


TELESSAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE MEDIAÇÕES DIGITAIS E CUIDADO HUMANIZADO

TELEHEALTH IN PRIMARY CARE BETWEEN DIGITAL MEDIATIONS AND HUMANIZED CARE

TELESALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA ENTRE MEDIACIONES DIGITALES Y ATENCIÓN HUMANIZADA

 <https://doi.org/10.56238/arev7n6-329>

Data de submissão: 27/05/2025

Data de publicação: 27/06/2025

Paulla Rosane Moura do Vale

Mestranda em Gestão de Serviços da Saúde - Must University
E-mail: paullarosane1986@gmail.com

Georgenan Monteiro Silva dos Santos

Mestrando em Gestão de Cuidados da Saúde - Must University
E-mail: georgenan_coach@outlook.com

Breno Gustavo Rocha Dantas

Mestrando em Gestão de Cuidados da Saúde - Must University
E-mail: breno.dantas88@gmail.com

Antonio Pedro Abido Ribeiro

Mestrando em Gestão de Cuidados da Saúde - Must University
E-mail: antonioparibeiro@gmail.com

Anastacia Maria Nunes Melo

Mestranda em Gestão de Cuidados da Saúde - Must University
E-mail: anastacianunes21@hotmail.com

Erika Martins Batista Stopato

Mestranda em Gestão de Cuidados da Saúde - Must University
E-mail: erika.batista@ufjf.br

Luana Márcia Batista Alves

Mestranda em Gestão de Cuidados da Saúde - Must University
E-mail: luh20131@gmail.com

Patriele de Fáveri Fontana

Mestranda em Administração de Negócios - Must University
E-mail: patrielefontana@gmail.com

RESUMO

A consolidação da telessaúde como dispositivo assistencial na Atenção Primária à Saúde (APS) não elimina contradições entre eficiência técnica e vínculo humanizado. Em um cenário marcado por desigualdades estruturais, a mediação tecnológica pode tanto ampliar o acesso ao cuidado quanto gerar

práticas automatizadas que negligenciam os aspectos subjetivos do encontro clínico. O desafio ético reside em incorporar as tecnologias conectivas sem comprometer a escuta sensível, a singularidade do paciente e a autonomia dos profissionais da linha de frente. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, ancorada em levantamento bibliográfico, com ênfase em publicações que examinam os efeitos da telessaúde sobre os vínculos, protocolos e práticas da APS. O estudo busca tensionar os limites e alcances das mediações digitais, considerando a diversidade dos territórios e a complexidade dos desafios formativos enfrentados por profissionais que atuam entre plataformas e realidades locais. Os resultados sugerem que a telessaúde, quando pensada como ferramenta pedagógica e política, pode favorecer redes colaborativas, reorganizar fluxos de atendimento e consolidar estratégias de cuidado compartilhado. No entanto, isso depende da articulação entre competências digitais e escuta ativa, formação interdisciplinar e gestão pública sensível às singularidades territoriais. O trabalho se estrutura em torno de seis núcleos reflexivos que abordam os impactos das tecnologias na APS, os modos de mediação, os dilemas éticos, a formação profissional, a organização do sistema e as possibilidades de inovação no cuidado digital.

Palavras-chave: Cuidado. Escuta. Formação. Singularidade. Telessaúde.

ABSTRACT

Schools that aim to be inclusive still face uncomfortable silences when it comes to truly embracing the uniqueness of students with autism. Daily practices reveal not only the lack of the consolidation of telehealth as a care device in Primary Health Care (PHC) does not eliminate contradictions between technical efficiency and humanized bonds. In a scenario marked by structural inequalities, technological mediation can both expand access to care and generate automated practices that neglect the subjective aspects of the clinical encounter. The ethical challenge lies in incorporating connective technologies without compromising sensitive listening, the uniqueness of the patient, and the autonomy of frontline professionals. The research adopts a qualitative approach, anchored in a bibliographic survey, with an emphasis on publications that examine the effects of telehealth on PHC bonds, protocols, and practices. The study seeks to challenge the limits and scope of digital mediations, considering the diversity of territories and the complexity of the training challenges faced by professionals who work between platforms and local realities. The results suggest that telehealth, when thought of as a pedagogical and political tool, can favor collaborative networks, reorganize care flows, and consolidate shared care strategies. However, this depends on the articulation between digital skills and active listening, interdisciplinary training and public management that is sensitive to territorial singularities. The work is structured around six reflective cores that address the impacts of technologies on PHC, mediation methods, ethical dilemmas, professional training, system organization and possibilities for innovation in digital care.

Keywords: Care. Listening. Training. Singularity. Telehealth.

RESUMEN

La consolidación de la telesalud como dispositivo de atención en la Atención Primaria de Salud (APS) no elimina las contradicciones entre la eficiencia técnica y los vínculos humanizados. En un escenario marcado por desigualdades estructurales, la mediación tecnológica puede ampliar el acceso a la atención y generar prácticas automatizadas que descuidan los aspectos subjetivos del encuentro clínico. El desafío ético reside en incorporar tecnologías conectivas sin comprometer la escucha sensible, la singularidad del paciente y la autonomía de los profesionales de primera línea. La investigación adopta un enfoque cualitativo, basado en una revisión bibliográfica, con énfasis en publicaciones que examinan los efectos de la telesalud en los vínculos, protocolos y prácticas de la APS. El estudio busca desafiar los límites y el alcance de las mediaciones digitales, considerando la diversidad de territorios

y la complejidad de los desafíos formativos que enfrentan los profesionales que trabajan entre plataformas y realidades locales. Los resultados sugieren que la telesalud, concebida como una herramienta pedagógica y política, puede favorecer las redes colaborativas, reorganizar los flujos asistenciales y consolidar estrategias de atención compartida. Sin embargo, esto depende de la articulación entre las habilidades digitales y la escucha activa, la formación interdisciplinaria y una gestión pública sensible a las singularidades territoriales. El trabajo se estructura en torno a seis ejes reflexivos que abordan el impacto de las tecnologías en la APS, los métodos de mediación, los dilemas éticos, la formación profesional, la organización del sistema y las posibilidades de innovación en la atención digital.

