2009). Nesta fase preliminar, realizou-se uma análise interpretativa (Langley & Abdallah, 2011), com o suporte do software NVivo 11, o qual foi utilizado para a criação desta base unificada e da posterior codificação, conforme mostra o Apêndice F.

Saldaña (2009) apresenta diferentes métodos de codificação e defende não existir qualquer método que seja indiscutivelmente correto para uma determinada pesquisa qualitativa. De forma geral, as pesquisas qualitativas devem buscar métodos que lhes proporcione a melhor transição entre a coleta dos dados e a extensiva análise dos dados. Além disso, o autor mostra que a codificação utilizada pode demandar um ou mais ciclos de codificação e, conforme estes ciclos, diferentes métodos de codificação podem ser utilizados, ou combinados, conforme mostra o Quadro 10.

Quadro 10 – Métodos de Codificação por Ciclos

Primeiro ciclo de codificação		
Método gramatical	Método elementar	Método afetivo
Codificação por atributo Codificação por magnitude Subcodificação Codificação simultânea	Codificação estrutural Codificação descritiva Codificação <i>in vivo</i> Codificação de processo Codificação inicial	Codificação de emoções Codificação de valores Codificação de versos Codificação de avaliação
Método literário e de linguagem	Método exploratório	Método procedimental
Codificação dramatúrgica Codificação de motivo Codificação de narrativa Codificação de diálogos	Codificação holística Codificação provisória Codificação de hipóteses	Codificação de protocolos Esboço de materiais culturais Codificação de domínios e taxionomias Codificação de causalidade
Ciclo de transição entre o primeiro e o segundo		
Codificação eclética		
Segundo ciclo de codificação		
Codificação de padrões Codificação focada Codificação axial Codificação teórica Codificação elaborativa Codificação longitudinal		

Fonte: (Saldaña, 2009)

Nesta tese optou-se, no primeiro ciclo de codificação, por uma Codificação Descritiva dos dados (Saldaña, 2009), seguindo o Método Elementar. De acordo com Saldaña (2009) a Codificação Descritiva é apropriada a diversos tipos de pesquisas qualitativas, principalmente para aquelas que contam com uma ampla variedade de formas de dados, como transcrições de entrevistas, notas, reportagens de jornais, vídeos, etc. Este método busca sumarizar os dados em tópicos, ou seja, não busca o conteúdo do excerto codificado de forma isolada, mas sim a identificação do tópico central que está sendo abordado (Saldaña, 2009).

Nesse sentido, os dados foram avaliados tanto de forma qualitativa, em relação ao seu sentido e a suas relações, quanto de forma quantitativa, em relação à sua frequência, pontuando sua maior ou menor presença no contexto pesquisado. A Codificação Descritiva considerou primeiramente as categorias (fatores de aceitação) identificadas a partir da revisão de literatura, descrita na 1ª etapa do trabalho. Assim, a análise dos dados foi realizada seguindo uma lógica dedutiva, pois foram consideradas categorias prévias que guiaram a análise. São elas: Infraestrutura Tecnológica; Características Organizacionais; Percepção de Valor;

Disponibilidade Financeira; Resistência a Mudança; Grau de Instrução e Preparo dos Usuários; Influência Social entre Profissionais Médicos; e Fatores Regulatórios.

Entretanto, também foram considerados fatores de aceitação não identificados na revisão de literatura, mas que emergiram dos dados (lógica indutiva), e foram também caracterizados. São eles: Corporativismo; Possibilidades por Especialidades; Exame Físico Presencial; Mercantilização da Medicina; e Relação Médico-Paciente Progressiva. Finalizado o primeiro ciclo de codificação, todos os códigos foram revisados e eventualmente alterados, checando e conferindo os conteúdos nas categorias, ajustando e organizando, para maior clareza. Essa revisão é importante, pois eventuais codificações puderam ser melhor alocadas, descodificadas ou recodificadas, se considerando todo o universo de fatores identificados (Saldaña, 2009).

Esta tese contou ainda com um segundo ciclo de codificação onde os fatores foram analisados em suas relações, similaridades e diferenças, por meio de uma Codificação de Padrões. Saldaña (2009, p.154) ressalta que este método de Codificação de Padrões “utiliza os Códigos Característicos como um estímulo para o desenvolvimento de um termo que descreva um tema maior, uma característica de ação, uma rede de inter-relações, ou um construto teórico a partir dos dados”. Este ciclo embasou a relação apresentada entre os fatores de aceitação de telemedicina inicialmente identificados e os conceitos centrais da Teoria. Assim, pelo Método da Codificação de Padrões, os fatores de aceitação foram agrupados a partir dos construtos dos Pilares Institucionais (Scott, 2014). Estas similaridades localizadas podem ser compreendidas como Códigos Característicos dos padrões encontrados.

A lente da Teoria Institucional ressaltou no trabalho, além dos pilares institucionais, a importância e a ampla influência do Trabalho Institucional, como outra forma de influência, inicialmente não verificada na literatura prévia. Assim, o Trabalho Institucional foi identificado por meio de suas práticas seguindo os mesmos métodos utilizados na codificação inicialmente realizada na identificação dos fatores, ou seja, com a utilização de codificação por métodos mistos e revisão (Saldaña, 2009).

Assim, os dados foram codificados tanto considerando categorias teóricas, as quais foram formadas pelos conceitos centrais, conforme síntese apresentada no Quadro 8, quanto outras categorias que emergiram dos dados (por codificação aberta), mesmo que não correspondessem a nenhuma das categorias teóricas.

**Etapa 5 – Conclusões e Defesa da Tese** – Esta etapa se concentrou na organização dos resultados e na produção desta Tese. Neste período final, foram elaboradas as figuras, quadros e tabelas que buscam dar maior clareza para o leitor em relação aos resultados obtidos, discussões e implicações acadêmicas e gerenciais.

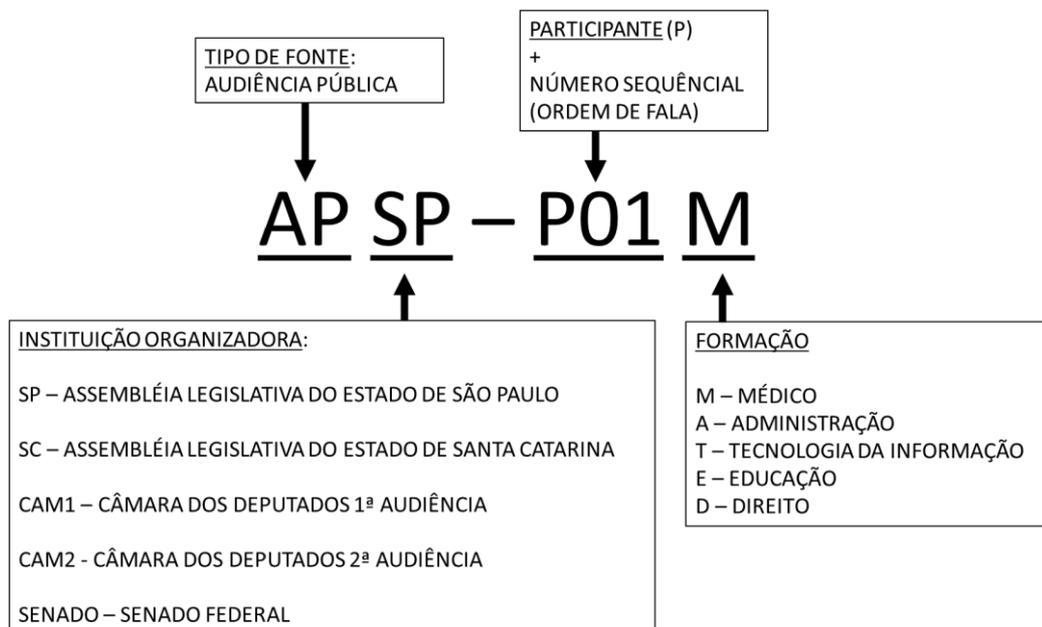
O próximo capítulo apresenta os resultados da pesquisa, conforme as etapas detalhadas neste capítulo de metodologia, discutindo os achados em relação às referências da literatura.

## 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos dados se divide em quatro partes relacionadas entre elas. A primeira aborda o momento da telemedicina no Brasil, com sua evolução histórica e com o detalhamento de suas regulamentações. A segunda parte mostra os fatores de influência para aceitação das teleconsultas por médicos, identificados no contexto brasileiro. Já na terceira parte os pilares institucionais são analisados, de acordo com os fundamentos da Teoria Institucional. Por fim, este capítulo analisa o Trabalho Institucional de atores, no sentido da manutenção da instituição vigente.

Esta pesquisa se utilizou de diferentes fontes para análise dos seus resultados. Além dos dados referentes aos entrevistados, que são identificados pela letra “E”, seguido do número usado para manter seu anonimato, conforme o Quadro 9, apresentado no capítulo de método, foram utilizados excertos de uma série de participantes de cinco diferentes Audiências Públicas. Dessa forma, a Figura abaixo apresenta a forma de identificação destes participantes, incluindo a informação sobre sua formação nesta codificação.

Figura 8 – Identificação dos Participantes das Audiências Públicas



Fonte: Elaborado pelo autor

#### 4.1 Telemedicina no Brasil

Os primórdios da telemedicina no Brasil podem variar conforme os parâmetros da consulta realizada. Isso porque a mera troca de cartas entre médicos e pacientes ocorridas desde o século XVIII podem ser consideradas como um dos primórdios da telemedicina. Fato é que, no Brasil, a telemedicina começou a ter evidência no final da década de 1990, via de regra através de trabalhos realizados por universidades e por projetos autônomos e independentes (Viana, 2015).

Com o advento dos telelaudos, principalmente dos exames cardiológicos, a telemedicina começou a se tornar uma realidade, até então não prevista em nenhum tipo de regulamentação (Viana, 2015). Assim, em 07 de agosto de 2002, o CFM publicou a Resolução 1.643/2002 que formalmente introduziu a telemedicina no âmbito brasileiro. Esta resolução tem teor bastante simplificado contando com apenas sete artigos. Sendo os três primeiros os mais significativos para os temas aqui abordados. O primeiro artigo traz a definição de telemedicina como “o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde”. Ou seja, admitindo a assistência por meio de TIC.

Já o segundo artigo da resolução apresenta as condições necessárias para realização dos atendimentos, porém não sendo muito específico em relação a esta condição. Ou seja, o artigo basicamente reafirma as normas técnicas do conselho, mencionando que os atendimentos em telemedicina “deverão ter a infraestrutura tecnológica apropriada” para que seja possível se manter as exigências já existentes para os atendimentos presenciais. O terceiro artigo, permite a emissão de laudo a distância em situações de emergência, ou quando solicitado pelo médico responsável. Os demais artigos versam sobre a responsabilidade dos atendimentos, o registro dos profissionais no conselho, e a vigilância da entidade.

Pela redação da resolução, é possível a interpretação de que, na realidade, não existe um claro impedimento a realização das teleconsultas. Mesmo que de forma tímida, foi possível observar em conversas com representantes de empresas que já ofereciam o serviço de teleconsultas que estes utilizam essa possível interpretação como eventual legitimação da sua conduta. Entretanto, no sentido oposto, o que se observa é um amplo consenso entre os profissionais do setor de

que as teleconsultas não são permitidas, necessitando de uma regulação específica por parte do CFM.

Em 19 de janeiro de 2009 e em 17 de dezembro de 2014 o CFM publicou resoluções adicionais voltadas para a teleradiologia. Já em 13 de dezembro de 2018, com o objetivo de adequar a legislação as novas tecnologias, o conselho publicou a Resolução 2.227/2018. Nesta, estavam contidas, entre outras coisas, a regulamentação que permitia as teleconsultas. Ou seja, médico em uma ponta da linha de comunicação e o paciente na outra. Além disso, esta resolução conceituava diversos tipos de teleatendimentos conforme mostra o Quadro 11. De forma geral, a resolução colocava o Brasil em posição similar a diversos países do mundo como Inglaterra, Canadá, Austrália, Portugal, etc. Setenta e um dias após a sua publicação o conselho, pressionado, emitiu Informe Oficial por meio do seu site, mencionando que em atenção as, até então, 1.444 contribuições e sugestões de alteração, revogara a Resolução antes mesmo dela entrar em vigor. Nesse caso, mantendo válida a Resolução 1.643/2002 que seria substituída por esta mais recente.

Quadro 11 – Tipos de Teleatendimentos conforme a Resolução 2.227/2018

<b>Procedimento</b>	<b>Definição</b>
Teleconsulta	Consulta médica remota, mediada por tecnologias, com médico e paciente localizados em diferentes espaços geográficos.
Teleinterconsulta	Troca de informações e opiniões entre médicos, com ou sem a presença do paciente, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, clínico ou cirúrgico.
Telediagnóstico	Ato médico a distância, geográfica e/ou temporal, com a transmissão de gráficos, imagens e dados para emissão de laudo ou parecer por médico com Registro de Qualificação de Especialista (RQE) na área relacionada ao procedimento.
Telecirurgia	Realização de procedimento cirúrgico remoto, mediado por tecnologias interativas seguras, com médico executor e equipamento robótico em espaços físicos distintos.
Teleconferência	Ato cirúrgico, por videotransmissão síncrona, pode ser feita para fins de ensino ou treinamento, desde que o grupo de recepção de imagens, dados e áudios seja composto por médicos.
Teletriagem Médica	Ato realizado por um médico com avaliação dos sintomas, a distância, para definição e direcionamento do paciente ao tipo adequado de assistência que necessita ou a um especialista.
Telemonitoramento	Ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigilância a distância de parâmetros de saúde e/ou doença, por meio de aquisição direta de imagens, sinais e dados de equipamentos e/ou dispositivos agregados ou implantáveis nos pacientes
Teleorientação	Ato médico realizado para preenchimento a distância de declaração de saúde e para contratação ou adesão a plano privado de assistência à saúde.

Teleconsultoria	Ato de consultoria mediada por tecnologias entre médicos e gestores, profissionais e trabalhadores da área da saúde.
-----------------	--

Fonte: (RESOLUÇÃO CFM nº 2.227/2018 - REVOGADA, 2018)

A revogação da resolução jogou luz à discussão das teleconsultas, evidenciando para muitas pessoas os possíveis benefícios de sua utilização. A partir daí as principais casas legislativas do país realizaram audiências públicas com especialistas da área, buscando compreender a situação, e viabilizar um consenso que permitisse soluções de melhoria a assistência da população. As principais audiências foram realizadas nas Assembleias Legislativas dos estados de Santa Catarina, em 07 de maio de 2019, e São Paulo, em 02 de setembro de 2019, bem como duas audiências na Câmara de Deputados e uma no Senado Federal, nos dias 05 e 28 de novembro e 04 de dezembro de 2019, respectivamente.

Já em 2020, em meio à essas discussões, pressionado pelo advento da pandemia do COVID-19, o CFM se viu obrigado a responder sobre as inúmeras solicitações de liberação dos atendimentos. As teleconsultas em uma situação de pandemia, se mostram especialmente úteis pois prescindem do contato físico entre médico e paciente. Além de diminuir a própria circulação de pessoas, as teleconsultas possibilitam o aumento da cobertura dos atendimentos, diminuindo risco de contágio. Assim, em 19 de março de 2020, pela extrema necessidade, o CFM emitiu ofício ao Ministério da Saúde liberando, exclusivamente durante a pandemia, o uso da telemedicina na forma de teleorientação, telemonitoramento e teleinterconsulta. Ou seja, não liberando, mesmo sob situação de emergência, o atendimento por teleconsultas.

Não satisfeito com o ofício recebido, o Ministério da Saúde resolveu interferir na situação. Um dia depois do ofício do CFM, em 20 de março de 2020, o ministério emitiu a Portaria 467, na qual liberava o atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, de consulta, monitoramento e diagnóstico, por meio de TIC, permitindo, inclusive, a emissão de receitas digitalizadas. Ou seja, em uma clara resposta o ente público liberou a realização de teleconsultas, ou seja, atendimento com médico em uma ponta e paciente na outra.

No mesmo sentido, o legislativo nacional, de forma célere, em 15 de abril de 2020 aprovou Projeto de Lei que absorvia a portaria do ministério na Lei 13.989/2020 dando ainda maior peso à liberação da prática das teleconsultas. Nesse caso, de forma ainda mais simples, a lei equipara os atendimentos

presenciais com aqueles realizados por meio de TIC. Ou seja, a legislação menciona em seu artigo quinto que “A prestação de serviço de telemedicina seguirá os padrões normativos e éticos usuais do atendimento presencial”.

Dessa forma, as teleconsultas foram permitidas de maneira provisória, como versa o seu artigo 2º, a referida Lei “autoriza o uso da telemedicina enquanto durar a crise ocasionada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2)”. Entretanto, resta um ponto de indefinição em relação à continuidade desta permissão. Isso porque a Lei aprovada pelo Congresso Federal prevê em seu artigo 6º que “Competirá ao Conselho Federal de Medicina a regulamentação da telemedicina após o período consignado no art 2º desta lei”.

Tendo em vista que a liberação das teleconsultas é provisória no país, nesta tese tratamos, de forma geral, as teleconsultas como um tipo de atendimento ainda não regulamentado, apesar de provisoriamente permitido. No mesmo sentido, toda a coleta de dados foi realizada em período de discussões acerca do tema. Ademais, tanto no congresso quanto no CFM este tema ainda se mantém como objeto de discussão, ou seja, de definição. Assim, os avanços empíricos e teóricos aqui logrados, não se perdem por estas mudanças de cenário. Além disso, o fato de que as teleconsultas estão provisoriamente permitidas, não altera a validade nem o peso do tema.

#### **4.2 Fatores de Influência para Aceitação de Teleconsultas por Médicos**

Conforme já foi argumentado na justificativa da tese (Introdução), este trabalho busca preencher uma carência de consolidação teórica em relação a fatores de aceitação da telemedicina (Greenhalgh et al., 2017) junto a profissionais médicos, que são atores chaves no processo de implementação de tecnologias na área da saúde (Schreiweis et al., 2019). A partir da revisão da literatura, detalhada no Apêndice A, foram identificados oito fatores principais, apontados de forma consistente na literatura. Os dados da pesquisa, após analisados, confirmaram sete desses oito fatores, e permitiram identificar cinco novos fatores. A Tabela 4 mostra na sua primeira coluna, em ordem decrescente, a quantidade de entrevistados, e/ou participantes das audiências públicas, que mencionou cada fator. Ou seja, mostra o número de fontes que mencionou cada fator, independentemente da quantidade de vezes em que o citou. Já a segunda coluna mostra a quantidade de referências

identificadas, ou seja, a quantidade de trechos codificados com cada fator sem considerar eventuais repetições da mesma fonte.

Tabela 4 – Fatores de aceitação da telemedicina Identificados

Nome	Número de fontes codificadas	Número de referências de codificação
Fatores Regulatórios	34	46
Grau de Instrução e Preparo dos Usuários	24	41
Resistência à Mudança	23	41
Infraestrutura Tecnológica	21	29
Percepção de Valor	18	41
Corporativismo*	18	27
Possibilidades por Especialidades *	18	25
Exame Físico Presencial *	17	28
Mercantilização da Medicina*	15	21
Características Organizacionais	7	8
Disponibilidade Financeira	7	7
Relação Médico-Paciente Progressa*	7	10

\* Fatores que emergiram dos dados. Não identificados na literatura.

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme mostra a Tabela 4, a maioria dos fatores identificados neste trabalho representaram uma confirmação daquilo que havia se verificado na literatura. Este é o caso da Infraestrutura Tecnológica, Características Organizacionais, Percepção de Valor, Disponibilidade Financeira, Fatores Regulatórios, Grau de Instrução e Preparo dos Usuários, e Resistência à Mudança.

O único fator apresentado pela literatura, mas não identificado nos dados da pesquisa, é o de *Influência Social entre Profissionais Médicos*, o que pode ser resultado da dificuldade de identificação deste fator a partir de relatos dos próprios médicos. Ou seja, no caso destes profissionais sofrerem efetivamente influência social, entende-se que isso ocorre de forma inconsciente ou não declarada. Assim, é possível que a análise de narrativas diretas destes profissionais não vá mostrar este fator de forma evidente. Uma possibilidade é que para este tipo de pesquisa seja mais adequado, e possivelmente mais produtivo, a utilização de avaliações que mensurem, por exemplo, médicos que adquirem equipamentos em relação aos seus pares de maior influência (Borracci & Giorgi, 2018).

Contudo, a maior contribuição da pesquisa com relação ao entendimento dos fatores que influenciam a aceitação da telemedicina (mais especificamente, a

teleconsultas) por parte dos médicos reside em apontar novos fatores que emergiram dos dados, cinco ao total: *Corporativismo; Possibilidades por Especialidades; Exame Físico Presencial; Mercantilização da Medicina; e Relação Médico-Paciente Progressiva*. A seguir, todos os fatores identificados são analisados separadamente.

#### 4.2.1 Fatores Regulatórios

Menções aos fatores regulatórios foram as mais observadas nos dados da pesquisa. Cabe ressaltar que, a maior parte dos dados provém de Audiências Públicas que objetivam, justamente, um aprofundamento de discussões sobre o tema, visando uma possível e futura regulamentação. Apesar desta ser uma possível explicação para o resultado, este é efetivamente um ponto central no contexto brasileiro. Ao mesmo tempo que as teleconsultas parecem ser um assunto exclusivo do CFM e de suas câmaras técnicas, este também provoca o poder público, pois pode representar um significativo avanço na prestação de serviços de saúde para a população. Assim, muitos dos relatos, ao defenderem uma regulamentação breve e definitiva sobre o tema, se preocupam em mostrar a importância e os potenciais benefícios desse procedimento.

Apesar das legislações provisórias da pandemia, a resolução do CFM, ainda vigente que trata de alguma forma sobre telemedicina é a Resolução 1.643/2002, que dispõe principalmente sobre telediagnósticos. Esta resolução foi constantemente mencionada como inadequada e, de certa forma, como um retrato da falta de trabalho da própria classe médica no âmbito de absorver a realidade de novas tecnologias que se disseminaram nos últimos anos. Ou seja, a regulamentação não se modernizou, não acompanhou a evolução das TIC, que se disseminaram amplamente na sociedade e, em muito, na própria medicina.

*Nós temos o regulamento. O regulamento 1.634, embora antigo, ou seja, de 2002, mas existe. Isso significa uma coisa importante, a urgência de modernizar essa resolução, porque em 2002 não existia nem Facebook, nem WhatsApp, nem Iphone, a caracterização da realidade digital é completamente diferente do atual. (APCAM2 – P02 M).*

*Primeiro ponto é que a telemedicina não foi por causa das operadoras não, é porque a universidade e as associações não fizeram o seu papel nos 10 anos anteriores. Eu vivi essa história. (APSP – P05 M).*

Em relação às discussões sobre a matéria da regulação, alguns pontos específicos podem ser observados. O primeiro deles se refere à confirmação de que a regulamentação das teleconsultas é o item central nos entraves da regulamentação da telemedicina no seu âmbito geral. Ou seja, outras formas de telemedicina existentes não parecem produzir posições antagônicas. Ao mesmo tempo, as teleconsultas parecem ser a chave para a potencialização dos principais benefícios da telemedicina.

