

Saúde Digital, Direito de Todos, Dever do Estado?

Digital Health, Universal Right, Duty of the State?

Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes,¹ Gláucia Maria Moraes de Oliveira,² Luciano Mariz Maia³

Hospital Alberto Urquiza Wanderley,¹ João Pessoa, PB – Brasil

Universidade Federal do Rio de Janeiro,² Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba,³ João Pessoa, PB – Brasil

Introdução

A Constituição Federal estabelece, em seu art. 196,¹ que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação”.

Considera, ademais, em seu artigo 198,¹ que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.”

A partir de uma leitura sistemática desses dois dispositivos constitucionais, podem ser elencados os elementos basilares da implementação do direito à saúde pelo poder público: o acesso universal e igualitário, bem como o atendimento integral. A atenção integral à saúde determina que o “dever do Estado não pode ser limitado, mitigado ou dividido, pois a saúde como bem individual, coletivo e de desenvolvimento pressupõe uma abordagem assistencial completa” e fornecer a atenção integral “nada mais significa do que privilegiar a vida em detrimento de interesses orçamentários da administração – o chamado interesse público secundário”.²

Dentro desse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido para ser o mecanismo pelo qual o acesso universal e igualitário, bem como a atenção integral, deve ser implementado. O SUS deve atuar conforme essas diretrizes, não podendo impor quaisquer restrições direcionadas especificamente a um determinado grupo ou classe, nem pode privilegiar interesses orçamentários da administração em detrimento do direito à vida.

Como observa Resende³ “o conceito de saúde, como direito fundamental, no marco normativo internacional, foi alargado ao longo dos anos para incluir, além da ideia negativa

de ausência de doença, um conteúdo positivo relacionado à melhora da qualidade de vida e bem-estar”. De acordo com a Carta de Bangkok⁴ para a promoção da saúde em um mundo globalizado, elaborada por ocasião da VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, de 2005, “as Nações Unidas reconhecem que a obtenção do mais alto nível de saúde é um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano, sem discriminação de raça, cor, sexo, ou condição socioeconômica. A promoção da saúde se baseia neste direito humano fundamental e oferece um conceito positivo e inclusivo de saúde como um determinante de qualidade de vida, incluindo o bem-estar mental e espiritual”.

O acesso à saúde é um direito social, assegurado no artigo 6º da Constituição,¹ em conformidade com a dignidade da pessoa humana, que constitui fundamento do Estado democrático de direito. A Constituição, dita cidadã, inaugurou uma nova ordem jurídica no país que promove a inclusão de milhões de brasileiros que estavam à margem de qualquer assistência à saúde.

Tomando-se como perspectiva, no início do século XX apenas tinham acesso ao sistema de saúde aqueles que integravam caixas de assistência previdenciária. Mesmo com a unificação dos Institutos de Assistência Previdenciária, os chamados IAPs, e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), persistiu a exclusão dos não participantes – não contribuintes, uma verdadeira legião de indigentes.

O SUS, observando a organização federativa do Estado brasileiro, conceitualmente foi pensado como solução, mas, após três décadas, persistem problemas crônicos de financiamento e gestão que emperram as engrenagens do maior sistema de acesso universal à saúde do mundo, dificultando a consecução dos seus objetivos originais. O gigantismo do Brasil e a heterogeneidade das diversas regiões impõem gestão eficiente e capaz de promover, dentro das prioridades do Estado, a conveniente justiça alocativa. Somente com a adoção de políticas públicas consequentes e sua capilaridade em todo país se conseguirá modificar o panorama da saúde pública no Brasil.

Nas últimas décadas, como consequência do acerto das políticas públicas, houve aumento da expectativa de vida e, atualmente, experimentamos uma verdadeira transição demográfica. O crescimento do número de idosos é exponencial, estimando-se que esse segmento social represente 25% da população do Brasil em 20 anos. O impacto sobre a seguridade social é desafio para o Estado, e requer atenção redobrada, com adoção de políticas públicas sustentáveis, sobretudo na área da saúde.⁴

Palavras-chave

Assistência Integral à Saúde/legislação & jurisprudência; Assistência Individualizada à Saúde/tendências; Telemedicina, Sistema Único de saúde; Administração em Saúde Pública.