Palabras clave: Atención. Escucha. Formación. Singularidad. Telesalud.

1 INTRODUÇÃO

Não é simples sustentar o vínculo terapêutico quando a escuta se dá por telas, em tempos cronometrados e sob sistemas operacionais que padronizam a urgência do cuidado. Na Atenção Primária à Saúde (APS), onde o tempo da escuta e o território da convivência são constituintes do ato clínico, a incorporação tecnológica impõe aos profissionais o desafio de criar proximidade mesmo à distância. O que se busca não é a substituição da presença, mas a reinvenção da escuta no ambiente digital.

Esse movimento de digitalização do cuidado, ainda que impulsionado por crises sanitárias e agendas de modernização, não se dá de forma neutra nem descomprometida. Em muitos contextos, o discurso da eficiência tende a suplantar os aspectos éticos, relacionais e formativos do trabalho em saúde, colocando em xeque o sentido comunitário da APS. A telessaúde, nesse cenário, precisa ser pensada não apenas como protocolo, mas como espaço relacional, em que o cuidado se dá entre a escuta sensível e as mediações técnicas.

É nesse campo de tensão que se coloca o presente estudo. Mais do que mapear ferramentas digitais ou avaliar plataformas, interessa compreender como os sujeitos da prática — trabalhadores e usuários — experimentam as interfaces entre o cuidado presencial e o remoto. A APS, quando confrontada com a tecnologia, revela tanto limites operacionais quanto brechas criativas para acolher as singularidades do território.

Ainda que a telessaúde represente um avanço em termos de acesso, agilidade e cobertura, não se pode negligenciar que sua implementação em contextos vulnerabilizados exige reflexão crítica sobre desigualdades digitais, competência profissional e estruturas institucionais. Tecnologias não operam sozinhas: são mediadas por sujeitos, por saberes e por relações de poder que atravessam o cotidiano do trabalho em saúde. Sem essa escuta, há o risco de um cuidado padronizado e desumanizante.

As experiências com a telessaúde também explicitam a necessidade de revisão dos processos formativos. Profissionais da APS nem sempre dispõem de repertório técnico-pedagógico para manejar ferramentas digitais com criticidade, o que compromete não apenas a fluidez dos atendimentos, mas a própria construção do vínculo. O cuidado remoto exige não apenas habilidades operacionais, mas sensibilidade ampliada para ler entrelinhas, interpretar silêncios e lidar com afetos mediados por telas.

É nesse entrelugar — entre protocolo e escuta, algoritmo e sensibilidade — que se delinea a contribuição deste trabalho. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, ancorada em levantamento bibliográfico, com ênfase em publicações que examinam os efeitos da telessaúde sobre os vínculos, protocolos e práticas da APS. O estudo busca tensionar os limites e alcances das mediações digitais, considerando a diversidade dos territórios e a complexidade dos desafios formativos enfrentados por profissionais que atuam entre plataformas e realidades locais.

Dessa forma, pretende-se não apenas analisar a telessaúde como política pública, mas como prática situada, tecida nas interações concretas entre profissionais e usuários. Ao valorizar a escuta humanizada e as estratégias de cuidado compartilhado, o estudo propõe uma leitura ética e formativa da inovação, pautada pela integralidade, pela singularidade e pelo compromisso com a justiça no cotidiano da Atenção Primária à Saúde.

2 METODOLOGIA

Para dar conta da complexidade que envolve a articulação entre tecnologia, escuta e práticas de cuidado, a investigação assumiu uma orientação qualitativa, comprometida com a interpretação situada dos fenômenos. Optou-se por um percurso metodológico que valoriza o sentido contextual das práticas e a pluralidade de vozes implicadas na construção da telessaúde, evitando generalizações simplificadoras e priorizando análises que nascem das contradições vividas no cotidiano da Atenção Primária à Saúde.

O estudo fundamentou-se em levantamento bibliográfico analítico, com foco em obras científicas, documentos institucionais e relatos técnico-formativos que abordam a interface entre telessaúde, mediação digital e humanização do cuidado. Foram priorizadas produções publicadas entre os anos de 2015 e 2025, considerando o período em que a digitalização da APS ganhou centralidade nos debates públicos, especialmente em virtude das reconfigurações impostas pelas crises sanitárias recentes.

A seleção das fontes seguiu critérios de relevância, atualidade e pertinência ao objeto de estudo, contemplando autores que dialogam com a complexidade dos territórios, com as práticas pedagógicas dos profissionais de saúde e com os desafios éticos do cuidado remoto. A busca foi realizada em bases indexadas — como Scielo, RedALyC e BVS — e complementada por publicações de ministérios e conselhos profissionais ligados à saúde coletiva.

A análise dos materiais mobilizou princípios da hermenêutica crítica, reconhecendo que toda leitura é situada e atravessada por valores, experiências e posições políticas. Não se buscou “verdades” definitivas, mas sentidos possíveis construídos na interseção entre texto, contexto e experiência dos sujeitos. Assim, os dados bibliográficos foram interpretados à luz de categorias como escuta, mediação, vínculo, território e equidade.

