



PROJETO
TeleNordeste

RELATÓRIO DAS NECESSIDADES LOCAIS PARA O USO DE SOLUÇÕES DE SAÚDE DIGITAL

Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória Sergipe



2024 Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Diretoria de Responsabilidade Social. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS. Projeto TeleNordeste.

Elaboração e informações

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Diretoria de Responsabilidade Social

Rua Treze de Maio, 1.815, Bela Vista, São Paulo/SP

Tel.: (11) 3549-1000

Site: www.hospitaloswaldocruz.org.br/

Diretoria Executiva Gente e Gestão

Maria Carolina Lourenço Gomes

Diretoria de Responsabilidade Social

Haliton Alves de Oliveira Júnior

Gerência de Escritório de Projetos

Nídia Cristina de Souza

Coordenação do Projeto TeleNordeste

Fernanda Saks Hahne

Relatoria

Vanessa dos Santos Gonçalves Senra

Eno Dias de Castro Filho

Marcos Aurélio Maeyama

Adriana Miyauchi

Aryane Lima Rolim

Fernanda Saks Hahne



SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	3
2.	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E SANITÁRIOS.....	4
2.1.	Dados demográficos	4
2.2.	Indicadores sociais.....	5
2.3.	Recursos financeiros e força de trabalho de nível superior	9
2.4.	Indicadores sanitários.....	12
2.5.	Desafios regionais.....	23
3.	DIAGNÓSTICO AUTOINFORMADO PELOS MUNICÍPIOS: CARACTERÍSTICAS DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO	25
3.1.	Atenção Primária à Saúde.....	25
3.2.	Outros serviços da rede	28
3.3.	Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.....	28
3.4.	Linhas de cuidado	29
3.5.	Saúde no sistema prisional	31
3.6.	Saúde indígena.....	31
3.7.	Sistema de regulação municipal	32
3.8.	Tempo de espera nos serviços especializados.....	35
3.9.	Contratação de serviços privados.....	36
3.10.	Nutrição	36
3.10.1.	Dados de profissionais da Nutrição	37
4.	ATIVIDADES OFERTADAS PELO PROJETO TELNORDESTE	39
4.1.	Atividades de engajamento	39
4.1.1.	Oficinas presenciais.....	39
4.1.2.	Apoiadores regionais.....	40
4.2.	Tele-educação.....	40
4.3.	Teleconsultoria/teleinterconsulta	43
4.3.1.	Teleconsultoria assíncrona.....	46
5.	PLANO DE COMUNICAÇÃO PARA A REGIÃO DE SAÚDE DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA.....	48
6.	RECOMENDAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS.....	59
	APÊNDICE: SESSÕES DE APRENDIZAGEM VIRTUAL.....	61

1. INTRODUÇÃO

O TeleNordeste é um projeto que faz parte do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), demandado pela Secretaria de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde (MS), com apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), executado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e desenvolvido em Sergipe em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE).

Por meio do TeleNordeste é possível conectar profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios da Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória com médicos especialistas de diversas áreas do HAOC, promovendo apoio no atendimento de pacientes através das ações de Telessaúde, como teleinterconsulta e teleconsultoria.

Dessa forma, o projeto visa promover o desenvolvimento e a qualificação de processos na Atenção Primária à Saúde (APS) da região, utilizando soluções de Telessaúde para o Sistema Único de Saúde (SUS), integradas à Estratégia de Saúde Digital, melhorando o fluxo assistencial na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O TeleNordeste desenvolve uma proposta inovadora que otimiza o fluxo assistencial, com benefícios para os pacientes e para os profissionais de saúde, com o objetivo de fortalecer o processo de trabalho na APS, promover a ampliação e a resolutividade das ações e dos serviços de forma integrada e planejada, assim como ampliar a oferta de serviços de atenção especializada.

O processo de adesão se deu por manifestação de interesse do gestor do município, responsável pela assinatura do Termo de Adesão, com indicação de um profissional de referência municipal para acompanhamento do projeto e preenchimento do Formulário de Adesão, que se configurou como uma das fontes de informações utilizadas no presente relatório.

Este relatório tem o objetivo de compilar as informações de saúde disponíveis sobre a Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória e seus municípios, evidenciando os aspectos essenciais que destacam a importância do Projeto TeleNordeste.

2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E SANITÁRIOS

Nesta seção, busca-se descrever e discutir o contexto sociodemográfico e sanitário da Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória, permitindo a compreensão do cenário atual dos municípios que a compõe, uma vez que tais aspectos têm íntima relação com as necessidades e com a oferta de ações e serviços de saúde.

2.1. Dados demográficos

A Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória abrange uma área composta por nove municípios, totalizando uma população de aproximadamente 176 mil habitantes, conforme a Estimativa de População do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2021. A Tabela 1 apresenta os dados populacionais, conforme o Censo de 2010 e a estimativa para 2021, e os dados informados no Formulário de Adesão.

Tabela 1 — Dados populacionais

Município	2010	2021	Formulário
Canindé de São Francisco	24.693	30.894	28.360
Feira Nova	5.325	5.617	5.975
Gararu	11.458	11.599	11.096
Graccho Cardoso	5.648	5.831	5.824
Itabi	4.972	4.869	4.745
Monte Alegre	13.621	15.315	-
Nossa Senhora da Glória	32.514	37.715	41.212
Poço Redondo	30.877	35.461	33.439
Porto da Folha	27.124	28.788	26.576
Total	156.232	176.089	157.227

Fonte: Censo Demográfico (IBGE, 2010) e Estimativas de população (IBGE, 2021); Formulário de Adesão ao Projeto.

A Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória apresentou um crescimento populacional gradual entre 2017 e 2021. Iniciando com 170.042 habitantes em 2017, a população aumentou para 171.605 em 2018, para 173.135 em 2019, para 174.628 em 2020 e para 176.089 em 2021, de acordo com o IBGE (2010 e 2021). Essa região, que ocupa a sexta posição em termos de população no estado de Sergipe, mostra uma necessidade crescente de desenvolvimento de serviços e infraestrutura para acompanhar o crescimento da população.

2.2. Indicadores sociais

Uma apreciação sobre a realidade da Saúde em uma região pode ser levada a cabo a partir de diferentes fontes.

Um parâmetro mais qualitativo e de ordenamento conforme conquistas é o Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades (IDSC), com atualização até 2023 para os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), disponível em <https://idsc.cidadessustentaveis.org.br/rankings/>.

No ordenamento (do melhor para o pior) de todos os mais de 5 mil municípios brasileiros, Macambira (de outra região de saúde) é município de Sergipe que se encontra em melhor posição em relação aos ODS ocupando a 1.902ª posição no *ranking*. Os municípios da Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória, conforme ordenados na Tabela 1, encontram-se, respectivamente, nas posições 3.174, 4.387, 4.367, 4.273, 3.731, 5.320, 3.676, 4.928 e 3.576 (Instituto Cidades Sustentáveis, 2024).

A comparação da situação de 2015 para 2023 pode permitir uma visão mais dinâmica do contexto de alcance desses ODS, conforme ilustra o Gráfico 1.

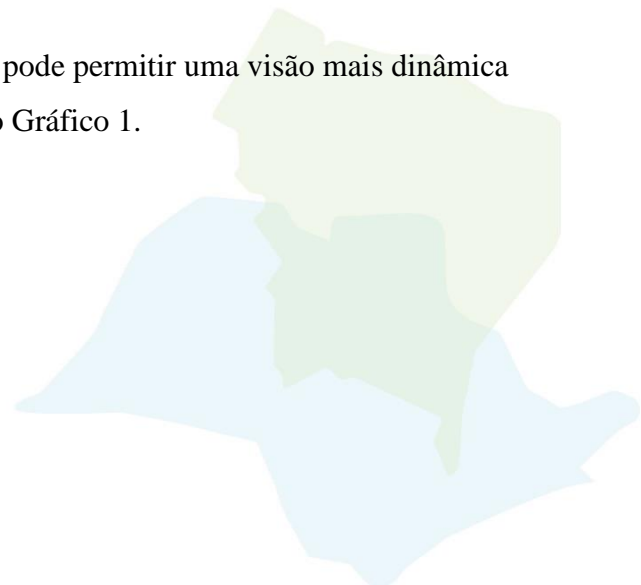
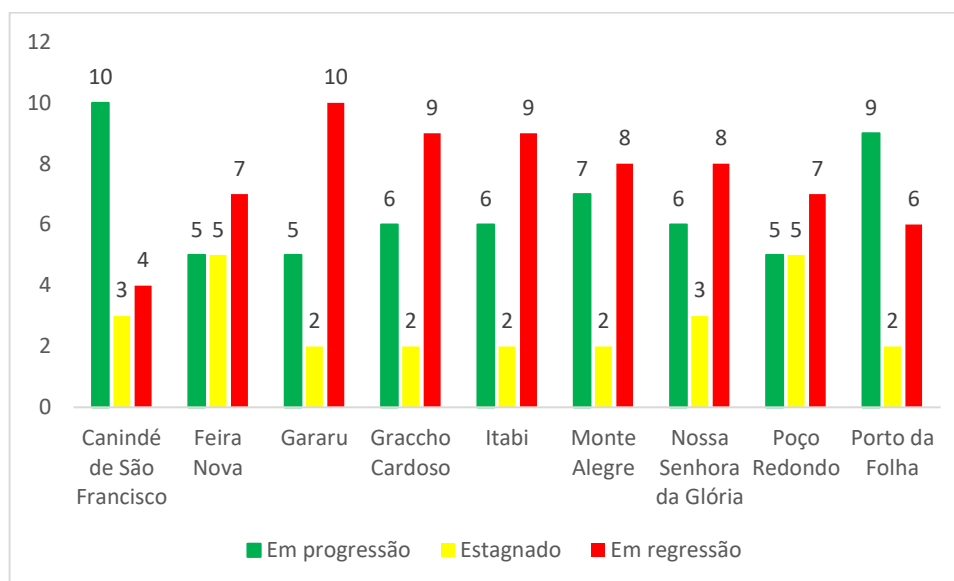


Gráfico 1 — Alcance dos ODS



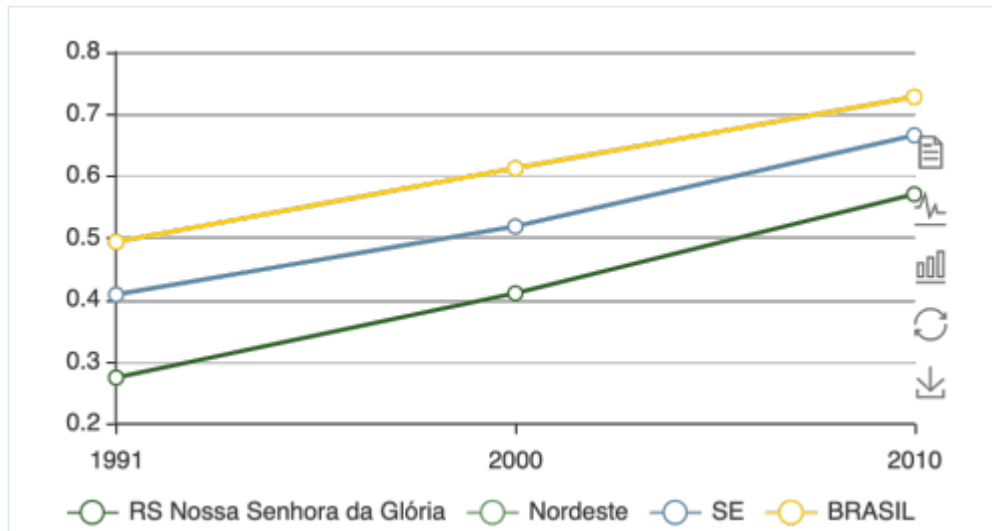
Fonte: Instituto Cidades Sustentáveis (2024).

Em uma análise como esta, considerar somente o ODS 3, que se refere à Saúde e Bem-estar, pode ser limitado, pois é sabido que saúde é um resultado complexo de todas as determinações consideradas nos ODS, mas permite uma visão mais objetiva do setor em si. Para esse ODS, nenhum município apresenta tendência de progressão. Somente Canindé de São Francisco se encontra estagnado e todos os demais estão em regressão. É um quadro que requer atenção e apoio.

Outra forma de aquilatar a situação do desenvolvimento social é através de escores universalmente aceitos, que costumam integrar diferentes dimensões em sua composição. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um deles. Varia de 0 a 1, e quanto mais próximo de 1, melhor o nível de desenvolvimento humano de um país ou região. O IDH leva em consideração três dimensões principais: a expectativa de vida ao nascer, o nível de educação e a renda *per capita*.

Na Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória, o IDH teve um valor considerado baixo registrado na medição referente a 2010, sendo de 0,570. Chegou a este valor em tendência de elevação similar à do estado e à do país, partindo de valores iniciais inferiores, e mantendo a inferioridade ao longo do tempo, conforme ilustra a Figura 1.

Figura 1 — Índice de Desenvolvimento Humano

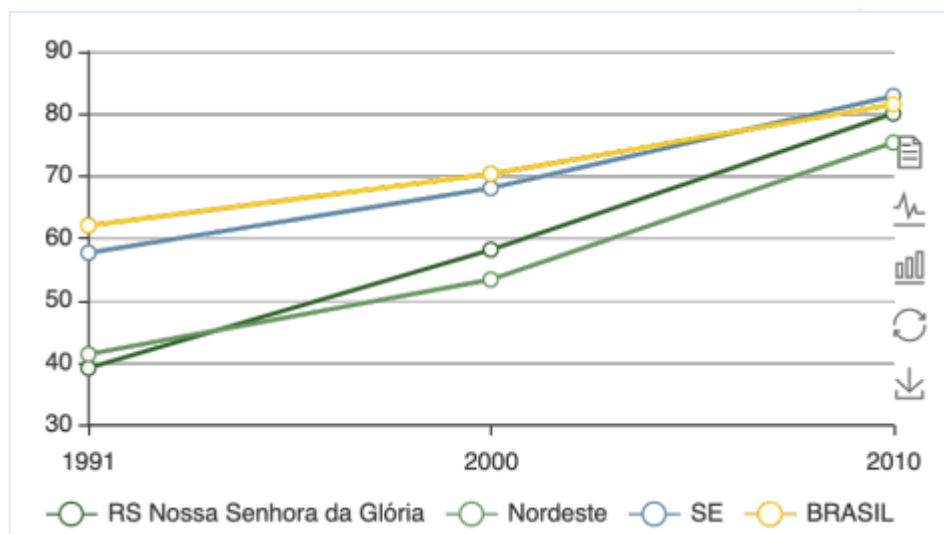


Fonte: Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde (PROADESS) (Fiocruz, c2011).

Ainda outra forma de avaliação é a apreciação de indicadores sanitários e/ou epidemiológicos específicos, cuja avaliação em conjunto permite traçar um panorama inteligível sobre o mesmo território.

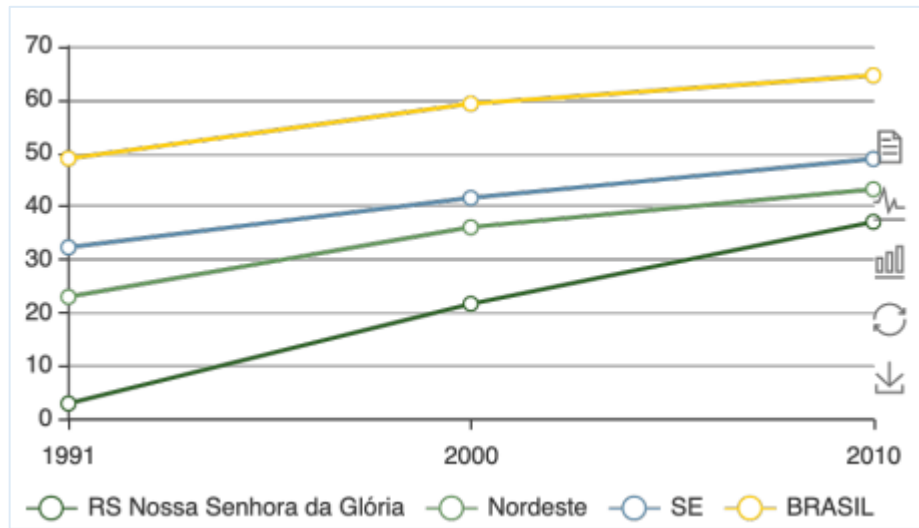
A tendência de melhoria de serviços sanitários básicos na região segue a mesma lógica de elevação, como no estado, no Nordeste e no Brasil como um todo, mas com um ponto de partida relativamente pior, conforme apresentado nas Figuras 2 a 4.