Correspondência: Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes •
Cardiocenter – Av. Ministro José Américo de Almeida, 1450, Torre, Hospital -
Alberto Urquiza Wanderley. CEP 58.040-300, João Pessoa, PB – Brasil
E-mail: mqueiroga@cardiol.br, marcelcartaxoqueiroga@gmail.com
Artigo recebido em 24/06/2019, revisado em 26/06/2019, aceito em 26/06/2019.

DOI: 10.5935/abc.20190161

As doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por mais de 30% da mortalidade global e esse contexto será agravado com o envelhecimento e o adoecimento da população já vigente. *Ipsa facto*, não há como desconhecer que os recursos para ofertar a ampliação da assistência à saúde, especialmente para a crescente prevalência das DCNT, sobretudo em áreas remotas de um país como o Brasil, é uma missão complexa. Será um desafio, a ser superado, levar profissionais de saúde aos mais longínquos rincões, notadamente os especialistas.⁴

Por outro lado, há uma constante tensão entre a classe médica e as autoridades sanitárias acerca das alternativas possíveis para a oferta de médicos à sociedade. Esse tema adquiriu contornos de batalha épica por ocasião da sanção da Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013,⁵ que instituiu o “Programa Mais Médicos” no Brasil. A oferta de médicos no país, desde a instituição do Programa Mais Médicos, tem aumentado, em virtude, principalmente, da crescente abertura de escolas médicas. Contudo, a proporção de médicos por 100 mil habitantes ainda é inferior à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Adite-se que a distribuição desses médicos é heterogênea, agravando esse cenário.⁶ Nesse sentido, o emprego de tecnologias da informação e comunicação, por intermédio de uma rede de Telemedicina, poderia contribuir para universalidade e integralidade do sistema de saúde, em consonância com o ditame constitucional.

Telemedicina como ferramenta para ampliar o acesso universal à saúde

O notável avanço das tecnologias de informação e comunicação e sua aplicação na Medicina propiciaram a transmissão segura de dados, facilitando a interação de profissionais de saúde, abrindo uma porta para democratização do acesso ao conhecimento médico e estreitando a colaboração entre os diversos níveis de atenção à saúde.

A Telemedicina pode ser conceituada como forma organizada e eficiente de exercício da Medicina a distância para fins de informação, diagnóstico e tratamento de indivíduos, isoladamente ou em grupo, baseada em dados, documentos ou outras informações confiáveis transmitidas por intermédio de telecomunicações. Atualmente, o emprego da Telemedicina tem abrangência crescente, sendo possível realizar desde consultas (teleconsulta), diagnósticos (telediagnóstico) até complexas cirurgias robóticas (telecirurgia). Todo esse avanço, o qual projeta o conceito mais amplo de saúde digital, deve ocorrer preservando os postulados milenares da arte médica, sempre centrada no melhor interesse do paciente.⁷

As intervenções de saúde digital não são um substituto para os sistemas de saúde em funcionamento, pois ainda existem limitações significativas para o que a saúde digital é capaz de resolver. No entanto, o emprego criterioso dessa tecnologia pode contribuir para melhorias na atenção à saúde, desde que ancorado na avaliação dos seus benefícios, danos, aceitabilidade e viabilidade.⁷

Ao adentrar a intricada discussão das normas garantidoras da saúde, como direito fundamental, e à guisa da aplicação

de tecnologias da informação e comunicação para promover o exercício da Medicina a distância, base da Telemedicina, há que pugnar-se pela higidez da privacidade dos pacientes. A inviolabilidade da vida privada, como o direito à saúde, também constitui parte indissociável do conceito de dignidade da pessoa humana.¹ Portanto, a segurança da transmissão dos dados é um imperativo para a implementação de qualquer programa de Telemedicina. O princípio milenar do segredo médico, vigente desde Hipócrates, é também uma imposição constitucional.