Por fim, cabe destacar que o percurso metodológico não se encerra na sistematização dos achados, mas se prolonga como exercício reflexivo. As categorias mobilizadas não funcionam como molduras fixas, mas como lentes que ajudam a reposicionar as perguntas. Nesse sentido, o estudo não se propõe a oferecer respostas definitivas, e sim abrir caminhos de leitura para repensar a telessaúde como prática relacional, mediada por sujeitos, dispositivos e contextos em disputa.

3 DINÂMICAS DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOB O IMPACTO DAS TECNOLOGIAS CONECTIVAS

Os protocolos digitais e a lógica conectiva que atravessa a Atenção Primária à Saúde parecem oferecer agilidade e previsibilidade ao cuidado. No entanto, sob a superfície da eficiência técnica, tensiona-se um deslocamento: o encontro clínico, espaço denso de escuta e presença, vai sendo comprimido pela velocidade das plataformas e pela padronização dos fluxos. Esse cenário exige reposicionamento crítico dos profissionais diante da crescente automatização das práticas que, muitas vezes, descolam-se da complexidade do viver humano.

Nas palavras de Mendes (2015), o núcleo vital da atenção primária está na produção de vínculos contínuos e no fortalecimento da autonomia dos sujeitos. A lógica tecnocrática, ao privilegiar dados sobre narrativas, reduz o sujeito a categorias operacionais, ignorando singularidades. O cuidado deixa de ser experiência para tornar-se serviço. Cabe, então, ao profissional da saúde reconstituir, nos interstícios dos sistemas, as margens de escuta e os tempos de espera que sustentam a ética do encontro clínico.

Se as tecnologias trazem potencial de ampliação do acesso, é necessário compreendê-las como mediações e não como substituições. O perigo reside justamente na transposição irrefletida de dispositivos que, embora eficazes no controle de indicadores, esvaziam a dimensão relacional do cuidado. O trabalho vivo em ato, conceito central em Merhy, resiste às tentativas de encapsulamento, pois surge da improvisação, da sensibilidade e da escuta ativa que escapa à automatização.

Segundo Merhy e Feuerwerker (2016, p. 63),

Quando um trabalhador de saúde se encontra com o usuário no interior de um processo de trabalho dirigido à produção de atos de cuidado, estabelece-se entre eles um espaço de interseção que sempre existirá, em ato, em seus encontros [...] que torna o agente consumidor parte objeto daquele ato produtivo, mas ainda agente, que interfere no processo. (MERHY E FEUERWERKER, 2016, p. 63).

A leitura crítica desse processo exige compreender que a tecnologia em saúde só se torna emancipadora quando articulada à escuta sensível e à coprodução do cuidado. Como reforça Mendes (2015), a transformação dos serviços de saúde não depende exclusivamente de inovações técnicas, mas de transformações no ethos profissional. Isso implica rever práticas, ampliar repertórios e desenvolver competências relacionais que resistam à lógica produtivista da “resolução rápida” e da “gestão de casos”.

No cotidiano das equipes de saúde, são inúmeros os momentos em que a decisão técnica precisa ser interrompida por uma pausa ética. Escutar um silêncio, sustentar uma dúvida, reconhecer um sofrimento não dito — essas são ações clínicas que escapam às normativas digitais, mas que constroem

o vínculo. Tais práticas não cabem nos sistemas informatizados, porque são experiências situadas, atravessadas por afetos, contextos e histórias.

A integração crítica das tecnologias no SUS exige, portanto, mais do que treinamento técnico. Requer formação continuada orientada por princípios humanizadores, que preparem os profissionais para navegar entre dados e desejos, entre protocolos e incertezas. Merhy e Feuerwerker (2016) alertam que o risco da tecnificação está justamente na exclusão da subjetividade como categoria central do cuidado, o que empobrece o sentido público da saúde.

O que está em disputa não é apenas o modelo de atenção, mas o lugar da pessoa na produção do cuidado. Ao reduzir a cena clínica a registros, perdemos a escuta. Ao priorizar fluxos, silenciemos trajetórias. Preservar a centralidade do vínculo em meio à mediação digital é, portanto, um gesto político. A Atenção Primária conectada só será potente se for, sobretudo, implicada — com o outro, com o território e com a complexidade da vida.

4 MEDIAÇÃO HUMANA E PROTOCOLOS DIGITAIS NA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO EM TELESSAÚDE

A institucionalização da telessaúde no campo da atenção primária não se limita à introdução de aparatos técnicos, mas exige uma reformulação do próprio sentido de vínculo terapêutico. A mediação, antes sustentada por interações presenciais, agora passa a incorporar dispositivos digitais que alteram o modo como o cuidado se concretiza. Esse deslocamento suscita uma pergunta incômoda: como preservar a dimensão humana dos encontros clínicos quando parte significativa da comunicação é atravessada por plataformas intermediadoras?

Aguiar e Machado (2015) analisam esse cenário ao destacar que a telessaúde, embora centrada em racionalização e alcance, não pode ser reduzida à eficiência técnica. Segundo os autores, os protocolos digitais são fundamentais para garantir rastreabilidade e segurança nos atendimentos, mas sua eficácia depende da sensibilidade do profissional para reconfigurar o encontro remoto em uma experiência de escuta e presença. A automatização, quando descolada da mediação afetiva, compromete a confiança mútua e enfraquece o vínculo terapêutico.