Figura 2 — Percentual da população com abastecimento adequado de água



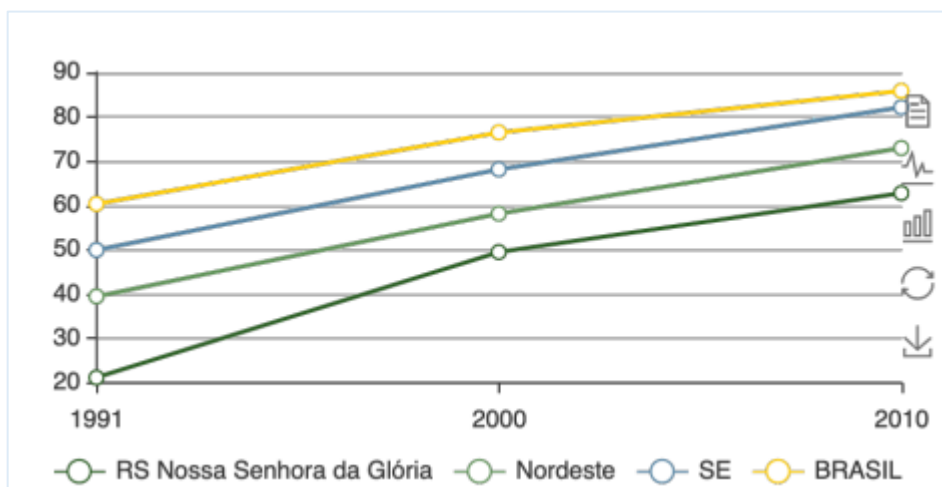
Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Figura 3 — Percentual da população com disposição adequada de esgoto sanitário



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Figura 4 — Percentual da população atendida por serviço regular de coleta de lixo domiciliar



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

O destaque de melhoria dos serviços sanitários básicos fica por conta do fornecimento de água potável, que atingiu cobertura semelhante à de todo o estado de Sergipe. Já a destinação adequada de esgoto e a coleta de lixo, apesar do crescimento observado nos últimos anos, apresentam-se com cobertura inferior se comparada com a média do estado.

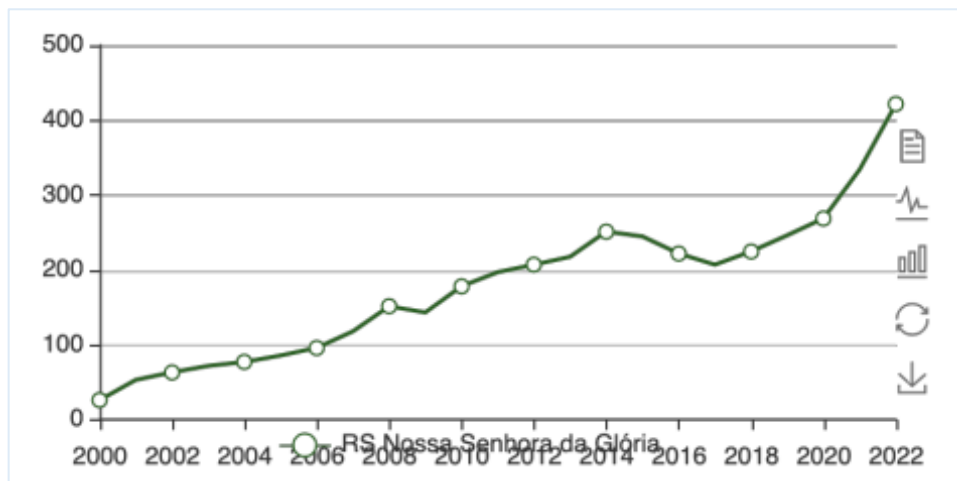
Em síntese, esses indicadores sociais demonstram que a Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória, apesar dos avanços nas últimas décadas, permanece em situação

desprivilegiada, não somente relacionada aos indicadores nacionais, mas, sobretudo, aos do próprio estado de Sergipe. Isso demanda atenção e esforços de superação.

2.3. Recursos financeiros e força de trabalho de nível superior

Especificamente no setor Saúde, a soma dos gastos próprios *per capita* dos municípios da Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória, assim como no restante do país, tem-se elevado ao longo do tempo, pela própria correção monetária e por acréscimos próprios, conforme ilustra a Figura 5.

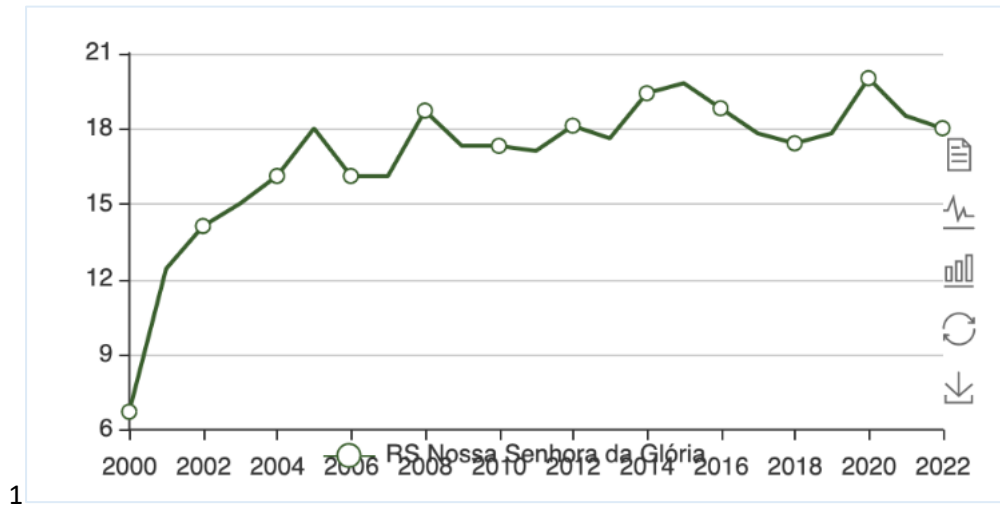
Figura 5 — Recursos próprios destinados à saúde por habitante (em R\$)



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

O comportamento desses gastos em relação ao orçamento municipal tem uma tendência geral de elevação, embora com variações ao longo dos anos, de acordo com a Figura 6.

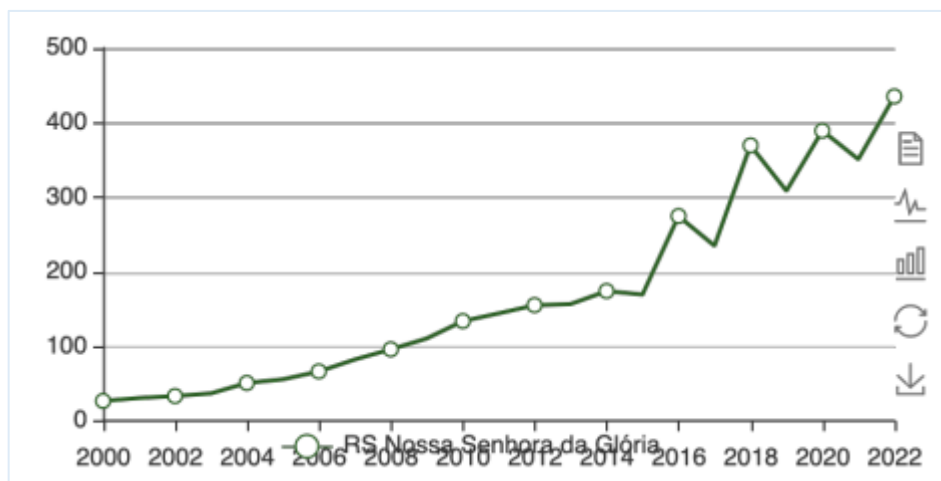
Figura 6 — Percentual dos recursos próprios destinados à saúde



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

As transferências totais de recursos dos demais níveis de governo, no âmbito do SUS, para a região, seguem tendência similar, como ilustrado na Figura 7.

Figura 7 — Total das transferências de recursos no âmbito do SUS por habitante (em R\$)

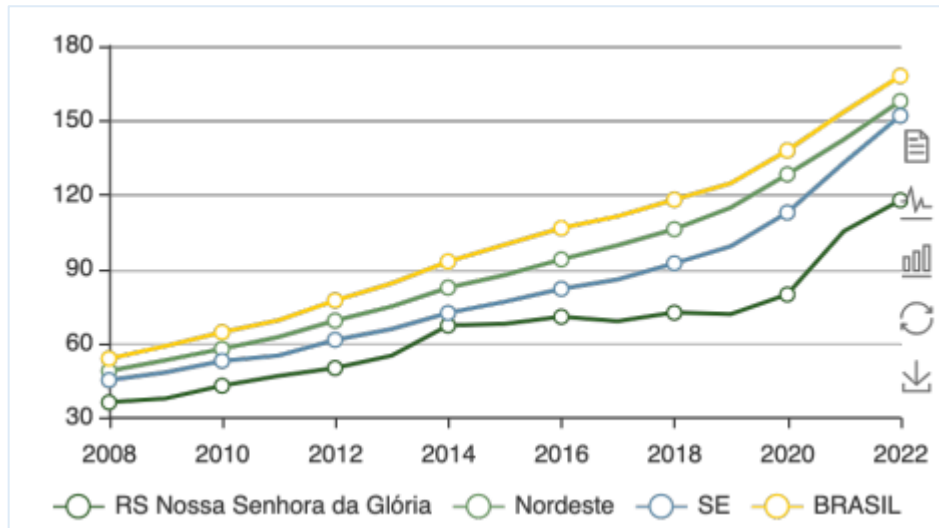


Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Esse comportamento dos recursos do setor Saúde tem sido acompanhado por uma tendência de ampliação da oferta de profissionais essenciais ao setor, com um ponto de partida pior para a Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória e persistência de uma menor relação

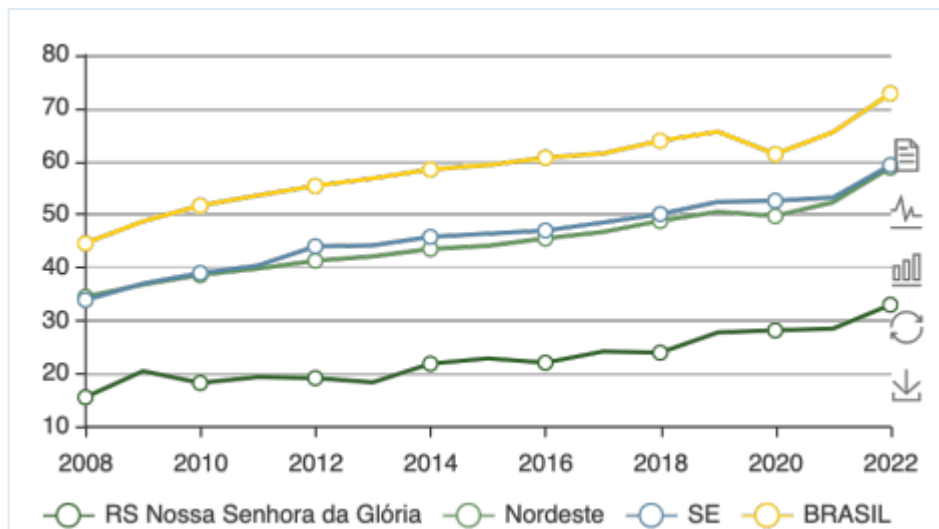
de profissionais por habitante, comparada com a média do estado, ao longo dos anos, conforme Figuras 8 a 10.

Figura 8 — Enfermeiros por 100 mil habitantes



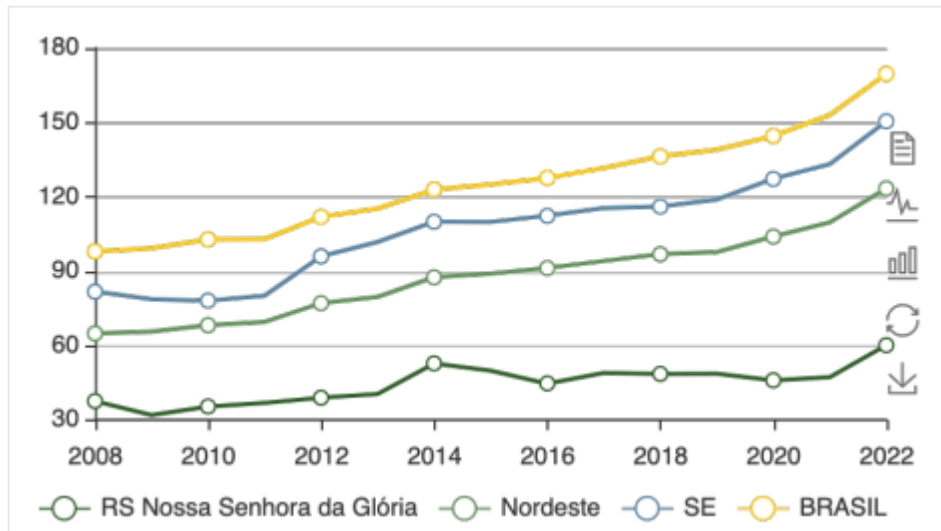
Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Figura 9 — Cirurgiões-dentistas por 100 mil habitantes



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Figura 10 — Médicos especialistas por 100 mil habitantes



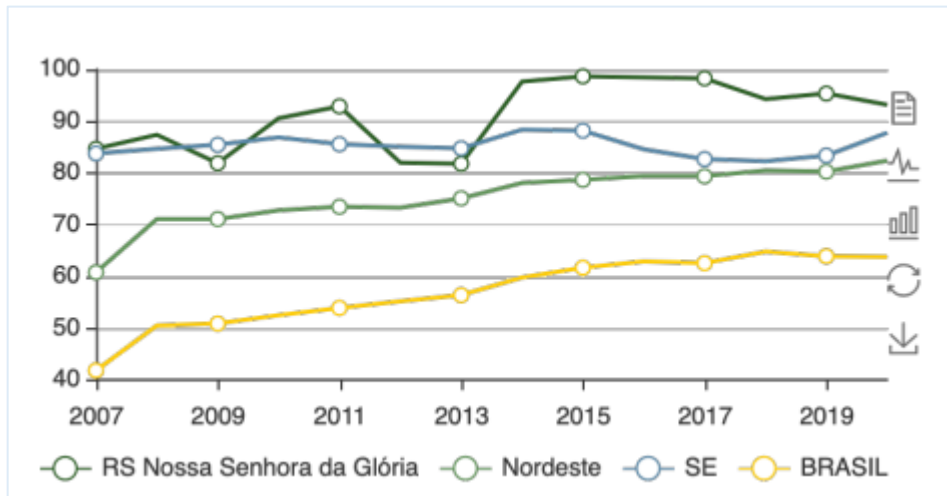
Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Apesar da tendência de ampliação de oferta de profissionais na Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória, observa-se uma curva mais ascendente na categoria da enfermagem. Já as categorias de cirurgiões-dentistas e médicos especialistas, a ampliação apresenta tendência mais tímida, e com grande inferioridade frente ao estado de Sergipe, à região Nordeste e ao Brasil como um todo. Essa realidade também requer atenção e apoio.

2.4. Indicadores sanitários

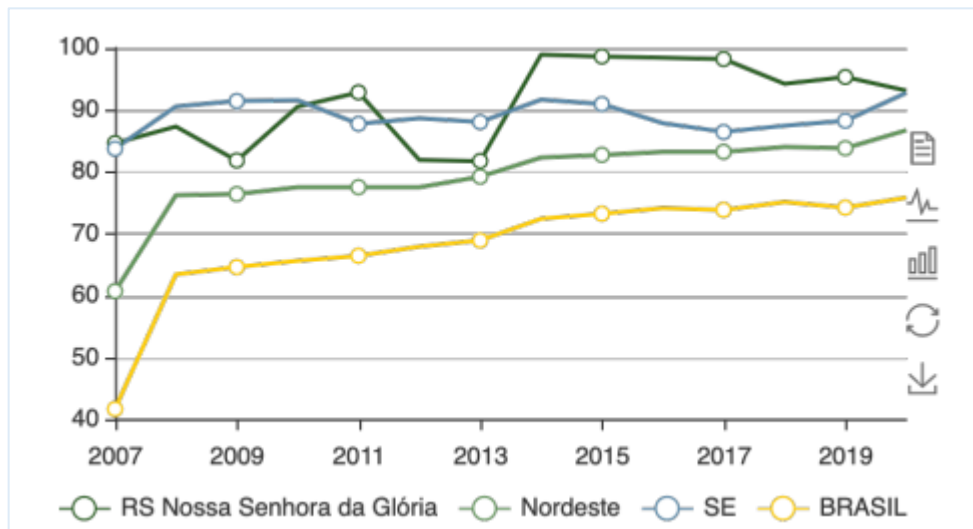
Com relação ao percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), a Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória apresenta um histórico superior à cobertura de Sergipe e à do Nordeste como um todo, com períodos próximos de 100%. Porém, não vivenciou, ao menos até 2020, uma recuperação sustentada da tendência geral de queda do início da segunda metade da década passada, ao contrário do estado de Sergipe e do Nordeste, ainda que tenha mantido uma boa cobertura populacional da ESF, como pode ser observado na Figura 11. Isso não se deveu a uma substituição de serviços por outras modalidades de atenção pública ou privada, como ilustram as Figuras 12 e 13.