O ordenamento jurídico aplicável à Telemedicina no Brasil é abrangente e envolve desde a legislação sanitária ao recente marco regulatório da internet para assegurar sua prática regular. Atualmente, protocolos internacionais garantem a transmissão segura dos dados: o *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA)⁷ contém um conjunto de normas que garantem a segurança dos dados transportados e dos responsáveis por sua transmissão

Regulamentação da Telemedicina pelo Conselho Federal de Medicina

O Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão de natureza autárquica, instituído pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957,⁸ tem a incumbência de supervisionar a ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgar e disciplinar a classe médica, por intermédio de ação fiscalizadora e regulatória. Com fulcro nessas atribuições, compete ao CFM regulamentar a participação dos médicos em atividades vinculadas ao emprego da Telemedicina em todo o território nacional.

A Lei 12.842,⁹ de 10 de julho de 2013, Lei do Ato Médico, que dispõe sobre o exercício da Medicina, ratifica que os novos procedimentos e terapias médicas para uso regular no Brasil devem ser, necessariamente, avaliados pelo Conselho Federal de Medicina quanto a sua segurança, eficiência, conveniência e benefícios aos pacientes. A Telemedicina – com a miríade de possibilidades de emprego em prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, bem como na promoção da saúde – enquadra-se, indubitavelmente, e é passível de validação pelo CFM. Por seu caráter inovador, traz consigo um potencial de conflitos de natureza bioética, que impõe uma análise zetética – investigativa – dos seus princípios, em virtude do choque entre a ética tradicional, que permeia a relação presencial entre o médico e o paciente, e a nova fronteira aberta pelo progresso da tecnologia da informação e da comunicação.

O Conselho Federal de Medicina, por intermédio da Resolução CFM 1.643/2002,¹⁰ dispôs sobre a Telemedicina, definindo-a “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”. Essa regulação obriga o emprego de tecnologia apropriada e a observação às normas técnicas do CFM relativas a guarda, manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e garantia do sigilo profissional. A atuação do médico que assiste o ato profissional a distância se restringe às emergências, ou quando solicitado pelo médico responsável pelo atendimento presencial.

Em 2014, o CFM voltou a se manifestar sobre o tema, por intermédio da Resolução CFM 2.107/2014,¹¹ para disciplinar o emprego da Telerradiologia. Essa Resolução atualizou a norma anterior, publicada em 2009. O desenvolvimento da tecnologia e a democratização do acesso à telefonia celular pluralizaram o desenvolvimento de aplicativos dedicados à saúde digital. Atualmente, as possibilidades de emprego da Telemedicina contemplam uma série de serviços, dentre os quais citamos: (a) Teleconsulta, Teleinterconsulta, Telediagnóstico, Teleorientação, Telemonitoramento, Telecirurgia e Teletriagem Médica. Embora parte desses serviços não esteja explicitamente regulamentada pelo CFM, há a oferta por empresas especializadas, sobretudo no âmbito da saúde suplementar, sendo imperiosa a disciplina destes em ato administrativo próprio.

Nesse sentido, o CFM editou a Resolução CFM 2.227/2018,¹² publicada no *Diário Oficial da União* em 6 de fevereiro de 2019, para atualizar a disciplina vigente. A resolução visava garantir segurança à prestação de serviços médicos mediados por tecnologias de informação e comunicação no Brasil. Não há dúvida da necessidade de atualizar o marco regulatório que disciplina a participação de médicos na chamada Telemedicina. Tal medida legitima a relação médico-paciente no âmbito da saúde digital. No entanto, houve uma avalanche de questionamentos da categoria médica sobre a forma e o mérito desta norma.

Em *Janela para o futuro ou porta para o caos?*, Lopes et al.,¹³ discutiram diversos aspectos vinculados a legalidade e oportunidade da Resolução CFM 2.227/2018, sendo a liberação da Teleconsulta o que mais suscitou questionamentos, justamente por flexibilizar a prescrição sem o exame direto do paciente, conduta vedada pelo Código de Ética Médica.* Para os autores, a regulamentação do CFM “deve, portanto, representar um avanço, não um retrocesso. Ampliar o acesso na saúde pública é desejo comum a todos os médicos. O grande desafio da Resolução CFM 2.227/2018 seria ter eficácia e aplicabilidade para avançarmos no campo da justiça e da ética deliberativa.”