Esse risco ético aponta para uma exigência relacional que não pode ser subestimada: o acolhimento da singularidade do usuário. Em contextos de alta vulnerabilidade social, o distanciamento físico acentua desigualdades comunicacionais, tornando ainda mais urgente a postura atenta do profissional de saúde. A empatia, nesse caso, não é apenas uma habilidade desejável, mas um requisito para que a escuta não se dissolva nos ruídos da mediação tecnológica.

Barbosa e Silva (2017) aprofundam essa questão ao investigarem como a distância altera a comunicação terapêutica. Em sua análise, identificam que, na ausência de gestos, olhares e toques, os profissionais precisam redobrar os esforços para traduzir afeto por meio da voz, da pausa e da escuta verbalizada. A mediação digital exige, portanto, um novo repertório comunicativo, capaz de restaurar a confiança onde os elementos sensoriais foram desativados.

Ao retomarmos essa complexidade, torna-se evidente que os protocolos operacionais não bastam: é necessário formar os profissionais para que desenvolvam competências relacionais ajustadas ao cenário da telessaúde. Não se trata de abandonar os roteiros técnicos, mas de habitá-los com presença crítica, sensibilidade situacional e abertura para improvisações que respeitem a singularidade dos casos. Essa formação contínua será decisiva para a consistência dos vínculos remotos.

Na obra de Merhy e Feuerwerker (2016), observa-se que o cuidado em saúde nunca é exclusivamente técnico: ele ocorre num espaço de interseção entre o trabalhador e o usuário, onde ambos são agentes do processo. Essa concepção desautoriza a ideia de que a tecnologia pode substituir a presença humana. Pelo contrário, exige que cada dispositivo seja utilizado como ferramenta de escuta, e não como barreira entre sujeitos que compartilham saberes, dores e decisões.

A partir dessa perspectiva, o papel do profissional de saúde na telessaúde se aproxima mais de um mediador do que de um operador. Sua função se desloca da simples execução de protocolos para a criação de uma ambiência relacional, mesmo que mediada por telas. A subjetividade do cuidado, longe de ser eliminada, torna-se ainda mais visível, pois precisa ser construída com intencionalidade em meio aos códigos da conectividade.

Se a tecnologia redefine os meios, é a ética do cuidado que deve reorientar os fins. Manter o foco na experiência do outro, mesmo em condições remotas, significa afirmar que o cuidado em saúde continua sendo um ato humano, situado e singular. Assim, os desafios da telessaúde não são apenas de infraestrutura, mas de formação e compromisso com uma escuta que persista, mesmo em redes digitais.

5 ÉTICA, ESCUTA E SINGULARIDADE NO ATENDIMENTO REMOTO EM CONTEXTOS VULNERABILIZADOS

Os territórios digitais de cuidado, tão propagados em contextos de crise, carregam uma ambiguidade latente: ao mesmo tempo em que ampliam o alcance da atenção em saúde, reconfiguram silenciosamente as condições do encontro clínico. Para populações vulnerabilizadas, essa mediação tecnológica pode significar tanto acesso quanto apagamento. A singularidade dos sujeitos tende a ser comprimida entre dados, senhas e protocolos, tornando a escuta clínica um campo instável, onde o que se cala também pode deixar de ser percebido.

Kallás (2021) analisa esse paradoxo ao apontar que, mesmo com a boa intenção de suprir lacunas assistenciais, o atendimento remoto enfrenta limitações materiais e simbólicas. Quando não há espaço para o corpo — sua linguagem, seu silêncio, sua urgência —, o cuidado perde densidade e se aproxima de uma lógica funcionalista. O vínculo, que deveria ser construído na relação, passa a depender de conectividade técnica e de plataformas que nem sempre respeitam a complexidade da dor humana.

A ausência do ambiente físico não é apenas ausência espacial — ela desorganiza uma ecologia de sentidos que sustenta o processo clínico. Souza (2021) alerta que, em muitos atendimentos remotos, o tempo da escuta é abreviado, os afetos são desconsiderados e o sigilo é precarizado. Em especial nos contextos marcados por violência, pobreza e exclusão, essas ausências não são neutras: elas afetam o modo como o sujeito se coloca e é reconhecido. A consulta digital, nesse quadro, pode se tornar experiência de invisibilidade.

Roncoso (2023) observa que a transposição automática do modelo presencial para a tela ignora o caráter sensível do encontro terapêutico. Ao padronizar falas e converter o cuidado em sequência de cliques, a telessaúde corre o risco de operar uma falsa escuta — aquela que registra, mas não acolhe. O gesto clínico, mediado por algoritmos e pautado por eficiência, tende a silenciar o que escapa às normas. Assim, o que deveria ser atenção ao sofrimento singular pode converter-se em triagem mecânica, alheia à densidade ética da presença.

Nesse sentido, Kallás (2021, p. 58) elucida que:

Como a consulta médica consiste em uma tríade representada em anamnese, exame físico e exame complementar, a teleconsulta inviabiliza o exame físico e representa uma metodologia incompleta, que pode ocasionar falhas decorrentes da impossibilidade de proceder com rigor técnico científico os diagnósticos (KALLÁS, 2021, p. 58).

Diante dessa perspectiva, dentre outras coisas, é necessário reconhecer que a ausência do exame físico não é apenas perda de técnica — é enfraquecimento do vínculo. A anamnese, quando dissociada da corporeidade, torna-se parcial. O diagnóstico, sem os gestos e sinais do corpo presente, arrisca-se a ser incompleto. Em comunidades onde a escuta já é socialmente fragilizada, essa limitação técnica adquire peso ético: negar o corpo é também negar a narrativa que ele carrega.