Figura 11 — Percentual da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

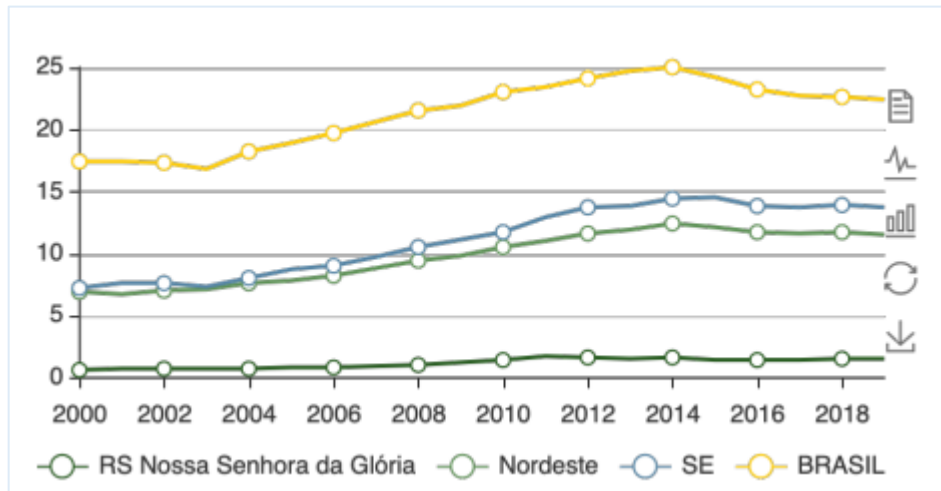
Figura 12 — Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).



Figura 13 — Percentual da população coberta por planos e seguros de assistência suplementar à saúde

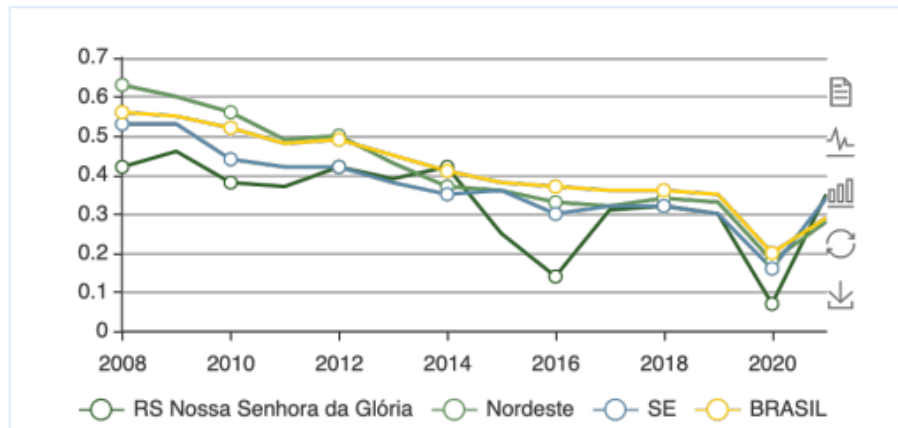


Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Os resultados de cobertura da Atenção Primária na Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória, bem como do estado de Sergipe e da região Nordeste como um todo, demonstram uma priorização da Estratégia Saúde da Família como modelagem de oferta da APS. Isso é positivo em vários aspectos fundamentais, como quanto à possibilidade de vínculo, conhecimento da comunidade e atenção integral. Outro aspecto que chama a atenção na Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória é a elevada proporção da chamada população SUS-dependente. Expressa na baixa cobertura de planos de saúde, bem abaixo da média do estado, da região Nordeste e do Brasil, isso corrobora a realidade de uma menor proporção de emprego formal, já que a maior proporção de cobertura por essa modalidade é de planos coletivos contratados como forma de salário indireto.

Apesar das oscilações ao longo do tempo, a boa cobertura de ESF não favoreceu a execução de ações essenciais, como as de prevenção de câncer evitável de colo de útero. Tal execução vem em queda persistente na região, no estado, no Nordeste e no país desde o final da primeira década do milênio, com piora aumentada no final da última década, e discreta recuperação no início da década atual, conforme evidencia a Figura 14.

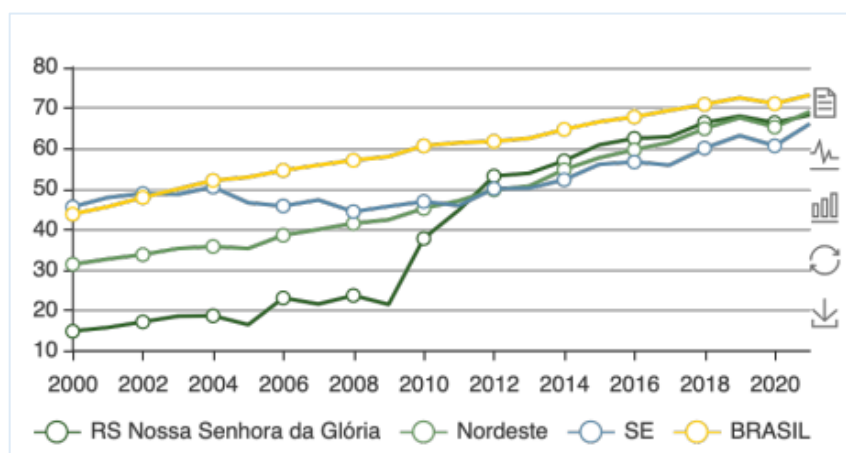
Figura 14 — Razão entre o número de exames citopatológicos em residentes do sexo feminino entre 25 e 64 anos e um terço da população do sexo feminino na mesma faixa etária



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

As dificuldades em sustentar alta oferta e alto engajamento em Papanicolau, felizmente, não se repete na cobertura de todas as ações essenciais de APS, como o pré-natal, considerando todas as abrangências territoriais, incluindo esta região, como se vê na Figura 15. Isto pode expressar uma variabilidade de dificuldade cultural basal de captação para diferentes ações, assim como de incentivos e estratégias no mesmo sentido, ou mesmo a própria motivação individual de busca pelo serviço, possivelmente mais favorável no caso do pré-natal.

Figura 15 — Percentual de nascidos vivos de residentes do sexo feminino que fizeram mais de 6 consultas de pré-natal



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Contudo, além do acesso, a qualidade da atenção se reflete igualmente nos indicadores de saúde. A piora das taxas de incidência de sífilis congênita, trazida do Plano Estadual de Saúde de Sergipe (PES/SE) 2024/2027, apresentada na Figura 16, põe em destaque o resultado negativo da ausência de uma ação específica e rotineira, que deveria necessariamente ocorrer no pré-natal.

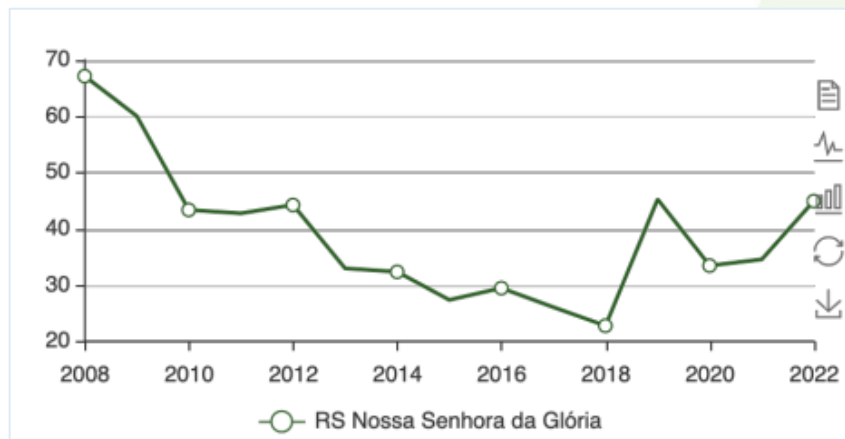
Figura 16 — Taxas de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos): Sergipe e regiões de saúde (2017-2021)

Região	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Aracaju	8,8	8,3	17,3	19,6	18,1	14,2
Estância	15,3	15,5	17,0	27,4	18,5	18,7
Nossa Senhora da Glória	4,4	7,2	4,5	4,6	4,5	5,0
Itabaiana	7,9	10,0	5,1	7,7	11,5	8,4
Lagarto	4,9	4,9	8,9	10,0	12,5	8,2
Propriá	8,3	6,4	11,9	11,5	8,8	9,3
Nossa Senhora do Socorro	13,3	14,2	25,1	24,1	29,0	20,9
Sergipe	9,4	9,6	14,8	17,1	16,7	13,4

Fonte: PES/SE 2024-2027 (Sergipe, 2023, p. 114).

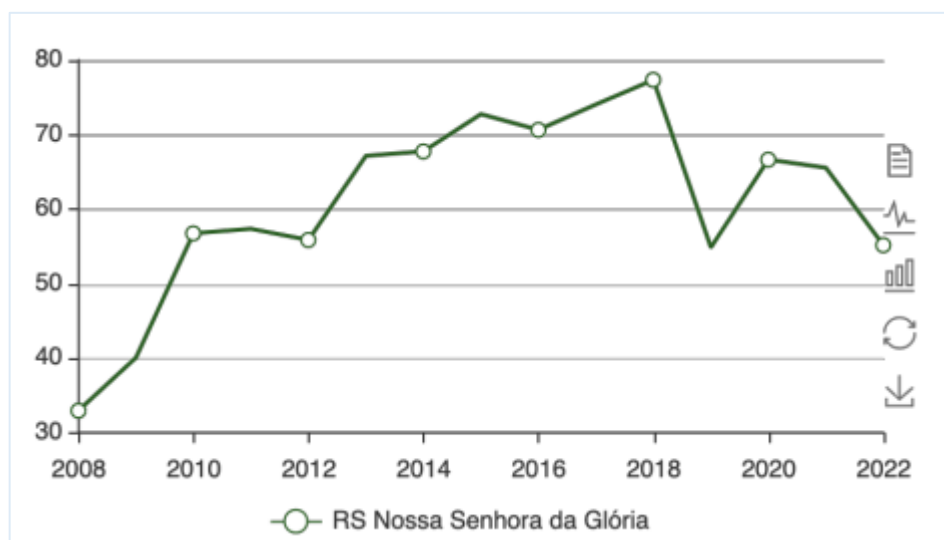
Em termos de acesso a recursos de custo intermediário, como internações clínicas, a tendência é de queda (com recuperação parcial) de sua realização no âmbito da própria região e elevação da necessidade de realização fora dela (com decréscimo parcial), conforme ilustram as Figuras 17 e 18.

Figura 17 — Percentual de internações clínicas realizadas no interior da Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

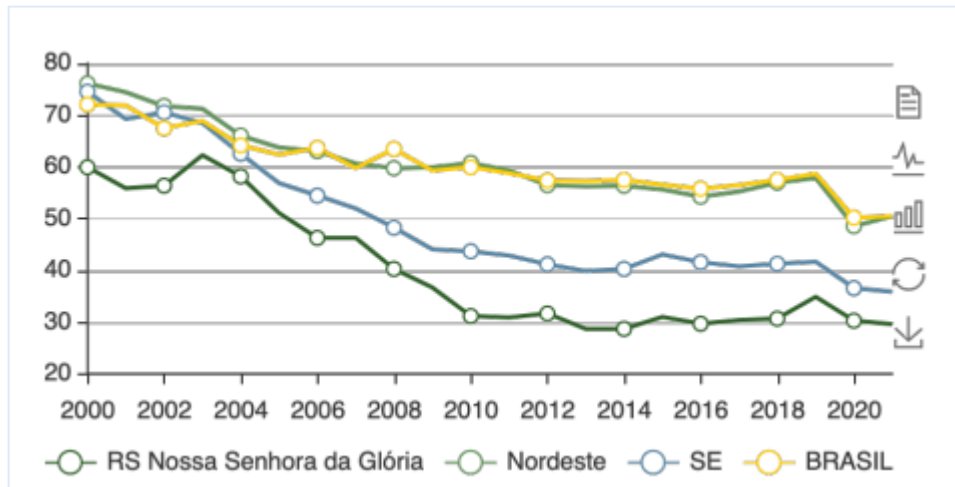
Figura 18 — Percentual de internações clínicas realizadas fora da Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

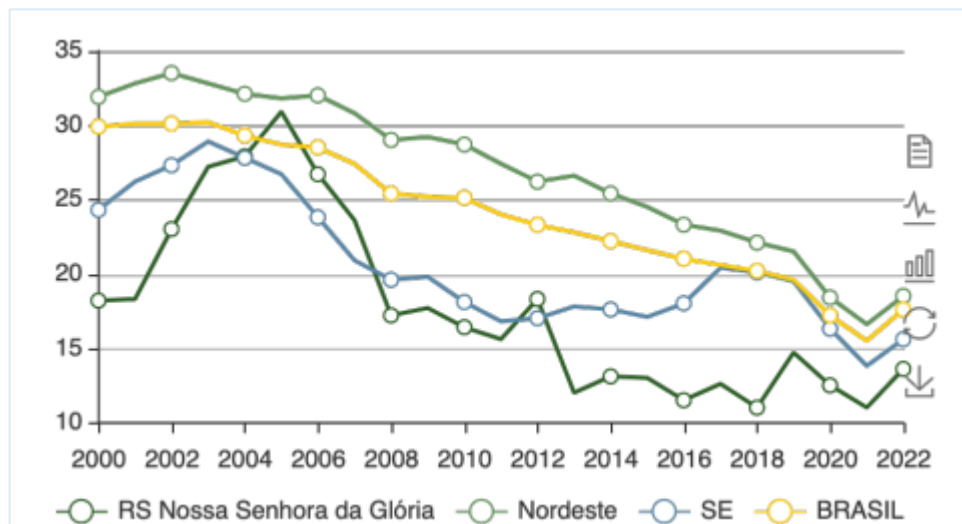
Esse comportamento proporcional pode estar relacionado com a queda persistente da taxa bruta de internação hospitalar no SUS por 1.000 habitantes, que vem ocorrendo em todos os territórios aqui já considerados (Figura 19). Essa queda provavelmente se relaciona com as altas coberturas populacionais por APS, relativizando a queda mencionada, pois tem ocorrido em paralelo a uma queda de necessidade de acesso. Tal interpretação se fortalece ao verificarmos a importante redução nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde (ICSAPS) desde a metade da primeira década do milênio em todos os territórios, com flutuação para cima em meados do período de redução de cobertura verificado mais acima (Figura 20). Houve nova queda quando a pandemia de covid-19, antes da disponibilização de vacinas, substituiu internações evitáveis em APS pelas decorrentes do coronavírus, e nova elevação com a onda de internações que não foram evitadas na APS durante a vigência da necessária recomendação para a população ficar em casa.

Figura 19 — Taxa bruta de internação hospitalar no SUS por 1.000 habitantes



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

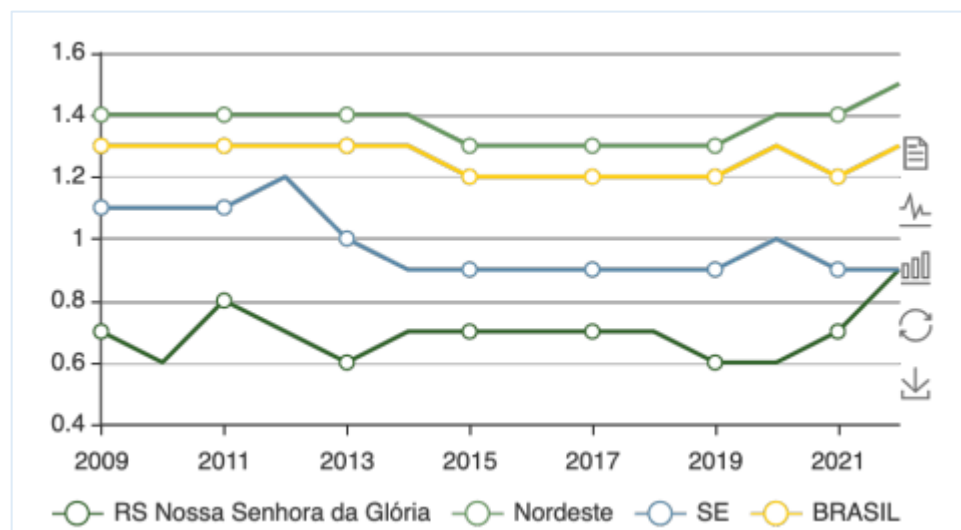
Figura 20 — Percentual de ICSAPS



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Observa-se que tais quedas de internações não se devem a variações negativas expressivas persistentes na disponibilização de leitos para o SUS por 100 mil habitantes, como se vê na Figura 21.

Figura 21 — Leitos disponíveis ao SUS por 1.000 habitantes



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

A queda nas ICSAPS parece ter uma trajetória consistente com os efeitos da oferta de APS. As taxas de mortalidade prematura (30-69 por 100 mil habitantes) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), após um período inicial de elevação (que pode corresponder a dificuldades de registro no quinquênio inicial do milênio), têm mantido a tendência de queda (2006-2020) também encontrada no estado, no Nordeste e no Brasil, embora com uma variação média maior, o que é habitualmente encontrado em populações menores de regiões de saúde em relação às do estado e de territórios maiores (Figura 22). No período da pandemia, como comentado antes para as ICSAPS, a proporção dessa mortalidade, conceitualmente prevenível por uma APS efetiva, foi parcialmente substituída pela mortalidade ocasionada pela covid-19.