*Até pra gente ser mais produtivo na nossa discussão, o que tá pegando hoje na verdade é teleconsulta, porque todas as outras, telemedicina, teletriagem, teleorientação, telediagnóstico, telerradiologia, telemonitoramento, teleinterconsulta... Tudo isso já foi visto que é amplamente utilizado hoje, é praticado, algumas delas existem resoluções específicas e aonde criou uma grande polêmica é na teleconsulta. Teleconsulta é o médico numa ponta e o paciente sozinho na outra ponta... E dentro dessa questão nós temos o setor público, como foi claro que a necessidade e a importância, como a própria [FULANA] mencionou, de quantos benefícios poderia trazer em alguns casos específicos, o médico poder atender um paciente e dar orientação. (APSP – P04 M).*

Além disso, se observou que existem consideráveis preocupações ligadas à possíveis demandas judiciais oriundas destes atendimentos. Os profissionais médicos, pela natureza do seu ofício, lidam frequentemente com situações em que eventuais equívocos podem causar danos irreparáveis. Não obstante, é possível notar preocupação destes profissionais com uma crescente judicialização da medicina. Nesse sentido, a gravação de consultas e procedimentos pode ser vista como uma produção de provas em eventuais processos. Se por um lado torna a condução do médico mais transparente, por outro, essa realidade poderia tornar o seu trabalho ainda mais sensível e sujeito a cobranças posteriores. De forma geral, os relatos mencionam possíveis efeitos colaterais de tratamentos orientados sem uma avaliação presencial, e suas eventuais responsabilizações.

*[...] eu faço uma prescrição por uma teleconsulta e o paciente apresenta alguma intercorrência em função daquela medicação, daquele tratamento ali.. E como é que vou me responsabilizar se eu sequer vi o paciente? (E04).*

*[...] e se a pessoa for... processada por algum revés de um procedimento? (E09).*

Nesse sentido, estes resultados complementam abordagens como Schwamm et al. (2017) que se refere estritamente as legislações de estados norte-americanos como barreira para difusão ampla da telemedicina. Isso porque a preocupação dos médicos, no contexto brasileiro, está também em relação a possíveis demandas judiciais frente a prescrição de uma conduta sem o contato presencial. Mais especificamente, a condutas que provoquem efeitos colaterais ou pioras de pacientes por erro de avaliação por parte destes profissionais. Por fim, as menções aos fatores regulatórios apontam ainda para a necessidade urgente de uma regulação, principalmente para evitar que as teleconsultas sejam realizadas sem a definição dos parâmetros éticos e técnicos mais corretos.

*Então a teleconsulta ela precisa ser regulamentada de forma a permitir com que isso possa, dentro de limites legais e éticos, ser uma possibilidade para nossos pacientes. (APSP – P01 M).*

*Mas nós temos que regulamentar. É, aonde não há regra, é... começa a existir distorções. (APCAM2 – P07 M).*

Neste ponto, os dados analisados se apresentam de forma bastante similar à Furusa & Coleman (2018) nos seus achados sobre como a ausência ou a inadequação de legislação, políticas, ou questões de responsabilidade influem de forma a barrar as iniciativas de telemedicina. No mesmo sentido, não se encontrou no contexto pesquisado um sistema em que os principais beneficiados, que são os usuários de serviços de saúde, participem das decisões e das discussões em relação à legislação de telemedicina. Assim, estes resultados também corroboram com a literatura pois, em ambos os casos, os fatores regulatórios não oferecem um direcionamento que tenha a função, por exemplo, de consolidar a troca de informações sobre esse tipo de atendimento com a população de forma geral.

#### *4.2.2 Grau de Instrução e Preparo dos Usuários*

O Grau de Instrução dos Usuários diz respeito aos conhecimentos destes tanto em relação ao que são a telemedicina e a teleconsulta quanto a técnicas e conhecimentos necessários para sua realização de forma adequada, incluindo conhecimentos sobre o uso de tecnologia. Em relação aos primeiros, ainda parece existir um significativo desconhecimento, mesmo entre os médicos, sobre os

diferentes tipos de telemedicina e as particularidades das teleconsultas. Entre os entrevistados, pode-se notar que apenas aqueles que já tinham prévio contato com o tema sabiam de forma clara e correta, por exemplo, a diferença entre teleconsulta e teleconsultoria. A falta de conhecimentos desta natureza foi corroborada pelos relatos das audiências públicas.

*Muito do conflito com a questão relacionada à telemedicina vem do desconhecimento, vem de você não entender e não praticar isso. (APCAM1 – P03 M).*

*Talvez o fator mais importante que eu possa ressaltar é a questão do desconhecimento tá. Desconhecimento dos benefícios e de como usar, de como se aplicar na prática médica a telemedicina. (APCAM2 – P03 M).*

Já o grau de conhecimento de técnicas, tecnologias e procedimentos por parte dos usuários pode ser observado por dois ângulos distintos, ou seja, o do médico e o do paciente. Nesse sentido, ambos devem ter condições para a realização de uma teleconsulta. Em relação aos primeiros, as teleconsultas parecem trazer todo um arcabouço novo de técnicas e interações, inicialmente não ensinadas para os médicos em sua graduação.

*Mais do que isso, protocolos especialmente desenvolvidos para a telemedicina. Você não atende, você não faz um acompanhamento de um paciente à distância exatamente da mesma forma como faz presencialmente. Então existe essa necessidade de uma adaptação e por isso é necessária uma educação continuada e o controle da qualidade dessas informações, otimizando não só experiência do usuário, mas desenvolvendo novas soluções dia a dia utilizando a tecnologia disponível. (APCAM1 – P03 M).*

*Na verdade o grande problema e essa grande discussão que foi criada em torno dessa resolução, foi porque os médicos não estão preparados, os médicos, as sociedades... Na verdade a população médica em geral não tá preparada. (APSC – P03 M).*

*Hoje eu acho que o que nos falta é difundir formação em telemedicina, nós temos 336 escolas médicas e eu só conheço 6 escolas que tem matéria obrigatória de telemedicina. (APSP – P05 M).*

Já a falta de preparo de pacientes compreende a capacidade destes em externar suas condições e sintomas, bem como em operar os dispositivos tecnológicos necessários para teleconsultas, como celulares e computadores. Nesse

sentido, a falta de instrução e capacidade de expressão dos pacientes foi considerada como fator provavelmente prejudicial ao bom andamento dos atendimentos. Assim, as menções abordaram possíveis problemas de entendimento, ou mesmo de capacidade em se relatar corretamente seus sintomas ou queixas.

*[...] as vezes a condição do paciente, até a capacidade de entendimento, pra uma coisa virtual, acho que tu perde muito. (E09).*

Assim, o grau de instrução dos usuários foi observado com frequência nos resultados desta pesquisa. Trata-se de um fator que se aplica tanto aos usuários profissionais, no caso das teleconsultas os médicos, quanto para os pacientes, sejam eles idosos, jovens ou de outras faixas etárias. No entanto, não foram observadas menções diretas nem ao conceito de “*ehealth literacy*” nem ao de instrução de pacientes, na forma abrangente da capacidade destes usuários em operacionalizar a telemedicina e, inclusive, de superar eventuais obstáculos que surjam com os equipamentos, como evidenciado pelas referências (Lin & Bautista, 2017).

Contudo, as menções observadas corroboraram a literatura na medida em que, via de regra, foram primordialmente direcionadas à necessária capacitação do médicos (Abejirinde et al., 2018; Furusa & Coleman, 2018). Nesse sentido, os sujeitos da pesquisa pareceram unânimes sobre a necessidade de inserção de tópicos ligados à telemedicina e mesmo às teleconsultas já como disciplinas obrigatórias inseridas no curso de graduação do profissional médico. Da mesma forma, foram cobrados por parte desses profissionais cursos de especialização e habilitação como pré-requisitos para eventual liberação de médicos para realização das teleconsultas.

#### *4.2.3 Resistência à Mudança*

A resistência à mudança por parte dos médicos apresentou alta prevalência nos dados. Os principais motivos identificados estão relacionados com a possível mudança da própria atividade profissional destes profissionais, o que é comum em cenários de mudanças. Nos dados da pesquisa, este fator esteve normalmente vinculado ao medo, ou receio, do desconhecido.

*E a minha pergunta é, na opinião dos senhores, essa resistência por parte dos médicos se deve a que né? (APCAM2 – P01 A).*

*[...] Acredito que em determinadas áreas tenha resistência por parte dos médicos. (E08).*

*Então aquele primeiro momento em janeiro desse ano que eu disse "não". "Não" por ignorância. (APSP – P06 M).*

*Acho que é ignorância e medo, acho que é isso que... e o médico é o grande empecilho por enquanto. (E01).*

*E pra mim, um fator de restrição né, quer saber também quais são as barreiras né? pra mim o maior fator de restrição hoje é o medo da classe médica. Muitos colegas, grande parte deles dos que são contrários desconhece como se dá a telemedicina e as teleconsultas nos outros países. (E05).*

Uma característica específica mencionada como possível motivador dessa resistência é a idade dos profissionais. Ou seja, a partir dos dados pode-se observar por alguns indivíduos a crença de que a diferença entre gerações e a relação menos estreita com as TIC pode motivar a rejeição a esta nova forma de atendimento. Entretanto, essa observação não foi unânime, havendo relatos de que, apesar deste ser um pensamento instintivo, não se observa na realidade.

*[...] uma impressão de que [novas gerações] por serem mais afeitos né, por terem nascido já na era da internet, acho que talvez tenham menos resistência e menos receio, vamos dizer assim. (E10).*

*[...] porque tem uma grande diferença no pensamento dos médicos um pouco mais antigos e dos médicos um pouco mais jovens, então em teoria a gente acharia assim 'ah os médicos mais antigos são contra, os médicos mais jovens são a favor', mas não foi isso o que aconteceu. No próprio CRM [Conselho Regional de Medicina] aqui. (APSC – P03 M).*

A resistência a mudança na literatura pode ser observada tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais da saúde (Taylor et al., 2015). Entretanto, de forma mais acentuada nesta pesquisa se observou a resistência específica de profissionais médicos. Esta resistência pode ser identificada mesmo em pesquisas que não são realizadas exclusivamente com estes profissionais (Wade et al., 2016). Ou seja, a resistência dos médicos a mudanças pode ser apontada por diversos profissionais que atuam, em conjunto com o médico, na área da saúde. Neste

trabalho a resistência a mudança por parte dos médicos foi evidenciada de forma bastante clara. Uma série de motivos podem ocasionar esta resistência, em especial o medo, ou o receio, da perda de poder, das alterações de rotina, e principalmente a falta de certeza sobre o resultado exato das mudanças.

Entre outras coisas, esta pesquisa corrobora Adenuga et al. (2017) pois mostra que os médicos são preponderantes no envolvimento das iniciativas exitosas na área da saúde. Esta relação pode ser observada com a falta de poder de outras classes, ou até do poder público, na função de pressionar para uma regulamentação das teleconsultas que permitisse a utilização e o aproveitamento de uma série de benefícios possíveis.

#### *4.2.4 Infraestrutura Tecnológica*

As referências à infraestrutura tecnológica podem ser observadas com focos diferentes. Primeiramente parecem existir dúvidas sobre a real possibilidade e eficácia de manutenção do sigilo em relação aos dados dos pacientes. Nesse sentido, as referências observadas têm caráter mais genérico. Ou seja, mesmo que as situações e fragilidades existam, estas não são tecnicamente especificadas, de forma que seja possível detalhar de mais profundamente os problemas e, inclusive, as possíveis soluções.

*[...] primeiro tem algumas questões tipo confidencialidade, que a gente não tem como garantir. (E07).*

*Vou colocar como um intermediário né, porque tem um sistema inteiro montado por trás com um cara que controla o servidor, a coisa de sigilo se perde. (E08).*

*[...] todos os textos que eu leio sobre telemedicina, remetem que a maior preocupação dos profissionais da área de saúde, é essa situação do sigilo, do prontuário, o exame. (APSP – P07 D).*

*Se o Direito à Informação vai flexibilizar muita coisa, em medicina não vejo como flexibilizar o sigilo médico. (APSP – P12 M).*

Em contraponto, é possível observar que alguns dos participantes das audiências públicas acabam minimizando este fator, o que ocorre principalmente com aqueles que aparentam maiores graus de conhecimento em TIC.

*Agora, eu acho que o marco civil da internet, a Lei Geral de Proteção de Dados, elas são suficientes pra aquilo que a gente necessita pra montar o serviço, que é isso o que eu preciso. (APSEN – P01 T).*

*Hoje nós temos tecnologias que garantem a parte ética, tanto do dado como da ação, seja totalmente invisível e garantida dentro de um contexto digital. (APSP – P03 A).*

Outras preocupações com a infraestrutura tecnológica envolvem a disponibilidade de dispositivos que permitam a efetivação dos atendimentos. Nesse sentido, se inserem, por exemplo, preocupações com a existência de equipamentos suficiente no sistema público de saúde, e até mesmo em relação aos pacientes. Em relação aos últimos, se observa o sentido de que os possíveis benefícios não seriam levados à população em razão desta falta de infraestrutura tecnológica.

*[...] acho que deve ter alguma coisa de limitação técnica, de equipamento mesmo, se pegar nosso ambulatório [hospital público], lá a gente não tem computador nas salas, então é impossível que tu queiras implementar teleconsulta dentro do nosso ambulatório. (E08).*

*Ainda na infraestrutura, em casa a gente paga uma internet... Oferecem uma internet banda larga pra gente e quando a gente vai ver às vezes não tá aquilo que a gente pagou, isso em casa que é pago, imaginem um país desse tamanho. (APCAM1 – P02 M).*

Trabalhos anteriores como Haluza & Jungwirth (2015) identificaram a preocupação dos envolvidos com a segurança dos dados em sistemas de telemedicina como um dos fatores de impedimento para a sua aceitação. Nesse caso, especialistas austríacos concluíram que os aspectos tecnológicos, possivelmente, limitariam o uso das tecnologias de saúde, como na telemedicina. Ou seja, a literatura mostra a preocupação dos usuários com a segurança da informação, sendo este um fator de influência na aceitação das teleconsultas. No contexto brasileiro, este é um dos fatores, que em conjunto com outros, parece justificar a proibição das teleconsultas. Assim, os resultados, de alguma forma, confirmam Livet & Fixsen (2019). Entretanto, estas observações não foram uníssonas. Pode-se observar também relatos da Lei Geral de Proteção de Dados, por exemplo, como um diferencial e uma segurança. Nesse contexto, entre os médicos conhecedores e os profissionais especialistas da área de TIC, não pareceu

haver preocupação com o tema da segurança dos dados, mas sim uma tentativa de desmistificação do receio observado por outros indivíduos.

A Infraestrutura Tecnológica também diz respeito ao suporte adequado para o uso da tecnologia que possibilita a telemedicina, como mencionado por Livet & Fixsen (2019) ao descrever e avaliar a implantação de um sistema de auxílio a médicos e psicólogos. No entanto, nos dados coletados, não foram observadas menções ou preocupações nesse sentido.

#### 4.2.5 Percepção de Valor

Os dados mostraram um significativo pessimismo dos médicos, em geral, sobre o impacto de uma eventual regulamentação das teleconsultas no Brasil. Este sentimento, se reflete principalmente em um grande receio com relação à alteração da sua remuneração a partir da eventual difusão das teleconsultas.

*[...] desvantagem está na parte econômica do médico, que o médico tende a ganhar menos, a ter o seu trabalho menos valorizado. [...] eu acho que a grande barreira, a grande limitação é o medo do médico, de ter o seu honorário médico desvalorizado. (E01).*

*Então a telemedicina vai ser excelente: para as grandes empresas que vão implantando. Vão ganhar muito dinheiro, como os planos de saúde. Escravizam os médicos, pagando uma ninharia de 80, 100, 110 reais uma consulta e os grandes diretores de planos de saúde são milionários. (APCAM1 – P10 M).*

Ainda neste tópico, o desconhecimento de eventuais comprovações de resultados positivos na assistência a população também é entendido como fator que pode influenciar a aceitação das teleconsultas. Até pela falta de regulamentação no âmbito brasileiro, entre os médicos, poucos são aqueles que parecem ter conhecimento mais aprofundado sobre este tipo de atendimento. Assim, principalmente nas ponderações destes, foi possível notar ausência de consciência sobre os possíveis benefícios, financeiros ou de outras naturezas, ou ainda sobre o funcionamento destes atendimentos em outros países.

*Eu acho que muita coisa é mostrar resultado claro, pra ter resultado tu tem que implementar, acho que tem que ter evidência que isso funcione mesmo né. (E07).*

*Mas quem eu acho que incentiva isso, da onde vem a motivação pra que isso aconteça, acho que vem, por exemplo, de estudos que mostram isso da parte acadêmica. (E01).*

*E o que eu te diria é que hoje as pessoas que são contrárias, são pessoas que não são ligadas a essa área e nunca se preocuparam, por exemplo, procurar na literatura internacional o que tem se escrito a respeito. (E06).*

Apesar do contexto confirmar a literatura neste fator, não foram observadas menções diretas e exclusivas sobre, por exemplo, uma relação positiva de custo benefício apontada por referências anteriores (Alaboudi et al., 2016; Taylor et al., 2015). Ou ainda sobre a potencial diminuição de erros no cuidado de pacientes idosos e facilidade de contato entre médicos e cuidadores (Safi et al., 2018), a melhoria no padrão de vida do paciente (Haluzá & Jungwirth, 2015), ou sobre o aumento de qualidade na prestação de teleconsultas em tratamentos de saúde mental (Feijt et al., 2018). De outra forma, pode-se perceber que os dados confirmam diretamente a ideia de que a maior disposição dos médicos para adoção pode ser incrementada com a clara demonstração de melhorias clínicas e de prestação da assistência (Wade et al., 2016),

No mesmo sentido, foi apontado pelos defensores da regulamentação, de forma bastante significativa, o possível aumento do acesso dos pacientes aos serviços de saúde a partir da regulamentação das teleconsultas. Além disso, foram observadas menções sobre o caráter complementar das teleconsultas gerando maior dinamicidade para os médicos e para os pacientes e a economia de pacientes e prefeituras com locomoções para consultas evitáveis, entre outras. Ficou bastante claro o potente arsenal de vantagens e até de evidenciação científica destes benefícios por parte daqueles que defendiam uma regulamentação rápida das teleconsultas.

*Então esse é um dado interessante que indica que muito do conflito com a questão relacionada à telemedicina vem do desconhecimento, vem de você não entender e não praticar isso. E a gente tá dando esse subsídio científico pra provar que muitas vezes é uma questão mais de você entender como tá sendo feito e como você tá beneficiando as pessoas. (APCAM1 – P03 M).*

Em outro sentido, foi possível notar o receio dos médicos quanto a uma eventual perda de espaço no mercado com a regulamentação da telemedicina.

Porém, diferente de Wade et al. (2016), onde o receio foi específico de médicos generalistas, no caso desta tese o pessimismo pode ser observado de forma geral entre aqueles que justamente não tinham clareza sobre as mudanças possíveis que seriam trazidas pelas teleconsultas. Ainda sobre a remuneração, apesar de não haver menções diretas sobre “Responsabilidade Dupla” (sentimento de que a telemedicina é uma carga extra entre as responsabilidades do profissional), estes achados foram similares aos mencionados por Adenuga et al. (2017) sobre a importância de se ter claras recompensas como forma de trazer o profissional médico mais comprometido com a utilização da telemedicina.

#### 4.2.6 Corporativismo

O fator corporativismo foi um dos cinco fatores que emergiu dos dados da pesquisa, e se refere às falas que mencionaram o desinteresse dos médicos pelas teleconsultas por medo de perder mercado e, principalmente, seu poder, dentro do ramo de atividade da saúde. O corporativismo pode ser definido como “ação em que prevalece a defesa dos interesses profissionais de uma determinada categoria” (Michaelis, 2020). Nesse sentido, foi possível, primeiramente, notar que existe, entre boa parte dos médicos, uma visão não amigável dos planos de saúde, principalmente no sentido destes, supostamente, se utilizarem da exploração do profissional médico para obtenção de lucros.

*Então é isso que dá, os grandes diretores dos planos são milionários e os médicos são escravos e a telemedicina vai servir pra muita coisa, mas vai acabar com a carreira médica. É essa a minha opinião sobre a telemedicina. (APCAM1 – P10 M).*

*Claro, do outro lado tem as empresas querendo faturar os planos de saúde, querendo fazer mercado disso aí. (E03).*

Por sua vez, o corporativismo parece ser reconhecido como uma forma de resposta à esta suposta realidade conflituosa. Nesse sentido, os defensores da liberação das teleconsultas reconhecem que os benefícios tendem a ser superiores e mais importantes do que os eventuais prejuízos à carreira médica.

*[...] o médico hoje não aceita porque o médico tá com medo mais uma vez de ser explorado, mas o que ele já é, há muito tempo, e o cara que é explorado ele continuará sendo explorado. (E03).*

*[...] essa decisão da telemedicina, ela não corresponde aos interesses do médico. Pelo menos com quem eu converso, todo mundo tem a mesma opinião de que isso é inevitável, mas isso aí não vem por uma iniciativa da classe médica, isso aí atende a um interesse econômico, de grupos econômicos, grupos que querem explorar o atendimento médico. (E02).*

*[...] é aquela questão corporativista que alguns médicos começaram a alardear a questão do mercado de que iriam perder espaço e tal e então eles resolveram fazer esse bloqueio emocional. (E06).*

*E nós precisamos nos preparar pra isso, não adianta só segurar, a gente precisa regulamentar, regulamentar com normas rígidas sempre com foco no bem estar do paciente, deixando de lado alguma questão mais corporativa, alguma questão mais econômica e colocando sempre diante dessa regulamentação o paciente. (APCAM1 – P11 M).*

De outro ângulo, também parece existir uma preocupação dos médicos em relação à realização de algumas atividades de assistência por profissionais com outras formações da área da saúde, como enfermeiros e técnicos de enfermagem. Neste ponto é importante frisar que as discussões observadas sobre as teleconsultas focam sobremaneira na falta de médicos em ambas as pontas da comunicação. Ou seja, apesar de menções sobre a possibilidade e adequação operacional, raras são as proposições em que estas outras profissões são entendidas como possíveis pontos de apoio e de viabilização de teleconsultas. De forma geral, o corporativismo parece ser uma resposta em relação à possível perda de mercado (para os médicos) gerada por esse tipo de procedimento.

*O futuro da telemedicina é acabar com a carreira médica. Eu não vou mais precisar de um médico ali naquela ponta, eu boto qualquer pessoa e ele vai fazer essa função. Então agora os médicos já estão sendo substituídos pelos enfermeiros. (APCAM1 – P10 M).*

*Não é só isso não, tem muitas outras coisas que eu tenho ficado muito preocupado, sabe? Nós já estamos entrando agora na MP 890, aí ontem já saiu outra coisa de ato médico em relação à enfermagem, ações básicas de saúde. (APCAM1 – P01 M).*

#### 4.2.7 Possibilidades por Especialidades

Citada pelo mesmo número de indivíduos (18) em relação ao corporativismo, este também foi um dos cinco fatores que emergiram dos dados da pesquisa. As possibilidades por especialidades se referem à adequação das teleconsultas às diferentes dinâmicas e atividades de atendimento relacionadas com as áreas específicas da medicina. Por exemplo, a teleconsulta em atendimentos de psiquiatria não parece soar como uma atividade estranha, apesar de não ser regulamentada.