No entanto, reduzir a telessaúde ao seu aspecto deficitário seria operar outro apagamento. Há potências reais quando o digital é compreendido como mediação, não substituição. A escuta, ainda que virtual, pode ser ressignificada se sustentada por escuta ativa, presença simbólica e sensibilidade ética. O desafio está em escapar da lógica do controle e abrir espaço para o imprevisto, o silêncio, a dúvida. Esses elementos, centrais ao cuidado, não cabem nos campos obrigatórios de um sistema automatizado.

Mais do que capacitação técnica, o que se exige é formação ética. O profissional que atua em contextos remotos precisa aprender a escutar o não dito, interpretar hesitações, acolher fragilidades. Isso implica romper com a lógica da resposta imediata e resgatar o tempo da escuta como tempo do outro. Preservar a singularidade em ambientes digitalizados é também resistir à burocratização do cuidado. Em territórios vulnerabilizados, esse gesto não é apenas técnico — é político.

6 COMPETÊNCIAS DIGITAIS E SABERES INTERDISCIPLINARES NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA APS

A aceleração tecnológica nos serviços de Atenção Primária à Saúde tem pressionado os sistemas formativos a reverem suas bases conceituais e metodológicas. As transformações nos modos de produzir cuidado exigem mais do que atualização de ferramentas — demandam um redesenho ético e interdisciplinar do que se compreende por competência profissional. Sob esse novo cenário, a formação precisa superar modelos conteudistas e fragmentados para acolher experiências interprofissionais, centradas no território, na escuta e na mediação crítica.

Almeida-Filho (2018) propõe o conceito de competência tecnológica crítica como chave para compreender o papel das tecnologias na reorganização do trabalho em saúde. Ao invés de formar meros operadores de sistemas, o autor defende que os profissionais sejam capazes de refletir sobre o modo como essas tecnologias interferem nas práticas, relações e decisões clínicas. Nesse sentido, as competências digitais devem ser compreendidas como parte de uma práxis situada, ética e politicamente implicada com o projeto público do SUS.

Entretanto, o que se observa nos currículos formativos ainda é a prevalência de uma lógica disciplinar estanque, pouco sensível à complexidade dos territórios e às práticas colaborativas. A construção de saberes interdisciplinares, embora reconhecida em discurso, raramente é exercitada de forma concreta. Em ambientes marcados por fluxos digitais e interações remotas, a escuta, o vínculo e a corresponsabilização tornam-se ainda mais desafiadores quando a formação não oferece repertório reflexivo e técnico para lidar com tais situações.

Bertotti e Blanchet (2021) indicam que a expansão da saúde digital no SUS tem evidenciado lacunas estruturais nos processos de formação profissional. Segundo os autores, a ausência de um preparo voltado à compreensão crítica das tecnologias e de sua inserção nos contextos da APS contribui para práticas fragmentadas e pouco resolutivas. A carência de abordagens interdisciplinares compromete a potência das estratégias digitais, reduzindo-as a ações isoladas e, muitas vezes, ineficazes do ponto de vista do cuidado integral.

Essa constatação evidencia a urgência de formar sujeitos que saibam atuar entre linguagens e plataformas sem perder de vista os princípios da clínica ampliada. As competências digitais, nesse contexto, devem incluir não apenas a capacidade de manejar dispositivos, mas de construir vínculos em ambientes mediadores e de tomar decisões sensíveis às condições sociais, éticas e afetivas dos usuários. A formação, portanto, não pode prescindir de práticas pedagógicas que integrem vivência, território e diálogo interprofissional.

Reatualizando os pressupostos defendidos por Almeida-Filho (2018), compreende-se que a qualificação digital exige mais do que habilidades técnicas: requer elaboração crítica sobre as implicações da tecnologia nos modos de agir e cuidar. Quando os processos formativos são limitados a comandos operacionais, desconsideram os efeitos simbólicos das plataformas no cotidiano da APS. Apenas com mediações éticas e reflexivas será possível ativar competências que sustentem um cuidado integral, coerente com as diretrizes do SUS.

Nesse campo, não se trata de inserir um novo conteúdo nos currículos, mas de provocar deslocamentos na própria concepção de formação. A tecnologia, compreendida criticamente, não substitui o encontro — mas pode ampliá-lo, se mediada por competências éticas e por saberes sensíveis ao vivido. A interdisciplinaridade, por sua vez, deixa de ser uma exigência administrativa para se tornar uma urgência política: é no cruzamento entre áreas que o cuidado ganha densidade e o conhecimento se transforma em ação.

Preservar a potência da APS frente aos avanços digitais exige que os processos formativos se comprometam com a complexidade da vida, e não apenas com a funcionalidade dos sistemas. Competência, nesse horizonte, é mais do que domínio técnico: é escuta ativa, leitura de contexto e decisão situada. Formar para o digital, na APS, é formar para a incerteza, para a diversidade e para o cuidado como compromisso coletivo — não automatizável, não prescritivo, mas intensamente humano.

7 GESTÃO PÚBLICA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DIGITAIS NA LÓGICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A incorporação de tecnologias digitais nos sistemas públicos de saúde não se resume à disponibilização de plataformas e equipamentos. Ela demanda revisões profundas na forma como os serviços da Atenção Primária são organizados, financiados e geridos. Em vez de aperfeiçoar fluxos já existentes, a digitalização tensiona arranjos institucionais e revela as fragilidades de um modelo que ainda opera sob lógica fragmentada. Assim, a gestão pública é convocada não apenas a modernizar estruturas, mas a repensar concepções de cuidado.