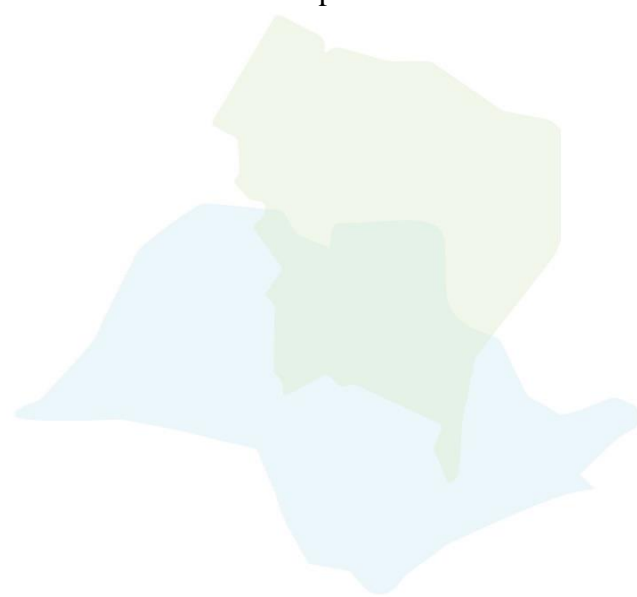
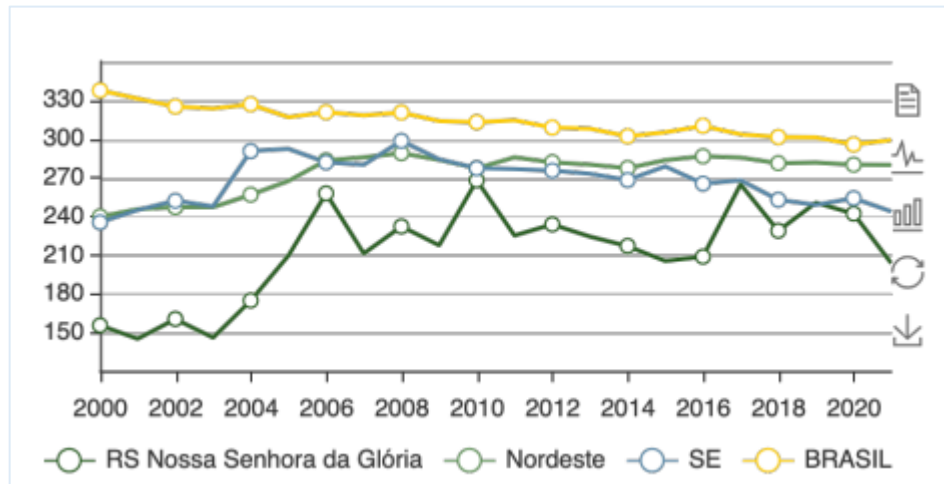


Figura 22 — Taxa de mortalidade prematura por DCNT por 1.000 mil habitantes



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Já as taxas de mortalidade infantil flutuaram para mais a partir de 2018, como em quase todo o estado (exceto nas regiões de Lagarto e Estância), voltando a cair em 2020/2021, mas ainda não retornando aos valores anteriores, como pode ser visto na Figura 23. É sabido que o componente neonatal da mortalidade infantil vem caindo, historicamente, de modo mais lento que suas taxas totais, refletindo uma lentidão maior na melhora assistencial no setor hospitalar que na melhora sanitária geral. É possível que alterações no padrão de financiamento do setor Saúde, a partir da instituição do chamado Teto de Gastos, evidentes mais acima no gráfico de Transferências SUS por habitante em 2018 (Figura 7), tenham-se expressado de modo diferencial no subsetor hospitalar, refletindo-se em dificuldades assistenciais com impacto suficiente para resultarem na piora transitória verificada nas taxas como um todo. Mas outros fatores sociais, concomitantes, podem ter trazido impactos na mortalidade infantil tardia no mesmo período, contribuindo para seu resultado geral. Isso poderá ser mais bem avaliado quando todos os dados do Censo 2022 estiverem publicados.

Figura 23 — Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos): Sergipe e regiões de saúde (2017-2021)

Região	2017	2018	2019	2020	2021
Aracaju	17,1	18,7	16,2	17,0	14,5
Estância	16,1	13,9	20,2	12,0	14,8
Nossa Senhora da Glória	11,3	15,5	18,6	16,8	14,1
Itabaiana	13,8	16,6	17,5	14,1	12,4
Lagarto	13,7	12,5	13,9	14,8	13,6
Propriá	16,6	16,7	20,8	14,6	14,5
Nossa Senhora do Socorro	14,7	18,0	18,5	18,5	13,5
Sergipe	15,4	16,8	17,4	16,0	14,0

Fonte: PES/SE 2024-2027 (Sergipe, 2023, p. 58).

Um aspecto importante para caracterizar a evolução e a sofisticação de um sistema local de saúde é o quanto ele conseguiu incorporar os cuidados em saúde mental. A taxa de mortalidade por suicídio (Figura 24) reflete parte desse componente, pois expressa tanto os estressores sociais quanto essa capacidade de cuidado pelo setor Saúde. Em Sergipe, exceto as regiões de Estância e Itabaiana, com taxas bem mais altas do que as demais regiões, a Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória representa a segunda mais alta.

Figura 24 — Taxa de mortalidade por suicídio (por 100 mil habitantes): Sergipe e regiões de saúde (2017-2021)

Região	2017	2018	2019	2020	2021
Aracaju	4,8	4,4	3,5	4,6	3,9
Estância	2,9	6,1	6,5	6,9	8,0
Nossa Senhora da Glória	7,1	5,2	6,9	6,9	4,5
Itabaiana	8,4	7,2	7,1	8,6	9,8
Lagarto	1,5	1,5	0,9	0,9	1,1
Propriá	8,8	6,3	3,8	5,6	3,7
Nossa Senhora do Socorro	3,3	7,0	5,8	4,6	5,4
Sergipe	5,6	6,0	5,0	5,6	5,5

Fonte: PES/SE 2024-2027 (Sergipe, 2023, p. 74).

A necessidade de evolução dos sistemas regionais e locais de saúde, incorporando elementos do cuidado integral, como o mencionado logo acima, além de lenta, infelizmente tem

vido acompanhada pela deterioração de elementos tradicionais previamente estabelecidos, como a taxa de cura de novos casos de hanseníase, como pode ser observado na Figura 25.

Figura 25 — Proporção de cura dos casos novos de hanseníase nas coortes de tratamento: Sergipe e regiões de saúde (2017-2021)

Região	Ano da coorte de tratamento					% cura 2017 - 2021
	2017	2018	2019	2020	2021	
Aracaju	86,4	72,7	93,8	85,4	85,0	83,9
Estância	92,9	86,2	94,3	94,6	94,1	92,8
Itabaiana	79,4	88,5	89,7	86,8	100,0	89,0
Nossa Senhora da Glória	100,0	95,0	100,0	76,5	89,3	91,8
Lagarto	94,4	100,0	89,5	91,7	81,8	92,4
Propriá	82,4	83,6	84,9	86,4	87,6	85,0
Nossa Senhora do Socorro	76,9	100,0	88,9	93,3	86,4	89,8
Sergipe	85,3	85,5	89,3	87,8	89,4	87,5

Fonte: PES/SE 2024-2027 (Sergipe, 2023, p. 123).

De outro lado, talvez por ser uma condição associada à evolução geral nos cuidados destinados às pessoas vivendo com HIV, as taxas de cura de casos novos de tuberculose (Figura 26) mantiveram uma trajetória de melhora.

Figura 26 — Proporção de cura dos casos novos de tuberculose nas coortes de tratamento: Sergipe e regiões de saúde (2017-2021)

Região	Ano da coorte de tratamento					% cura 2017 - 2021
	2017	2018	2019	2020	2021	
Aracaju	68,3	69,0	66,8	72,7	69,1	69,3
Estância	86,7	89,6	89,8	86,2	86,5	87,7
Nossa Senhora da Glória	79,2	88,0	88,9	100,0	91,7	89,0
Lagarto	64,9	69,3	75,3	68,8	78,2	70,9
Propriá	80,9	68,9	78,3	87,8	66,7	77,0
Nossa Senhora do Socorro	68,8	74,5	78,4	85,5	79,4	78,1
Sergipe	71,9	72,8	73,3	77,6	73,5	74,0

Fonte: PES/SE 2024-2027 (Sergipe, 2023, p. 127).

Expressando uma síntese inicial, pode-se compreender que há um esforço enorme da região, assim como do estado, do Nordeste como um todo e do país, para avançar em relação ao cumprimento do marco constitucional brasileiro atinente ao direito universal à saúde como dever público.

Entretanto, certas lacunas de qualidade desse cuidado são persistentes, enquanto outras se alternam de modo variado em diferentes recortes no tempo. Isso pode derivar de variações de financiamento, de alocação de recursos de provimento, formação e supervisão conforme variáveis de priorização por diferentes gestões, ou por determinações econômicas em um nível mais amplo. Tais lacunas encontram, porém, vias finais que muitas vezes são comuns: a da efetividade do cuidado em APS e os gargalos de acesso à atenção especializada e terciária. O TeleNordeste é um Proadi-SUS demandado justamente para apoiar a elevação dessa efetividade e a otimização do uso de recursos escassos nesse acesso.

2.5. Desafios regionais

A Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória está localizada no noroeste do estado de Sergipe, no território sergipano do Alto Sertão, o menos povoado do estado, com o pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Sergipe, sobretudo pela baixa expectativa de vida ao nascer e pela baixa escolaridade da população, de acordo com o Estudo de Mercado de Nossa Senhora da Glória (Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Sergipe, 2014).

A região enfrenta desafios significativos relacionados ao acesso aos serviços de saúde, principalmente por ser uma área extensa e distante da capital, com poucos serviços de saúde regionalizados pela baixa densidade demográfica.

A distância entre os usuários do SUS e os serviços especializados apresenta um desafio significativo na região. O acesso geográfico é uma barreira crucial, pois leva em conta a localização dos serviços de saúde, os meios de transporte disponíveis e o tempo necessário para deslocamento. Isso é especialmente problemático em áreas rurais e remotas, onde a APS pode ser o único nível de cuidado disponível.

Em resposta a essas necessidades, as especialidades oferecidas pelo Projeto TeleNordeste foram estrategicamente definidas em colaboração com as regiões de saúde, com

o objetivo de fornecer suporte diagnóstico e terapêutico às áreas com pouca disponibilidade de serviços na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

Durante este segundo triênio do projeto, logramos ampliar a cobertura para mais municípios no estado de Sergipe, utilizando soluções de saúde digital como teleinterconsulta e teleconsultorias, de acordo com as necessidades específicas e com o uso de cada localidade participante. Isso permite otimizar recursos, melhorar resultados e maximizar o impacto no estado. O projeto amplia e melhora a qualidade assistencial, à medida que possibilita reduzir os tempos de espera para consultas com especialistas e o número de encaminhamentos desnecessários de pacientes para AAE.

Além disso, a implementação dessas soluções de saúde digital é essencial para fortalecer e integrar a rede de serviços de saúde no estado. Ao conectar a APS com a AAE por meio de plataformas de telemedicina, criamos um fluxo contínuo de informações e recursos que facilita a colaboração entre diferentes níveis de cuidado. Isso não apenas melhora a eficiência do sistema como também assegura que os pacientes recebam um atendimento mais coordenado e contínuo.



3. DIAGNÓSTICO AUTOINFORMADO PELOS MUNICÍPIOS: CARACTERÍSTICAS DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO

O conhecimento das características da rede de atenção à saúde locorregional, considerando sua estrutura de serviços, fluxos, demandas e ofertas, permite a identificação de possíveis fragilidades na Região de Saúde. Com isso, oportuniza um apoio contextualizado por parte do TeleNordeste.

3.1. Atenção Primária à Saúde

Para a caracterização da Atenção Primária à Saúde dos municípios, foram consideradas variáveis relacionadas a: número total de Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, adesão das equipes ao TeleNordeste, presença de prontuário eletrônico, credenciamento de e-Multi, ausência de equipamentos de informática e periféricos nas UBS, e entrega prévia de equipamentos pelo projeto, conforme detalhado no Quadro 1.



Quadro 1 – Informações das unidades de saúde e equipamentos de informática

Município	Número de UBS	Quantas aderiram ao TeleNordeste?	Têm prontuário eletrônico?	Têm credenciamento e-Multi?	Se sim, listar as especialidades que deverão compor a equipe	Utiliza Telessaúde além do Projeto TeleNordeste?	Unidades sem equipamento	Equipamentos Fornecidos pelo TeleNordeste
Canindé de São Francisco	9	9	Sim	Sim	Pediatria, nutrição, fisioterapia, psicologia, psiquiatria, educação física e cardiologia	Não	11	4 kits
Feira Nova	06	01	Sim	Não	Não se aplica	Não	Não informado	3 kits
Gararu	5	5	Sim	Sim	Psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional	Não	Não informado	3 kits e 1 notebook
Graccho Cardoso	6	2	Não	Sim	Fonoaudiologia, psicologia, nutrição, psiquiatria e assistência social	Não	Não informado	4 kits e 1 notebook
<u>Itabi</u>	02	02	Sim	Não	Não se aplica	Não	0	4 kits
Nossa Senhora da Glória	7	7	Sim	Sim	Fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicopedagogia, fisioterapia, psicologia e nutrição	Não	Não informado	16 caixas de som
Poço Redondo	9	6	Sim	Sim	Fisioterapia, nutrição, psicologia, psiquiatra e pediatria e ginecologia	Não	7	4 kits
Porto da Folha	9	9	Não	Sim	Nutrição, psicologia, farmácia, assistência social, fisioterapia, fonoaudiologia e educação física	Não	Não informado	4 kits

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.



Analisando os dados dos municípios, observa-se variações significativas na adesão ao TeleNordeste e na infraestrutura tecnológica disponível. No que diz respeito à adesão, a maioria dos municípios apresentou uma alta taxa de participação, como Canindé de São Francisco, Gararu, Nossa Senhora da Glória e Porto da Folha, em que todas as respectivas UBS aderiram ao projeto. Em outro extremo, Feira Nova apresentou adesão de apenas uma das seis UBS, o que pode indicar desafios na implementação ou aceitação do projeto na região.

O uso de prontuários eletrônicos também varia entre os municípios. Graccho Cardoso e Porto da Folha são os únicos municípios que não contam com essa tecnologia que facilita a integração e o acesso aos dados dos pacientes.

O credenciamento na e-Multi está presente na maioria dos municípios, exceto Feira Nova e Itabi. Esse fator pode influenciar diretamente na qualidade e na quantidade de serviços de saúde oferecidos à população, inclusive na modalidade digital.

Para viabilizar a realização de teleinterconsulta e teleconsultorias, é necessário, além de conexão com a internet (recurso definido como de responsabilidade do próprio município), o acesso a equipamentos de informática, que viabilizam o manejo da plataforma digital disponibilizada pelo TeleNordeste para marcação e realização das teleinterconsultas/teleconsultorias. Aos municípios que não contavam com equipamentos de vídeo e áudio, o projeto disponibilizou câmeras com microfone integrado e caixas de som. E para aqueles que não tinham nenhum tipo de equipamento, foi disponibilizado um *notebook*, conforme descrito no Quadro 1. As unidades que não têm acesso à internet não foram equipadas.

As disparidades na infraestrutura e nos recursos tecnológicos disponíveis apontam desafios específicos em cada município. A falta de uniformidade na adesão ao TeleNordeste, na implementação de prontuários eletrônicos e na disponibilidade de equipamentos ressalta a necessidade de uma avaliação contínua com ajustes na alocação de recursos para melhor atender às demandas locais.

Por fim, os municípios da Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória informaram não ofertar nenhum outro serviço de Telessaúde, o que ratifica a importância de projetos estruturantes, que possam desenvolver a institucionalização das ações de Telessaúde nos municípios.

3.2. Outros serviços da rede

Os componentes de referência da Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória podem ser visualizados no Quadro 2.

Quadro 2 — Componentes da Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória

Serviço de Saúde	Município	Abrangência
Hospital Regional Governador João Alves Filho	Nossa Senhora da Glória	Regional de Glória
Centro de Especialidades Odontológicas José Souza	Nossa Senhora da Glória	Regional de Glória
Centro Provisório de Especialidades	Nossa Senhora da Glória	Regional de Glória

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

O Hospital Regional de Nossa Senhora da Glória, além de ser referência para a Regional de Saúde, também atende alguns municípios dos estados da Bahia e de Alagoas.

Com base no Quadro 2, nota-se que há poucas unidades, e a carência de serviços de Atenção Terciária é evidente, pois a região não conta com nenhum centro de reabilitação.

3.3. Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico

O Quadro 3 apresenta um panorama dos serviços de saúde disponíveis em diversos municípios, além dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). As informações foram coletadas através do Formulário de Adesão e incluem dados sobre os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos, credenciamento e utilização de Telessaúde, além do Projeto TeleNordeste.

Quadro 3 — Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Município	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêuticos do município
Canindé de São Francisco	Laboratorial, imagem
Feira Nova	Não há
Gararu	Laboratorial
Graccho Cardoso	Não há
Itabi	Não há
Nossa Senhora da Glória	Laboratorial
Poço Redondo	Não há
Porto da Folha	Laboratorial, imagem

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

O Quadro 3 evidencia que metade dos municípios não contam com nenhum serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, e apenas dois deles oferecem exames por imagem. Essa falta de estrutura local impacta no acesso da população a diagnósticos e tratamentos, inclusive na execução do próprio TeleNordeste, deixando a realização de exames mais morosa e dificultando a implementação do cuidado, mesmo havendo acesso a profissionais de saúde.