*Essas áreas que são mais clínicas, tu talvez ofereças um trabalho semelhante entendeu, em termos até de qualidade digamos. Por exemplo, uma psicoterapia, uma terapia. Na minha visão, não sou psiquiatra, mas eu acredito que seja muito semelhante, tu tá olhando a pessoa na tela e tá com ela ao vivo. Diferente de um caso de uma situação mesmo clínica, mas um contexto de emergência. (E07).*

Muitos atendimentos na psiquiatria se baseiam exclusivamente na análise por meio da conversa entre médico e paciente. Já na área de cirurgia, há dificuldade para se mencionar possíveis utilizações da teleconsulta, tendo em vista a necessidade mais constante de análise física. Ou seja, em medicina as áreas demandam contatos bastante diferentes durante o atendimento médico, e isso influencia significativamente na aceitação e na eventual regulamentação das teleconsultas.

*A questão da dermatologia por exemplo, eu prefiro, se eu fosse dermatologista eu queria a telemedicina, sem nenhum problema. (APCAM1 – P09 M).*

*[...] o que levou a alguma discussão foi a palavra teleconsulta, mas nós devemos lembrar que teleconsulta em psiquiatria, é diferente da teleconsulta em dermatologia, que é diferente de neurologia e outros. (APCAM2 – P02 M).*

Dessa forma, o debate acerca da regulamentação destes teleatendimentos, de certa forma, aciona as sociedades de especialidades para embasamento de parâmetros. Estas sociedades, em última instância, representam as instituições de maior conhecimento técnico de cada serviço específico. Ou seja, parece fator primordial que as sociedades sejam as referências técnicas, e que estas definam a

regulamentação das teleconsultas individualmente conforme a realidade e as demandas de cada especialidade.

*Não foi efetivamente debatida pelos médicos, pelas entidades médicas, principalmente pelas sociedades e especialidades que eu acho que são as entidades de maior importância em se discutir telemedicina, dando as particularidades que existem em cada sociedade, em cada especialidade médica. (APSP – P04 M).*

*É isso acho que nós precisamos discutir com a sociedade e com a sociedade de especialidades. Sem isso, nós não vamos conseguir chegar a ponto nenhum. (APSP – P08 M).*

#### 4.2.8 Exame Físico Presencial

Assim como o fator anterior, o exame físico presencial não foi pré-identificado como uma barreira na literatura revisada. De acordo com os dados, o exame físico e os diferenciais da medicina realizada de maneira presencial são importantes perdas que influenciam para a rejeição das teleconsultas. Nesse sentido, os profissionais afirmam que algumas informações importantes para o diagnóstico só podem ser realizadas com a medicina presencial e utilização de procedimentos e exames físicos específicos.

*[...] eu posso pela característica da dor sugerir que pode ser uma distensão abdominal por gases. Só que vai chegar um momento que eu preciso tocar na pessoa e eu vou precisar examinar aquela barriga, quero escutar na barriga, quero tocar na barriga. (E04).*

*[...] como fica o exame do paciente? Se não toca no paciente, tu não apalpa uma barriga vamos supor, nós que somos cirurgiões e tem que botar a mão na barriga. (E02).*

Além disso, a perda do contato presencial também parece afetar a relação médico-paciente, uma das bases dos atendimentos médicos, conforme indicam achados constantes dos dados.

*Mas eu fiquei até certo ponto frustrado com a apresentação. Porque? Eu vi que ninguém entrou no âmago do problema. De um tempo pra cá, o que aconteceu? A medicina aplicada à saúde deturpou a relação médico-paciente, nós não podemos esquecer disso. (APCAM1 – P09 M).*

*A relação médico-paciente é um dos principais fatores de aderência do paciente ao tratamento. Quem é médico sabe e principalmente quem é o paciente sabe. Se você não cria uma relação de confiança com seu médico, você geralmente não segue todas as recomendações. (APSC – P07 M).*

Este fator (*Exame Físico Presencial*) guarda possíveis relações com o desconhecimento dos profissionais em relação ao tema. Por sua natureza, a teleconsulta tem caráter complementar, ou seja, ela não visa substituir atendimentos que não possam ser realizados de forma remota. Ou seja, todo atendimento que se entende não adequado para ser realizado por uma teleconsulta, deverá ser encaminhado para um atendimento presencial. Sendo esta definição realizada a critério único e exclusivo do médico que faz o atendimento. Assim, não é possível que um paciente exija de um determinado profissional médico um diagnóstico ou uma medicação a partir de uma consulta. O que ocorre de forma bastante similar ao atendimento presencial, quando um clínico geral entende que o paciente deve ser encaminhado para um especialista. Nesse caso, o clínico geral dificilmente fará o diagnóstico definitivo nesta consulta inicial.

Pela própria falta de regulamentação, os médicos que atuam no contexto brasileiro tendem a não ter contato direto e constante com teleconsultas. Esta realidade pode ser fundamental para a existência desse fator. Os profissionais que trabalham diariamente com telemedicina, ou que se mostraram estudiosos do tema, de forma geral, não demonstraram preocupações com este fator; estes profissionais tenderam a ressaltar o caráter complementar das teleconsultas principalmente em consultas de baixa complexidade/triagens, consultas de retorno, consultas de acompanhamento de pacientes crônicos, entre outras.

*Nós podemos fazer uma triagem de situações de baixa complexidade, 80% dos casos são liberados, são pacientes que muitas vezes tão superlotando o pronto atendimento, a satisfação é enorme. (APCAM1 P03 M)*

Este fator (*Exame Físico Presencial*) não foi identificado na literatura. Entretanto, assim como os demais que emergiram dos dados, pode também ser resultado do momento de regulamentação brasileiro. Ou seja, um momento de discussão, que tem como pano de fundo a busca por parâmetros e o esclarecimento

de pontos importantes que devem fundamentar uma resolução que atenda aos interesses dos argumentadores.

#### 4.2.9 Mercantilização da Medicina

Este fator também emergiu dos dados, pois não foram encontrados fatores semelhantes ou casos que se reportassem a esse elemento na literatura prévia. Os dados mostram que muito médicos acreditam que as teleconsultas são, de certa forma, catalizadores que encaminharão a uma inevitável mercantilização da medicina. Nesse sentido, os indivíduos mencionam o fato de que organizações, como planos de saúde e hospitais de referência, já possuíam plataformas prontas desde a época das audiências públicas analisadas, ou seja, antes mesmo de qualquer regulamentação provisória. Mencionam, inclusive, os valores reduzidos dessas ofertas como problemática desta realidade.

*Olha aqui, o grande problema nosso é isso daqui ó. [OPERADORA DE PLANO SE SAÚDE "X"] Fone - aconselhamento médico 24h, 365 dias por ano por R\$ 2,90 mensais, 'Telemedicina'. Então não adianta. Isso é fantástico, a telemedicina. Mas ó, mau caratismo já tomou conta. É isso o que vai acabar com a medicina: R\$ 2,90. (APCAM1 – P10 M).*

*E são fatores que no meu entendimento são prejudiciais ao paciente, porque se você tiver um médico numa ponta e um médico na outra, aí eu concordo. Agora, o paciente por exemplo, eu vi aqui a [OPERADORA DE PLANO SE SAÚDE "X"] fazendo propaganda a 9,99 por mês você acrescentar no plano de saúde que você vai ter um médico 24 horas. (APCAM1 – P05 M).*

*Então é, eu acho que a telemedicina é uma coisa real, pode nos ajudar muito e eu acho que o que mais nos impacta é realmente teleconsulta. Porque as grandes corporações e, e eu volto a dizer aqui, é na saúde suplementar que ela tem sido muito utilizada, a saúde suplementar é um negócio. É um negócio privado. (APCAM2 – P07 M).*

Se por um lado um aumento de oferta pode significar prejuízos e possivelmente uma diminuição na qualidade do atendimento, por outro parece que as referidas empresas contam com um aumento de produtividade dos profissionais, o que pode representar um aumento da assistência. Assim, neste último caso, poder-se-ia esperar uma possível melhoria na saúde da população pelo aumento do acesso, apesar da eventual diminuição da qualidade. De toda forma, estes fatores

parecem não ser abordados de forma clara. Ou seja, foram identificados, de forma geral, menções pessimistas em relação a esta realidade, sem aprofundamentos.

*Uma das preocupações que existe pra nós é a banalização da telemedicina, da medicina, em virtude da telemedicina. (APSP – P04 M).*

*Será que com todo esse enfoque de negócio, nós não corremos o risco de mercantilização da medicina? Isso realmente é uma solução? (APSP – P08 M).*

*Eu acho a teleconsultoria um troço muito bom, mas a teleconsulta eu acho que como uma forma como vai acontecer que é uma exploração de mercado, eu acho isso ruim. (E02).*

*Então eu acho que tem um caráter aí de mercado, que tu consegue com menos dinheiro atender mais gente, não sei da qualidade do atendimento, se seria só uma coisa virtual do paciente entrar em contato virtualmente com o médico e o médico atender, eu acho que tu pode atrapalhar, eu acho que atrapalharia a qualidade do atendimento. (E09).*

É possível notar a vinculação realizada pelos indivíduos entre a mercantilização da medicina e a diminuição de qualidade do atendimento aos pacientes, com aumento de riscos. Sobre isso, não foram encontradas referências na literatura pesquisada, talvez porque, nos países onde as teleconsultas já são uma realidade, esse impacto de mercantilização na qualidade do atendimento não se confirme. De outra forma, são consideráveis as referências, já apresentadas, de benefícios aos usuários dos sistemas de saúde com a difusão das teleconsultas, o que deve ser considerado como um contraponto.

#### *4.2.10 Características Organizacionais*

As teleconsultas dependem de uma organização capaz de prover as necessidades tanto de médicos quanto de pacientes. Isso significa que as organizações devem disponibilizar meios e buscar alternativas que viabilizem a implantação de teleconsultas. A identificação desse fator, já apontado na literatura prévia, foi confirmada nos dados a partir de menções por sete pessoas, que se referem as estas questões organizacionais. Nesse sentido, tendo em vista a grande maioria de médicos nas entrevistas e nas audiências, pode-se observar certa falta de familiaridade com os aspectos organizacionais e gerenciais relacionados à

telemedicina. Ou seja, as discussões parecem ter foco maior em questões técnicas de teleconsultas do que em questões de estratégias e arranjos organizacionais. Mesmo assim, foram observadas preocupações com a gestão dos recursos humanos e com a operacionalidade dos eventuais serviços de telemedicina, incluindo questões de logística e retaguarda aos operadores.

*Esclarecimentos precários dos gestores, compreensão inadequada quanto à formação de recursos humanos. (APCAM1 – P02 M).*

*Então é essa situação que precisa ser montada, quer dizer, eu monto a telemedicina, mas eu monto a retaguarda, a regulação de todo mecanismo. Aí eu acho que funciona muito bem. (APSEN – P01 T).*

*A chamada telemedicina de logística em saúde, aonde nós não estamos apenas preocupados com o estabelecimento de padrões de qualidade e serviço, mas estamos criando o entendimento da cadeia de saúde, inclusive, fazendo a detecção da jornada de dificuldade do paciente para ter um atendimento. (APSP – P05 M)*

Foi possível observar que, devido à falta de regulamentação das teleconsultas, existe um vazio em relação a empresas e uma organização empresarial efetiva da área. Dessa forma, ficando limitadas as iniciativas de mercado com o intuito de aumento da cobertura e da própria prestação de serviços de saúde. No mesmo sentido não foram observadas iniciativas públicas consistentes para a regulamentação e utilização dos potenciais benefícios das teleconsultas para a população. Possíveis explicações estão no fato de que esta regulamentação esteve durante praticamente toda a história da telemedicina, no Brasil, a cargo do CFM.

Em relação à literatura os achados corroboram as referências no sentido de que a falta de planejamento específico para telemedicina, de padronização e integração entre as diferentes unidades de saúde, e a falta de habilidade gerencial para superar os problemas podem contribuir negativamente com a adoção por parte dos profissionais (Alaboudi et al., 2016). Estudo anteriores mostravam ainda que frequentes mudanças de políticas e programas de saúde em países em desenvolvimento afetam diretamente a disposição do profissional em participar e adotar as inovações (Brooke-Sumner et al., 2019). Entretanto, no Brasil não foram encontradas menções acerca destas mudanças. Isso porque, talvez, não tenha

existido interesse no Brasil, até a liberação provisória frente à pandemia, na implementação de programas específicos com teleconsultas.

#### 4.2.11 Disponibilidade Financeira

O Fator da disponibilidade financeira, já apontado na literatura pesquisada, se refere ao capital necessário para implementação de um serviço de telemedicina, mais especificamente naquele que se utilize de teleconsultas. Este fator não deve ser confundido com aquele que foca na infraestrutura tecnológica. Se entende nesta codificação que as menções que se referem especificamente às tecnologias não necessariamente entendem que a viabilização de capital para investimento nestes ativos seja relevante para aceitação e difusão das teleconsultas. De outra forma, em número mais limitado de menções, foram identificadas preocupações com estes financiamentos, conforme mostram os excertos.

*Então o objetivo é melhorar qualidade da atenção, ampliar o acesso, reduzir os custos ou racionalizar os custos, porque telemedicina é cara. (APCAM1 – P02 M)*

*Qual é o negócio da teleconsulta? pelo menos que eu vejo. Tchê, tu vais ter que ter um aparato gigantesco de servidor para que isso funcione de uma forma adequada. Eu entendo pouco de informática para dizer isso, mas acredito que tenha que ter, vai ser uma coisa cara de montar. (E08).*

A disponibilidade financeira neste trabalho foi identificada, principalmente, como aspecto agregado às características organizacionais. Ou seja, a disponibilização de capital financeiro suficiente para viabilização de serviços de teleconsultas é, de certa forma, dependente de um mercado consolidado. Isso porque são necessárias empresas de porte médio e grande que tenham capacidade de viabilizar vultuosos financiamentos e investimentos, para difusão desta tecnologia.

Em relação à literatura, os achados corroboram Alaboudi et al. (2016) pois ratificam a importância do financiamento para as instalações de saúde, sejam elas públicas ou privadas. No mesmo sentido corrobora Wade et al. (2016) na indicação de que os investimentos financeiros de sustentação e fluxo de caixa são fatores que diferenciam programas pilotos de projetos que busquem atender populações de forma duradoura e ampla.

#### 4.2.12 Relação Médico-Paciente Pgressa

Este é o último dos cinco fatores que emergiu dos dados da pesquisa, e tem relação com um ponto específico de impasse nas discussões sobre a regulamentação das teleconsultas. Ou seja, aborda os possíveis prejuízos de conhecimento e de estabelecimento de uma relação médico-paciente sadia sem uma primeira interação presencial.

*[...] se é um paciente que eu atendo e ele me liga eu sei quem é a pessoa e discuto, agora se eu nunca vi na vida tu falar por telefone. É muito difícil tu ter uma percepção adequada. (E09).*

*O problema é a primeira consulta, é isso o que eles tão atropelando e isso não dá, isso não tem como aceitar dentro do que a gente tem hoje e dentro dos padrões éticos. (APSP – P11 M).*

*Nós mandamos a nossa posição para o CFM foi contrário a uma teleconsulta sem inicialmente ter uma consulta presencial, o primeiro contato com o paciente ser através da telemedicina. (APSP – P04 M).*

Trata-se este de um ponto, de certa forma, complexo nas discussões sobre as teleconsultas. Isso porque, enquanto muitos dos defensores das teleconsultas concordam com a importância da primeira consulta presencial, estes também compreendem que benefícios podem existir em casos específicos, mesmo na ausência desta etapa. Por exemplo, em locais remotos ou de difícil acesso onde não se tem disponível sequer um único profissional médico, a teleconsulta pode ser uma solução de assistência. Outro exemplo pode ser visto em uma teleconsulta que consista em uma triagem mais qualificada, realizada por um médico e com possibilidade de prescrição de tratamentos. Esta situação é mencionada como uma ação com altas taxas de resolubilidade. Ambos os benefícios mencionados seriam inutilizados pela obrigatoriedade de uma consulta presencial inicial prévia.

*Um outro exemplo é o atendimento offshore que são plataformas de petróleo localizadas há mais de 200 km da costa, muitas vezes, e que muitas vezes o atendimento era apenas por telefone, não existia médico no local, não existe médico no local, e hoje com auxílio de ferramentas de telepediatria [coleta de dados de pacientes a distância] é feito exame físico à distância e mais de 92% dos casos é liberado direto do atendimento, evitando desembarques desnecessários e muitas vezes*

*podendo usar vôos de aproveitamento que são vôos tradicionais, evitando o uso de aviões ou aeronaves de resgate. (APSEN – P03 M).*

#### 4.2.13 Fatores Identificados no Contexto Brasileiro

Esta seção resume fatores identificados nos resultados a partir da codificação realizada. Dos oito fatores identificados na revisão da literatura, sete foram confirmados no contexto brasileiro. Estes fatores foram explicados na revisão da literatura e discutidos em relação a seus resultados. Além desses, outros cinco fatores emergiram dos dados, sem referências anteriores. O Quadro 12, traz as definições conceitual e operacional de cada um destes cinco novos fatores.

Quadro 12 – Novos Fatores que Emergiram dos Dados da Pesquisa

<b>Fator</b>	<b>Definição Conceitual</b>	<b>Definição operacional</b>
Corporativismo	Prevalência da defesa dos interesses da classe médica.	Médicos tendem a não aceitar a telemedicina porque não é do interesse da classe, apesar dos seus potenciais benefícios.
Relação Médico-Paciente Progressiva	A relação médico-paciente deve iniciar de forma presencial.	Médicos tendem a não aceitar a telemedicina por acreditarem não ser possível se estabelecer uma relação médico-paciente sem uma consulta presencial.
Exame Físico Presencial	O exame físico presencial permite toques e observações que geram diagnósticos mais precisos.	Médicos tendem a não aceitar a telemedicina por acreditarem não ser possível se realizar um exame físico adequado remotamente.
Possibilidades por Especialidades	Diversidade de necessidades e possibilidades existentes de telemedicina de acordo com as especialidades da medicina.	Médicos tendem a não aceitar a telemedicina pois entendem que para sua especialidade este modelo de atendimento não é viável.
Mercantilização da Telemedicina	A medicina trabalhada como um negócio, onde aspectos como marketing e produtividade, por exemplo, são gerenciados de forma sistemática e profissional.	Médicos tendem a não aceitar a telemedicina pois entendem que a mercantilização poderá permitir, por exemplo, a cobrança de produtividade por número de atendimentos, a diferenciação dos profissionais por estratégia de marketing, a diminuição da qualidade na prestação de assistência médica, entre outras situações.

Fonte: Dados da pesquisa

Existe uma alta relevância em se conhecer, se quantificar, e se explorar os fatores de aceitação das teleconsultas. Porém, o seu mero conhecimento não parece permitir um entendimento holístico do cenário brasileiro. Cada um dos fatores

pode apresentar diferentes opiniões entre debatedores. Por exemplo, a discussão entre a obrigatoriedade da primeira consulta e a incerteza em relação à remuneração dos médicos. Enquanto uns relatam a falta de relevância acerca dos impactos na remuneração dos profissionais, em nome do aumento do acesso à assistência, outros parecem buscar a mudança do foco no discurso para justificar suas preocupações e sua contrariedade.

Na próxima seção estes fatores são analisados entre si pela lente da Teoria Institucional. As eventuais relações entre eles podem mostrar aspectos não identificados nesta abordagem menos ampla, se comparada a próxima.

### **4.3 Discussão dos Fatores de Aceitação à Luz da Teoria Institucional**

Conforme demonstrado na seção anterior, diversos fatores apontados pela literatura, bem como novos fatores relacionados à aceitação de telemedicina/teleconsultas por parte dos médicos, foram identificados nos dados da pesquisa. Entretanto, de forma isolada, estes fatores não parecem explicar de maneira abrangente as motivações dos médicos e sua influência, por exemplo, na questão da regulamentação de teleconsultas no Brasil. A literatura disponível não vincula, até o momento, estes fatores com os contextos institucionais de forma ampla e holística (Wade et al., 2017). Assim a utilização da teoria institucional como abordagem fornece importantes avanços, tanto teóricos quanto empíricos no entendimento deste fenômeno.

O termo instituição refere-se aos conjuntos de regras e acordos que as organizações e indivíduos devem seguir. São derivadas de estruturas reguladoras, órgãos governamentais, leis, regras de profissões ou de diversas práticas sociais e culturais que exercem pressões de conformidade (DiMaggio & Powell, 1983). A instituição observada no cenário deste trabalho se trata, de forma resumida, do estabelecimento da consulta presencial como única forma possível e ética de atendimento médico. A regulamentação das teleconsultas se apresenta como uma forma de disrupção dessa instituição.

O campo organizacional representa o contexto onde estão as organizações, os fornecedores, os consumidores, as agências reguladoras, e todos os demais atores que, em conjunto, constituem um setor onde existe a vida institucional (Scott, 2014). Nesse sentido, pode-se compreender o campo organizacional abordado

neste trabalho como o conjunto de todas as instituições e organizações que formam o sistema de saúde brasileiro. De forma mais direta, em relação à regulamentação da telemedicina e das teleconsultas, pode-se citar os planos de saúde, os hospitais privados, as organizações beneficentes, os órgãos públicos de prestação de serviços de saúde, sejam hospitais ou Unidades Básicas, o CFM, o Congresso Nacional, entre outros, como organizações centrais no campo organizacional. O Quadro 13 resume estes conceitos principais mencionados.

Quadro 13 – Estrutura Institucional Identificada

<b>Conceito</b>	<b>Manifestação</b>
Instituição	Atendimento médico presencial.
Campo Organizacional	Sistema de saúde brasileiro.
Organizações atuantes no campo	Organizações de Saúde - Planos de Saúde, Hospitais Privados, Organizações Beneficentes, Sistema Público de Saúde, CFM (representação da classe médica), Congresso Nacional

Fonte: Elaborado pelo Autor

As instituições são formadas e mantêm sua estabilidade com base nos chamados pilares institucionais: regulatórios, normativos, e culturais/cognitivos, (Scott, 2014). Estes pilares são interdependentes, de forma que um mesmo fator de influência, por exemplo, pode auxiliar na demonstração de pressões institucionais em mais de um fator. A divisão apresentada por Scott (2014) tem vocação analítica. Assim, busca explicar aspectos de uma mesma realidade, de um mesmo campo organizacional. Assim, as relações existem entre os pilares, bem como entre os fatores analisados. O Quadro 14 identifica os pilares institucionais que sustentam o estabelecimento da instituição vigente, indicando o agrupamento de fatores identificados no subcapítulo 4.2, aqui relacionados a cada um dos pilares, mostrando os padrões semelhantes que embasam essa relação, contando ainda com exemplos de manifestações em cada um deles.