A avalanche de questionamentos corporativos da categoria, entre outras razões, motivou a revogação desta Resolução pelo CFM.¹¹ Assim, o emprego da Telemedicina pelos médicos no Brasil deve ocorrer segundo os ditames da Resolução CFM 1.643/2002.¹⁰ É preciso referir que houve problemas de comunicação sobre o conteúdo da norma, suscitando intensa reação dos médicos em relação ao mérito da regulação.

Discorrendo, ainda, sobre o tema, vale dizer, como alertam Lopes et al.,¹³ o CFM não poderia delegar, exclusivamente, às sociedades de especialidade a prerrogativa de elaborar diretrizes sobre telediagnóstico. É importante destacar que a Lei 12.401, de 28 de abril de 2011,⁹ define que a competência de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas no âmbito do SUS é da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Com efeito, não poderia o CFM, com base em resolução normativa, excluir quem tem competência legal para elaborar diretrizes no âmbito do sistema de saúde do Brasil, delegando, exclusivamente, essa atribuição a ente privado, mesmo que condicionada a sua aprovação. Portanto, seja em relação à Telecirurgia robótica ou ao Telediagnóstico, a Resolução revogada poderia ser aprimorada.

Dificuldades para implementação da saúde digital como dever do Estado

Desse modo, poderíamos imaginar a Telemedicina como uma ferramenta complementar útil para permitir equidade de acesso a saúde integral para todos os brasileiros, independente de etnia, sexo, *status* socioeconômico e localização no território nacional. Especialmente se considerarmos a dimensão continental do Brasil, poderíamos supor que as populações que vivem em áreas remotas seriam beneficiadas pelo investimento do Estado na disseminação da saúde digital.

Segundo o IBGE,¹⁴ cerca de 65% dos municípios situados em áreas remotas se localizam nas Regiões Norte e Centro-Oeste do país. Por outro lado, o estudo Demografia Médica no Brasil (2018)⁶ relatou significativa desigualdade na distribuição dos médicos, que predominam nos grandes aglomerados urbanos das Regiões Sul e Sudeste, onde se encontra também o maior número de especialistas, com menor densidade médico/habitante nas Regiões Norte e Nordeste. Se olharmos ainda pela ótica da assistência, por intermédio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁵ do Ministério da Saúde, observamos maior concentração da atividade médica nas Regiões Sudeste e Sul. É importante mencionar, ainda, que há menor concentração de redes ligadas por fibras ópticas em municípios da Região Norte, e que a cobertura de telefonia celular móvel para a população brasileira situa-se entre 98 e 99%, com maior concentração nos centros urbanos do Sudeste e Sul.^{16,17}

Depreende-se que, embora a demanda por serviços médicos nas áreas remotas seja uma oportunidade, a disponibilização de serviços por meio de Telemedicina para essas regiões encontra um grande desafio de implementação semelhante à universalização do acesso aos serviços de saúde tradicional. A expansão da Telemedicina teria que ser precedida pela melhoria da infraestrutura de tecnologia digital.

Por outro lado, a Organizações das Nações Unidas (ONU), por intermédio da União Internacional das Telecomunicações (UIT),¹⁸ vem trabalhando em conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OMS) para estimular a redução do *gap* digital global, com a estratégia e-saúde, com foco na saúde digital, via Telemedicina.

O investimento em saúde digital gerou várias publicações da OMS. São exemplos o *Digital Health Atlas*,¹⁹ um repositório global virtual para apoiar os governos no monitoramento e na coordenação de investimentos digitais, o BeHe@lthy, BeMobile (BHBM),²⁰ para prevenção e controle de DCNT, o mHealth Assessment and Planning for Scale (MAPS), manual para monitoramento e avaliação da saúde digital,²¹ com o objetivo de fortalecer a pesquisa e a implementação da saúde digital, e a primeira Diretriz sobre Intervenções de Saúde Digital da OMS.²² Este último documento²² sugere que as evidências científicas disponíveis sobre os benefícios da implementação da saúde digital global ainda não são, em sua maioria, robustas, e que existem inúmeras brechas para utilização em larga escala, ainda que de forma complementar aos métodos tradicionais. A OMS recomenda que ocorra um processo planejado que preveja: a viabilidade da cobertura da rede para acesso a lugares remotos, a construção do arcabouço legal e jurídico para sua efetivação, o impacto orçamentário e

a avaliação de custo-efetividade de execução de cada etapa do projeto, com a elaboração de indicadores do *continuum* clínico da aplicabilidade para segurança dos usuários.