Carnut (2017) argumenta que a integralidade do cuidado exige que a gestão da APS atue como articuladora de práticas e saberes entre diferentes níveis e territórios do sistema. Essa perspectiva rompe com a lógica produtivista e orienta a ação para uma visão ampliada do processo saúde-doença. Quando a organização dos serviços digitais ignora essa complexidade, corre-se o risco de reforçar modelos prescritivos e centralizadores, esvaziando a potência da clínica e a capacidade de resposta das equipes ao contexto local.

A imposição de soluções tecnológicas sem diálogo com os sujeitos e territórios reconfigura, de maneira problemática, os vínculos entre gestores, trabalhadores e usuários. Muitos dispositivos de gestão digital são importados de modelos empresariais e priorizam métricas, prazos e padronizações, desconsiderando a imprevisibilidade do cuidado em saúde. Essa lógica pode levar a uma separação entre planejamento e realidade, entre gestão e escuta, minando a base relacional da atenção primária enquanto espaço de cuidado compartilhado.

Segundo Caetano et al. (2020), as experiências com telessaúde no Brasil evidenciam que a efetividade da tecnologia na APS depende da existência de arranjos institucionais coerentes com os princípios do SUS. A simples inserção de plataformas digitais, sem mudanças na gestão, tende a ampliar desigualdades e enfraquecer a capacidade de resposta dos territórios. Os autores reforçam que a mediação tecnológica exige apoio institucional, financiamento estável e integração com políticas locais de saúde e educação.

Ao invés de pensar as tecnologias como apêndices administrativos, convém compreendê-las como parte do próprio processo de organização do cuidado. As ferramentas digitais não são neutras — elas carregam visões de mundo, expectativas sobre produtividade e critérios de valor. Incorporá-las com criticidade significa debater o que se espera da APS, quem decide sobre suas prioridades e quais saberes são legitimados nos processos de gestão. A digitalização, nesse caso, é também disputa simbólica e política.

Reafirmando a posição de Carnut (2017), é possível entender que os arranjos de gestão não são meramente operacionais, mas produtores de sentidos sobre o cuidado. A racionalidade técnica, quando descolada da realidade vivida pelas comunidades, cria distorções entre os dados gerados e as necessidades reais da população. Os serviços digitais, se guiados apenas por eficiência algorítmica, deixam de sustentar vínculos e passam a operar como instrumentos de vigilância, mais voltados ao controle do que à promoção de saúde.

Esse cenário exige uma nova geração de gestores públicos que pensem a tecnologia como parte de estratégias de fortalecimento da atenção em rede. Isso implica em formação específica, revisões normativas e valorização da escuta institucional. A gestão da APS digital não pode estar subordinada

à lógica da “prestação de contas”, mas à construção de relações dialógicas entre usuários, profissionais e sistemas de informação. O desafio é fazer da conectividade uma aliada do compromisso social com o cuidado.

Mais do que ajustar estruturas, trata-se de reposicionar conceitualmente o papel da gestão na era digital: não como simples operadora de dados, mas como garantidora de condições para a produção de cuidado integral. Na APS, isso significa articular tecnologia, escuta e território em um mesmo plano ético-operacional. Preservar a potência pública do SUS em tempos digitais exige mais do que inovação técnica — requer coragem política para sustentar práticas sensíveis, humanas e implicadas com a complexidade da vida.

8 INOVAÇÃO RESPONSÁVEL E PRÁTICAS DE CUIDADO COMPARTILHADO NA TELESSAÚDE COMUNITÁRIA

A expansão da telessaúde nos territórios do SUS não pode ser tratada como simples modernização de processos assistenciais. Ao contrário, ela impõe uma inflexão sobre o próprio conceito de cuidado: o que se entende por vínculo, corresponsabilidade e construção coletiva em ambientes mediados por tecnologia? Em contextos marcados por desigualdades, a ideia de inovação responsável desafia os modelos centralizados de gestão e exige práticas sensíveis à singularidade dos sujeitos, à escuta ampliada e ao fortalecimento de redes locais de atenção.

Merhy e Feuerwerker (2016) argumentam que toda tecnologia em saúde carrega uma dimensão política, pois interfere na maneira como se define o que é cuidado e quem tem legitimidade para produzi-lo. Segundo os autores, inovações que desconsideram o “trabalho vivo em ato” — ou seja, a imprevisibilidade e a criatividade das relações humanas — correm o risco de substituir o cuidado por controle. Na telessaúde, portanto, a inovação só se torna responsável quando favorece vínculos horizontais e mediações que preservem a autonomia do sujeito.

No entanto, observa-se que muitas iniciativas de telessaúde seguem orientações operacionais baseadas em metas e fluxos rígidos, ignorando as potências dos territórios e das equipes locais. A suposta agilidade da conectividade pode reforçar silenciamentos quando desarticulada das demandas reais das comunidades. Práticas que não acolhem a diversidade de experiências e as formas de saber populares tendem a gerar rupturas na continuidade do cuidado, afastando os sujeitos e precarizando os sentidos do vínculo e da escuta clínica.

Mendes (2015) sustenta que a construção social da Atenção Primária à Saúde exige articulações entre conhecimento técnico e saber comunitário, de modo que o cuidado se torne experiência compartilhada e não imposição institucional. Para o autor, o reconhecimento das redes informais, dos

agentes locais e dos espaços de decisão coletiva é essencial para consolidar um modelo de atenção centrado na corresponsabilidade. Nesse contexto, a telessaúde só pode ser comunitária se valorizar os saberes do território e suas formas de organização.