Quadro 14 – Pilares Institucionais Identificados

	<b>Pilar Regulativo</b>	<b>Pilar Normativo</b>	<b>Pilar Cultural/Cognitivo</b>
Definição	Forma com que instituições forçam e regularizam os comportamentos.	Valores e normas nos seus aspectos prescritivos e avaliativos.	Regras que constituem a natureza da realidade e as

			estruturas por meio das quais o sentido é criado.
Fatores Relacionados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatores Regulatórios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mercantilização da Medicina</li> <li>• Corporativismo</li> <li>• Características Organizacionais</li> <li>• Infraestrutura Tecnológica</li> <li>• Disponibilidade Financeira</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resistência à Mudança</li> <li>• Percepção de Valor</li> <li>• Grau de Instrução e Preparo dos Usuários</li> <li>• Relação Médico-Paciente Progressiva</li> <li>• Exame Físico Presencial</li> <li>• Possibilidades por especialidades</li> </ul>
Padrão	Regulação	Estrutura	Desconhecimento
Manifestações	Revogação da Resolução 2.227/2018 pelo CFM.	Falta de ação na implementação, e falta de pressão institucional para regulamentação, por parte das organizações da área da saúde.	Difamação das teleconsultas.

Fonte: Elaborado pelo autor

Inicia-se esta análise pelo pilar que, de certa forma, no caso pesquisado, embasa os demais, que é o **Pilar Cultural/Cognitivo**. A análise dos fatores mostrou que a aceitação das teleconsultas por parte dos médicos e a difusão da telemedicina, neste pilar, está calcada em padrões relacionados, principalmente, ao desconhecimento sobre a teleconsultas. Ou seja, a falta de um sentido comum com relação a essa prática por parte dos médicos. Isso se manifesta, mais fortemente, no conjunto dos fatores de:

- Resistência à Mudança;
- Percepção de Valor;
- Grau de Instrução e Preparo dos Usuários;
- Relação Médico-Paciente Progressiva;
- Exame Físico Presencial;
- Possibilidades por especialidades.

Estes fatores apresentam um padrão ligado ao DESCONHECIMENTO e podem ser relacionados ao Pilar Cultural/Cognitivo pois este reflete crenças e regras comuns e estruturas por meio das quais o sentido é criado (Scott, 2014). Ou seja, a

falta de conhecimento entre os médicos sobre os benefícios (fator Percepção de Valor), os limites e possibilidades das teleconsultas (evidenciadas nos fatores: Relação Médico-Paciente Progressiva; Exame Físico Presencial; Possibilidades por Especialidades, Grau de Instrução e Preparo dos Usuários) faz com que haja uma Resistência à Mudança por parte desses profissionais com relação às teleconsultas.

Da mesma forma, o desconhecimento sobre o bom andamento da regulamentação das teleconsultas em outras realidades parece impedir a formação de um entendimento comum favorável. Contexto esse que serviria, provavelmente, de base para a possível legitimação e aceitação das teleconsultas. Assim, os fatores relacionados ao desconhecimento sobre a telemedicina e as teleconsultas, por parte dos médicos, fazem com que se mantenha a compreensão, entre a classe médica, de que as teleconsultas não são uma forma apropriada e correta de prestação de assistência médica.

O Pilar Cultural/Cognitivo está mais fortemente ligado com o isomorfismo mimético como mecanismo de pressão institucional nos indivíduos (DiMaggio & Powell, 1983; Scott, 2014). Nesse sentido, é possível observar que o desconhecimento também tem relação com a aparente distância dos médicos a pressões institucionais para a regulamentação para adoção das teleconsultas, por exemplo, vindas de organizações da área da saúde, planos de saúde e outros atores interessados na difusão das teleconsultas. Ou seja, sem um entendimento claro sobre as possibilidades e limites das teleconsultas, a instituição vigente tende a se manter. Assim, os médicos, por exemplo, desconhecendo os benefícios e o sucesso da utilização das teleconsultas em outras realidades tendem a defender que este tipo de atendimento não é adequado e, por isso, não deve ser regulamentado e adotado.

As audiências públicas são o principal espaço de discussão que precede importantes legislações do país. O fato de não haver representantes específicos de pacientes e usuários dos sistemas de saúde público corrobora a ideia de desconhecimento sobre o tema, bem como falta de consciência, não apenas dos médicos, mas também da sociedade, que acaba por não participar do debate pela aprovação ou proibição das teleconsultas. É possível crer que, em uma realidade com conhecimento dos possíveis benefícios das teleconsultas, por parte da sociedade, houvesse atores como representantes de usuários do sistema de saúde público, representantes de usuários planos de saúde privados, defensoria pública, e

Secretarias Municipais de Saúde defendendo seus interesses. Essa defesa de interesses poderia provocar um debate mais amplo e a formação de um sentido comum, que poderia pressionar a classe médica a conhecer e a, possivelmente, atuar mais favoravelmente à regulamentação das teleconsultas.

De forma geral, os profissionais médicos observados apresentaram um comportamento que variou entre apoio e conhecimento, em contraponto ao receio e o desconhecimento. Aqueles indivíduos que demonstram familiaridade com a telemedicina mostram, de forma geral, convicção na defesa de uma rápida regulamentação e do investimento nesse tipo de assistência, em nome de maior acesso e consequentes benefícios para a população. Já aqueles que parecem não ter familiaridade com a telemedicina, e com as teleconsultas, tendem a manter questionamentos que nem sempre se aplicam aquilo que é efetivamente proposto. Como, por exemplo, questionamentos sobre situações em que não é possível chegar a quaisquer diagnósticos sem um exame físico que envolva tocar e sentir o paciente (ligado ao fator: Exame Físico Presencial). Também há ausência de um sentido comum sobre como se dá a relação médico paciente na teleconsulta (isso está ligado ao fator Relação Médico-Paciente Progressa).

Nesse sentido, os relatos dos profissionais que defendem a regulamentação favorável à teleconsulta não negam o fato de que uma quantidade significativa de teleconsultas acabaria por indicar a necessidade da consulta presencial. Ou seja, apesar dos temores, não se observou quaisquer menções a eliminação das consultas presenciais e/ou obrigatoriedade de diagnósticos para todas as teleconsultas. De forma mais objetiva, parece haver entre os mais resistentes a negação sobre o caráter **complementar** da telemedicina. Ou seja, estes profissionais parecem desconhecer o fato de que um possível resultado de uma teleconsulta pode ser o encaminhamento para uma nova consulta, dessa vez presencial. Além do fato de que essa decisão caberá somente ao médico, sem qualquer ingerência do paciente ou exigência deste sobre eventual emissão de diagnóstico por parte do profissional.

Nesse sentido, a resistência a mudança não deixa de ser uma reação ao desconhecido (Landaeta et al., 2008). É bastante plausível e aceitável que indivíduos sejam resistentes a novas tecnologias e práticas quando não tem uma clara expectativa em relação ao futuro ou mesmo não sabem o real impacto das alterações na sua vida pessoal ou profissional.

Além disso, está o fato de que os indivíduos mostram ter falta de clareza sobre os resultados da implantação das teleconsultas, com inúmeras demonstrações, inclusive, de receio sobre reflexos desfavoráveis na sua remuneração (isso está ligado ao fator Percepção de Valor). No mesmo sentido, o Grau de Instrução e Preparo dos Usuários, que trata da habilitação destes, também pode ser entendido como parte do desconhecimento sobre as teleconsultas. Mesmo que este grau de instrução enfoque, mais especificamente, conhecimentos técnicos pelo lado dos profissionais, e conhecimentos digitais e cognitivos por parte dos profissionais e pacientes, este ainda está intimamente ligado ao desconhecimento de como as teleconsultas podem funcionar na prática.

Um outro pilar a ser analisado é o **Normativo**. O Pilar Normativo se caracteriza pela sua forma prescritiva e avaliativa, exercendo papel relacionado à obrigação social dos indivíduos em manter os padrões da instituição vigente. O Pilar Normativo se legitima pela moral partilhada entre os indivíduos, existindo a obrigação social entre estes de que todos sigam determinados comportamentos (Scott, 2014).

O aumento das especialidades nas profissões é a base que sustenta o Isomorfismo Normativo. Os conselhos das classes profissionais são os atores normalmente incumbidos pela regulação sobre as profissões (DiMaggio & Powell, 1983). Nesse sentido, os médicos, enquanto as teleconsultas não estão regulamentadas pelo CFM, buscam evitar que suas instituições estejam vinculadas a estes serviços, tanto pela sua falta de regulamentação pelo conselho quanto pela sua concepção de ser um serviço vinculado a baixa qualidade de atendimentos, como mostra o fator da Mercantilização da Medicina, e como ficará ainda mais claro na apresentação subsequente do Trabalho Institucional identificado.

O fator Corporativismo pode ser entendido como uma resposta dos médicos em favor da sua categoria profissional, frente à ameaça das mudanças que não são conhecidas, ou que não tem seus impactos definidos. Uma vez que os pilares institucionais não estão isolados, pondera-se que o corporativismo parece ligado com a resistência a mudança e com a própria falta de clareza dos resultados da regulamentação e da permissão das teleconsultas. Isso porque trata-se de uma resposta da classe profissional em prol da manutenção da lógica vigente.

De outra forma, o Corporativismo, dentro do Pilar Normativo, pode ser visto como um fator que pressiona os médicos a apresentarem um comportamento

desfavorável às teleconsultas. E, dessa forma, estes pressionam pelo impedimento da adesão das organizações a esta forma de atendimento. Os médicos parecem não desejar ter nem a si próprios nem as suas empresas ou organizações para as quais trabalham vinculadas com as teleconsultas. Estes profissionais também, como já demonstrado, parecem não se interessar na existência de disciplinas que abordem especificamente a telemedicina nos seus cursos de graduação, haja vista esta disciplina ser oferecida de forma obrigatória em apenas seis cursos, dentre as 336 escolas de medicina do país, conforme foi apontado pelo pesquisado APSP P05 M. Isso é importante pois a formação profissional dentro de uma classe é fundamental no Pilar Normativo.

Os elementos institucionais surgem de fora das organizações e causam mudanças organizacionais, assim, quando respondem a pressões institucionais externas, as organizações, e, no caso do grupo pesquisado, os médicos, como profissionais, estão protegendo suas atividades. Assim, pode-se dizer que as instituições são sistemas multifacetados que são conduzidos e dão forma ao comportamento social (Hinings et al., 2018).

Nesse sentido, foi possível identificar que, corroborando os achados de Giaimo (2004), existe um interesse dos gestores da área da saúde em garantir um fluxo harmônico entre a gestão das organizações e as crenças e opções dos profissionais/empregados médicos. Assim, o Pilar Normativo pode ser observado na falta de interesse dos médicos pela adoção das teleconsultas e na conseqüente falta de pressão exercida por estes profissionais em suas organizações para que estas ofereçam esses serviços, ou mesmo que não se posicionem de forma a atuar em favor da regulamentação desse tipo de atendimento.

Assim, a classe médica atua contra a regulamentação e adoção das teleconsultas, por meio do Corporativismo. Este, justificado, entre outras razões, pelo receio de uma configuração normativa que leve à Mercantilização da Medicina, com perda de poder e desvalorização da classe. Assim, faz com que esta prática não seja normatizada, regulamentada, adotada e difundida nas organizações. Isso colabora para que não exista uma ESTRUTURA de mercado que propague as teleconsultas, o que acaba por, conseqüentemente, atuar na manutenção da instituição vigente (atendimento presencial).

O agrupamento de outros fatores em torno da estrutura (Características Organizacionais, Infraestrutura Tecnológica, Disponibilidade Financeira) reforçam a

importância das características de organização e funcionamento da medicina, como mercado e área de atuação. Ou seja, os fatores aqui agrupados parecem ter relação com a efetiva utilização ou não das teleconsultas de forma regular e normatizada no mercado, considerando as estruturas existentes, ou necessárias, para a prestação deste tipo de atividade.

Os fatores de Infraestrutura tecnológica e de Disponibilidade Financeira podem ser vistos como ligados ao fator das Características Organizacionais. Isso porque não parece haver sentido em se esperar altos investimentos em infraestrutura tecnológica ou volumosos financiamentos de um mercado que ainda não existe e que carece de regulamentação específica. Ou seja, as estruturas organizacionais são necessárias (e ao mesmo tempo dependentes) da viabilização de recursos financeiros que possam arcar com altos custos de implantação, que envolve pessoas e Infraestrutura Tecnológica para a realização de teleconsultas, com a devida segurança dos dados. Contudo, isso não poderá ser desenvolvido sem a adesão dos médicos, que por sua vez pressionam as normas e a legislação que legitima a prática da teleconsultas.

Em síntese, o Pilar Normativo, fortemente influenciado pela ação da classe médica, age contra a regulamentação e institucionalização das teleconsultas, ou seja, age em prol da manutenção da instituição de atendimento presencial por parte dos médicos. Isso, por sua vez, se relaciona fortemente ao **Pilar Regulativo**, marcado pelo impedimento legal as teleconsultas. Mesmo que existissem uma série de organizações interessadas em prestar teleconsultas, como ocorre com planos de saúde, estas estão legalmente<sup>1</sup> impedidas de difundir a nova prática – teleconsultas – e institucionalizá-la, por meio da inserção e normatização desses atendimentos em seu rol de serviços.

Assim, pode ser identificado o papel regulatório do CFM para manter a lógica vigente. Os aspectos relacionados aos Fatores Regulatórios são os que mostram estreita relação com o Pilar Regulativo. A sua manifestação mais forte foi a pressão exercida pela classe médica para revogação da resolução 2.227/2018 que liberava as teleconsultas. Nesse caso, tanto os médicos individualmente como associações de classe e demais entidades médicas registraram mais de 1.444 reclamações,

---

<sup>1</sup> Essa permissão atual foi provisória, tendo em vista a pandemia do COVID-19.

sugestões e dúvidas, pressionando o conselho a rever sua posição acerca desta resolução, no que obtiveram sucesso.

O fator nomeado “Fatores Regulatórios”, tem relação direta com este tópico porque as menções a ele podem ser observadas tanto nas falas daqueles que se mostram a favor da regulamentação quanto daqueles contrários a ela. Nesse sentido, pode-se perceber que alguns profissionais argumentam sobre a importância de se fazer a regulamentação em si. Contudo, Furusa & Coleman (2018) apontam que a simples existência da regulamentação para as atividades de telemedicina pode não ser suficiente para sua aceitação. É preciso que esta regulamentação seja adequada e que os profissionais tenham confiança de que estão legitimamente protegidos ao exercerem a atividade.

Nesse sentido, foi possível observar que os médicos no contexto brasileiro parecem estar ainda receosos e preocupados com a definição de parâmetros legais que deixem claro até que ponto eles podem ser juridicamente responsabilizados por eventuais complicações em tratamentos receitados por teleconsultas. Assim, não é apenas a própria regulamentação permissiva que exerce pressão institucional para manutenção da instituição, mas também a adequação dessas definições que influenciam os profissionais.

Os relatos dão conta de que, na prática, não deverá ser possível manter os serviços de saúde alheios às possibilidades e potenciais benefícios das teleconsultas. Ou seja, este tipo de atendimento terminaria por ser oferecido por profissionais e empresas mesmo que não fossem permitidos, como já pode ser observado em alguns casos específicos em que as teleconsultas ocorrem a despeito da falta de legislação concernente a elas. Assim, mesmo a permissão controlada seria mais benéfica do que uma proibição que não é respeitada, argumentam alguns atores.

#### **4.4 Análise do Trabalho Institucional**

As instituições se constituem por sistemas complexos que exercem pressões sobre os indivíduos e legitimam o seu comportamento (Hinings et al., 2018). Nesse sentido, a manutenção de uma instituição como a da consulta presencial como única forma adequada de se realizar o atendimento exige dos seus guardiões a execução de Trabalho Institucional (Lawrence & Suddaby, 2006).

A visão holística sobre o tema da telemedicina/teleconsultas no âmbito brasileiro, sob a lente do trabalho institucional, permite análises mais completas e de maior poder explicativo do que a simples verificação dos fatores de influência. Além das questões comuns aos fatores, conforme analisado na seção anterior, a lente da teoria institucional, mais precisamente do trabalho institucional, colabora para compreendermos uma série de práticas específicas daqueles indivíduos que buscam a manutenção das práticas atuais de medicina, impedindo o avanço das teleconsultas. Estes indivíduos agem com comportamentos identificáveis em que, apesar de admitirem a impossibilidade de se conter a utilização das teleconsultas a longo prazo, buscam retardar a sua aplicação.

As práticas adotadas parecem ter tido sucesso duradouro no retardamento da implementação das teleconsultas, tendo em vista a sua regulamentação apenas provisória no Brasil, ainda que estas já sejam uma realidade consolidada em diversos países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Austrália, entre outros (Agarwal et al., 2020). A resolução mais abrangente sobre telemedicina homologada pelo CFM data do ano de 2002, estando defasada em seus aspectos tecnológicos.

A análise a seguir realizada tomou como base principal Lawrence & Suddaby (2006) e suas contribuições do Trabalho Institucional, especialmente nas Práticas que visam a manutenção de instituições e suas categorias principais (apresentadas anteriormente na tabela 5) de facilitação, policiamento, determinação, valorização e demonização, mitos e imersão e rotinização. Das seis práticas consideradas pela revisão da literatura duas foram identificadas: Policiamento; e Determinação. Além disso, foram identificadas duas novas categoria de trabalho institucional, que emergiram dos dados analisados, a de POSTERGAÇÃO e de DIFAMAÇÃO. A Tabela 5 mostra o conceito das quatro práticas identificadas, bem como exemplos e mensuração da sua prevalência nas fontes de dados.

Tabela 5 – Práticas de Trabalho Institucional de manutenção do atendimento médico presencial, em detrimento das Teleconsultas

<b>Prática</b>	<b>CONCEITO</b>	<b>Manifestação</b>	<b>Fontes</b>	<b>Referências</b>
Policiamento	Garantia de transparência via imposição, auditoria e monitoramento.	Controle da prestação de teleassistência, promovendo a punição exemplar daqueles que oferecem serviços de teleconsulta alheios à regulamentação do CFM.	5	6

Determinação	Estabelecimento de barreiras coercitivas para mudança institucional.	Revogação da Resolução 2.227/2018.	4	4
Postergação*	Não permitir o estabelecimento de consensos, se utilizando de estratégias como questionamentos excessivos, discussões sem argumentação técnica, postergando a resolução da matéria.	Fuga de temas centrais, abordagem de pontos polêmicos desconexos ao tema, entre outras.	18	34
Difamação*	Descrédibilizar novas instituições, que ameaçam a instituição vigente, se utilizando de relações que não se embasam em argumentos técnicos.	Associar sua difusão a situações catastróficas, motivações escusas, mercantilização da medicina e prejuízos acentuados para a carreira médica.	8	23

\* Trabalhos institucionais que emergiram dos dados. Não identificados na literatura.

A seguir são detalhadas essas quatro formas de trabalho institucional identificadas a partir dos dados coletados. São elas: Determinação; Policiamento; Difamação; e Postergação. Enquanto as duas primeiras práticas se relacionam com a garantia da aderência da lógica vigente, e as duas últimas compreendem ataques diretos à nova instituição que se vislumbra (teleconsultas), seja no sentido de difamar sua utilização seja sob a forma de postergar sua regulamentação. Essas práticas são detalhadas na sequência.

#### 4.4.1 Determinação

A prática da determinação compreende “o estabelecimento de barreiras coercitivas para mudança institucional” (Lawrence & Suddaby, 2006, p.232). Assim, esta prática compreende ações formais que coíbem a introdução de novas lógicas de operação dentro de uma determinada área. Nesse caso, pode-se observar um movimento bastante claro da classe dos profissionais médicos no sentido de impedir a realização, pelo menos imediata, das teleconsultas. O Código de Ética do CFM (p.28) prevê em seu artigo nº 37 ser vedado ao médico:

Art. 37. Prescrever tratamento e outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente

depois de cessado o impedimento, assim como consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

§ 1º O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

§ 2º Ao utilizar mídias sociais e instrumentos correlatos, o médico deve respeitar as normas elaboradas pelo Conselho Federal de Medicina.

A pena pelo descumprimento do código o profissional fica sujeito até à suspensão do registro profissional, conforme procedimento administrativo específico. É válido registrar ainda que, apesar da redação do código de ética, fragiliza a norma a falta de conhecimento acerca de efetivas punições realizadas, bem como a existência de empresas que ofereciam os serviços de teleconsultas mesmo antes da regulamentação provisória. Além disso, pode-se observar também que, conforme demonstrado no capítulo 4.1, a resolução não parece ser tão clara e explícita a proibição das teleconsultas na resolução do CFM vigente pois, entre outras coisas, ao mencionar “exame direto do paciente”, também não menciona o termo “presencial”.

O próprio representante do conselho em uma audiência pública, ao ser questionado sobre a necessidade de legislações acerca do tema, focou sua resposta mais na importância desta regulamentação como um incentivo formal para a prática, do que propriamente como uma condição indispensável para derrubar impedimentos existentes.

*A resolução do CFM é necessária para que se funcione adequadamente a telemedicina, nesse sentido que a gente entende. Eu acho que os outros instrumentos legais a gente já tem, falta realmente assim, incentivos em educação, formação de profissionais, nessa linha toda. Agora, eu acho que o marco civil da internet, a lei geral de proteção de dados, elas são suficientes para aquilo que a gente necessita pra montar o serviço. (APSEN – P01 T).*

Apesar de não se restringir a isso, uma teleconsulta pode ser entendida como uma consulta onde uma tecnologia, como uma chamada de vídeo, é o meio de comunicação entre médico e paciente. Já a telepedagógica é caracterizada pela coleta de dados de pacientes a distância. Estes dados podem ser obtidos tanto por informações diretas do paciente quanto por dispositivos de apoio, como por exemplo câmeras que permitam o exame de garganta e/ou ouvidos. Assim, a

telepropedêutica aplicada em uma teleconsulta não exclui totalmente a possibilidade de que o médico realize um exame físico parcial, e obtenha informações clínicas do seu paciente.

Nesse sentido, apesar de ser uma questão discutível, o estabelecimento da necessidade de uma regulamentação específica para permitir as teleconsultas é o entendimento, de forma geral, pacificado e aceito. Funcionando como barreira coercitiva para mudança da lógica instituída. Ou seja, esta prática estabelece a consulta, em sua forma presencial, como única alternativa para realização deste tipo de atendimento por parte dos médicos.

Um segundo exemplo da prática de Determinação pode ser observado na revogação da Resolução 2.227/2018. Esta resolução permitiria a realização das teleconsultas. Porém, ao publicá-la, o conselho registrou 1.444 reclamações, sugestões e solicitações. Dessa forma, se viu obrigado a revogar a resolução, mencionando que tais apontamentos tinham como origem as associações médicas, bem como dos seus profissionais associados, individualmente.

A liberação provisória das teleconsultas que se estabeleceu pela Lei 13.989 de 15 de abril de 2020, e editada por meio de Medida Provisória votada pelo Congresso Nacional, é fato preponderante que clareia e confirma esta argumentação acerca da prática de Determinação. A referida legislação estabelece em seu artigo 6º que “Competirá ao Conselho Federal de Medicina a regulamentação da telemedicina após o período consignado no art. 2º desta lei”.