Nenhum dos municípios conta com ofertas de Telessaúde, além do Projeto TeleNordeste.

3.4. Linhas de cuidado

A implantação de linhas de cuidado na APS traz diversos benefícios, dentre os quais destaca-se a promoção da coordenação do cuidado, de forma contínua e integrada, garantindo que os pacientes recebam atendimento adequado em cada etapa do seu tratamento, além de melhorar a qualidade do atendimento, promovendo a padronização das práticas clínicas, reduzindo variações subótimas nas prescrições. Ademais, a utilização de linhas de cuidado pode trazer maior eficiência aos serviços de saúde, otimizando o uso dos recursos disponíveis.

Por esse motivo, no Formulário de Adesão havia o questionamento acerca das linhas de cuidado dos municípios. As respostas estão apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4 — Informações sobre linhas de cuidado implantadas nos municípios

Município	Há alguma linha de cuidado implantada?	Se sim, quais?
Canindé de São Francisco	Sim	Os pacientes são assistidos desde a Atenção Primária até a terciária, além de oferecer serviço de ambulatório e complementar do Programa Melhor em Casa
Feira Nova	Não	Não
Gararu	Sim	Acompanhamento, prevenção e reabilitação de pacientes através do Programa Saúde da Família, e demais profissionais como fisioterapeuta, fonoaudiólogo e assistente social.
Graccho Cardoso	Não	Não
Itabi	Sim	Linhas de cuidado em saúde mental, pacientes diabéticos tipo I e II, pacientes acometidos de AVC, pacientes com hipertensão arterial, pacientes com HIV, tuberculose, puericultura
Nossa Senhora da Glória	Não	Não
Poço Redondo	Não	Não
Porto da Folha	Não	Não

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

Ainda que a finalidade do Projeto TeleNordeste não seja a implantação de linhas de cuidado, as atividades desenvolvidas apoiam os fluxos já existentes, estimulando o cuidado horizontal entre todos os entes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) envolvidos. Cabe ressaltar que, entre as atividades de suporte que o projeto promove, há o compartilhamento de materiais teóricos, como protocolos clínicos, guias, artigos, entre outros, que fomentam e embasam as condutas dos profissionais das equipes de saúde.

3.5. Saúde no sistema prisional

O uso do projeto dentro da saúde prisional pode ser de grande valia, uma vez que a realização de uma consulta de atenção especializada, além da inserção no fluxo do agendamento municipal, muitas vezes sobrecarregado, requer uma organização logística que envolve o uso de uma viatura policial e o acompanhamento da pessoa privada de liberdade por agentes penitenciários. Isso torna a consulta onerosa e aumenta o risco de absenteísmo.

Nessa Região de Saúde está o Presídio Regional Senador Leite Neto (PRESLEN), localizado no município de Nossa Senhora da Glória, com capacidade para 177 detentos. Os responsáveis demonstraram, em maio de 2024, interesse em fazer parte do projeto e o Termo de Adesão foi assinado pela Secretaria de Justiça de Sergipe já no mês seguinte.

3.6. Saúde indígena

No estado de Sergipe há apenas um território indígena, do povo Xokó, localizado na Ilha de São Pedro e Caiçara, situadas no município de Porto da Folha. A população Xokó totaliza hoje cerca de 400 pessoas e tem como língua materna o português.

A aldeia conta com uma Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) bem estruturada com os seguintes profissionais de saúde: uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, duas agentes indígenas de saneamento e uma agente indígena de saúde.

A Unidade Indígena aderiu ao projeto em maio de 2024, após demanda da SES/SE, principalmente pela referência de atenção especializada estar localizada no município de Maceió, a uma distância aproximada de 260 km (4,5 horas de deslocamento). Dada a potência de não encaminhamento presencial que a teleinterconsulta tem apresentado no TeleNordeste (superior à 97%), a interação com a equipe local pode evitar tais deslocamentos, com redução dos custos de transporte e estadia, hoje dispendidos pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI).

A teleinterconsulta envolve a equipe de APS de saúde indígena, que conhece a realidade epidemiológica local, bem com a cultura e o modo de vida da comunidade indígena, o que permite uma discussão mais contextualizada e respostas mais assertivas às necessidades

de cada pessoa indígena. As interações ao longo do tempo permitem ao profissional local da APS um maior conhecimento sobre o manejo de determinadas condições clínicas, dispensando encaminhamentos. Por outro lado, permite ao profissional especialista o conhecimento sobre os modos de vida e a cultura da população indígena, assim como suas representações sobre o processo saúde-doença, o que implica em recomendações mais apropriadas.

Foi realizada uma visita presencial em maio de 2024, durante a qual foi possível verificar a presença de internet e rede Wi-Fi, com local adequado para realização das teleinterconsultas. A equipe foi cadastrada e treinada em junho de 2024, com início das teleinterconsultas em agosto do mesmo ano.

3.7. Sistema de regulação municipal

O objetivo do Formulário de Adesão foi levantar informações sobre o sistema de regulação dos municípios (Quadro 5), pois o Projeto TeleNordeste tem potencial de apoio para as filas de espera para AAE, tanto no processo de qualificação dos encaminhamentos quanto na redução das filas, para aquelas situações em que a teleinterconsulta/teleconsultoria seja resolutiva.

Quadro 5 — Informação do sistema de regulação dos municípios

Município	Qual é o sistema de regulação utilizado no município?	Como funciona o fluxo de regulação do município?	Qual é o profissional responsável pelo processo de regulação do município?	Campo aberto para descrição detalhada de como as unidades têm acesso às filas de regulação e demais comentários
Canindé de São Francisco	Estadual	Centralizados na central de regulação do município	Auxiliar administrativo	O usuário vai até a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com a solicitação médica e marca exame/consulta na regulação
Feira Nova	Estadual	Centralizados na central de regulação do município	Regulador	O usuário vai até a SMS com a solicitação médica e marca

Município	Qual é o sistema de regulação utilizado no município?	Como funciona o fluxo de regulação do município?	Qual é o profissional responsável pelo processo de regulação do município?	Campo aberto para descrição detalhada de como as unidades têm acesso às filas de regulação e demais comentários
				exame/consulta na regulação
Gararu	Estadual	Centralizados na central de regulação do município	Administrativo	São utilizados o sistema municipal (IDS Saúde) e o estadual (ACONE).
Graccho Cardoso	Estadual	Centralizados na central de regulação do município	Administrativo	O usuário vai até a SMS com a solicitação médica e marca exame/consulta na regulação
Itabi	Estadual, regional	Cada unidade insere seus casos diretamente no sistema de regulação	Administrativo	Cada marcador tem acesso nas respectivas Unidades, e podem consultar via sistema do estado e de Aracaju
Nossa Senhora da Glória	Estadual	Cada unidade insere seus casos diretamente no sistema de regulação	Administrativo	Sistemas utilizados IDS Saúde e ACONE
Poço Redondo	Estadual, regional	Centralizados na central de regulação do município	Médico, enfermeiro, técnico	Não informado
Porto da Folha	Estadual	Centralizados na central de regulação do município	Administrativo	O usuário vai até a SMS com a solicitação médica e marca exame/consulta na regulação

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

Observa-se uma diversidade de sistemas e processos de regulação, que reflete adaptações às necessidades e aos recursos de cada município.

O levantamento inicial do funcionamento dos processos de regulação municipal abre a possibilidade para uma singularização na captação de possíveis casos elegíveis para agendamento das atividades ofertadas pelo TeleNordeste.

Ainda que os municípios não façam a regulação assistencial propriamente dita, principalmente pela ausência do profissional médico no processo, a integração do fluxo de regulação do município com as ações de teleinterconsulta/teleconsultoria permite uma qualificação de encaminhamentos, o que implica também em melhorias no processo regulatório.

O Formulário de Adesão contemplou informações quanto às especialidades médicas mais demandadas nos municípios da Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória, as quais são apresentadas no Quadro 6.

Quadro 6 — Demandas por especialidades médicas

Município	Neuropediatria	Neurologia adulto	Psiquiatria adulto	Psiquiatria infantil	Cardiologia	Endocrinologia	Urologia	Ortopedia	Reumatologia	Ginecologia	Dermatologia	Pediatria	Otorrinolaringologia	Vascular
Feira Nova	x		x			x								
Nossa Senhora da Glória	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Canindé de São Francisco	x			x		x								
Itabi	x		x		x	x	x	x	x			x		
Gararu	x	x	x	x	x		x	x		x			x	
Poço Redondo	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x
Porto da Folha	x	x			x	x	x	x	x		x	x	x	x
Graccho Cardoso						x	x	x	x					
Total	7	4	5	4	6	7	6	6	5	2	2	2	2	2

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

Com base nos dados do Quadro 6, nenhuma especialidade foi solicitada por todos os municípios; e as que obtiveram maior demanda foram neuropediatria e endocrinologia, seguidas de urologia e ortopedia. A carência de áreas médicas não é uniforme.

3.8. Tempo de espera nos serviços especializados

Os dados coletados através de formulários preenchidos pelos municípios destacam variações significativas nos tempos de espera e no número de pacientes aguardando atendimento em diversas especialidades médicas, evidenciando desafios importantes em termos de acesso e eficiência nos serviços de saúde.

A análise das filas de espera e dos tempos médios de espera por especialidade médica nos diferentes municípios revela algumas tendências importantes:

- Longos tempos de espera: algumas especialidades, como neuropediatria e cardiologia, apresentam tempos de espera particularmente longos, especialmente em Feira Nova e Itabi.
- Alta demanda: a demanda por algumas especialidades, como neurologia e endocrinologia, é alta em vários municípios, resultando em longas filas de espera.
- Variação entre municípios: há uma significativa variação na disponibilidade e no tempo de espera para as especialidades entre os diferentes municípios, indicando desigualdade no acesso a cuidados especializados.

Isso revela a complexidade da gestão de saúde em âmbito regional e a necessidade de intervenções direcionadas para reduzir as filas de espera e melhorar o acesso a cuidados especializados. Os dados autorreferidos corroboram com os indicadores sanitários apresentados por meio dos dados secundários na seção 2.3, caracterizando a baixa oferta de médicos especialistas na Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória. É um cenário que traz sentido à participação dos municípios no Projeto TeleNordeste.

3.9. Contratação de serviços privados

A Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória enfrenta desafios significativos na gestão da demanda por serviços de saúde. Nessa região, os municípios adotam diferentes estratégias para atender às necessidades da população.

Como uma solução para agilizar o atendimento e reduzir as filas de espera nos serviços de saúde pública, Canindé de São Francisco e Gararu fazem a aquisição de consultas por meio de compras individuais, em lotes ou através de sistemas de mutirões. Embora essa estratégia ofereça uma resposta imediata à alta demanda, também impõe um custo elevado ao município, que não se limita apenas ao valor de consulta, mas é ampliado com custos de transporte e, por vezes, estadia e alimentação. Faz-se necessário, portanto, equilibrar esse custeio com outras necessidades do sistema de saúde local.

Diante desses desafios, uma solução alternativa e inovadora que vem ganhando destaque é a implantação de serviços de Telessaúde. Essa tecnologia possibilita que os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) discutam casos clínicos com especialistas de forma remota, além de permitir a realização de teleconsultas sem que o paciente precise se deslocar (embora as teleconsultas não estejam no cardápio do TeleNordeste). A Telessaúde não apenas amplia o acesso ao atendimento especializado, como também representa uma abordagem mais sustentável e eficaz em termos de custos, proporcionando uma maneira de otimizar o uso dos recursos disponíveis na região.

3.10. Nutrição

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) é o campo do conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis, contribuindo para assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (Brasil, 2018).

Os documentos gerados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) apontam para um cenário no qual alguns municípios não realizaram atividades coletivas relacionadas à alimentação (Brasil, 2024a), e após análise do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) nota-se que esses mesmos municípios apontam para uma

realidade de insegurança alimentar e nutricional, com uma população de usuários em sua maioria com estado nutricional de sobrepeso e obesidade (Brasil, 2024b).

O excesso de peso corporal afeta mais de 2 bilhões de pessoas no mundo todo e é responsável por, aproximadamente, 4 milhões de mortes anualmente, conforme publicado pelo *The Lancet* (2019).

Na Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória, segundo dados do SISAB (Brasil, 2024a), em pesquisa realizada de janeiro a junho de 2024, dois dos nove municípios não realizaram nenhuma atividade coletiva relacionada à alimentação saudável. De acordo com dados do SISVAN, para o mesmo período (Brasil, 2024b), nota-se uma elevada incidência de usuários com sobrepeso e obesidade nesses mesmos dois municípios. Diante dos dados apresentados na Figura 27, fica evidente a necessidade de maior atenção às questões de EAN para essa população.

Figura 27 — Relatórios do estado nutricional dos indivíduos acompanhados (jan.-jun./2024)

IMC														Total			
Região	Código UF	UF	Código IBGE	Município	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade Grau I		Obesidade Grau II		Obesidade Grau III		
					Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade		%	Quantidade	%
NORDESTE	28	SE	280120	CANINDE DE SAO FRANCISCO	79	1.6%	1260	25.47%	1828	36.95%	1114	22.52%	479	9.68%	187	3.78%	4947
NORDESTE	28	SE	280220	FEIRA NOVA	14	2.42%	180	31.14%	208	35.99%	114	19.72%	40	6.92%	22	3.81%	578
NORDESTE	28	SE	280240	GARARU	61	2.54%	905	37.71%	803	33.46%	394	16.42%	170	7.08%	67	2.79%	2400
NORDESTE	28	SE	280260	GRACHO CARDOSO	11	4.06%	76	28.04%	95	35.06%	63	23.25%	22	8.12%	4	1.48%	271
NORDESTE	28	SE	280310	ITABI	16	2.83%	152	26.86%	185	32.69%	140	24.73%	46	8.13%	27	4.77%	566
NORDESTE	28	SE	280420	MONTE ALEGRE DE SERGIPE	40	2.21%	556	30.7%	679	37.49%	368	20.32%	115	6.35%	53	2.93%	1811
NORDESTE	28	SE	280450	NOSSA SENHORA DA GLORIA	86	2.31%	1193	32.09%	1339	36.01%	727	19.55%	241	6.48%	132	3.55%	3718
NORDESTE	28	SE	280540	POCO REDONDO	55	1.76%	980	31.32%	1114	35.6%	645	20.61%	222	7.09%	113	3.61%	3129
NORDESTE	28	SE	280560	PORTO DA FOLHA	28	2.08%	400	29.76%	481	35.79%	291	21.65%	100	7.44%	44	3.27%	1344
NORDESTE	28	SE			4.874	2.32%	61.557	29.29%	72.352	34.43%	44.726	21.28%	17.909	8.52%	8.739	4.16%	210.157
TOTAL REGIÃO NORDESTE					94.199	2.22%	1.275.825	30.1%	1.515.632	35.76%	881.999	20.81%	324.295	7.65%	146.129	3.45%	4.238.079
TOTAL BRASIL					324.264	2.03%	4.598.735	28.79%	5.511.959	34.51%	3.418.487	21.4%	1.388.252	8.69%	730.579	4.57%	15.972.276

Fontes: SISVAN (Brasil, 2024b).

3.10.1. Dados de profissionais da Nutrição

Diante dos desafios mencionados, o Projeto TeleNordeste ampliou suas ofertas, empregando profissional nutricionista que realiza atividades de teleinterconsulta e

teleconsultoria para apoiar as equipes de Atenção Primária no desenvolvimento de atividades nesse campo de práticas.

O Quadro 7 apresenta o cenário quanto à presença do profissional nutricionista nas equipes de saúde, conforme informado pelos municípios no Formulário de Adesão.

Quadro 7 — Dados de nutricionistas em equipes de saúde

Município	O município tem credenciamento para e-Multi?	Tem nutricionista compondo a equipe?
Canindé de São Francisco	Sim	Sim
Feira Nova	Não	Não informado
Gararu	Sim	Não
Graccho Cardoso	Sim	Sim
Itabi	Não	Não informado
Nossa Senhora da Glória	Sim	Sim
Poço Redondo	Sim	Sim
Porto da Folha	Sim	Sim

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

Diante do contexto de baixa presença de profissionais nutricionistas nos territórios, incorporou-se, portanto, o intuito de apoiar as equipes da Atenção Primária à Saúde em atividades coletivas relacionadas à Educação Alimentar e Nutricional (EAN). Para tanto, serão necessários encontros geradores de soluções com os profissionais de saúde da APS. A proposta é compartilhar metodologias de educação alimentar e nutricional para alcançar o usuário de forma prática, objetiva e igualitária no cuidado alimentar e nutricional, prevenindo multimorbidade.

4. ATIVIDADES OFERTADAS PELO PROJETO TELENORDESTE

Esta seção destina-se à descrição das atividades específicas que são ofertadas pelo Projeto TeleNordeste, evidenciando seus resultados, que foram analisados entre os meses de janeiro e julho de 2024.