Telemedicina para reduzir as desigualdades na abordagem das DCNT

A Telemedicina, se aplicada em seu contexto amplo, poderia permitir o acesso e a equidade, ofertando serviços de qualidade com suposta custo-efetividade, especialmente considerando-se o aumento da prevalência e da mortalidade das DCNT, das quais as doenças cardiovasculares (DCV) são seu principal componente.

Foram registrados 55,9 milhões de mortes no mundo em 2017 em uma população mundial estimada em 7,64 bilhões de pessoas.²³ Destes, 70% foram decorrentes de DCNT, e estima-se que continuem a aumentar nas próximas décadas, especialmente nos países de baixa e média renda, ainda que a mortalidade por todas as causas tenha diminuído, notadamente por conta de diminuição da mortalidade infantil e dos menores de 5 anos, estabilização da mortalidade dos 5 anos aos 49 anos e aumento da expectativa de vida.²³ Espera-se o aumento das DCNT com o envelhecimento da população, com o controle das doenças comunicáveis e com o aumento da mortalidade prematura em indivíduos de 30 a 70 anos de idade.²⁴

No Brasil, as DCNT foram responsáveis por cerca de 60% dos óbitos em 2017, de acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS),²⁵ observando-se que esse grupo de doenças partilha dos mesmos fatores de risco e determinantes sociais. A gravidade do tema é grande o suficiente para que fossem estabelecidas metas de redução de 30% da mortalidade prematura por DCNT como parte das Metas de Desenvolvimento Sustentável Global (*Sustainable Development Goals – SDG*) para 2030.^{26,27} Acredita-se, ainda, que um terço das populações das Américas não tenha acesso a cuidados de saúde, e que seriam necessários 800.000 profissionais de saúde adicionais para atender às demandas dos sistemas de saúde na região.²⁸

A abordagem combinada das DCNT e de seus fatores de risco foi considerada um pacote custo-efetivo pela OMS, requerendo investimento de 1 dólar *per capita* nos países de baixa renda, 1,5 nos de baixa-média renda, e 3 dólares nos de média-alta renda, ressaltando a importância do estudo em conjunto das DCNT.²⁹ Para o diretor-geral da OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, “aproveitar o poder das tecnologias digitais será essencial para alcançar as Metas de Desenvolvimento Sustentável Global, incluindo a cobertura universal da saúde, e que tais tecnologias não são mais um luxo, mas uma necessidade”. Sugere também que nos certifiquemos de que a inovação e a tecnologia atenuem as desigualdades, devendo os países ser guiados por evidências para estabelecer sistemas digitais harmonizados, e não se deixem seduzir pelas novidades.³⁰

A resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre Saúde Digital, aprovada por unanimidade pelos Membros da OMS, em maio de 2018, demonstrou um reconhecimento coletivo do valor das tecnologias digitais em contribuir para o avanço da cobertura universal de saúde, com ênfase

nas DCNT, e recomendou que os ministérios da saúde avaliem o uso de tecnologias digitais dedicadas à saúde, priorizando desenvolvimento, avaliação, implementação e aumento do uso dessas tecnologias, bem como orientando a sua normatização, inclusive por meio da promoção de intervenções em saúde digital. No entanto, ressaltou-se que, para reduzir as desigualdades na saúde, seria necessária uma avaliação rigorosa das estratégias do eSaúde com a finalidade de gerar evidências e promover a integração apropriada do uso dessas tecnologias.¹⁸

Recomendações da Diretriz de Telemedicina da Sociedade Brasileira de Cardiologia para a saúde cardiovascular

Para nortear a prática da Telemedicina nas DCV, Lopes et al. elaboraram a Diretriz de Telemedicina da Sociedade Brasileira de Cardiologia,³¹ com o objetivo de discutir o suporte legal e ético, as condições técnicas e a prioridade para a implementação, a custo-efetividade e o impacto orçamentário para o emprego da Telemedicina para a saúde cardiovascular dos brasileiros.