#### 4.4.2 Policiamento

Assim como a Determinação, o Policiamento é uma prática que visa a aderência dos indivíduos às instituições vigentes. Para Lawrence & Suddaby (2006, p.231) esta prática “envolve garantir a conformidade por meio de imposição, auditoria e monitoramento”. Ou seja, no caso em análise, visa controlar a prestação de atendimentos via teleconsulta, punindo exemplarmente aqueles que oferecem estes serviços, sem que se tenha liberação por parte do conselho. Assim, apesar de não ter um histórico de acompanhamento ou de fiscalização rigoroso sobre as teleconsultas deliberadamente realizadas pelos profissionais, o CFM parece estar sendo demandado a atuar por parte de alguns dos seus associados.

*Bom, nós aqui da frente parlamentar da medicina no qual nosso presidente é o [FULANO] e nós fizemos uma representação junto ao Ministério Público Federal pra tomar providências necessárias acerca de alguns acontecimentos que estavam aqui já no Brasil, por exemplo, a empresa [Y] ela já estava divulgando esses procedimentos da telemedicina, teleconsulta. (APCAM1 – P05 M).*

Por sua vez, a prática de teleconsultas sem a regulamentação gera responsabilidade ao conselho, no sentido de coibir essas práticas. Nesse sentido, eventualmente pode-se observar uma situação onde os conselhos regionais podem aplicar a prática de Policiamento, seja pelo seu próprio interesse seja pelas suas obrigações perante seus associados. Nesse sentido, algumas falas específicas de seus representantes em audiências públicas mostram a utilização dessa prática.

*Digo mais, já começaram para o arrepio do CREMESP, aliás, do CFM, do Código de Ética. Então você já tem propaganda, já tem teleconsulta e nós vamos abrir sindicância, nós vamos apurar isso. (APSP – P11 M).*

Como visto, os associados contrários à liberação das teleconsultas acabam por notar a incidência da prestação desse tipo de serviço no mercado e aumentam a pressão no conselho, para que esse exerça, pelo seu poder, a prática de policiamento.

*Então são ambições, aquilo que eu alertei, porque que isso acontece, aí vem a regulamentação. É preciso ser muito rígido, a regulamentação, alertar pra isso e ficar atento. (APCAM1 – P09 M).*

#### 4.4.3 Difamação

A prática da Difamação emergiu dos dados da pesquisa. Essa prática tem como objetivo descredibilizar a nova tecnologia. Para isso, os indivíduos associam a telemedicina a situações catastróficas, motivações escusas e prejuízos acentuados para a carreira médica. Entretanto, não conseguem sustentar com argumentos técnicos e lógicos essas narrativas. Estes cenários de difícil comprovação parecem emergir da falta de conhecimento sobre telemedicina e teleconsultas, como anteriormente explorado na análise dos fatores de aceitação, e do conseqüente medo da mudança a ser vivenciada.

Estas difamações podem ser focadas em alguns tipos específicos de situações. Como por exemplo, apontando para uma eventual substituição do médico por outros profissionais da área da saúde. Além de vislumbrarem casos extremos e não factíveis, estas alegações carecem da exposição de justificativas técnicas. Ou seja, mesmo que os fatos fossem verdadeiros, seria possível esperar dessa narrativa uma base sólida de motivos que tivessem como objetivo, principalmente, a segurança e o bem-estar do paciente. Alegações que, via de regra, não foram identificadas.

*Porque agora o próprio Ministério da Saúde já tá delegando função a enfermeiros pra medicar, pra examinar, pra consultar, o que vai ser da medicina? Parte-se de um princípio que um acadêmico estuda 6 anos, se forma, estuda, faz uma residência mais de 5, 6 anos caríssima, eu banquei minha filha em São Paulo e agora meu filho faz residência médica. E aí? (APCAM1 – P10 M).*

*Então assim, a medicina tá virando uma esculhambação nesse país nosso e eu acho que a gente não pode permitir isso não. (APCAM1 – P05 M).*

Outra linha de Difamações se relaciona com a grande inserção de tecnologias na área da saúde. Essas tecnologias permeiam cada vez mais as especialidades médicas, tanto no sentido de exames diagnósticos quanto no sentido dos tratamentos possíveis. Dessa forma, os profissionais que se utilizam da Difamação argumentam sobre a dependência dessas tecnologias, com o risco de perder o controle e a própria autoridade de conhecimento sobre os procedimentos médicos realizados. Nesse ponto, estes profissionais parecem ver na telemedicina, e nas teleconsultas, um significativo avanço dessa realidade. Entretanto, não apontam para os prejuízos efetivos que este cenário traz para os pacientes, mas enfatizam a possibilidade de se acabar com a prática de medicina centrada no profissional médico, com o cenário mais pessimista de extinção da profissão e sua substituição por máquinas. Também se nota, que estes profissionais parecem não reconhecer a real importância da série de benefícios que estes tratamentos baseados em tecnologia têm proporcionado.

*... então o que eu vejo com a telemedicina, a telemedicina e o sr. vai me desculpar e quem defende, eu acho que tem muitas coisas que vai super útil, mas vai acabar com a carreira médica, infelizmente. O futuro da*

*telemedicina é acabar com a carreira médica. Eu não vou mais precisar de um médico ali naquela ponta, eu boto qualquer pessoa e ele vai fazer essa função. Então agora os médicos já estão sendo substituídos pelos enfermeiros. E futuramente, futuro muito próximo vai ser substituído pela máquina. Cê tá entendendo? Então esse é o futuro, e aí? E nós, que perdemos 11 anos das nossas vidas, 12 anos sentados numa cadeira, dando plantão, os acadêmicos recebendo uma ninharia de 2.400 reais por mês, sofrendo depressão, suicídio... E aí? Onde fica isso? Vai ser substituído por uma máquina? (APCAM1 – P10 M)*

*É toda essa tecnologia ficou por conta da indústria, e eu sou um operador de lasers né. Então eu pago um absurdo de manutenção dos lasers, as indústrias ganham, e eu sou um operário dos X'lasers que a gente usa aí, a gente usa os X's da vida é, eu ainda opero muito com isso. Então a tecnologia ajuda muito, mas a monetização ficou meio é. (APCAM2 – P07 M).*

Um terceiro ponto identificado na prática das Difamações se relaciona com a vinculação pejorativa dos médicos às empresas e aos planos de saúde. Como já relatado na apresentação dos fatores de influência (Capítulo 4.2), existe uma significativa insatisfação de uma série de profissionais médicos com os planos de saúde. Estas insatisfações partem de uma premissa bastante clara de que os médicos são profissionais explorados por estas organizações.

Uma possível explicação para este sentimento está no fato de que muitos médicos precisam dos planos de saúde para captar pacientes. Nesse sentido, estes profissionais precisam se adaptar aos valores, às exigências e às permissões oferecidas pelos planos, com baixas possibilidades de arranjos individualizados. Isso ameaça, de certa forma, a maneira autônoma pela qual muitos médicos costumam trabalhar. Ou seja, em consultórios particulares com completa autonomia sobre cobranças e procedimentos.

Assim, a Difamação parece ocorrer sob forma de vulgarização da lucratividade que essas organizações auferem e/ou podem vir a auferir com a prática de teleconsulta. Isso soa, de certa forma, como algo incoerente, se for considerado que alguns dos maiores planos de saúde do país são formados por cooperativas médicas.

*Quando isso foi colocado, disponibilizado, rapidamente as empresas médicas colocaram um monte de oferta inclusive de telemedicina, mostrando que tinha tendência e o objetivo não era enriquecer, mas*

*provavelmente enriquecer do ponto de vista econômico das empresas que tinham a detenção dessa situação na mão. (APCAM1 – P09 M).*

*Agora a quem interessa essa velocidade? Interessa às operadoras de saúde, vamos ser claros. As operadoras elas querem tirar os pacientes dos pronto socorros, porque? O paciente entrou lá, ele é submetido a uma série de exames, então de repente uma consulta vira uma internação. (APSP – P11 M).*

Por fim, ainda se verificam relatos frequentes de situações em que erros de diagnóstico são possíveis sem corretas avaliações médicas, ou ainda sem exames físicos presenciais, durante as teleconsultas. Estes relatos foram identificados principalmente quando os indivíduos resistentes à teleconsultas buscam explicar os riscos associados aos atendimentos não presenciais. Nesse sentido, acabam por relacionar esses casos como possíveis, ou prováveis, desdobramentos do uso das teleconsultas.

*Eu tava num ambulatório alguns anos atrás que chegaram pra mim na dermatologia e falaram que era tumor maligno [...] falei 'se é uma criança, tá morta em dois anos'. Vou pro ambulatório, vou examinar, olho, uma coisa serrilhada, eu coloco o dedo na boca, fico brincando com a criança e tiro uma tampinha de guaraná Antártida. (APSP – P06 M).*

*vou te dar um exemplo na minha área, uma endoscopia normal e lá embaixo tá agapilore positivo, ou uma colonoscopia, colonoscopia normal, mas tem uma pequena linha e alguns nem colocam, 'esse exame não se presta a afecções anuretais', vide o caso de uma famosa apresentadora. Então o médico ainda não pode ser substituído, não tem como. (APSP – P11 M).*

À primeira vista, os casos mencionados poderiam ser classificados como discussões técnicas efetivas sobre as limitações das teleconsultas. Entretanto, em uma análise mais detalhada estas falas parecem não fazer sentido tecnicamente. Produzindo apenas vínculos de situações negativas as teleconsultas. Estes casos, normalmente se referem a situações onde efetivamente a teleconsulta não é uma opção. Como o caso mencionado acima, de um corpo estranho confundido com um tumor maligno. Mesmo entre aqueles que defendem a liberação das teleconsultas, não existe qualquer menção da sua utilização em casos de alta complexidade. Ou seja, não se espera que um tratamento oncológico, ou mesmo uma cirurgia para retirada de corpo estranho, seja realizada sem uma, ou mais, consultas presenciais.

Da mesma forma, no outro caso acima mencionado, o médico, caso tenha dúvida acerca do resultado de um exame, deve encaminhar o paciente para uma consulta presencial. Em síntese, na discussão sobre a inclusão das teleconsultas, não existe a intenção de que sejam alterados os procedimentos para situações como estas ilustradas. De forma que, mencioná-las, pode ser visto como uma simples difamação da instituição que se pretende introduzir.

*a teleconsulta permite que nós médicos possamos acessar e sermos acessados pelos nossos pacientes online. Ela pode abrir uma infinidade de novas possibilidades. Obviamente, seguindo o código de ética médico do CFM e dando ao médico a primazia de dizer se os dados que ele possui através da internet lhe permitem ou não emitir um juízo com segurança. Se esse juízo não puder ser emitido com segurança, esse paciente deve imediatamente ser encaminhado a um atendimento presencial. Mas há possibilidades, por exemplo, de um pós operatório, de um retorno de consultas aonde o paciente já foi visto pelo médico, aonde esse paciente já foi examinado e vai voltar apenas com resultado de exames, essa consulta não precisa ser presencial. (APSP – P01 M).*

Conforme pode se observar, as teleconsultas tem como objetivo principal complementar e ser uma opção para a prestação de assistência à saúde. Sendo utilizada especificamente nos pontos onde ela é uma possibilidade, proporcionando maior agilidade e acesso aos usuários. Ou seja, no momento em que não se encontra sentido na discussão proposta, as observações podem ser entendidas como simples ataques à essa nova prática. A busca de relacionar uma situação ruim ao novo procedimento, é o que aqui identificamos como a prática de Difamação.

#### 4.4.4 Postergação

A prática de Postergação, também emergiu dos dados da pesquisa, não foi encontrada prática similar na literatura. Esta prática consiste em se executar uma série de narrativas e ações que dificultam o consenso e atrasam as definições necessárias para o estabelecimento das novas instituições. Apesar de ser menos clara em sua utilização, a Postergação parece ser a prática mais bem sucedida no contexto brasileiro para barrar a telemedicina/teleconsulta. O Brasil, por sua extensão territorial continental, já poderia ter sido impactado positivamente pela regulamentação das teleconsultas. Países similares em grandeza, como Austrália,

Canadá, entre outros, já se utilizam sobremaneira das teleconsultas para aumentar a assistência a sua população (Agarwal et al., 2020; Bradford et al., 2015).

*Telemedicina ela vem... principalmente quando você fala de atendimento direto ao paciente isso vem sendo no mundo todo e desenvolvendo há mais de 20 anos, desde 96 nos EUA, diversos aí, nós temos nações irmãs como Portugal na Europa que vem se desenvolvendo muito nessa área, sistemas como o NHS na Inglaterra que tem grande similaridade com nosso SUS, em que o próprio governo disponibiliza plataforma para que os médicos da atenção primária se comuniquem através de telemedicina diretamente com seus pacientes e nós ainda em 2019 ainda estamos com esse vazio legal que é importantíssimo. (APSEN – P03 M).*

Nesse sentido, parece haver uma situação de inércia não apenas do CFM em relação ao tema, mas também de outras instituições relacionadas à classe médica no Brasil. Algumas dessas entidades, como a Associação Brasileira de Telemedicina, já trabalham nesse sentido. Entretanto, sua falta de sucesso, demonstrada pela inexistência de uma resolução adequada, mostra que, de alguma forma, as novas resoluções e dinâmicas vem sendo retardadas.

O poder de permitir a realização de teleconsultas, até as legislações específicas da pandemia do COVID-19, esteve sempre diretamente sob atribuição do CFM, bem como dos seus respectivos conselhos regionais. Estas estruturas são formadas pelos profissionais médicos associados. Nesse sentido, é possível identificar a prática da Postergação não como uma ação deslegitimada do conselho, mas sim como uma ação da classe médica de forma geral. Reforça, e possivelmente explica, pelo menos em parte, que essa prática tenha sido realizada pelo conselho, sem maiores contestações, dado o fato, já relatado, do alto grau de desconhecimento do tema (telemedicina). Ou seja, se por um lado a falta de conhecimentos aprofundados entre os médicos gerou uma resistência natural e legitimou a falta de iniciativa do conselho, por outro, a falta de conhecimento da sociedade sobre os possíveis benefícios das teleconsultas evitou pressões maiores sobre a questão.

É possível observar ainda que entre os entrevistados e, principalmente, entre os participantes das audiências públicas, já existiam conceitos formados acerca da eventual regulamentação das teleconsultas. Foi possível identificar, especialmente nas audiências, que enquanto a narrativa de alguns buscava adiantar e evoluir o processo de regulamentação da matéria, a de outros buscava apresentar as

dificuldades evitando discussões diretas sobre eventuais pontos nevrálgicos. Em relação aos proponentes, pode-se perceber que, mesmo para estes, as práticas de postergação eram notadas e prejudicavam a entrega de serviços aos usuários pacientes.

*O grande desafio que eu vejo para concluir é o que, de fato, é a pauta telemedicina. Porque a gente percebe claramente que as vezes a gente está debatendo, debatendo, debatendo e o fato não é a telemedicina. (APCAM1 – P04 A).*

*Eu relutei num primeiro momento, só que a gente não pode relutar, principalmente porque é para o bem, principalmente porque é pra trazer dignidade para as pessoas do SUS. (APCAM2– P01 A).*

*A discussão a regulamentação da teleconsulta, que é a grande telenovela que nós temos no Brasil, ela é inexorável. (APCAM2 – P04 M).*

*Bom, a primeira coisa que eu acho que a área médica procrastinou tá. (APCAM2 – P02 M).*

*Eu acho na realidade, inclusive, que aprovar apenas informática em saúde para especialidade do médico é algo que vai nos deixar ainda uns 10 ou 15 anos atrasados. (APSEN – P02 M).*

*Se nós ficarmos questionando que não há massa crítica de pessoas com formação em telemedicina, eu voltaria então dizendo 'então vamos voltar pra 2003 que eu já tinha feito esse discurso' isso quer dizer que vamos ficar parados pelos próximos 16 aos sem fazer nada de novo? Então estamos procrastinando, o que nós não podemos nunca, já que o passado já nos mostrou que demos um passo e ele parou e isso não pode acontecer de novo. (APSP – P05 M).*

*Essa demora, quer dizer, vai passar mais uma década aí e a cada ano que passa esse uso vai se ampliar de forma desordenada e a hora que quiser regulamentar vai está num estágio já tão avançado que vai ser muito mais difícil de se regulamentar e de se ordenar o que a gente tem hoje. (APSP – P15 T).*

*Eu acho que a classe médica tava, eu não sei, se era desconsiderando essa possibilidade ou achando que iria demorar mais tempo. (E06).*

Em relação aos indivíduos contrários às teleconsultas foi possível observar narrativas que, utilizadas de forma consciente ou não, contribuem, não para uma definição de impossibilidade permanente de regulamentação, mas apenas para a

sua postergação. Entre os 62 indivíduos que formam a base de dados analisada foi possível identificar, pelo menos, 16 com opiniões claramente contrárias à liberação das teleconsultas. Nesse sentido, neste grupo de indivíduos, é possível se identificar estratégias específicas que, entre outras coisas, não permitem o estabelecimento de consensos no decorrer dos debates. Daqui em diante o foco recai especificamente sobre a narrativa deste grupo.

É possível, por exemplo, notar um número excessivo de questionamentos, sem a apresentação de proposições que possam avançar a matéria. Não parece ser um problema ou um comportamento estranho o levantamento de questões ao se discutir um tema ainda novo que carece de regulação. Porém, mesmo que o tema seja polêmico, não parece ser plausível, senão para postergação, uma narrativa com 23 perguntas apresentadas ao público, praticamente sem interrupção. Aumenta a surpresa, ou clarifica a estratégia, o fato do referido indivíduo ser vinculado a organização representante da classe e, conseqüentemente, alguém vital para contribuir com as definições necessárias ao sistema.

*mas o sistema em si vai comportar profissionais capacitados pra tal? Segunda questão, pra reflexão, haverá acesso democrático ao sistema, seja público ou privado? Como vai ser esse encaminhamento? Eu vou poder escolher meu médico de confiança, ou aquele que tá disponível no momento? Falar em segurança de dados e realmente segurança de dados é uma coisa cara. Isso não poderia levar a um certo oligopólio ou monopólio de informações? Como nós vamos lidar com isso? A [FULANA] falou em sigilo. O detentor do conhecimento hoje no mundo é o dono do mundo. Imagina eu, indústria farmacêutica, fico sabendo que a população X e determinado estado tem um perfil de saúde e doença Y. Será que essa informação é interessante? Que os procedimentos cirúrgicos realizados em tal hospital em tal município tem tal característica. É uma informação interessante? Eu tenho os dados, o que fazer com os dados? E a questão da cadeia? A corresponsabilidade? Nós, como médicos, sempre trabalhamos com responsabilidade individual, agora vai acontecer uma cadeia? E vou mais longe, fala-se em prontuário, todo mundo tá falando de médico, e os outros profissionais paramédicos? Como funciona esse prontuário? Eu fiz um eletrocardiograma, fiz um ultrassom, fiz a tomografia e mandei pra alguém fazer um telediagnóstico... Aonde fica o prontuário? Ele é obrigado a fazer um segundo prontuário das imagens que recebeu? Esse compartilhamento existe na base? Ele acessa a base? Ou ele tem que fazer um prontuário só dos laudos que ele emitiu e a imagem não? Será que com todo esse enfoque de negócio, nós não corremos o risco de mercantilização da medicina? Isso realmente é uma solução? Qual freio que eu preciso como conselho? Em nome da*

*segurança e benefício do paciente, do médico e da sociedade, devo abordar esse assunto? (APSP – P08 M).*

No mesmo sentido, é possível se notar a utilização de questionamentos que, inicialmente não cabem à discussão proposta. Por exemplo, perguntas acerca de regulamentação de telemedicina para outras carreiras da área da saúde. Ou seja, ao aumentar o espectro da discussão, o indivíduo posterga as definições, mais uma vez não se observando a contribuição técnica em si, mesmo sobre o questionamento realizado.

*Agora a gente tem questões que se colocam, quem vai criar a matriz de competência do não médico? Quem vai auditar o não médico? O que é o ato médico dentro da telemedicina? Se a gente não conseguir defender o ato médico no congresso nacional, se a medicina vem sendo feita por não médicos em áreas enormes, existem profissionais não médicos exercendo a medicina porque o ato médico não é uma coisa protegida e nem estabelecida na sua forma mais ampla. Quem vai proteger o que é ato médico com a telemedicina? (APSP – P09 M).*

Outro exemplo da aplicação da estratégia de postergação identificada foi a de colocar em discussão situações específicas e, de certa forma, polêmicas. Este tipo de situação dificilmente poderia fazer parte de parâmetros de aplicação à população em geral. Ou seja, a proposição de discussão acerca de temas específicos voltados a uma minoria (presidiários) e, principalmente, polêmicos, em uma discussão sobre regramento geral parece procrastinar o consenso, normalmente sem contribuir para definições sobre a matéria.

*O recluso é um paciente especial, é um paciente especial por tudo que a gente já sabe que ele já passa. Muitas vezes a única chance que ele tem de conversar sozinho com alguém que não é da cadeia, é quando ele tá sozinho com o médico. Querer que esse paciente tenha a mesma liberdade pra discorrer sobre as suas mazelas em telemedicina e obrigá-lo somente a esse método, não é ético. (APSP – P12 M).*

De forma similar, em uma grande quantidade nas narrativas daqueles que defendiam a não regulamentação das teleconsultas, os indivíduos pareciam fugir dos temas centrais de discussão, colocando as defesas dos seus pontos de forma rápida e sucinta, sem qualquer discussão técnica e direta sobre reais limitações, impossibilidades, ou prejuízos aos pacientes.

Em especial, uma das narrativas se utilizou de mais de 2.200 palavras, em mais de 15 minutos da fala, onde ao todo se observou pouco mais de uma sentença sobre as teleconsultas. Sentença que não abordou vantagens ou desvantagens do modelo, se limitando a um conjunto de palavras que pouco se pode compreender o sentido, quiçá o vincular de forma lógica às teleconsultas. Nota peculiar, que se caracteriza pela menção até de jogos futebolísticos, inclusive, em meio ao longo discurso, caracterizando ainda mais a postergação de se discutir o assunto (teleconsultas) diretamente:

*E há uma ... um princípio pétreo entre nós viu doutora [FULANA], senhoras e senhores debatedores aqui, que são pessoas extremamente qualificadas. É... nós precisamos garantir telemedicina com médicos nas duas pontas, porque nós não podemos construir um ambiente onde a gente deixe um paciente que está lá nos vazios do nosso país, e aí nós acabamos aqui de aprovar já na Câmara do Senado o nosso... o nosso Projeto dos Médicos pelo Brasil, que foi uma luta, conseguimos aprovar com o trabalho de todos nós aos quarenta e sete minutos do segundo tempo. Foi, com um discurso mais dramático do que a vitória do Flamengo lá em Lima. (APCAM2 – P07 M)*

Outras situações seguem as mesmas lógicas de difícil entendimento e frágil poder de argumentação, postergando o debate ou resoluções. Por exemplo, ao se relatar problemas com o SUS, sem mencionar justamente que as teleconsultas são uma possibilidade para contribuir com a melhoria de acesso. Ou mencionando condutas duvidosas de profissionais, porém realizadas no âmbito das consultas presenciais. Ou ainda justificando o posicionamento com pontos que não parecem ter qualquer sentido direto com a posição, como por exemplo, a partir dos valores oferecidos para clientes/pacientes por planos de saúde que prestem o serviço de teleconsultas. Especialmente se os valores forem baixos e, conseqüentemente, significarem facilitação de acesso à saúde.