4.1. Atividades de engajamento

As lições aprendidas no triênio passado revelaram a importância de ações de engajamento para o uso efetivo do projeto. Não existe estabelecimento de novas rotinas no concorrido processo de trabalho das equipes de APS sem sensibilização e sem desenvolvimento de habilidades. Nesse sentido, as oficinas presenciais com profissionais de saúde e gestores, bem como os apoiadores regionais, foram mantidas e são descritas a seguir.

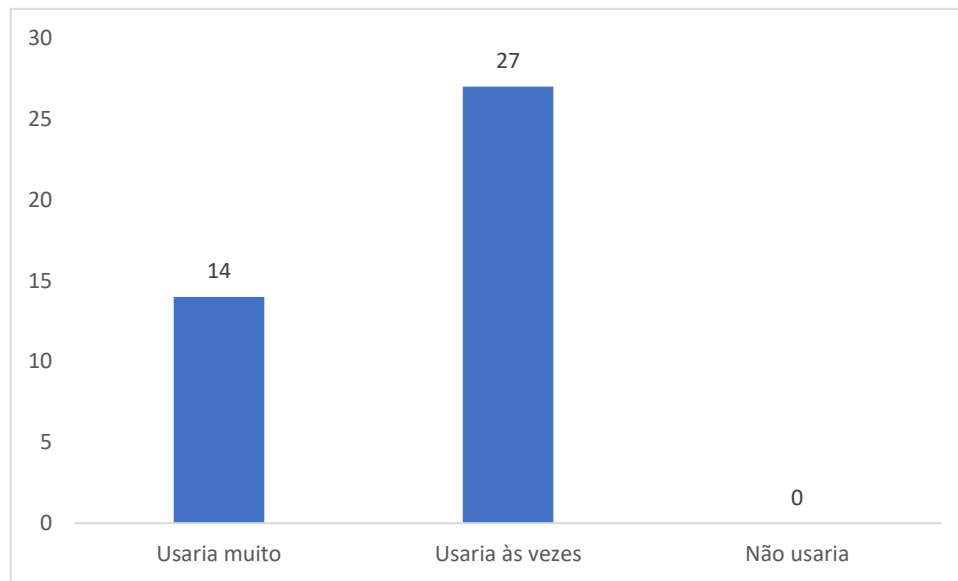
4.1.1. Oficinas presenciais

Como forma de engajar os profissionais para uso do projeto e trazer maior entendimento de suas possibilidades, são realizadas oficinas presenciais.

No primeiro semestre de 2024 foi promovido o primeiro encontro com os profissionais de saúde cadastrados no projeto. Dessa forma, houve a oportunidade de apresentação da proposta de intervenção, esclarecimento de dúvidas, identificação de oportunidades de melhoria e, principalmente, a aproximação entre a equipe do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, apoiador regional, membros da SES/SE, gestores e profissionais da APS dos municípios.

Com esse evento, foi possível fazer um levantamento da intenção de uso do projeto, conforme apresentado no Gráfico 2.

Gráfico 2 — Intenção de uso do Projeto TeleNordeste



Fonte: oficina presencial.

É possível verificar que há uma predisposição positiva de uso do projeto, e que, portanto, sua concretização pode depender de outros fatores, que vão além do desejo de utilização, possivelmente relacionados à dinâmica diária das equipes e à organização de seus processos de trabalho, indicando a importância das ações de engajamento e apoio.

4.1.2. Apoiadores regionais

Como oportunidade de engajamento, o projeto conta com a atuação de apoiadores regionais, residentes no estado de Sergipe, que realizam visitas técnicas aos municípios e desenvolvem a interlocução cotidiana entre o Hospital Alemão Oswaldo Cruz e as Unidades de Saúde que fazem parte do projeto.

4.2. Tele-educação

O projeto oferta como atividades educacionais as Sessões de Aprendizagem Virtual (SAV), que são aulas *online*, em tempo real, ministradas pelos especialistas do projeto com foco em temas relevantes para os profissionais da Atenção Primária.

Durante essas sessões, os especialistas abordam uma variedade de tópicos que podem incluir, por exemplo, diagnóstico e manejo de condições de saúde comuns no dia a dia na Atenção Primária, a partir de diretrizes de práticas clínicas atualizadas, com estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde, entre outros aspectos.

As aulas ficam gravadas, permitindo que os profissionais acessem o conteúdo de forma flexível, adaptando-se aos seus horários e às suas necessidades individuais.

As SAVs são oportunidades para os profissionais aprimorarem suas habilidades e seus conhecimentos, contribuindo, assim, para uma prestação de cuidados de saúde mais efetiva.

A oferta de SAVs de 2023 contemplou, entre outros temas:

- Insulinização para diabéticos tipo 2
- Diabetes gestacional — quando diagnosticar
- Tratamento e metas glicêmicos
- Psicose e alterações de comportamento nas doenças neurológicas
- A escola encaminhou, e agora? Manejo na APS
- Demência no idoso — o que eu preciso saber?
- HAS no idoso
- Puberdade precoce — quando investigar?
- Manejo de sintomas depressivos na APS
- O que avaliar na criança com baixa estatura no contexto da APS?

As SAVs de 2023 foram gravadas e é possível acessá-las pelo *site* do projeto (<https://www.telenordeste-se.com.br>), principal canal de divulgação de informações aos municípios.

Em 2024, as SAVs seguem sendo realizadas, duas vezes ao mês, com temas solicitados pelos profissionais das equipes, conforme apresentados no Quadro 8.

Quadro 8 – Temas sugeridos para SAV

Temas	Assuntos
Doenças Crônicas	Hipertensão arterial, diabetes mellitus
Saúde Mental	Depressão, esquizofrenia, saúde mental, saúde mental infantil, desmame de medicamentos controlados, neurologia e autismo
Saúde do Trabalhador	Saúde do trabalhador
Doenças Dermatológicas	Hanseníase, dermatoses na infância
Saúde Sexual	Saúde sexual, abuso sexual
Saúde da Mulher	Saúde da mulher, gravidez na adolescência e planejamento familiar
Enfermagem	Feridas e coberturas, busca ativa de esquema vacinal
Citologia e Diagnóstico	Citologia
Práticas Integrativas e Complementares	Práticas integrativas e complementares, fitoterápicos
Capacitação e Qualificação	Resgate Qualifica APS

Fontes: oficina presencial.

Alguns dos temas já abordados no primeiro semestre são:

- SAV multiprofissional de transtorno do espectro autista (TEA)
- Pé diabético e exame do pé diabético: estratégia de rastreamento e educação em saúde para o autocuidado
- Aplicação de insulina
- Feridas crônicas na Atenção Primária à Saúde

A lista completa das SAVs já realizadas encontra-se disponível no Apêndice.

Ademais, com foco na Educação em Saúde, o projeto também disponibiliza um documento denominado “Protocolos para APS”, que é um conjunto de 24 compilações e elaborações de protocolos clínicos para a Atenção Primária à Saúde (APS), com o objetivo de auxiliar os profissionais na tomada de decisão clínica, com base nas orientações do Ministério

da Saúde, e que se encontra disponível para *download* em: <https://www.telenordeste-se.com.br/material-de-apoio#os-protocolos>.

4.3. Teleconsultoria/teleinterconsulta

De acordo com o Manual Instrutivo do Programa SUS Digital, tem-se as seguintes definições para teleconsultoria e teleinterconsulta:

Teleconsultoria: consulta registrada e realizada entre profissionais de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser de dois tipos:

a) **síncrona:** teleconsultoria realizada com interação dos participantes simultaneamente, seja por telefone, videoconferência, ferramenta de conversa instantânea, entre outros; ou

b) **assíncrona:** teleconsultoria realizada por meio de comunicações enviadas e recebidas em momentos diferentes, como em correio eletrônico ou troca de mensagens por aplicativos;

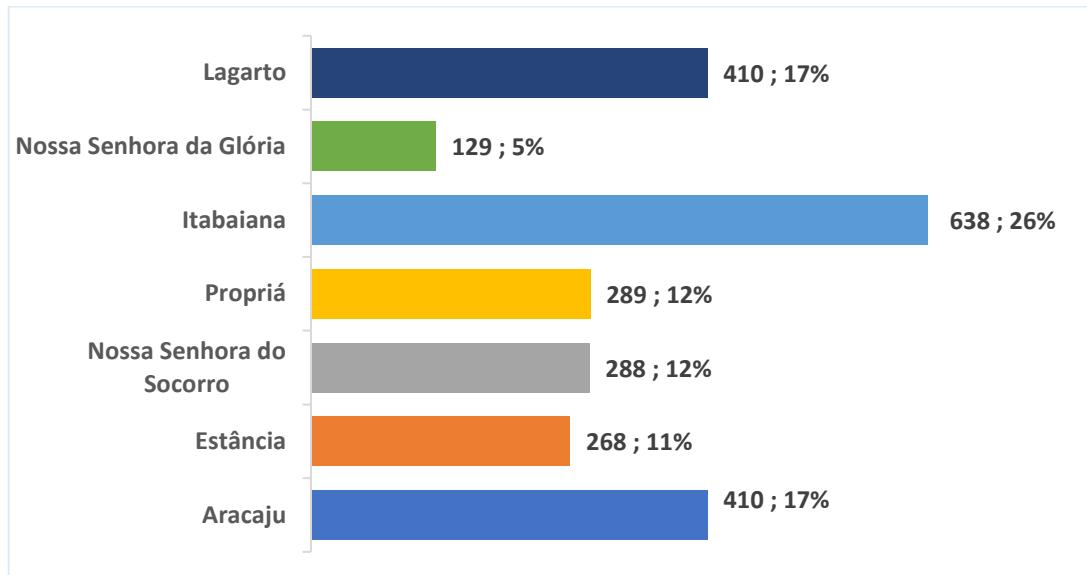
[...]

Teleinterconsulta: interação remota para a troca de informações clínicas, laboratoriais, de imagens e opiniões entre profissionais de saúde, com a presença do paciente, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, facilitando a atuação interprofissional; (Brasil, 2024c, p. 8).

A Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória, de forma global, indicou 41 Unidades de Saúde para cadastramento no projeto, contemplando 172 profissionais das equipes de saúde. A proposta do projeto, para poder apoiar efetivamente o processo de qualificação dos profissionais da APS é que haja, minimamente, quatro interações mensais, por profissional médico das equipes, em conjunto com os especialistas do TeleNordeste, em razão dos dados de saúde apresentados no presente relatório.

O monitoramento constante do projeto é fundamental, por todos os responsáveis envolvidos, identificando oportunidades de ampliação da oferta e melhor aproveitamento. Nesse sentido, esta seção tem como objetivo descrever o monitoramento realizado de janeiro a julho de 2024. No Gráfico 3 é possível observar a quantidade/proporção de teleinterconsultas realizadas por todas as regiões de saúde de Sergipe no período supracitado.

Gráfico 3 – Quantidade/proporção de teleinterconsultas e teleconsultorias síncronas realizadas por região de saúde (jan.-jul./2024)



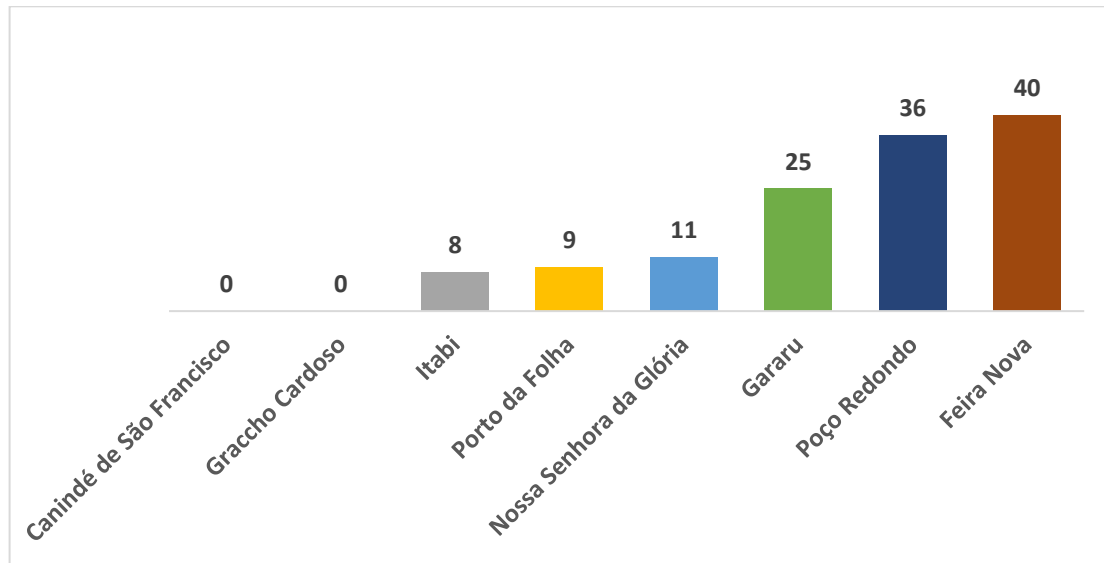
Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

Apesar de a Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória apresentar menor população e menor número de equipes que outras regiões de saúde, é também uma região que tem maior carência de recursos econômicos e de saúde, contrastando com o uso do projeto, bem abaixo de outras regiões de saúde e da meta sugerida de uso por equipe.

O Gráfico 4 ilustra a quantidade de teleinterconsultas realizadas por município da Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória no mesmo período.



Gráfico 4 — Quantidade de teleinterconsultas e teleconsultorias síncronas realizadas por município da Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória (jan.-jul./2024)

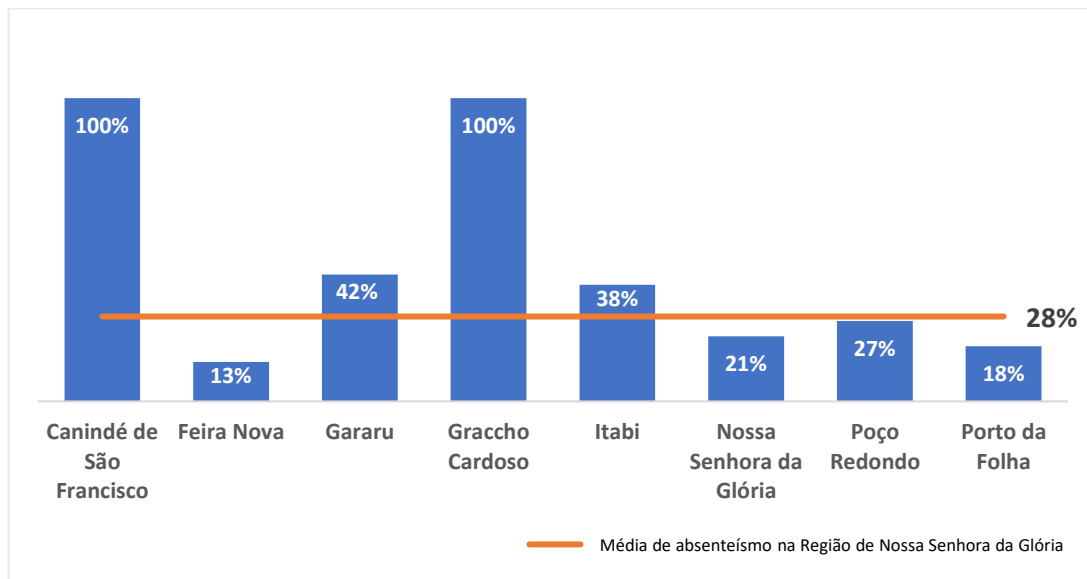


Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

Chama a atenção o fato de alguns municípios não terem realizado nenhuma interação por teleinterconsulta, mesmo informando no formulário suas carências e dificuldades de acesso à atenção especializada. Da mesma forma, outros municípios que já utilizaram também apresentam potencial maior de uso, considerando o tamanho das equipes e as necessidades descritas, apontando maior demanda de ações de engajamento.

O não preenchimento das agendas disponibilizadas pelo TeleNordeste é visto como perdas primárias, com desperdício de recursos públicos dispensados para o projeto. Nesse sentido, ações de engajamento, tanto no âmbito do Hospital Alemão Oswaldo Cruz quanto dos próprios municípios, são necessárias para uso responsável dos recursos. No mesmo sentido, o não comparecimento ao agendamento realizado (absenteísmo) também gera desperdícios, subtraindo também a oportunidade de outros pacientes/profissionais/municípios se beneficiarem das interações com os especialistas. Dessa forma, também é registrada, para monitoramento, a taxa de não comparecimento às teleinterconsultas (Gráfico 5), que pode ser ocasionada tanto pela falta do paciente quanto dos próprios profissionais.

Gráfico 5 — Taxa de absenteísmo nas teleinterconsultas e teleconsultoria síncronas na Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória (jan.-jul./2024)



Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

Para redução da taxa de absenteísmo, quando os valores estiverem acima de 30%, é de suma importância o envolvimento da pessoa apontada como ponto focal do município junto aos profissionais das equipes, elaborando estratégias para que esse problema seja reduzido. Apesar da média da Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória estar abaixo do limite satisfatório, alguns municípios têm apresentado uma alta taxa de absenteísmo, o que exige maior compromisso das equipes locais, seja antecipando a participação dos usuários, seja inserindo a própria participação da equipe na agenda diária, evitando esquecimentos e a não participação. Os municípios de Canindé do São Francisco e Graccho Cardoso aparecem com 100% de absenteísmo, pelo fato de terem agendado uma única teleinterconsulta e não a terem realizado.