Constatou-se que existe espaço para iniciativas de Telemedicina como apoio matricial de especialista para médicos generalistas e de saúde da família em unidades básicas de saúde em áreas remotas do território brasileiro, especialmente no que tange aos métodos diagnósticos, evitando deslocamentos desnecessários com ônus adicional ao sistema de saúde. Os resultados clínicos e econômicos obtidos com políticas públicas, com foco na saúde digital, vigentes no Brasil sugerem que as tecnologias que permitem o acompanhamento do paciente (telemonitoramento) e a emissão de laudos a distância (telediagnóstico) aplicadas à cardiologia podem ser custo-efetivas, com impacto aceitável no orçamento público. Porém, o conjunto de evidências científicas no Brasil ainda é limitado, em face do reduzido número de pacientes envolvidos, para inferir-se que a aplicação em subgrupos de interesse clínico deva ser generalizada.

Os benefícios dessa tecnologia poderiam ser, igualmente, aplicáveis à saúde suplementar brasileira, mesmo diante de marco regulatório diverso, e da cobertura assistencial presencial adequada. Cabe ressaltar que a maior parte dos beneficiários da saúde suplementar residem em centros maiores, onde a relação médicos/especialistas por habitante é apropriada, e as consultas presenciais, uma imposição legal.

A Telemedicina pode ser ferramenta incremental importante na saúde suplementar, desde que haja uma regulamentação adicional para sua implementação. Dentre as providências cabíveis para ampliar a abrangência da Telemedicina na saúde suplementar, como já existe no Medicare americano, estaria a inclusão das tecnologias, com base científica e legal, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pois a cobertura seria obrigatória, provendo equidade e segurança jurídica.

Recomenda-se que sejam mantidas, nos procedimentos de Telemedicina e Telecardiologia, as bases estabelecidas pelo Código de Ética Médica. A Telemedicina deve ser considerada uma ferramenta adicional para a relação médico-paciente presencial, sem jamais substituí-la.

Conclusão

A Telemedicina como meio de ampliar o acesso universal e integral à saúde, respaldada por evidência sólida, atestada pela comunidade científica, dentro da capacidade orçamentária do Estado brasileiro, expressa em políticas públicas legitimadas, integra o mínimo existencial de cada cidadão brasileiro. É, portanto, um direito de todos e dever do estado, e deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas vigentes no país. O notável avanço das tecnologias da informação e comunicação, e sua aplicação na saúde, deve ser foco constante da atenção do poder público, sendo um instrumento de equidade e fomento à dignidade da pessoa humana. O uso da tecnologia na Medicina acentua o dever de devida cautela para se preservar a privacidade dos pacientes e os valores transcendentais, que fundamentam o exercício da Medicina.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Gráfica do Senado; 1988.
2. Dallari SG, Nunes Jr VS. Direito sanitário. São Paulo: Verbatim; 2010. 68p.
3. Resende NF. A amplitude da expressão saúde no marco normativo brasileiro. In: Bliancheriane AC, Santos JS (org.). Direito à vida e à saúde: impactos orçamentários e judicial. São Paulo: Atlas; 2010.
4. Organização Mundial da Saúde.(OMS). Carta de Bangkok para promoção da saúde em um mundo globalizado [Internet]. Genebra;2005.[Citado em 8 de junho 2019]. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>.
5. Brasil.Leis, decretos. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Altera as leis nº 8.745 de 08 de dezembro de 1993, e nº 6.932 de 07 de julho de 1981, e dá outras providências. [Acesso em 15 de fevereiro de 2019.] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm.
6. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux A, Miotto BA. Demografia médica no Brasil. São Paulo: FMUSP/Crempsp/CFM.; 2018.
7. U.S. Department of Health & Human Services. Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). [Internet]. {Accessed in 2019 Apr 10}. Available from: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/understanding/summary/privacysummary.pdf>.
8. Brasil. Leis, Decretos. Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências. [Internet]. [Acesso em 16 de junho de 2019] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm.
9. Brasil. Leis, Decretos. Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina [Internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/12842.htm.
10. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM 1.643/2002: Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. [Internet]. [Acesso em 11 de junho 2019.]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1643_2002.pdf.
11. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM 2.107/2014: Define e normatiza a Telerradiologia e revoga a Resolução CFM 1.890/09, publicada no D.O.U. de 19 janeiro de 2009, Seção I, p. 94-5.[Internet]. [Acesso em 11 de junho de 2019]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2014/2107_2014.pdf. Acesso em 11/6/2019.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa, Obtenção de dados, Análise e interpretação dos dados, Redação do manuscrito e Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Lopes MACQ, Oliveira GMM, Maia LM.