*Mas voltando à questão da telemedicina, a gente não tem como lutar contra o progresso, assim como não tem como lutar contra as forças da natureza, mas do jeito que tá agora tem algumas coisas que precisam ser faladas e na minha visão a gente... se falou em SUS, se falou na questão das comunidades indígenas, ok, ela serviria pra fazer o diagnóstico, mas quem vai tratar? Quem vai operar esses índios? Hoje em São Paulo se morre de câncer ainda, porque? Tem diagnóstico, mas não se consegue operar, esse é o problema. Muitas vezes o diagnóstico é feito, mas você não tem uma possibilidade de tratar esse paciente. Então o SUS tem ilhas*

*de excelência, mas o problema é quem consegue chegar. (APSP – P11 M).*

*Mas a minha grande preocupação o que nós vemos hoje, é que o médico mesmo no pronto socorro ele raramente toca no paciente, e o paciente e médico de consultório também raramente toca nesse paciente. Ontem mesmo eu tava fazendo uma ultrassom e um jovem de 14 anos tava com uma dor em cólica há 14 dias e ele foi no consultório e o médico o único exame que esse exame pediu ao paciente foi uma ultrassonografia abdominal, mais nada, não pediu hemograma, não pediu exame de urina, não pediu exame de fezes. Não pediu nada, somente uma ultrassonografia. Então o grande problema da telemedicina, se não tiver o médico lá na ponta. (APCAM1 – P10 M).*

*A empresa [OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE W] ela já estava divulgando esses procedimentos da telemedicina, teleconsulta... E são fatores que no meu entendimento é prejudicial ao paciente, porque se você tiver um médico numa ponta e um médico na outra, aí eu concordo. Agora, o paciente por exemplo, eu vi aqui a [OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE X] fazendo propaganda a 9,99 por mês você acrescentar no plano de saúde que você vai ter um médico 24 horas. (APCAM1 – P05 M).*

Na maior parte das situações mencionadas é preciso uma avaliação crítica do discurso para se notar a incoerência de determinadas justificativas que contribuem para a prática da Postergação. Prática essa realizada, entre outras, pela estratégia de se evitar o consenso acerca do tema, se criando problemáticas que, porém, não parecem se sustentar nos aspectos lógicos sobre o tema. Entretanto, em algumas situações as contradições parecem ficar ainda mais evidentes, sendo observadas pelos próprios indivíduos.

*É disso que eu tenho medo. E como tem a história de olhou, fui lá, bati o olho e eu sei. Isso é o maior perigo dentro da medicina, é a autossuficiência. Achar que eu sei tudo, aí é aonde eu erro. Se a gente conseguisse colocar dentro desse regramento até onde o médico pode falar "aqui eu não sei". É esse o caminho, é o caminho. Porque todos os processos que a gente vê, inclusive éticos disciplinares, o que é? O que ele avançou o sinal vermelho ou deixou de fazer alguma coisa que devia ter feito. Bom, aí não é questão de telemedicina, é uma questão de imperícia mesmo. (APSP – P08 M).*

Via de regra, entre todas fontes analisadas neste trabalho, mesmo que tenham sido mencionados riscos bastante coerentes, não foi possível encontrar fatos, razões ou situações que justificassem, de forma consistente, a falta de

regulamentação das teleconsultas. Assim como, durante as discussões das audiências públicas, não parece ter havido a busca pelo debate com argumentações diretas e fundamentadas, mas sim uma exposição de opiniões e receios que parecem contribuir tão somente para a postergação das teleconsultas. Nesse sentido, sendo algumas das narrativas especialmente claras com o propósito.

*Note bem, não sou contra, pela impossibilidade de fazer uma teleconsulta. Entendendo que consulta médica envolve anamnese, exame físico, exames subsidiários, hipótese diagnóstica, prescrição... É um todo e eu não consigo fragmentar isso. No momento que a tecnologia me permitir fazer tudo isso, vai ser ótimo.... Então veja bem, enquanto for impossível fazer a consulta médica, ela não deve ser realizada. A hora que a tecnologia permitir fazer todos os passos da consulta médica, isso já é realidade, não preciso me preocupar com isso. (APSP – P08 M).*

#### **4.5 Discussão sobre o Trabalho Institucional de Manutenção**

Esta pesquisa verificou a existência de ações que visam a manutenção da instituição da consulta presencial como única forma de atendimento médico possível. Estas ações corroboram Lefsrud & Meyer (2012), que mostram a importância do Trabalho Institucional Defensivo para manutenção das instituições. Segundo os autores, este tipo de ação pode ser entendido como proposital, realizada por indivíduos ou por organizações, e com o objetivo de barrar o trabalho institucional disruptivo. De forma geral, esta pesquisa pode, de forma mais contundente, identificar o Trabalho Institucional Defensivo realizado por profissionais médicos, mesmo que em alguns momentos falando por si, e em outros representando as suas instituições.

Este trabalho corrobora Currie et al. (2012) ao identificar práticas de Trabalho Institucional realizadas especificamente por médicos, buscando a manutenção da instituição vigente. Em ambos os casos também é possível verificar uma concepção, entre estes profissionais, de que a nova instituição proposta significaria perda de poder para a classe. Entretanto, diferente de Currie et al. (2012) no caso das teleconsultas brasileiras não se identificou a utilização do Trabalho Institucional pelas práticas de Definir e de Teorização. Tampouco foi possível observar de forma clara a cooptação de atores para garantia da lógica vigente.

Neste trabalho foram identificadas duas formas de Trabalho Institucional de manutenção já relatadas por Lawrence & Suddaby (2006), ou seja, a Determinação

e o Policiamento. Além disso, duas outras práticas foram identificadas emergindo dos dados, e se diferenciando daquelas previamente observadas, ou seja, a Difamação e a Postergação.

A Difamação, se difere da prática de Valorização e Demonização (Lawrence & Suddaby, 2006). Enquanto a Difamação busca a vinculação da nova instituição a diversas reações adversas tanto para a classe médica quanto para pacientes, a prática, já apontada na literatura, de Valorização e Demonização foca na polarização entre as ações positivas e as ações negativas dentro da instituição vigente. Ou seja, a Difamação busca denegrir a lógica que ameaça a instituição vigente, assim ela tem como objetivo principal a instituição fora do contexto dominante.

Já a Valorização e Demonização é definida como “Providenciar para demonstração pública exemplos positivos e negativos que ilustrem os fundamentos da normatização da instituição” (Lawrence & Suddaby, 2006, p.230). Assim, a Valorização e Demonização é um tipo de prática que tem como objetivo a manutenção por meio da reprodução da instituição vigente. Dessa forma, tem como ponto focal a relação do indivíduo com a instituição vigente, sob forma de superestima de feitos ao seu favor e condenação dos atos que a enfraquecem. A dualidade e a polaridade entre o bom exemplo e o mau exemplo formam a base desta prática, como descrita pelos seus autores. Nesse sentido, diferente da Difamação que apenas visa o enfraquecimento da instituição concorrente. Outra diferença é que a Difamação se utiliza de narrativas normalmente incorretamente relacionadas a nova instituição. Já na Valorização e Demonização os fatos não são necessariamente incorretos, mas apenas super ou subdimensionados.

A Difamação também não se confunde com a prática de Mitos, que também visa a perpetuação das normas e crenças existentes. Nesse sentido, a Difamação pode ter como origem meras suposições sem qualquer relação com histórias passadas. Além disso, não necessariamente é uma prática que tenha aspecto longitudinal, podendo ser realizada por meio de narrativa atual, sem vínculos anteriores ou históricos. Já o Trabalho Institucional pela prática de Mitos é definido como “Preservação dos fundamentos normativos de uma instituição por meio da criação e sustentação de mitos baseados na história” (Lawrence & Suddaby, 2006, p.230). Assim, como anteriormente explicado, esta prática também pressupõe ponto focal diferente, que sugere alimentação constante da história, com repetições e transições entre pessoas ao longo do tempo.

Em relação a prática de Postergação, que também emergiu dos dados da pesquisa, não foi encontrada prática similar na literatura. Apesar disso, algumas referências específicas colaboram com o entendimento deste achado. Giaimo (2004) observou que os gestores da área de saúde tendem a trabalhar no sentido de garantir que as organizações tenham um fluxo harmônico e permitam que o médico tenha seu trabalho facilitado. Isso explica a falta de implementação por estes gestores, e pelas suas organizações, desta inovação que pode significar agilidade, diminuição de custos e aumento de faturamento na sua prestação de serviço. Esta agilidade pode ocorrer por meio de centrais de atendimento unificadas, por exemplo, em grandes centros que possuem maiores quantidades de médicos gerais e especialistas. No mesmo sentido, a redução de custos e o aumento do faturamento pode ocorrer com o maior número de consultas que podem eventualmente ser realizadas, em períodos mais concentrados de tempo por estes especialistas.

Assim, foi possível identificar que uma das possíveis explicações do sucesso e da evidência da prática da Postergação, corroborando os achados de Giaimo (2004), se encontram na influência que os médicos, mesmo atuando como empregados das empresas, exercem sobre os gestores de forma a impedir o rompimento com a instituição vigente. No mesmo sentido, Battilana (2011) mostra que os médicos têm se mantido em importantes e poderosas posições, embora esta lógica dominante possa ser ameaçada por amplas mudanças externas ao campo da saúde. Ou seja, muitas vezes nas principais empresas, cooperativas e planos de saúde ainda são os médicos que ocupam o cargo máximo da organização. Nesse sentido, os resultados obtidos também corroboram a literatura. Além disso, outra possível explicação para a defasagem da resolução brasileira está no fato dos médicos, gestores de grandes organizações da área da saúde, não terem interesse nessa pauta temendo reflexos negativos para sua classe.

## 5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A telemedicina se caracteriza por ser um conjunto de diferentes serviços de saúde, que são realizados a distância (Mengesha & Garfield, 2019). Este tipo de serviço é também uma promissora ferramenta no desenvolvimento social, por meio de assistência expandida à saúde. Isso porque permite, de uma forma mais econômica, que uma ampla gama de atendimentos sejam implementados de forma mais abrangente (Furusa & Coleman, 2018; Wade, Taylor, Kidd, & Carati, 2016). As teleconsultas são uma importante forma de prestação de serviços de saúde, dentro do rol de possibilidades da telemedicina (World Health Organization - & EHealth, 2016). A eventual ampliação dos serviços baseados nesse tipo de atendimento pode diminuir as desigualdades de acesso a saúde no contexto brasileiro, diminuindo a exclusão existente de parte da população à assistência. Modelos de serviços de telemedicina são, basicamente, sustentados por TICs, e permitem a ampliação da medicina baseada em evidências.

No Brasil, as teleconsultas não são regulamentadas. Ou seja, embora tenham sido, até o momento, provisoriamente permitidas por conta da pandemia do COVID-19, não são permitidas nos regulamentos do conselho da classe, ou mesmo em legislação permanente. A revogação, ainda antes de entrar em vigor, de uma resolução do CFM que permitiria a realização de teleconsultas, levantou uma discussão acerca de fatores considerados importantes para as bases dessa regulamentação (CFM, 2019). Considerando que esta regulamentação, *a priori*, deve ser realizada pelo CFM, a aceitação dos médicos em relação as teleconsultas é ponto fundamental para sua eventual liberação.

Entretanto, a resistência dos médicos à aceitação da telemedicina, e das teleconsultas, não é um fenômeno específico do Brasil (Adenuga et al., 2017). Outros países, tanto desenvolvidos (Haluzá & Jungwirth, 2015) quanto em desenvolvimento (Alaboudi et al., 2016), já observaram esse tipo de comportamento. As pesquisas deste campo têm identificado fatores que influenciam a aceitação e a difusão dessas inovações utilizando, principalmente, teorias de difusão de tecnologias como TAM, UTAUT e TDI (Safi et al., 2018). Essas pesquisas carecem de abordagens holísticas que considerem as pressões institucionais que afetam os médicos. Assim, a compreensão sobre o que influencia os médicos na aceitação das teleconsultas é uma questão importante dentro deste contexto teórico e empírico.

Considerando isso, esta tese objetivou analisar os fatores que influenciam a aceitação da telemedicina/teleconsulta por parte de médicos, e compreender como fatores institucionais e o trabalho institucional desses profissionais atuam de maneira a difundir ou a barrar a adoção dessa inovação.

Nesse sentido, esta pesquisa identificou fatores da literatura e também descobriu, no campo, novos fatores que emergiram dos dados do contexto estudado. Os Fatores Regulatórios, Grau de Instrução e Preparo dos Usuários, Resistência a Mudança, Infraestrutura Tecnológica, Percepção de Valor e Características Organizacionais foram identificados na revisão prévia da literatura, sendo corroborados no contexto brasileiro. Já os fatores do Corporativismo, Possibilidades por Especialidades, Exame Físico Presencial, Mercantilização da Medicina, e Relação Médico-Paciente Progressiva emergiram dos dados, sendo propostos e caracterizados.

A identificação dos fatores permitiu que fosse realizada, em procedimento posterior, a análise desses fatores por meio da Teoria Institucional (DiMaggio & Powell, 1983). Nesse sentido, os fatores foram observados a partir das relações (similaridades e diferenças) que guardam entre si, sendo relacionados aos Pilares Institucionais (Scott, 2014), permitindo a visualização das pressões institucionais por esta lente teórica.

A Teoria Institucional (Zietsma & Lawrence, 2010) possibilitou visões ampliadas que relacionam os diferentes fatores de aceitação entre si e que revelam novas relações e similaridades, distintas daquelas já realizadas por meio de teorias de difusão e aceitação de inovações, verificadas na literatura prévia. Assim, os Pilares Cultural/Cognitivo, Normativo e Regulativo (Scott, 2014) foram relacionados a aspectos que correspondem à base da relação entre os fatores: Desconhecimento, Estrutura e Regulamentação, respectivamente.

No **Pilar Cultural/Cognitivo**, o DESCONHECIMENTO acerca do funcionamento das teleconsultas é o padrão nesse tipo de pressão institucional. O desconhecimento impede que os médicos entendam que uma série de fatores que influenciam a sua aceitação não são reais barreiras nesse tipo de atendimento, ou ainda que são barreiras transponíveis. Nesse sentido, a falta de compreensão por esta nova instituição (teleconsulta) fundamenta uma rejeição cultural e real, fazendo com que não exista sentido, na visão destes profissionais, na regulamentação para adoção dessas práticas. Os fatores relacionados com esse pilar foram: a Resistência

à Mudança, a Percepção de Valor, o Grau de Instrução e Preparo dos Usuários, a Relação Médico-Paciente Progressiva, o Exame Físico Presencial, e as Possibilidades por Especialidades.

De forma similar, a análise a partir do **Pilar Normativo** mostra que os médicos exercem pressão institucional sobre as organizações. No caso, impedindo estas de realizar ações ligadas à ESTRUTURA para implantação do serviço de teleconsultas (envolvendo fatores como: Aspectos Organizacionais; Infraestrutura Tecnológica e Disponibilidade Financeira). Uma evidência dessa pressão é a falta de formação profissional para compreender o que é a telemedicina e as teleconsultas nas graduações de medicina, bem como a falta de empresas de diversos setores que invistam nesse tipo de inovação, uma vez que o conselho de medicina impede a aprovação e legalização dessas práticas (exercendo um fator importante, o de Corporativismo), o que ajuda na manutenção da instituição vigente da exclusividade de consultas presenciais.

Por fim, o **Pilar Regulativo**, que pode ser relacionado à REGULAMENTAÇÃO (ligado aos Fatores Regulatórios, já apontados na literatura prévia), tem como base a pressão institucional por meio da regulação em si. Nesse sentido, no caso pesquisado, sua principal manifestação foi identificada a partir da revogação da Resolução 2.227/2018 que regulamentaria, no sentido de permitir, a realização das teleconsultas no Brasil, a qual ocorreu devido à pressão contra exercida pela classe médica.

Por fim, ainda sob a ótica da Teoria Institucional, foram identificadas práticas de Trabalho Institucional (Lawrence & Suddaby, 2006) realizadas pelos médicos com o objetivo da manutenção da instituição vigente, ou seja, do entendimento das consultas presenciais como única forma adequada de realização do atendimento médico. As práticas de **Policimento** e **Determinação** já haviam sido observadas na literatura e foram corroboradas no caso pesquisado no contexto brasileiro. Já as práticas de **Postergação** e **Difamação** não haviam sido definidas na literatura, estas emergiram dos dados, tendo sido caracterizadas neste estudo.

Assim, considerando os resultados apresentados, a seguir são abordadas as contribuições acadêmicas e gerenciais da tese, seguidas pelas limitações da pesquisa e sugestões para estudos futuros.

## 5.1 Implicações Acadêmicas

Esta tese contribui tanto para a literatura referente a fatores de influência na aceitação de inovações na área da saúde (*ehealth*), mais especificamente, na telemedicina, quanto para a Teoria Institucional, no que se refere, especificamente, ao Trabalho Institucional.

Em relação à primeira contribuição, esta tese apresenta uma revisão teórica abrangente dos fatores de aceitação de telemedicina, e agrega fatores similares, reduzindo uma parte relevante das pesquisas sobre o tema a oito (08) fatores principais. Além disso, adiciona cinco novos fatores, gerados a partir da consideração de um ator específico (médicos). Embora esses cinco fatores (Corporativismo, Possibilidades por Especialidades, Exame Físico Presencial, Mercantilização da Medicina, e Relação Médico-Paciente Progressiva) tenham emergido especificamente do estudo do contexto brasileiro, merecem estudos futuros pois podem se mostrar presentes em contextos similares. Nesse sentido, seguindo o chamado de Schreiwis et al. (2019) esta tese investigou inovações em *eHealth* que apresentam barreiras não transpostas, tendo em vista que a regulamentação das teleconsultas ainda não existe de forma definitiva no Brasil, e ainda encontra resistência e casos de insucesso em outros países do mundo.

Esta tese também contribui no sentido de considerar novas abordagens teóricas que tenham potencial de realizar uma análise holística sobre o tema de aceitação da telemedicina. Nesse sentido, sob a lente da Teoria Institucional, considerou fatores chave no processo e manifestações decorrentes das diferentes pressões institucionais existentes. Assim, atende a Davidson et al. (2018) pois apresenta análises mais abrangentes do que as encontradas na literatura em geral da área, principalmente em relação àquelas que se utilizam de teorias de aceitação e difusão de inovações.

Utilizando a Teoria Institucional, esta pesquisa contribuiu com a literatura ao relacionar fatores de aceitação de tecnologias da área da saúde com os Pilares Institucionais (Scott, 2014), algo até então, não encontrado nos estudos prévios. Nesse mesmo sentido, por esta tese é possível verificar que a Teoria Institucional é uma lente adequada para estudos na área da saúde, principalmente considerando temas relacionados com classes profissionais dominantes, de elevado poder de influência, em relações a gestores e a organizações dessa área.

Por fim, esta pesquisa contribui com o desenvolvimento da teoria no âmbito do Trabalho Institucional, pois analisa uma situação em que se pode perceber um significativo sucesso na **manutenção** de uma instituição vigente. Em um contexto de forte adoção de práticas realizadas por uma classe específica de profissionais na defesa dos seus interesses, porém baseados, sobremaneira, no desconhecimento acerca da inovação proposta (nova instituição). Especificamente, a tese contribuiu com a literatura sobre Trabalho Institucional, ao trazer duas novas formas desse tipo de trabalho: o de **Postergação** e o de **Difamação**, que até então não haviam sido apontados e definidos.

## 5.2 Implicações Gerenciais

Esta pesquisa tem diversas implicações gerenciais pois permite que gestores da área da saúde tenham maior conhecimento sobre os principais fatores que influenciam a aceitação da telemedicina por médicos. Dessa forma, estes gestores têm melhores possibilidades de planejar metodologias adequadas para a exitosa implantação de inovações futuras, como teleconsultas, em seus ambientes organizacionais. Assim, estes achados podem embasar mapas de planejamento que elevem o nível de aceitação dos médicos à essas inovações, e conseqüentemente, exista uma maior adesão por todos, ou seja, não só médicos mas demais profissionais e pacientes.

Para os legisladores e propositores de políticas públicas, esta tese mostra uma análise holística acerca de uma inovação que pode contribuir para os atendimentos em saúde, diminuindo distâncias, abrindo mercados, e melhorando não apenas o ambiente de negócios, mas a saúde da população (Adenuga et al., 2017; Alaboudi et al., 2016). No ambiente da prestação de saúde por hospitais públicos, por exemplo, programas que implantem a tecnologia de teleconsultas com aval dos médicos podem representar maior acesso aos que mais precisam de assistência médica e que, porém, habitam locais remotos ou de difícil acesso.

Para a classe médica este trabalho pode servir como uma possibilidade para autocrítica e/ou esclarecimento acerca do caso das teleconsultas, dificultando que casos parecidos possam ocorrer novamente. Ou seja, que o desconhecimento possa embasar concepções possivelmente equivocadas que impeçam a criação de novas instituições no campo organizacional. No mesmo sentido, este trabalho pode

levar informação para usuários dos sistemas público e privado de saúde, para que estes participem mais ativamente de regulações que lhes afetam, exercendo pressões legítimas em defesa de seus interesses.

### **5.3 Limitações de Pesquisa**

Apesar de todas as precauções e da busca pelo mais completo desenvolvimento metodológico possível, alguns pontos não puderam ser melhor desenvolvidos e podem ser vistos como limitações da pesquisa. São os seguintes:

- a) A pesquisa não apresentou uma elevada quantidade de entrevistas (dados primários);
- b) A pesquisa se utiliza de abordagem exploratória, em um fenômeno em mudança, com seleção dos entrevistados seguindo uma ordem de conveniência. Assim, apesar da amostra ser heterogênea, no sentido de vínculos e especialidades, a amostra não é probabilista, o que impede a generalizações naturais de pesquisas confirmatórias;
- c) A codificação realizada com metodologia mista, de forma aberta, pode gerar codificações e entendimentos subjetivos. No mesmo sentido, a codificação dos fatores a partir dos padrões e das similaridades e diferenças entre os fatores vem de uma interpretação, argumentada, deste pesquisador, mas pode gerar interpretações diferentes.
- d) As conclusões desta tese são fruto de um extenso trabalho que se utilizou de diversas fontes de dados e informações. Para além da imersão realizada pelo pesquisador, salienta-se o fato da experiência e vivência deste no ambiente da assistência à saúde pública, através da sua atuação como gestor de área administrativa de um hospital público brasileiro. Este fato, por um lado, oferece a visão de alguém inserido no campo apesar de, por outro lado, essa proximidade ser possível causadora de vieses de análise.
- e)

As limitações apresentadas sugerem mais futuras pesquisas, de modo a qualificar e desenvolver os trabalhos abordados nesta tese, conforme explicado a seguir.