A ideia de cuidado compartilhado implica também revisar os papéis tradicionais dos profissionais da saúde. Em vez de operadores de tecnologia, espera-se sujeitos mediadores, capazes de escutar, traduzir e negociar sentidos nos encontros mediados digitalmente. Isso implica repensar os processos formativos, as relações interprofissionais e os modos de organização dos serviços, reconhecendo que a telessaúde não é neutra — ela pode ampliar o acesso ou aprofundar desigualdades, dependendo do modo como é instituída no cotidiano das redes.

Reforçando os apontamentos de Merhy e Feuerwerker (2016), entende-se que a inovação só cumpre um papel ético quando advém de processos compartilhados, nos quais os sujeitos envolvidos têm agência na construção das soluções. A telessaúde comunitária não pode ser programada como produto acabado, mas como campo aberto de experimentações coletivas. Isso requer dispositivos institucionais que sustentem o cuidado como relação e não como protocolo, acolhendo o imprevisto e reconhecendo a dignidade das singularidades que se expressam no contato remoto.

Trata-se, portanto, de disputar o sentido da tecnologia nas políticas públicas de saúde. A mediação digital não deve corresponder a uma substituição da presença, mas a uma ampliação da escuta e da implicação mútua. O cuidado compartilhado, nesse horizonte, não se efetiva por convergência técnica, mas por presença ética. É preciso resgatar o valor da palavra como gesto de encontro, da dúvida como espaço de diálogo e da escuta como construção relacional que ultrapassa o algoritmo e funda o vínculo.

Mais do que operar plataformas, inovar com responsabilidade é sustentar compromissos com a vida em suas expressões mais frágeis. Em tempos de automatização das decisões clínicas e financeirização da saúde, falar em telessaúde comunitária é afirmar que o cuidado não se reduz a desempenho ou cobertura. Ele nasce no território, entrelaça sujeitos e resiste aos modelos prontos. A inovação, nesse sentido, só será digna de seu nome se não calar a alteridade — mas escutá-la, habitá-la e protegê-la.

9 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A consolidação da telessaúde na Atenção Primária expôs tanto avanços quanto limitações no campo da gestão do cuidado. As experiências analisadas revelaram que, embora as plataformas digitais tenham facilitado o acesso, ainda persistem lacunas estruturais na articulação entre tecnologia e práticas territoriais. Como discutido por Caetano et al. (2020), o uso de dispositivos remotos, quando

não contextualizado, pode enfraquecer o vínculo clínico e reduzir o cuidado a procedimentos padronizados. Por isso, a mediação digital precisa ser interpretada como instrumento complementar, nunca como substituto da escuta e da presença.

Nos contextos vulnerabilizados, a telessaúde mostrou-se ambígua. Se por um lado amplia a cobertura, por outro pode acentuar desigualdades já existentes, sobretudo quando não há infraestrutura mínima para sua implementação plena. A presença física do cuidado ainda é, para muitas populações, a única forma efetiva de se sentir acolhido. Conforme Roncoso (2023), a sobreposição de camadas técnicas sobre realidades precarizadas exige da gestão pública sensibilidade para equilibrar inovação com inclusão. A incorporação de ferramentas digitais requer políticas que reconheçam os limites materiais dos territórios.

No campo da formação, evidenciou-se a insuficiência dos currículos tradicionais frente às exigências da saúde digital. Almeida-Filho (2018) argumenta que os profissionais da APS necessitam de repertórios interdisciplinares que articulem competências técnicas, éticas e relacionais. A ausência desses elementos fragiliza o exercício do cuidado em ambientes virtuais. Preparar os trabalhadores para navegar entre o dado e o desejo é hoje condição para a efetividade da APS, sobretudo em tempos de transição tecnológica acelerada.

As estratégias de gestão adotadas nos municípios analisados variaram entre modelos centrados em metas quantitativas e experiências que buscavam a coprodução do cuidado. Bertotti e Blanchet (2021) destacam que a segunda abordagem favorece a adaptação contextualizada das tecnologias, com escuta ativa das equipes e dos usuários. Quando a lógica da telessaúde foi conduzida de forma impositiva, os profissionais relataram sobrecarga, perda de autonomia e conflitos éticos com os protocolos automatizados. A escuta institucional mostrou-se decisiva para uma gestão sensível.

Outro aspecto recorrente foi o descompasso entre a lógica de inovação tecnológica e o ritmo das comunidades. Barbosa e Silva (2017) ressaltam que a velocidade dos dispositivos contrasta com os tempos subjetivos do sofrimento e da atenção singularizada. Aguiar e Machado (2015) acrescentam que, para que a telessaúde seja incorporada de forma eficaz, é essencial que se articule aos saberes populares e às práticas territoriais já consolidadas. A padronização, quando não acompanhada de flexibilidade, compromete a integralidade do cuidado.

A análise das experiências revelou ainda a centralidade das equipes no redesenho das práticas. Merhy e Feuerwerker (2016) defendem que foram os profissionais, com seus deslocamentos éticos e improvisações cotidianas, que mantiveram viva a potência clínica mesmo diante da tecnificação. Quando os processos formativos e gerenciais reconheceram essa dimensão criativa da prática, houve

ampliação do cuidado e maior satisfação dos usuários. A inovação responsável não está na máquina, mas na escuta que se faz dela um meio e não um fim.

As implicações éticas da telessaúde exigem marcos normativos claros e dispositivos que protejam os dados sensíveis dos usuários. Kallás (2021) alerta para os riscos de responsabilização penal em casos de erro diagnóstico em contextos digitais. Souza (2021) complementa que a privacidade informacional deve ser compreendida como dimensão essencial do cuidado, e não como obstáculo burocrático. A segurança digital, nesses termos, não é um acessório técnico, mas um componente fundamental da ética profissional.