Potencial conflito de interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

12. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM 2.227/2018: Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologia.[Internet]. [Acesso em 15 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao222718.pdf>.
13. Lopes MACQ, Oliveira GMM, Amaral Jr A, Pereira ESB. Janela para o futuro ou porta para o caos? Arq Bras Cardiol. 2019; 112(4):461-5.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Coordenação de Geografia. 2017.[Internet]. [Acesso em 9 de junho de 2019]. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html>.
15. Brasil. Ministerio da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [Internet]. [Acesso em 9 de junho de 2019]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>
16. Brasil. Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) . [Acesso em 9 de junho de 2019]. Disponível em <http://www.anatel.gov.br/dados/acessos-telefoniamovel>.
17. Inteligência em Telecomunicações (TELECO). Celulares por Região SMP/ SMC/ [Internet]. [Acesso em 9 de junho de 2019].Disponível em: <http://www.teleco.com.br/ncluf.asp>.
18. International Telecommunication Union. (UIT) – União Internacional de Telecomunicações. [Internet]. [Acesso em 09 de junho de 2019]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/agencia/uit/>.
19. World Health Organization.(WHO). Digital Atlas Health. [Internet]. [Acesso em 9 de junho 2019]. Disponível em: <https://digitalhealthatlas.org/pt/-/>
20. World Health Organization.(WHO). Be He@lthy, Be Mobile.[Internet], [Acesso em 06 de junho de 2019.] Disponível em: <https://www.who.int/nccd/prevention/be-healthy-be-mobile/en/>.
21. World Health Organization.(WHO). The MAPS Toolkit mHealth Assessment and Planning for Scale. [Internet]. [Acesso em 6 de junho de 2019].Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/185238/9789241509510_eng.pdf?sequence=1.
22. World Health Organization. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva; 2019. [Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.]

23. Global Burden of Disease.(GBD).GBD 2017 Mortality Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality and life expectancy, 1950–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1684-735.
24. Cao B, Bray F, Ilbawi A, Soerjomataram I. Effect on longevity of one-third reduction in premature mortality from non-communicable diseases by 2030: a global analysis of the Sustainable Development Goal health target. *Lancet Glob Health*. 2018;6(12):e1288-96.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS. Informações de Saúde. [Internet] [Acesso em 9 de fevereiro 2019]. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
26. UN General Assembly. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. 2015. [Internet]. [Acesso em 9 de junho de 2019]. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>.
27. World Health Organization.(WHO). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva;2013.
28. Organización Panamericana de la Salud.(OPAS). Definición de indicadores para proyectos de telemedicina como herramienta para la reducción de las inequidades en salud: documento de análisis y resultados de una comunidad de prácticas. Washington, DC: OPS, 2016. [Acesso em 9 de junho de 2019]. Disponível em: , <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28563>.
29. World Health Organization. (WHO).. Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost? 2011.[Internet]. [Acesso em 9 de junho de 2019]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44706/1/9789241502313_eng.pdf.
30. World Health Organization.(WHO). 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva;2008.
31. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de Telemedicina. Arq Bras Cardiol.2019 (no prelo)