## 5.4 Sugestões de Estudos Futuros

Considerando a evolução do tema e da linha de pesquisa aqui executada, se faz importante a partir desta experiência a sugestão dos seguintes estudos futuros:

- a) Avaliação acerca de práticas não utilizadas para o Trabalho Institucional, respondendo, por exemplo, quais outras práticas podem ser observadas para manutenção de instituições na área da saúde;
- b) Análise da utilização de Trabalho Institucional que tenha objetivo de Disrupção da instituição vigente, (aceitação da telemedicina), e que seja exercido, por exemplo, por outros atores, que não médicos;
- c) Avaliação sobre os conjuntos de práticas utilizadas para aceitação de inovações na área da saúde, buscando identificar se existem práticas individualmente mais exitosas para Disrupção de instituições na área da saúde, ou ainda, combinações de alcancem melhores resultados;
- d) Também sugere-se investigar se os cinco novos fatores de aceitação que emergiram dos dados da pesquisa (específicos quanto à aceitação da telemedicina/teleconsultas por médicos), podem ser verificados ou não em outros contextos;
- e) Sugere-se ainda o desenvolvimento de estudos específicos sobre as práticas de Postergação e Difamação, no sentido de verificar se estas práticas que, neste trabalho emergiram dos dados, também podem ser encontradas em outros contextos. E ainda, se estas práticas são encontradas associadas apenas a práticas de manutenção de instituições;
- f) Verificar se a educação, no sentido de superar o desconhecimento, conforme verificado nesta tese, pode ser encontrada como possível fator associado ao Pilar Cultural/Cognitivo em outras aplicações da Teoria Institucional sobre inovações na área da saúde.
- g) Verificar se existe diferenças de aceitação das teleconsultas entre profissionais vinculados a cargos públicos/privados;
- h) Entender se a pandemia do COVID-19 alterou a percepção de pacientes e profissionais sobre as teleconsultas;

## REFERÊNCIAS

- Abejirinde, I. O. O., Zweekhorst, M., Bardají, A., Abugnaba-Abanga, R., Apentibadek, N., De Brouwere, V., ... Marchal, B. (2018). Unveiling the black box of diagnostic and clinical decision support systems for antenatal care: Realist evaluation. *JMIR MHealth and UHealth*, 6(12), 1–13. <https://doi.org/10.2196/11468>
- Aboelmaged, M., & Hashem, G. (2018). RFID application in patient and medical asset operations management: A technology, organizational and environmental (TOE) perspective into key enablers and impediments. *International Journal of Medical Informatics*, 118(July), 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.07.009>
- Adenuga, K. I., Iahad, N. A., & Miskon, S. (2017). Towards reinforcing telemedicine adoption amongst clinicians in Nigeria. *International Journal of Medical Informatics*, 104(December 2016), 84–96. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.05.008>
- Agarwal, P., Kithulegoda, N., Umpierre, R., Pawlovich, J., Pfeil, J. N., D'Avila, O. P., ... Ponka, D. (2020). Telemedicine in the driver's seat: new role for primary care access in Brazil and Canada. *Canadian Family Physician*, 66, 104–111.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Retrieved from <http://www.citeulike.org/group/38/article/235626>
- Alaboudi, A., Atkins, A., Sharp, B., Balkhair, A., Alzahrani, M., & Sunbul, T. (2016). Barriers and challenges in adopting Saudi telemedicine network: The perceptions of decision makers of healthcare facilities in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2016.09.001>
- Apolinário-Hagen, J., Vehreschild, V., & Alkoudmani, R. M. (2017). Current Views and Perspectives on E-Mental Health: An Exploratory Survey Study for Understanding Public Attitudes Toward Internet-Based Psychotherapy in Germany. *JMIR Mental Health*, 4(1), e8. <https://doi.org/10.2196/mental.6375>
- Baker, J. (2012). The Technology–Organization–Environment Framework. In Y. K. Dwivedi, M. R. Wade, & S. L. Schneberger (Eds.), *Information Systems Theory: Explaining and Predicting Our Digital Society* (Vol. 1, p. 461). <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6108-2>
- Battilana, J. (2011). The enabling role of social position in diverging from the institutional status quo: Evidence from the UK national health service. *Organization Science*, 22(4), 817–834. <https://doi.org/10.1287/orsc.1100.0574>
- Borracci, R. A., & Giorgi, M. A. (2018). Agent-based computational models to explore diffusion of medical innovations among cardiologists. *International Journal of Medical Informatics*, 112(February), 158–165. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.02.008>

- Bradford, N. K., Caffery, L. J., & Smith, A. C. (2015). Awareness , experiences and perceptions of telehealth in a rural Queensland community. *BMC Health Services Research*, *15*(427), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1094-7>
- Brooke-Sumner, C., Petersen-Williams, P., Kruger, J., Mahomed, H., & Myers, B. (2019). “Doing more with less”: a qualitative investigation of perceptions of South African health service managers on implementation of health innovations. *Health Policy and Planning*, *34*(2), 132–140. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz017>
- Bunduchi, R., Smart, A., Charles, K., McKee, L., & Azuara-Blanco, A. (2015). When innovation fails: An institutional perspective of the (non)adoption of boundary spanning IT innovation. *Information and Management*, *52*(5), 563–576. <https://doi.org/10.1016/j.im.2015.04.001>
- Catan, G., Espanha, R., Mendes, R. V., Toren, O., & Chinitz, D. (2015). Health information technology implementation - Impacts and policy considerations: A comparison between Israel and Portugal. *Israel Journal of Health Policy Research*, *4*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13584-015-0040-9>
- CFM, Conselho Federal de Medicina (2019). Conselheiros do CFM revogam a Resolução nº 2.227/2018, que trata da Telemedicina. Retrieved November 5, 2019, from [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)
- Cimperman, M., Makovec Brenčič, M., & Trkman, P. (2016). Analyzing older users’ home telehealth services acceptance behavior-applying an Extended UTAUT model. *International Journal of Medical Informatics*, *90*, 22–31. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.03.002>
- Cocosila, M., & Turel, O. (2016). A dual-risk model of user adoption of mobile- based smoking cessation support services. *Behaviour & Information Technology*, *35*(7), 526–535. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2015.1066445>
- Currie, G., Lockett, A., Finn, R., Martin, G., & Waring, J. (2012). Institutional Work to Maintain Professional Power: Recreating the Model of Medical Professionalism. *Organization Studies*, *33*(7), 937–962. <https://doi.org/10.1177/0170840612445116>
- Da Silveira, E. (2020). Pandemia aumenta alcance da telemedicina no Brasil. Retrieved August 18, 2020, from Questão de Ciência website: <https://www.revistaquestaodeciencia.com.br/questao-de-fato/2020/07/17/pandemia-aumenta-alcance-da-telemedicina-no-brasil>
- Davidson, E., Baird, A., & Prince, K. (2018). Opening the envelope of health care information systems research. *Information and Organization*, *28*(3), 140–151. <https://doi.org/10.1016/j.infoandorg.2018.07.001>
- Davis, F. D., Bagozzi, R. P., & Warshaw, P. R. (1989). User Acceptance of Computer Technology: A Comparison of Two Theoretical Models. *Management Science*,

- 35(8), 982–1003. <https://doi.org/10.1287/mnsc.35.8.982>
- Deldar, K., Bahaadinbeigy, K., & Tara, S. M. (2016). Teleconsultation and Clinical Decision Making : a Systematic Review. *ACTA INFORM MEDICA*, 24(4), 286–292. <https://doi.org/10.5455/aim.2016.24.286-292>
- Delone, W. H., & McLean, E. R. (1992). Information Systems Success: The quest for the dependent variable. *Information System Research*, 3(1), 60–95.
- Desidério, M. (2020). Esta startup já fez 1 milhão de consultas via telemedicina na pandemia. Retrieved August 25, 2020, from Revista Exame website: <https://exame.com/pme/esta-startup-ja-fez-1-milhao-de-consultas-via-telemedicina-na-pandemia/>
- Dimaggio, P. (1988). Interest and agency in institutional theory. In *Research on Institutional Patterns: Environment and Culture* (pp. 3–22). Cambridge, MA: Ballinger Publishing Co.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited : Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160.
- Driessen, J., Bonhomme, A., Chang, W., Nace, D. A., Kavalieratos, D., Perera, S., & Handler, S. M. (2016). Nursing Home Provider Perceptions of Telemedicine for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(6), 519–524. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.02.004>
- Eisenstadt, S. N. (1980). Cultural Orientations, Institutional Entrepreneurs, and Social Change: Comparative Analysis of Traditional Civilizations. *American Journal of Sociology*, 85(4), 840–869. <https://doi.org/10.1086/227091>
- Feijt, M. A., De Kort, Y. A. W., Bongers, I. M. B., & IJsselsteijn, W. A. (2018). Perceived drivers and barriers to the adoption of eMental health by psychologists: The construction of the levels of adoption of eMental health model. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e153. <https://doi.org/10.2196/jmir.9485>
- Formenti, L., & Felix, P. (2019, February 22). CFM revoga resolução que regulamenta telemedicina no País. *O Estado de São Paulo*, p. 2. Retrieved from <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi1kOHowazwAhVoqZUCHXUBB5IQFjACegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fsaude.estadao.com.br%2Fnoticias%2Fgeral%2Ccfm-revoga-resolucao-que-regulamenta-telemedicina-no-pais%2C70002732120&usq=AOvVaw3CTqJzpAUAR7FYU1h5tFmx>
- Furusa, S. S., & Coleman, A. (2018). Factors influencing e-health implementation by medical doctors in public hospitals in Zimbabwe. *SA Journal of Information Management*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.4102/sajim.v20i1.928>

- Giaimo, S. (2004). Markets and Medicine: The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29(3), 525–528. <https://doi.org/10.1215/03616878-29-3-525>
- Go Jefferies, J., Bishop, S., & Hibbert, S. (2019). Customer boundary work to navigate institutional arrangements around service interactions: Exploring the case of telehealth. *Journal of Business Research*, 105(March), 420–433. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.03.052>
- Gorman, L. D. O., Hogenbirk, J. C., & Warry, W. (2016). Clinical Telemedicine Utilization in Ontario over the Ontario Telemedicine Network. *TELEMEDICINE and E-HEALTH*, 22(6), 473–479. <https://doi.org/10.1089/tmj.2015.0166>
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsi, C., Lynch, J., Hughes, G., A'Court, C., ... Shaw, S. (2017). Beyond adoption: A new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, and challenges to the scale-up, spread, and sustainability of health and care technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11), 1–21. <https://doi.org/10.2196/jmir.8775>
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsi, C., Lynch, J., Hughes, G., A'Court, C., ... Shaw, S. (2018). Analysing the role of complexity in explaining the fortunes of technology programmes: Empirical application of the NASSS framework. *BMC Medicine*, 16(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1050-6>
- Greenwood, R., Oliver, C., Lawrence, T., Meyer, R., Hinings, C. R. (Bob), Logue, D., & Zietsma, C. (2018). Fields, Institutional Infrastructure and Governance. *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*, 163–189. <https://doi.org/10.4135/9781446280669.n7>
- Greenwood, R., & Suddaby, R. (2006). Institutional entrepreneurship in mature fields: The big five accounting firms. *Academy of Management Journal*, 49(1), 27–48. <https://doi.org/10.5465/AMJ.2006.20785498>
- Haluzá, D., & Jungwirth, D. (2015). ICT and the future of health care: Aspects of health promotion. *International Journal of Medical Informatics*, 84(1), 48–57. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.09.005>
- Haluzá, D., Naszay, M., Stockinger, A., & Jungwirth, D. (2016). Prevailing Opinions on Connected Health in Austria: Results from an Online Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(8), 813. <https://doi.org/10.3390/ijerph13080813>
- Hampel, C. E., Lawrence, T. B., & Tracey, P. (2017). Institutional Work: Taking Stock and Making It Matter. In *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism* (2nd ed., pp. 558–590). <https://doi.org/10.4135/9781446280669.n22>
- Hao, H., Padman, R., Sun, B., & Telang, R. (2018). Quantifying the impact of social influence on the information technology implementation process by physicians: A hierarchical Bayesian learning approach. *Information Systems Research*, 29(1), 25–41. <https://doi.org/10.1287/isre.2017.0746>

- Hatz, M. H. M., Schreyögg, J., Torbica, A., Boriani, G., & Blankart, C. R. B. (2017). Adoption Decisions for Medical Devices in the Field of Cardiology: Results from a European Survey. *Health Economics (United Kingdom)*, 26, 124–144. <https://doi.org/10.1002/hec.3472>
- Hinings, B., Gegenhuber, T., & Greenwood, R. (2018). Digital innovation and transformation: An institutional perspective. *Information and Organization*, 28(1), 52–61. <https://doi.org/10.1016/j.infoandorg.2018.02.004>
- Holahan, P. J., Lesselroth, B. J., Adams, K., Wang, K., & Church, V. (2015). Beyond technology acceptance to effective technology use: A parsimonious and actionable model. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 22(3), 718–729. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocu043>
- Hsia, T. L., Chiang, A. J., Wu, J. H., Teng, N. N. H., & Rubin, A. D. (2019). What drives E-Health usage? Integrated institutional forces and top management perspectives. *Computers in Human Behavior*, 97(January), 260–270. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.01.010>
- Hu, P. J. H. (2003). Evaluating telemedicine systems success: A revised model. *Proceedings of the 36th Annual Hawaii International Conference on System Sciences, HICSS 2003*. <https://doi.org/10.1109/HICSS.2003.1174379>
- Iacopino, V., Mascia, D., & Cicchetti, A. (2018). Professional networks and the alignment of individual perceptions about medical innovation. *Health Care Management Review*, 43(2), 92–103. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000132>
- Klingberg, A., Wallis, L. A., Hasselberg, M., Yen, P. Y., & Fritzell, S. C. (2018). Teleconsultation using mobile phones for diagnosis and acute care of burn injuries among emergency physicians: Mixed-methods study. *JMIR MHealth and UHealth*, 6(10), 1–16. <https://doi.org/10.2196/11076>
- Kristensson, P., Brunstrom, A., & Pedersen, T. (2015). Affective forecasting of value creation: Professional nurses' ability to predict and remember the experienced value of a telemedicine diagnostics ICT service. *Behaviour and Information Technology*, 34(10), 964–975. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2014.978379>
- Kruse, C. S., Mileski, M., & Moreno, J. (2017). Mobile health solutions for the aging population: A systematic narrative analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(4), 439–451. <https://doi.org/10.1177/1357633X16649790>
- Landaeta, R. E., Mun, J. H., Rabadi, G., & Levin, D. (2008). Identifying sources of resistance to change in healthcare. *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 9(1), 74–96. <https://doi.org/10.1504/IJHTM.2008.016849>
- Lawrence, T. B., & Suddaby, R. (2006). Institutions and Institutional Work. In *The SAGE Handbook of Organization Studies* (2nd ed., pp. 215–254). London: Sage.

- Lawrence, T. B., Suddaby, R., & Leca, B. (2009). *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations*. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511596605.001>
- Lefsrud, L. M., & Meyer, R. E. (2012). Science or Science Fiction? Professionals' Discursive Construction of Climate Change. *Organization Studies*, 33(11), 1477–1506. <https://doi.org/10.1177/0170840612463317>
- Lin, T. T. C., & Bautista, J. R. (2017). Understanding the Relationships between mHealth Apps' Characteristics, Trialability, and mHealth Literacy. *Journal of Health Communication*, 22(4), 346–354. <https://doi.org/10.1080/10810730.2017.1296508>
- Livet, M., & Fixsen, A. (2019). Adapting a Technology-Based Implementation Support Tool for Community Mental Health: Challenges and Lessons Learned. *Health Promotion Practice*, 20(1), 105–115. <https://doi.org/10.1177/1524839917749468>
- Maguire, S., Hardy, C., & Lawrence, T. B. (2004). Institutional entrepreneurship in emerging fields: HIV/AIDS treatment advocacy in Canada. *Academy of Management Journal*, 47(5), 657–679. <https://doi.org/10.2307/20159610>
- McCartney, M. (2012). Show us the evidence for telehealth. *BMJ (Online)*, 344(7840), 1–2. <https://doi.org/10.1136/bmj.e469>
- Mengesha, G. H., & Garfield, M. J. (2019). A contextualized IT adoption and use model for telemedicine in Ethiopia. *Information Technology for Development*, 25(2), 184–203. <https://doi.org/10.1080/02681102.2018.1461057>
- Miller, F. A., & French, M. (2016). Organizing the entrepreneurial hospital: Hybridizing the logics of healthcare and innovation. *Research Policy*, 45(8), 1534–1544. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2016.01.009>
- Minayo, M. C. S. (2012). Ciência & Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 6.
- Müller, K. I., Alstadhaug, K. B., & Bekkelund, S. I. (2016). Acceptability, feasibility, and cost of telemedicine for nonacute headaches: A randomized study comparing video and traditional consultations. *Journal of Medical Internet Research*, 18(5), 1–12. <https://doi.org/10.2196/jmir.5221>
- Natalia Cuminale. (2019). A era do doutor robô A era do doutor robô. *Veja*, p. 2. REVISTA VEJA.
- RESOLUÇÃO CFM nº 1.643/2002. (2002). Conselho Federal de Medicina.
- RESOLUÇÃO CFM nº 2.227/2018 - REVOGADA (p. 12). (2018). Conselho Federal de Medicina.
- Rho, M. J., Choi, I. young, & Lee, J. (2014). Predictive factors of telemedicine service acceptance and behavioral intention of physicians. *International Journal of*

*Medical Informatics*, 83(8), 559–571.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.05.005>

RICHARDSON, R. J. (1999). *Social research: methods and techniques* (3<sup>a</sup>). São Paulo: Atlas.

Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of Innovations* (4th ed.). New York: Free Press.

Safi, S., Thiessen, T., & Schmailzl, K. J. G. (2018). Acceptance and resistance of new digital technologies in medicine: Qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(12), 1–9. <https://doi.org/10.2196/11072>

Saldaña, J. (2009). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. London: SAGE Publications Ltd.

Sánchez-Polo, M. T., Cegarra-Navarro, J. G., Cillo, V., & Wensley, A. (2019). Overcoming knowledge barriers to health care through continuous learning. *Journal of Knowledge Management*, 23(3), 508–526. <https://doi.org/10.1108/JKM-10-2018-0636>

Schreiweis, B., Pobiruchin, M., Strotbaum, V., Suleder, J., Wiesner, M., & Bergh, B. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of eHealth services: Systematic literature analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 21(11), 1–12. <https://doi.org/10.2196/14197>

Schulte, M., Liang, D., Wu, F., Lan, Y. C., Tsay, W., Du, J., ... Hser, Y. I. (2016). A Smartphone Application Supporting Recovery from Heroin Addiction: Perspectives of Patients and Providers in China, Taiwan, and the USA. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 11(3), 511–522. <https://doi.org/10.1007/s11481-016-9653-1>

Schwamm, L. H., Chumbler, N., Brown, E., Fonarow, G. C., Berube, D., Nystrom, K., ... Tiner, A. C. (2017). Recommendations for the Implementation of Telehealth in Cardiovascular and Stroke Care: A Policy Statement from the American Heart Association. *Circulation*, 135(7), e24–e44. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000475>

Scott, W. R. (2014). Institutions and Organizations: ideas, interests and identities. In *Sage* (Vol. 17). <https://doi.org/10.3917/mana.202.0204>

Selznick, P. (1972). *A Liderança na Administração uma interpretação sociológica*. Rio de Janeiro, RJ: FGV.

Shin, D., & Hwang, Y. (2017). Integrated acceptance and sustainability evaluation of Internet of Medical Things: A dual-level analysis. *Internet Research*, 27(5), 1227–1254. <https://doi.org/10.1108/IntR-07-2016-0200>

Skillman, M., Cross-Barnet, C., Singer, R. F., Ruiz, S., Rotondo, C., Ahn, R., ... Moiduddin, A. (2017). Physician Engagement Strategies in Care Coordination: Findings from the Centers for Medicare & Medicaid Services' Health Care

Innovation Awards Program. *Health Services Research*, 52(1), 291–312.

- Sreelatha, O. K., & Ramesh, S. V. S. (2016). Teleophthalmology: Improving patient outcomes? *Clinical Ophthalmology*, 10, 285–295. <https://doi.org/10.2147/OPTH.S80487>
- Swinkels, I. C. S., Huygens, M. W. J., Schoenmakers, T. M., D'Hollosy, W. O. N., Velsen, L. Van, Vermeulen, J., ... Witte, L. de. (2018). Lessons Learned From a Living Lab on the Broad Adoption of eHealth in Primary Health Care Corresponding Author: *JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH*, 20(3), 1–10. <https://doi.org/10.2196/jmir.9110>
- Taylor, J., Coates, E., Brewster, L., Mountain, G., Wessels, B., & Hawley, M. S. (2015). Examining the use of telehealth in community nursing: Identifying the factors affecting frontline staff acceptance and telehealth adoption. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 326–337. <https://doi.org/10.1111/jan.12480>
- THORNTON, P. H., OCASIO, W., & LOUNSBURY, M. (2012). *The Institutional Logics perspective: A new approach to culture, structure and process*. Oxford University Press.
- Tolbert, P. S., & Zucker, L. G. (1983). Institutional Sources of Change in the Formal Structure of Organizations: The Diffusion of Civil Service Reform, 1880-1935. *Administrative Science Quarterly*, 28(1), 22. <https://doi.org/10.2307/2392383>
- Tolia, V., Castillo, E., & Guss, D. (2017). EDTITRATE (Emergency Department Telemedicine Initiative to Rapidly Accommodate in Times of Emergency). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(4), 484–488. <https://doi.org/10.1177/1357633X16648535>
- Tran, B. X., Zhang, M. W. B., Le, H. T., Nguyen, H. D., Nguyen, L. H., Nguyen, Q. L. T., ... Ho, R. C. M. (2018). What drives young vietnamese to use mobile health innovations? Implications for health communication and behavioral interventions. *JMIR MHealth and UHealth*, 6(11). <https://doi.org/10.2196/mhealth.6490>
- Van Der Vaart, R., Atema, V., & Evers, A. W. M. (2016). Guided online self-management interventions in primary care: A survey on use, facilitators, and barriers. *BMC Family Practice*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0424-0>
- Van Dyk, L. (2013). *The Development of a Telemedicine Service Maturity Model*. <https://doi.org/10.1021/es801717y>
- van Gorp, A. (2018). Towards a citizen-centered innovation system for ehealth. *ladis International Journal on Computer Science and Information Systems*, 13(1), 52–67. [https://doi.org/10.33965/ijcsis\\_2018130104](https://doi.org/10.33965/ijcsis_2018130104)
- Veilleux, S., Villeneuve, M., Lachapelle, N., Kohen, R., Vachon, L., Guay, B. W., ... Bitton, A. (2017). Exploring the Use of a Participative Design in the Early Development of a Predictive Test: The Importance of Physician Involvement.