Em síntese, os resultados apontam para a necessidade de reconfiguração das políticas de telessaúde com base na participação ativa das equipes, no reconhecimento das singularidades locais e na articulação entre dados, contextos e afetos. Mendes (2015) e Carnut (2017) sublinham que a gestão pública comprometida com a integralidade deve sustentar práticas que transcendam os limites dos sistemas digitais, promovendo o cuidado como experiência relacional, situada e coletiva. A telessaúde, para ser comunitária, precisa ser humana antes de ser técnica.

10 CONCLUSÃO

A consolidação da telessaúde nos serviços de Atenção Primária à Saúde não se deu de forma homogênea, tampouco isenta de contradições. Se por um lado os dispositivos digitais favoreceram o acesso em territórios remotos, por outro expuseram fragilidades na escuta qualificada, na construção do vínculo e na mediação singularizada do cuidado. O presente estudo buscou compreender essas ambivalências, valorizando tanto os limites operacionais quanto as potências ético-políticas da prática remota em saúde.

A pesquisa seguiu orientação qualitativa, sustentada em análise bibliográfica, com foco nas produções que discutem os efeitos das tecnologias digitais na Atenção Primária à Saúde. O objetivo foi compreender como a telessaúde, ao ser incorporada nos serviços públicos, modifica o trabalho das equipes, afeta a relação com os usuários e impõe novos desafios ético-políticos à gestão. Foram mobilizadas obras que articulam criticamente o uso de dispositivos remotos com as dimensões subjetivas e territoriais do cuidado.

As análises indicam que o êxito da telessaúde está menos na sofisticação dos recursos tecnológicos e mais na capacidade das equipes de sustentarem, mesmo à distância, uma atitude ética, sensível e responsiva. A máquina, nesse contexto, só encontra sentido quando tensionada por gestos clínicos que reconhecem a dor alheia como experiência viva e situada, e não como dado codificado. A inovação, para ser responsável, precisa ser antes interpessoal.

Ao longo do percurso investigativo, foi possível verificar que os dispositivos digitais se tornam instrumentos de cuidado apenas quando inseridos em redes de confiança, reciprocidade e escuta mútua. As tecnologias, por si só, não garantem nem a universalidade do acesso nem a integralidade da atenção. É na pedagogia cotidiana dos profissionais, nos ajustes finos da prática e na negociação ética com cada usuário que se desenham as possibilidades mais fecundas da atenção remota.

Ainda que a telessaúde represente uma resposta estratégica a determinados entraves do sistema, ela não pode substituir a presença física nos territórios onde o toque, o olhar e o silêncio compartilham funções clínicas essenciais. A prática remota não deve ser encarada como substitutiva, mas sim como uma ampliação do cuidado, desde que resguardados os princípios da autonomia, da singularidade e da justiça sanitária.

Como desdobramento, torna-se urgente repensar a formação das equipes, os parâmetros normativos e as diretrizes de gestão pública, de modo a assegurar que a telessaúde seja atravessada por uma ética do cuidado e da alteridade. O desafio é produzir uma tecnologia que ouça, que acolha e que se responsabilize. O cuidado, afinal, não nasce da tela, mas da presença — mesmo quando mediada — que reconhece no outro não um dado, mas uma história.

REFERÊNCIAS

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; MENDES, E. V. (Orgs.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59–72.

MENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: CONASS, 2015.
AGUIAR, C. P.; MACHADO, C. Telessaúde no Brasil: conceitos e aplicações. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 10, p. 3283–3284, out. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003283. Acesso em: 24 jun. 2025.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado de enfermagem por Telessaúde: qual a influência da distância na comunicação? Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, n. 5, p. 928–934, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-0928.pdf. Acesso em: 24 jun. 2025.

KALLÁS, Larissa Bechara. Telemedicina e a transformação digital da saúde no Brasil: aspectos bioéticos e problemas de imputação de responsabilidade penal. 2021. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

SOUZA, Maria Luciana Pereira de. Proteção de dados pessoais e telemedicina, uma conversa vital. 2021. Disponível em: <https://www.oabrp.org.br/noticias/artigo-protecao-dados-pessoais-telemedicina-uma-conversa-vital>. Acesso em: 24 jun. 2025.

RONCOSO, Renata. Telemedicina ou telediagnóstico: qual a diferença? 2023. Disponível em: <https://portaltelemedicina.com.br/teleconsulta-telemedicina-telediagnostico-qual-a-diferenca>. Acesso em: 24 jun. 2025.

ALMEIDA-FILHO, Naomar de. Competência tecnológica crítica em saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 667-671, jul.-set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0257>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ykTX9hGG9WHGv7Hy97ZCBNB>. Acesso em: 24 jun. 2025.

BERTOTTI, Bárbara Mendonça; BLANCHET, Luiz Alberto. Perspectivas e desafios à implementação de saúde digital no Sistema Único de Saúde. International Journal of Digital Law, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 93-111, 2021. DOI: <https://doi.org/10.47975/IJDL.bertotti.v.2.n.3>. Disponível em: <https://journal.nuped.com.br/index.php/revista/article/view/v2n3bertotti2021>. Acesso em: 24 jun. 2025.

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177–1186, out. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DdWJGmS59ZWHTm59sXvsVCG>. Acesso em: 24 jun. 2025.

CAETANO, Rosângela et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00088920, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>. Acesso em: 24 jun. 2025.