Os dados de monitoramento são compartilhados com o ponto focal dos municípios, em reuniões *online*, todos os meses. Dessa forma, os desafios e as dificuldades podem ser pautados, gerando oportunidades de melhorias, com estratégias apoiadas pela equipe de acompanhamento do HAOC.

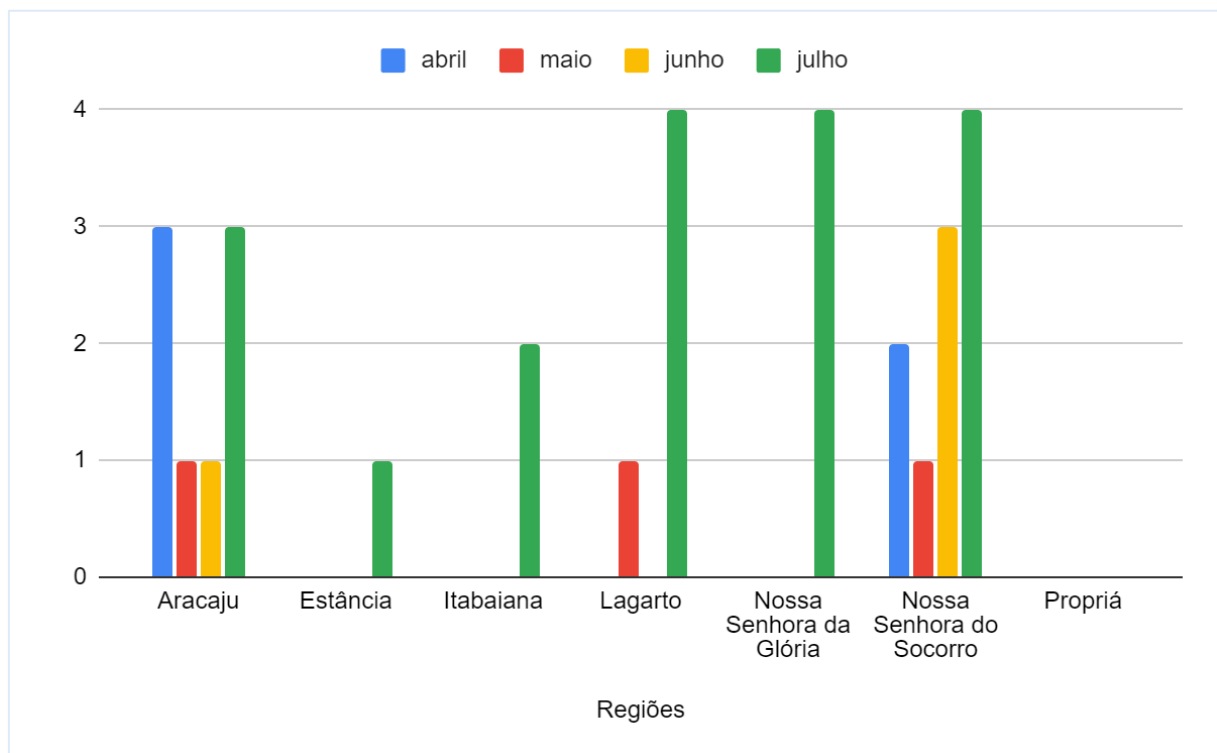
4.3.1. Teleconsultoria assíncrona

Em abril iniciou-se a oferta de teleconsultorias assíncronas no âmbito do projeto. Trata-se de espaços de comunicação entre o médico da APS e um médico de família e comunidade com formação em Educação e Saúde Baseada em Evidências. Tais teleconsultorias podem ser

muito úteis para resolver dúvidas assistenciais e fundamentar a tomada de decisão clínica, contribuindo para a resolutividade e para a redução da necessidade de encaminhar para a atenção especializada casos que podem ser bem cuidados na APS. O TeleNordeste tem o compromisso de responder às solicitações no prazo máximo de 3 dias úteis, a contar do seu efetivo recebimento. Além disso, tem a praticidade de não requerer a presença da pessoa cuidada, nem sincronicidade de agendas, nem procedimentos de agendamento, nem dependem da carga horária ofertada para cada especialidade focal no projeto.

Das 32 teleconsultorias realizadas até julho de 2024 pelos municípios vinculados ao projeto, quatro se originaram na Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória (Gráfico 6).

Gráfico 6 — Teleconsultorias assíncronas por Região de Saúde



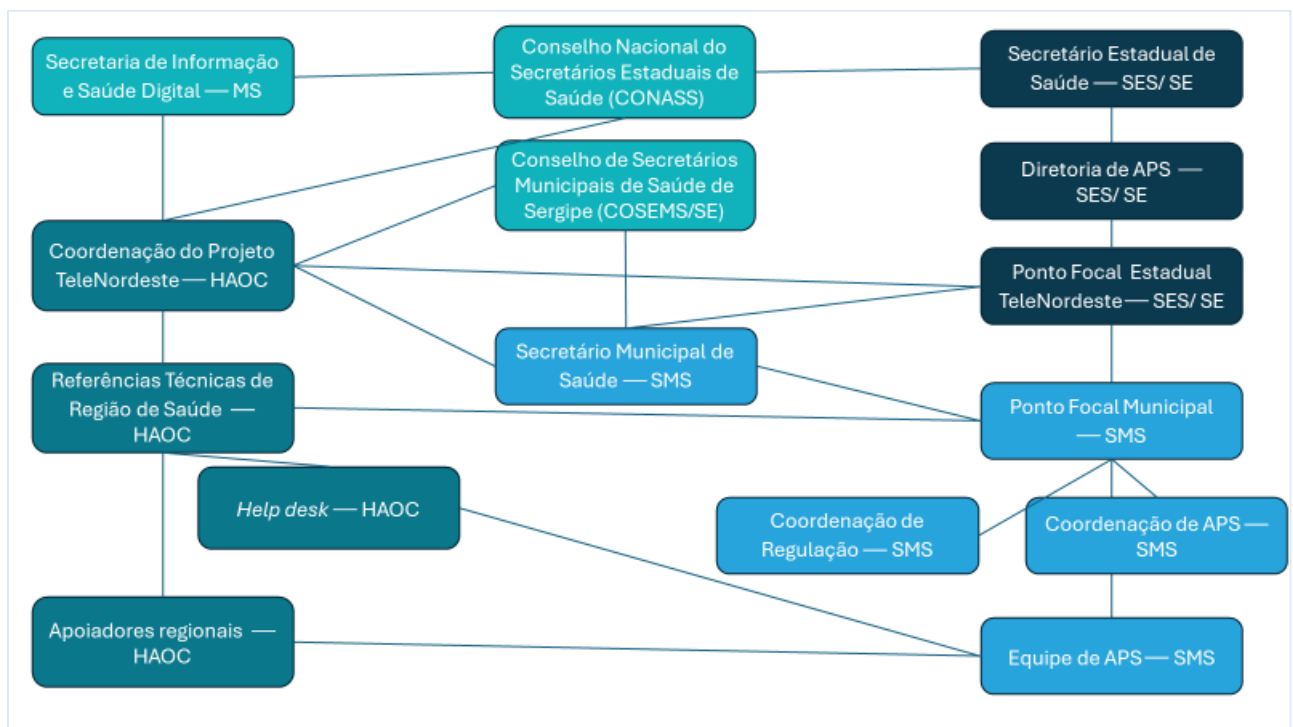
Fonte: Dashboard de Monitoramento TeleNordeste HAOC.

A disseminação cotidiana da disponibilidade dessa oferta de suporte, pelos gestores municipais e locais às equipes de APS, pode constituir uma iniciativa relevante para a ampliação de seu uso, com impacto positivo na qualidade do cuidado e na eficiência do SUS local.

5. PLANO DE COMUNICAÇÃO PARA A REGIÃO DE SAÚDE DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

Um dos grandes desafios no desenvolvimento de projetos e programas que envolvem diversas instituições e inúmeros atores é a comunicação, que tem papel determinante para o alcance dos objetivos propostos. Mesmo em circunstâncias que claramente podem trazer benefícios, a qualidade da comunicação pode dar celeridade, lentidão ou até mesmo travar processos. Assim, desde o início, o Projeto TeleNordeste estabeleceu um fluxo de comunicação para que as informações chegassem aos atores envolvidos no processo de forma clara e qualificada (Figura 28).

Figura 28 — Fluxograma de comunicação do Projeto TeleNordeste — Hospital Alemão Oswaldo Cruz



Fonte: elaboração própria.

O projeto demandado ao Hospital Alemão Oswaldo Cruz, pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e pela Secretaria de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde, conta com um Grupo Executivo, com participação dos três entes, que monitora mensalmente as ações e o desenvolvimento do projeto.

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) recebe apoio do CONASS na gestão do projeto, e de forma mais frequente no âmbito técnico, por meio da Diretoria de APS e do ponto focal, diretamente da Coordenação do Projeto TeleNordeste. Esse apoio é realizado por meio de reuniões ordinárias e extraordinárias, de acordo com as demandas de rotina e pontuais que surgem no desenvolvimento das ações.

As Secretarias Municipais de Saúde (SMS), na figura do gestor municipal, têm como ponto de apoio tanto o ponto focal da SES quanto da própria Coordenação do Projeto TeleNordeste do HAOC, em questões relacionadas principalmente ao monitoramento e ao engajamento dos municípios no projeto, que ainda são potencializadas pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), que tem como papel a articulação entre os municípios e a coordenação do projeto. No âmbito de organização e desenvolvimento das ações no município, o ponto focal municipal recebe apoio e demandas, tanto do ponto focal estadual quanto das referências técnicas das regiões de saúde do HAOC, funcionando como referência do município, fazendo a interlocução com as equipes locais de regulação e Atenção Primária à Saúde. O apoio é oferecido diariamente, de acordo com as demandas de cada município, e por meio de reunião mensal, nas quais são apresentados resultados de produção, novas informações relevantes, além de proporcionar a escuta das dificuldades enfrentadas pelos municípios no desenvolvimento das ações.

Já os profissionais da APS contam com um canal de comunicação com o *help desk* do projeto, disponível em um canal no WhatsApp para apoio em relação a questões de cadastramento, agendamento, acesso à plataforma, dificuldades no uso dos recursos, entre outros. Além disso, os apoiadores regionais também fazem trabalho *in loco*, tanto para o engajamento dos profissionais quanto para apoio na organização das agendas e apresentação da plataforma, podendo ainda servir de interlocução com a gestão municipal para facilitação dos processos no âmbito municipal.

Destaca-se ainda o papel de alguns dos envolvidos no plano de comunicação apresentado acima, em razão de suas atribuições estarem diretamente relacionadas com a organização e o engajamento do município com as atividades desenvolvidas pelas equipes:

- Ponto focal do município: ao confirmar a adesão ao projeto, o gestor de saúde deve indicar uma pessoa para desempenhar o papel de ponto focal de comunicação com o

TeleNordeste, e, dessa forma, juntamente com a referência técnica do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, apoiar as ações que serão desenvolvidas, tais como indicação das Unidades de Saúde que serão acompanhadas e dos profissionais das equipes de saúde que deverão ser cadastrados na plataforma de teleinterconsultas/teleconsultorias, informando, ainda, as alterações nas equipes de saúde, permitindo atualização dos membros cadastrados. O ponto focal auxilia também na organização e na divulgação de atividades previstas, como oficinas presenciais, reuniões virtuais, Sessões de Aprendizagem Virtual, entre outras. Além disso, o ponto focal deve acompanhar o monitoramento das ações ofertadas, por meio de reuniões virtuais e presenciais com as referências técnicas e os apoiadores regionais, a fim de elaborar planos de ação, quando necessário, objetivando atingir as metas pactuadas e obter os melhores resultados no projeto. Por fim, deverá mobilizar outros setores da gestão municipal, em parceria com a coordenação de regulação e a coordenação de APS, para que possam auxiliar no engajamento e na busca ativa de possíveis casos elegíveis para as teleinterconsultas.

- **Coordenação de APS:** cabe à coordenação de APS do município, além do engajamento de suas equipes, identificar barreiras, assim como propor soluções ou mudanças no processo de trabalho das equipes, para que a participação dos profissionais seja facilitada e possível, por exemplo, garantindo a proteção de agenda para realização da teleinterconsulta e fazendo a intermediação com as gerências das UBS. Além disso, a partir dos relatórios mensais de uso, a coordenação deverá identificar equipes não aderentes, para sensibilização dos profissionais para uso da ferramenta, visto o caráter formativo das ações. O monitoramento de uso inclui os relatórios de absenteísmo, que também são passíveis de discussão com as equipes, no sentido da responsabilização pelo bom uso do projeto.
- **Coordenação de regulação:** o papel da central de regulação do município é produzir relatórios para as equipes de saúde contendo a listagem de pacientes por especialidade, para possível elegibilidade para a teleinterconsulta enfatizando os longos tempos de espera, assim como identificar novos encaminhamentos com possibilidade de benefício da interação por teleinterconsulta/teleconsultoria.

Para fins de memória e reconhecimento na participação do projeto no âmbito municipal, o Quadro 9 relaciona os gestores municipais e os pontos focais dos municípios da Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória.

Quadro 9 — Responsáveis pela gestão em saúde dos municípios

Município	Cargo	Nome do profissional
Canindé de São Francisco	Secretário de Saúde	Francisco de Paula Mattos Oliveira Neto
	Coordenador da APS	Alhenson Soares Ferreira
	Ponto focal	Antônia Daniela Ribeiro Sibaldo Cardoso
	Coordenadora de Regulação	Marisa Ventura de Santana
Feira Nova	Secretária de Saúde	Mara Geane de Oliveira Peixoto
	Coordenador da APS	Diego da Silva Dantas
	Ponto focal	Deize Dayana dos Santos
	Coordenador de Regulação	Rodrigo dos Santos Silva
Gararu	Secretária de Saúde	Maria Antônia Medeiros de Carvalho
	Coordenadora da APS	Maria Karina Ferreira Leão
	Ponto focal	Daniela dos Santos Melo
	Coordenador de Regulação	Aderbal José Silveira Neto
Graccho Cardoso	Secretário de Saúde	José Adeilson dos Santos
	Coordenadora da APS	Ingrid Emilly de Sá Oliveira Aragão
	Ponto focal	Wellington Gomes de Lima
	Coordenadora de Regulação	Izabela Moraes Aragão
Itabi	Secretário de Saúde	Lucas Santos de Oliveira
	Coordenadora da APS	Danielle Monteiro Souza Lima
	Ponto focal	Michelle Aparecida Cerqueira
	Coordenadora de Regulação	Michelle Aparecida Cerqueira

Município	Cargo	Nome do profissional
Nossa Senhora da Glória	Secretária de Saúde	Samara Aragão Andrade
	Coordenadora da APS	Stella Juliana Feitosa de Oliveira
	Ponto focal	Stella Juliana Feitosa de Oliveira
	Coordenadora de Regulação	Lucilene Menezes Aragão Santos
Poço Redondo	Secretário de Saúde	Matheus Rodrigues Eneas
	Coordenadora da APS	Ingredy Geovana dos Santos
	Ponto focal	Maria Consuelo Rezende Torres
	Coordenadora de Regulação	Maria Consuelo Rezende Torres
Porto da Folha	Secretária de Saúde	Ayrla Ramathila Lima de Souza
	Coordenadora da APS	Emanuela Martins Aragão de Oliveira
	Ponto focal	Sterfanny Maria de Oliveira Lima Souza
	Coordenadora de Regulação	Nathalie Alves Santos Farias

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.



6. RECOMENDAÇÕES FINAIS

O cenário dos municípios da Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória, em geral, é bastante semelhante, com indicadores sociodemográficos, sanitários e de força de trabalho que merecem atenção devido aos dados históricos de desigualdade, frente a outras regiões do Brasil, o que demonstra baixa probabilidade de grandes investimentos em curto prazo. Isso se reflete, por exemplo, na baixa oferta de Atenção Ambulatorial Especializada, com grande dependência do município-polo da Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória, das referências do estado e do município de Aracaju, ocasionando, por um lado, grandes tempos de espera e gastos volumosos destinados a transporte e alimentação, além de prejuízos no afastamento do trabalho pelos usuários. Mesmo as compras de consultas em instituições privadas, comum para alguns municípios, não têm sido capazes de responder à alta demanda pelos serviços especializados, tendo em vista o limite de gastos que os orçamentos impõem aos gestores municipais.

Além da própria capacidade de financiamento dos serviços especializados pelos municípios, dados da Demografia Médica no Brasil de 2023 demonstram uma proporção de médicos por mil habitantes no estado de Sergipe inferior à média nacional (Scheffer *et al.*, 2023), distante do ideal preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o agravante da grande concentração de profissionais na Região Metropolitana da capital do estado, cenário que não apresenta resolução em curto prazo.