*Public Health Genomics*, 20(3), 174–187. <https://doi.org/10.1159/000479289>

- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly: Management Information Systems*, 27(3), 425–478. <https://doi.org/10.1016/j.inoche.2016.03.015>
- Viana, F. M. (2015). TELEMEDICINA: UMA FERRAMENTA PARA AMPLIAR O ACESSO À ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NO BRASIL (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS). Retrieved from <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/13314>
- Wade, V. A., Taylor, A. D., Kidd, M. R., & Carati, C. (2016). Transitioning a home telehealth project into a sustainable , large-scale service : a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 16(183), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1436-0>
- Wade, V., Gray, L., & Carati, C. (2017). Theoretical frameworks in telemedicine research. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(1), 181–187. <https://doi.org/10.1177/1357633X15626650>
- World Health Organization -, & EHealth, G. O. for. (2016). *Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable*. Geneva.
- YIN, R. K. (2013). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Zhou, M., Zhao, L., Kong, N., Campy, K. S., Qu, S., & Wang, S. (2019). Factors influencing behavior intentions to telehealth by Chinese elderly : An extended TAM model. *International Journal of Medical Informatics*, 126(2), 118–127. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.04.001>
- Zietsma, C., & Lawrence, T. B. (2010). Institutional work in the transformation of an organizational field: The interplay of boundary work and practice work. *Administrative Science Quarterly*, 55(2), 189–221. <https://doi.org/10.2189/asqu.2010.55.2.189>

## APÊNDICE A – PARÂMETRO DA REVISÃO DE LITERATURA

A Tabela 6 mostra os termos utilizados nas buscas conforme as diferentes bases de dados e os diferentes quantitativos observados. Os trabalhos da amostra final foram analisados de forma detalhada durante o trabalho. Entretanto, não sendo essas referências exaustivas em relação ao total de artigos utilizados.

Tabela 6 – Revisão Literatura de Fatores

Referência	Termos	Base de Dados	Resultados	Amostra
Inicial	<i>(Health) AND (acceptance OR resistance) AND (innovation)</i>	<i>Web of Science</i>	336	29
Telemedicina	<i>(Telehealth) AND (adoption OR acceptance OR diffusion OR resistance)</i>	<i>Web of Science</i>	285	20
Médicos	<i>(Telehealth) AND (adoption OR acceptance OR diffusion OR resistance OR barriers) AND (physician OR physicians)</i>	<i>Web of Science</i>	68	17
Base Complementar	<i>(Telehealth) AND (adoption OR acceptance OR diffusion OR resistance OR barriers)</i>	<i>IAS</i>	63	10
Teses e Dissertações	<i>Telemedicina</i>	<i>CAPES</i>	188	7
Teoria Institucional	<i>(Telehealth OR telemedicine) AND (institutional theory OR institutional entrepreneurship)</i>	<i>Web of Science</i>	2	1
		Total	942	84

Fonte: Elaborado pelo autor

A revisão da literatura utilizou diferentes bases de dados, e ocorreu em cinco rodadas de busca, sendo a amostra final composta de 83 documentos, entre artigos, teses e dissertações. Em relação aos primeiros, foram considerados apenas os artigos publicados nos últimos cinco anos. Com exceção à busca de teses e dissertações, as seleções de artigos para a amostra se basearam em cinco filtros principais, que permitiram separar o assunto da adoção de telemedicina, a partir de evidências empíricas, desconsiderando análises de tópicos específicos, por exemplo, de adoção de prontuário eletrônico como tecnologia na área da saúde. Foram também excluídas referências que analisavam, exclusivamente, a ótica dos pacientes-usuários, ou ainda resultados para tratamentos clínicos, ou procedimentos assistenciais. Os cinco filtros adotados foram:

- a) Foco central em aceitação, adoção de inovações na saúde, telemedicina ou teleconsultas ou aceitação, por médicos, de inovações na saúde e Telemedicina – Incluir;
- b) Aborda tecnologias de saúde - Incluir;
- c) Analisa Prontuário Eletrônico – Excluir;
- d) Ensaios teóricos ou somente revisão de Literatura - Excluir;
- e) Análise apenas sob o foco de pacientes - Excluir.

## APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Fonte	Pergunta
Questões Norteadoras	1. Qual o seu cargo/especialidade?
	2. Qual o seu tempo de experiência no setor?
	3. Qual a sua formação?
	4. O que você entende por Telemedicina?
	5. Qual a sua opinião sobre Teleconsultas?
Wade VA, Taylor AD, Kidd MR, Carati C. Transitioning a home telehealth project into a sustainable, large-scale service: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2016;16:1.	6. Na sua visão, quais são os fatores mais relevantes para a difusão ou não das teleconsultas no Brasil?
	7. Quais são os atores mais relevantes na questão das teleconsultas?
Alaboudi A, Atkins A, Sharp B, Balkhair A, Alzahrani M, Sunbul T. Barriers and challenges in adopting Saudi telemedicine network: the perceptions of decision makers of healthcare facilities in Saudi Arabia. J Infect Public Health 2016;9(6):725-733	8. Na sua visão, quais são as oportunidades/benefícios que as Teleconsultas especificamente, podem promover?
	9. Quais são os riscos que as Teleconsultas especificamente, podem promover? Quais são as suas desvantagens?
	10. Qual a sua opinião sobre a normatização de Teleconsultas sem a obrigatoriedade de médicos em ambos os lados da comunicação?
Catan, G., Espanha, R., Mendes, R.V., Toren, O. and Chinitz, D. (2015), "Health information technology implementation – impacts and policy considerations: a comparison between Israel and Portugal", Israel Journal of Health Policy Research, Vol. 4 No. 41, pp. 41.	11. Como você acredita que seria o cenário da saúde com a normatização da Teleconsulta no Brasil?
	12. Na sua visão, que fatores podem influenciar positivamente a ACEITAÇÃO das teleconsultas pelos médicos, aqui no Brasil?
	13. Na sua visão, que fatores podem influenciar negativamente a ACEITAÇÃO das teleconsultas especificamente pelos médicos aqui, ou seja, gerar resistência à prestação desses serviços?
	14. Que questões você destacaria como sendo relevantes no estudo desse tema? Algum outro comentário a fazer sobre ele?

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A presente pesquisa pretende ampliar os conhecimentos científicos sobre fatores que influenciam a adoção de Teleconsultas por médicos no Brasil. A pesquisa é relevante pois aborda uma temática de alto potencial de impacto na prestação de assistência à saúde. A Telemedicina, como um todo, já demonstrou significativo potencial de melhora em questões como diminuição de custos, de internações, e até de níveis de mortalidade infantil. As Teleconsultas fazem parte do conjunto de atividades da Telemedicina, e não estão previstas em resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), o que restringe sua utilização. Parece haver significativa resistência dos médicos a adoção desta prática no âmbito brasileiro. Esta pesquisa compreende em sua primeira etapa uma análise qualitativa fatores que influenciam essa resistência, para posteriormente em uma amostra significativa de profissionais validar, ou rejeitar, os achados.

Nesse sentido, esta entrevista utilizará roteiro semi-estruturada, será gravada, e posteriormente transcrita. As transcrições serão estudadas pelo método de análise de conteúdo, compreendendo assim a primeira etapa da pesquisa.

A participação do entrevistado não gera quaisquer benefícios diretos, senão uma reflexão própria sobre o tema, a contribuição para o entendimento da questão de pesquisa e, posteriormente, a ampliação de conhecimentos que podem gerar, por exemplo, uma resolução do CFM mais adequada. Abaixo algumas considerações importantes sobre esta coleta de dados:

- A identificação do respondente não será utilizada de forma individual, ou seja, em nenhum momento os resultados desta pesquisa trarão identificação específica como nome, cargo, ou qualquer outra informação que possibilite a sua identificação;
- Esta entrevista oferece riscos mínimos aos participantes. Podendo o entrevistado mencionar qualquer desconforto e solicitar, a qualquer momento, o fim da entrevista;
- Caso o entrevistado deseje retirar qualquer uma das falas poderá fazê-lo tanto durante a entrevista quanto posteriormente contatando o pesquisador pelo email [eduardopalma@yahoo.com.br](mailto:eduardopalma@yahoo.com.br). Uma vez solicitada a retirada dos trechos, ou da própria entrevista como um todo, estes não poderão ser utilizados de nenhuma forma pelo pesquisador;
- Esta coleta de dados é realizada com financiamento próprio do pesquisador.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, todos acima listados.

Estou, igualmente, ciente:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informações e opiniões verídicas;

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Eduardo Moreira Palma (Fone 53 991778140 )  
O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa e outra com o pesquisador responsável.

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do Voluntário

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do pesquisador

## APÊNDICE D – DETALHAMENTO AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

### 1 - Audiência Pública – Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina

#### Participantes

Participante	Formação	Total de Fala (minutos)
APSC - P01	DIREITO	5
APSC - P02	MÉDICO	26
APSC - P03	MÉDICO	25
APSC - P04	ADMINISTRAÇÃO	7
APSC - P05	MÉDICO	28
APSC - P06	ADMINISTRAÇÃO	9
APSC - P07	MÉDICO	20
APSC - P08	MÉDICO	2
APSC - P09	MÉDICO	5
APSC - P10	MÉDICO	2
APSC - P11	MÉDICO	2
APSC - P12	MÉDICO	2
APSC - P13	MÉDICO	1

#### Sequência de Participações

Sequência	Participante	Fala (minutos)	Sequência	Participante	Fala (minutos)
1	APSC - P01	5	13	APSC - P05	2
2	APSC - P02	16	14	APSC - P10	2
3	APSC - P03	19	15	APSC - P07	3
4	APSC - P04	7	16	APSC - P11	2
5	APSC - P05	22	17	APSC - P12	2
6	APSC - P06	9	18	APSC - P05	3
7	APSC - P07	10	19	APSC - P13	1
8	APSC - P02	9	20	APSC - P09	2
9	APSC - P03	5	21	APSC - P05	1
10	APSC - P07	5	22	APSC - P07	2
11	APSC - P08	2	23	APSC - P03	1
12	APSC - P09	3	24	APSC - P02	1

## 2 - Audiência Pública – Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo

## Participantes

Participante	Formação	Total de Fala (minutos)
APSP - P01	MÉDICO	18
APSP - P02	MÉDICO	22
APSP - P03	EDUCAÇÃO	24
APSP - P04	MÉDICO	18
APSP - P05	MÉDICO	41
APSP - P06	MÉDICO	28
APSP - P07	DIREITO	15
APSP - P08	MÉDICO	19
APSP - P09	MÉDICO	8
APSP - P10	MÉDICO	8
APSP - P11	MÉDICO	15
APSP - P12	MÉDICO	18
APSP - P13	MÉDICO	13
APSP - P14	MÉDICO	3
APSP - P15	TEC. INFORMAÇÃO	7
APSP - P16	MÉDICO	5

## Sequência de Participações

Sequência	Participante	Fala (minutos)	Sequência	Participante	Fala (minutos)
1	APSP - P01	18	17	APSP - P06	3
2	APSP - P02	22	18	APSP - P15	7
3	APSP - P03	15	19	APSP - P07	5
4	APSP - P04	14	20	APSP - P16	5
5	APSP - P05	16	21	APSP - P13	5
6	APSP - P06	17	22	APSP - P11	5
7	APSP - P07	7	23	APSP - P05	9
8	APSP - P08	13	24	APSP - P07	3
9	APSP - P09	8	25	APSP - P05	5
10	APSP - P10	8	26	APSP - P08	6
11	APSP - P11	10	27	APSP - P06	4
12	APSP - P12	18	28	APSP - P05	3
13	APSP - P13	8	29	APSP - P04	4
14	APSP - P14	3	30	APSP - P03	5
15	APSP - P03	4	31	APSP - P06	4
16	APSP - P05	8			

## 3 - Audiência Pública – Câmara dos Deputados 1 (05/11/2019)

## Participantes

Participante	Formação	Total de Fala (minutos)
APCAM1 - P01	MÉDICO	11
APCAM1 - P02	MÉDICO	15
APCAM1 - P03	MÉDICO	19
APCAM1 - P04	ADMINISTRAÇÃO	8
APCAM1 - P05	MÉDICO	7
APCAM1 - P06	MÉDICO	20
APCAM1 - P07	MÉDICO	13
APCAM1 - P08	ADMINISTRAÇÃO	4
APCAM1 - P09	MÉDICO	14
APCAM1 - P10	MÉDICO	9
APCAM1 - P11	MÉDICO	3
APCAM1 - P12	MÉDICO	2

## Sequência de Participações

Sequência	Participante	Fala (minutos)	Sequência	Participante	Fala (minutos)
1	APCAM1 - P01	4	12	APCAM1 - P01	7
2	APCAM1 - P02	12	13	APCAM1 - P10	1
3	APCAM1 - P03	15	14	APCAM1 - P11	3
4	APCAM1 - P04	5	15	APCAM1 - P03	4
5	APCAM1 - P05	7	16	APCAM1 - P12	2
6	APCAM1 - P06	15	17	APCAM1 - P04	3
7	APCAM1 - P07	11	18	APCAM1 - P06	5
8	APCAM1 - P08	4	19	APCAM1 - P09	4
9	APCAM1 - P09	8	20	APCAM1 - P07	2
10	APCAM1 - P10	8	21	APCAM1 - P02	3
11	APCAM1 - P09	2			

## 4 - Audiência Pública – Câmara dos Deputados 2 (28/11/2019)

## Participantes

APCAM2 - P01	ADMINISTRAÇÃO	15
APCAM2 - P02	MÉDICO	19
APCAM2 - P03	MÉDICO	22
APCAM2 - P04	MÉDICO	20
APCAM2 - P05	MÉDICO	23
APCAM2 - P06	TEC. INFORMAÇÃO	20
APCAM2 - P07	MÉDICO	15

## Sequência de Participações

Sequência	Participante	Fala (minutos)	Sequência	Participante	Fala (minutos)
1	APCAM2 - P01	5	9	APCAM2 - P03	6
2	APCAM2 - P02	16	10	APCAM2 - P07	9
3	APCAM2 - P03	16	11	APCAM2 - P04	6
4	APCAM2 - P04	14	12	APCAM2 - P05	5
5	APCAM2 - P05	18	13	APCAM2 - P06	5
6	APCAM2 - P06	15	14	APCAM2 - P07	6
7	APCAM2 - P01	8	15	APCAM2 - P01	2
8	APCAM2 - P02	3			

## 5 - Audiência Pública – Senado Federal

## Participantes

Participante	Formação	Total de Fala (minutos)
APSEN - P01	TEC. INFORMAÇÃO	26
APSEN - P02	MÉDICO	25
APSEN - P03	MÉDICO	25
APSEN - P04	MÉDICO	12

## Sequência de Participações

Sequência	Participante	Fala (minutos)	Sequência	Participante	Fala (minutos)
1	APSEN - P01	14	11	APSEN - P02	3
2	APSEN - P02	15	12	APSEN - P03	2
3	APSEN - P03	18	13	APSEN - P04	4
4	APSEN - P04	3	14	APSEN - P01	1
5	APSEN - P01	3	15	APSEN - P04	2
6	APSEN - P03	3	16	APSEN - P02	2
7	APSEN - P02	4	17	APSEN - P03	2
8	APSEN - P01	4	18	APSEN - P02	1
9	APSEN - P04	1	19	APSEN - P01	2
10	APSEN - P01	2	20	APSEN - P04	2

## APÊNDICE E – DADOS SECUNDÁRIOS DE VÍDEOS, REPORTAGENS, NOTAS

## Vídeos

Descrição	Link	Duração	Data	Profissional
GesSaude	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=04BvasloPsc">https://www.youtube.com/watch?v=04BvasloPsc</a>	8m25s	06/02/2019	Apresentador Médico
TV Senado	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=2-0yKg2W0x8">https://www.youtube.com/watch?v=2-0yKg2W0x8</a>	27m35s	22/05/2019	Apresentador + Corregedor CFM + Vice Presidente Sindimédico
Eu Sou Empreendedor	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=-v4PjapxiQk">https://www.youtube.com/watch?v=-v4PjapxiQk</a>	14m07s	22/02/2019	Apresentador Médico
Fantástico	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=V0WYknYoQjE">https://www.youtube.com/watch?v=V0WYknYoQjE</a>	6m36s	04/02/2019	Reportagem
Canal Bruno Pires	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=ZAxS3Sf5k7k">https://www.youtube.com/watch?v=ZAxS3Sf5k7k</a>	14m03s	13/05/2019	Apresentador Médico
Telemedicina Amil	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=ICBtcv4BnIU">https://www.youtube.com/watch?v=ICBtcv4BnIU</a>	30s	17/04/2020	Propaganda
Canal iClínic	<a href="https://www.youtube.com/watch?time_continue=6&amp;v=MJ8zpNRfyyQ&amp;feature=emb_logo">https://www.youtube.com/watch?time_continue=6&amp;v=MJ8zpNRfyyQ&amp;feature=emb_logo</a>	9m45s	27/03/2020	Propaganda

## Reportagens / Notícias / Notas

Descrição	Fonte
Posicionamento Soc. Bras. De Ortopedia e Traumatologia	<a href="https://sbot.org.br/posicionamento-sbot-referente-resolucao-cfm-2-227-2018-telemedicina/">https://sbot.org.br/posicionamento-sbot-referente-resolucao-cfm-2-227-2018-telemedicina/</a>
Opinião Serviço de Telemedicina	<a href="https://telemedicinamorsch.com.br/blog/resolucao-cfm-telemedicina">https://telemedicinamorsch.com.br/blog/resolucao-cfm-telemedicina</a>
Revogação Resolução G1	<a href="https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/02/22/conselho-federal-de-medicina-revoga-resolucao-que-regulamenta-telemedicina.ghtml">https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/02/22/conselho-federal-de-medicina-revoga-resolucao-que-regulamenta-telemedicina.ghtml</a>
Revogação Resolução CFM	<a href="https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=28096:2019-02-22-15-13-20&amp;catid=3">https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=28096:2019-02-22-15-13-20&amp;catid=3</a>
Revogação Resolução Estadão	<a href="https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,cfm-revoga-resolucao-que-regulamenta-telemedicina-no-pais,70002732120">https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,cfm-revoga-resolucao-que-regulamenta-telemedicina-no-pais,70002732120</a>
Opinião Revogação	<a href="http://blogs.correiobraziliense.com.br/servidor/telemedicina-cfm-reconhece-erro-e-revogara-a-resolucao-2227-18/">http://blogs.correiobraziliense.com.br/servidor/telemedicina-cfm-reconhece-erro-e-revogara-a-resolucao-2227-18/</a>
Posicionamento ANAMT	<a href="https://www.anamt.org.br/portal/2019/02/07/nota-da-anamt-sobre-a-resolucao-cfm-2-227-2018-que-dispoe-sobre-a-telemedicina/">https://www.anamt.org.br/portal/2019/02/07/nota-da-anamt-sobre-a-resolucao-cfm-2-227-2018-que-dispoe-sobre-a-telemedicina/</a>
Posicionamento AMB	<a href="https://amb.org.br/noticias/posicionamento-da-amb-sobre-a-resolucao-cfm-2227-18-que-regulamenta-a-telemedicina-no-brasil/">https://amb.org.br/noticias/posicionamento-da-amb-sobre-a-resolucao-cfm-2227-18-que-regulamenta-a-telemedicina-no-brasil/</a>
Posicionamento Soc. Bras. Neurologia	<a href="https://portalsbn.org/portal/nota-aos-associados/">https://portalsbn.org/portal/nota-aos-associados/</a>

Análise Jurídica - Tópicos Advogados	<a href="http://tc.hospedagemdesites.ws/novo2019/wp-content/uploads/2019/05/marcelo-tostes-advogados-telemedicina.pdf">http://tc.hospedagemdesites.ws/novo2019/wp-content/uploads/2019/05/marcelo-tostes-advogados-telemedicina.pdf</a>
Reportagem Soc. Bras. Clínica Médica	<a href="http://www.sbcm.org.br/v2/index.php/not%C3%ADcias/3800-telemedicina-cfm-regulamenta-atendimentos-online-no-brasil-jan-2019">http://www.sbcm.org.br/v2/index.php/not%C3%ADcias/3800-telemedicina-cfm-regulamenta-atendimentos-online-no-brasil-jan-2019</a>
Reportagem Dois Lados - Telemedicina	<a href="http://www.mv.com.br/pt/blog/dois-lados--telemedicina">http://www.mv.com.br/pt/blog/dois-lados--telemedicina</a>
Chamada para Considerações FENAM	<a href="http://www.fenam.org.br/2020/01/16/sindicatos-devem-discutir-resolucao-sobre-telemedicina/">http://www.fenam.org.br/2020/01/16/sindicatos-devem-discutir-resolucao-sobre-telemedicina/</a>

### Leis / Resoluções / Portarias

Descrição	Documento
Telemedicina	RESOLUÇÃO CFM nº 1.643/2002. (2002). Conselho Federal de Medicina.
Liberação Teleconsultas	RESOLUÇÃO CFM nº 2.227/2018 - REVOGADA (p. 12). (2018). Conselho Federal de Medicina.
Liberação Provisória	Lei nº 13.989/2020
Audiência Pública	Lei Nº 9.784/1999
Liberação Provisória	Portaria 467 - Ministério da Saúde

## APÊNDICE F – CODIFICAÇÃO DE CATEGORIAS NO SOFTWARE NVIVO11

The screenshot displays the NVivo 11 software interface. The main window shows a list of nodes (Nós) with columns for Name (Nome), Sources (Fontes), and References (Referências). The 'Características organizacionais' node is selected, and its details are shown in the right-hand pane. The details pane includes a summary of the node's coverage (2.69% Cobertura) and two references with their respective coverage percentages (1.61% and 1.07%).

Nome	Fontes	Referências
Fatores	0	0
Fatores regulatórios	34	46
Grau de Instrução e Preparo dos Us	24	41
Resistência à Mudança	23	41
Infraestrutura Tecnológica	21	29
Percepção de Valor	18	41
Disponibilidade Financeira	7	7
Características organizacionais	7	8
Influência Social Entre Profissionais	0	0
outros	0	0
Possibilidades por Especialidad	18	25
Corporativismo	18	27
Exame Físico Presencial	17	28
Mercantilização da Medicina	15	21
Relação Médico-Paciente Pregr	7	10
Práticas de Manutenção	0	0
Postergação	18	34
Difamação	8	23
Policimento	5	6
Determinação	4	4

**Características organizacionais** [2.69% Cobertura]

<Internas\VAPCAM1\VAPCAM1 - P02 M> - \$ 2 referências codificadas [2.69% Cobertura]

**Referência 1 - 1.61% Cobertura**

Dificuldades são inúmeras, por exemplo, infraestrutura precária, conectividade à internet... A força de trabalho deficiente, gestores pouco articulados,

**Referência 2 - 1.07% Cobertura**

Esclarecimentos precários dos gestores, compreensão inadequada quanto à formação de recursos humanos.

<Internas\VPSC\VPSC - P02 M> - \$ 1 referências codificadas [1.22% Cobertura]

**Referência 1 - 1.22% Cobertura**

que primeiro a teleconsulta, vamos ser diretos né, que foi o que levantou a lebre de que alguma coisa não estava se encaixando direito ainda. Ou de que falta preparo a toda rede de atendimento para que isso aconteça,

<Internas\APSEN\APSEN - P01 T> - \$ 1 referências codificadas [1.10% Cobertura]

**Referência 1 - 1.10% Cobertura**

Então é essa situação que precisa ser montada, quer dizer, eu monto a telemedicina mas eu monto a retardarda a regulação de todo mecanismo. Ai eu