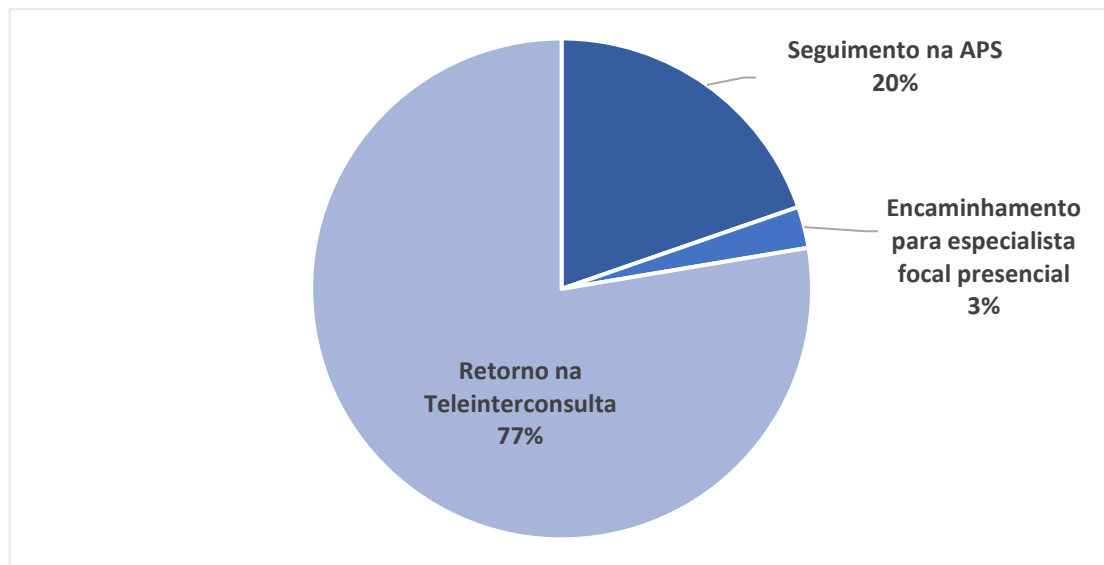
Somado a esse contexto, há a percepção, tanto dos profissionais especialistas dos serviços de referência quanto dos médicos reguladores, de que muitos casos poderiam ter resolução na própria Atenção Primária, sem necessidade de encaminhamento para a Atenção Especializada.

O Projeto TeleNordeste foi demandado pelo Ministério da Saúde justamente para responder a esse complexo problema do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do uso das tecnologias digitais em Telessaúde, principalmente a modalidade de teleinterconsulta, visando a qualificação da Atenção Primária, no sentido de torná-la mais resolutiva, e com o benefício de propiciar acesso imediato a diversas especialidades para a população.

A análise dos dados de produção do projeto demonstra uma grande sensibilidade da teleinterconsulta em evitar um encaminhamento imediato ao especialista presencial, superior a 97%, tanto no manejo autônomo do médico da APS quanto na continuidade do atendimento

compartilhado com o médico especialista, por meio de retorno por teleinterconsultas (Gráfico 7). O retorno por teleinterconsulta é considerado aqui como componente da evitação de encaminhamento, pois sugere que a ferramenta está se mostrando sensível ao compartilhamento de cuidado por meio digital, inclusive porque diversos casos necessitam de mais de uma consulta (ou muitas consultas) para desfechos clínicos favoráveis, e o próprio processo formativo dos profissionais da APS se dá de maneira processual.

Gráfico 7 — Desfechos nas teleinterconsultas e teleconsultorias síncronas



Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

Além disso, a avaliação do Net Promoter Score (NPS), que mede a satisfação de uso, tanto de pacientes quanto de médicos que utilizaram o TeleNordeste (Figuras 29 e 30), demonstra grande aprovação do projeto, em escala que varia de 0 a 100, em que 100 representa satisfação total.

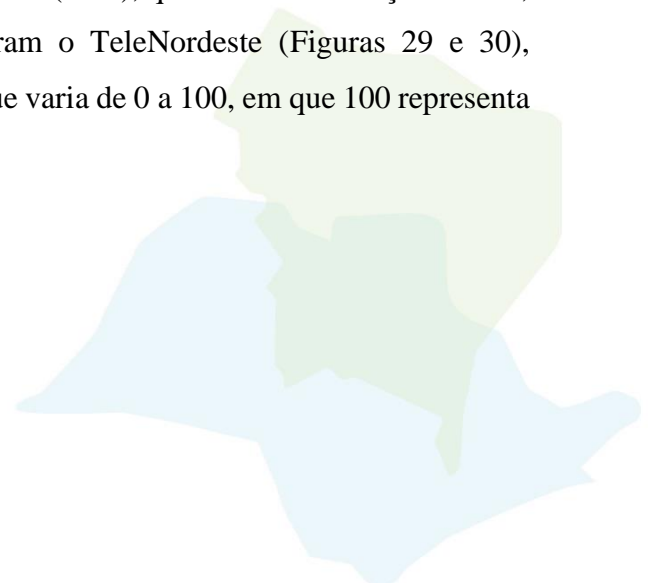
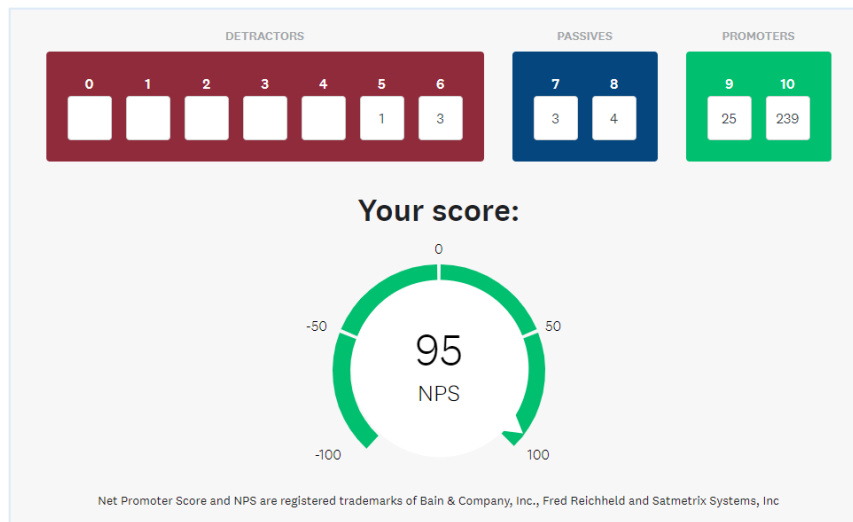
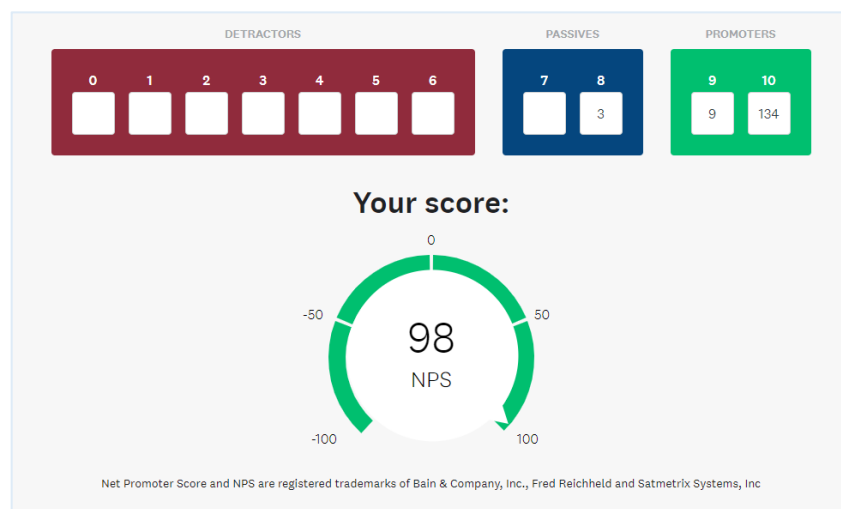


Figura 29 — NPS pacientes



Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

Figura 30 — NPS médicos da APS



Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

Apesar dos evidentes benefícios, tanto para profissionais e pacientes como para a gestão municipal, o projeto ainda apresenta baixo uso se considerarmos a necessidade dos municípios (inclusive muito abaixo das metas pré-estabelecidas inicialmente com os gestores municipais) e as filas de espera existentes nas centrais de regulação dos municípios e do estado. Na Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória ainda há municípios que nunca utilizaram o projeto, e mesmo em municípios que o utilizam muitos profissionais nunca utilizaram ou utilizam muito pouco, mesmo havendo a oferta, a necessidade e os benefícios.

Nesse sentido, com base em experiências anteriores de programas e projetos de Telessaúde, o Projeto TeleNordeste traz como síntese final uma série de recomendações que podem ser úteis para gestores municipais e profissionais da saúde, para aumentar o engajamento e o uso das ferramentas de Telessaúde disponibilizadas neste projeto.

- I. A participação da gestão municipal é determinante para uso do projeto:** o envolvimento do gestor municipal no engajamento das equipes, na demonstração das dificuldades do município na oferta do acesso à atenção especializada, no estímulo à organização das rotinas das Unidades de Saúde, no estabelecimento de metas e no monitoramento de uso, é um aspecto que acarreta um maior compromisso de todas as equipes no uso dos recursos disponibilizados. O uso do projeto deve ser considerado como prioridade pelo gestor municipal no enfrentamento do problema dos longos tempos de espera pela especialidade.
- II. Proteção semanal da agenda do profissional para uso do projeto:** a proteção de agenda já é, por si, um estímulo da gestão municipal para uso do projeto. Porém, é importante lembrar que, sem a proteção de agenda, a rotina intensa das UBS dificulta a realização das atividades de Telessaúde, que devem ser programadas, como qualquer outra atividade realizada pela equipe, e, ao contrário do que se pode supor, isso não pode ser considerado como uma perda de produtividade da equipe, pois trata-se de um atendimento como outro qualquer, apenas utilizando uma ferramenta digital que pode ajudar a solucionar o problema de fila de espera para especialidades. A proteção de agenda foi um pedido dos profissionais em diversas oficinas realizadas no estado, e também propicia a “cobrança” do gestor quanto ao uso do projeto.
- III. Forte recomendação de estabelecimento de uso da teleinterconsulta ou teleconsultoria, previamente ao encaminhamento à central de regulação:** diversos estudos no Brasil demonstram que esse fluxo foi capaz de zerar as filas de espera para especialidades. Contudo, faz-se necessária a adesão por todos os profissionais que solicitam encaminhamentos.
- IV. Busca ativa de casos que aguardam por consulta especializada, para realização de teleinterconsulta ou teleconsultoria:** muitos casos que estão aguardando por agendamento na regulação poderão ter resolução sem necessidade de encaminhamento, propiciando acesso imediato ao cuidado dos pacientes, além de contribuir para a redução das filas de espera no município. Mesmo nos casos em que o encaminhamento tiver sido feito por um profissional que não se encontre mais na equipe, configura-se uma oportunidade para o novo profissional

da equipe rever o caso e decidir se existe necessidade de apoio pelo médico especialista por teleinterconsulta. Isso pode ser realizado pela central de regulação do município, previamente combinado com as equipes, por meio de levantamento dos casos e envio de listas de pacientes para as unidades/equipes.

- V. Uso da teleconsultoria assíncrona:** a teleconsultoria assíncrona representa uma modalidade em que o profissional da APS pode tirar suas dúvidas com um profissional especialista, descrevendo o caso na plataforma, sem a necessidade de interação em tempo real, o que pode facilitar seu uso, principalmente em unidades onde existe alta demanda de pacientes diariamente.
- VI. Maior envolvimento dos profissionais nas interações por teleinterconsulta:** não foi incomum relatos dos profissionais teleconsultores do HAOC de que, em determinadas teleinterconsultas, os profissionais da APS não conhecessem devidamente o caso a ser discutido e compartilhado. Da mesma forma, em algumas situações, o profissional da APS se mostrou passivo, tornando a discussão mais direta entre o paciente e o médico especialista teleconsultor, o que se distancia do principal propósito das interações por teleinterconsulta e teleconsultoria, em que o principal objetivo é a qualificação do médico da APS.
- VII. Participação da enfermagem nas solicitações de teleinterconsulta ou teleconsultoria:** apesar da possibilidade de uso por enfermeiros, os relatórios do projeto revelam que a participação ainda é muito baixa. Dentro do processo assistencial do enfermeiro existem inúmeras situações em que a interação com médicos e outros enfermeiros pode qualificar seu trabalho. É necessário que o engajamento também seja estendido a essa categoria profissional.
- VIII. Monitoramento do absenteísmo:** embora as análises apontem para um menor absenteísmo geral no uso do projeto, se comparado com dados de consultas presenciais, muitas teleinterconsultas, apesar de agendadas, não têm sido realizadas, gerando um desperdício de recurso público, e, em geral, não ocorre qualquer tipo de justificativa por parte das equipes. Portanto, nesse sentido, também é necessário maior compromisso, tanto por parte de pacientes quanto dos profissionais, a participarem das interações agendadas — e em caso de não realização, que seja devidamente justificado, pois essas informações poderão servir para futuras análises.
- IX. Transferência de tecnologia e sustentabilidade:** entre as entregas do Projeto TeleNordeste está prevista a transferência de tecnologia para o estado de Sergipe. Mais do que uma oferta temporária, todos os esforços estão sendo direcionados para que a tecnologia de Telessaúde

seja institucionalizada nos próprios serviços do estado e dos municípios. A constituição de um Núcleo de Telessaúde, com financiamento federal, está em discussão e os resultados deste projeto serão determinantes para que isso se concretize e a sustentabilidade da oferta de ações de Telessaúde tenha seu caminho traçado.



REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SESAN). *Princípios e práticas para educação alimentar e nutricional*. Brasília, DF: MDS, 2018. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/Publicacao/Educacao_Alimentar_Nutricional/21_Principios_Praticas_para_EAN.pdf. Acesso em: 13 ago. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). *Indicadores de Desempenho*. Brasília, DF, 2024a. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 13 ago. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). [Relatórios de Acesso Público]. Brasília, DF, 2024b. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>. Acesso em: 13 ago. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Informação e Saúde Digital. *Manual Instrutivo Programa SUS Digital*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-instrutivo-do-programa-sus-digital/view>. Acesso em: 17 set. 2024.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Laboratório de Informação em Saúde (ICICT). Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde (PROADESS). *Painel de Indicadores por Dimensão: Regiões de Saúde*. Rio de Janeiro, c2011. Disponível para consulta pública em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=painel2>. Acesso em: 6 ago. 2024.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2010: Resultados. Total da população: Sergipe*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/resultados/tabelas_pdf/total_populacao_sergipe.pdf. Acesso em: 11 set. 2024.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2021*. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 set. 2024.
- INSTITUTO CIDADES SUSTENTÁVEIS. Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades — Brasil (UDSC-BR): *Evolução*. 2024. Disponível em: <https://idsc.cidadessustentaveis.org.br/evolution/>. Acesso em: 17 set. 2024.
- INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SERGIPE (IFS). Núcleo de Análises Econômicas (NAEC). *Estudo de Mercado de Nossa Senhora da Glória — 2014*. Aracaju: IFS/NAEC, 2014. Disponível em: https://www.ifs.edu.br/images/prodin/2018/NAEC/Estudos_de_Mercado/Estudo_de_Mercado_em_Nossa_Senhora_da_Gl%C3%B3ria_-_2014.pdf. Acesso em: 13 ago. 2024.

SCHEFFER, M. *et al.* *Demografia Médica no Brasil 2023*. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2024-2027*: Sergipe. Aracaju: SES, 2023. Disponível em: <https://cides.se.gov.br/wp-content/uploads/2024/06/PES-SE-2024-2027-VERSAO-COM-ALTERACOES-A-PARTIR-DA-PAS-2024.pdf>. Acesso em: 29 set. 2024.

THE LANCET. *The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: Report of the Lancet Commission*. Londres: The Lancet, 2019. Disponível em: <https://www.thelancet.com/commissions/global-syndemic>. Acesso em: 13 ago. 2024.



APÊNDICE: SESSÕES DE APRENDIZAGEM VIRTUAL

Tema	Especialidade	Data
Cefaleia	Neurologia	28/02/2023
Insulinização DM2	Endocrinologia	22/03/2023
Demência	Neurologia	04/04/2023
Palpitações	Cardiologia	17/04/2023
Insuficiência cardíaca	Cardiologia	01/05/2023
Manejo de nódulos tireoidianos na APS	Endocrinologia	09/05/2023
Como tratar dislipidemia após AVC I na APS?	Neurologia	17/05/2023
Hipotireoidismo	Endocrinologia	22/05/2023
Pé diabético: rastreio, avaliação e cuidado	Endócrino	05/06/2023
Tremor	Neurologia	12/06/2023
Tontura e vertigem na APS	Neurologia	19/06/2023
Hipotireoidismo na gestação	Endocrinologia	27/06/2023
Hipertireoidismo	Endocrinologia	03/07/2023
Diabetes gestacional — quando diagnosticar, tratamento e metas glicêmicas	Endocrinologia	12/07/2023
Guia de prescrição dos principais fármacos antiepilépticos na APS	Neurologia	19/07/2023
Gordofobia e suas relações com o cuidado em saúde: um estudo sobre o estigma do peso em uma unidade de saúde da família no município de Santos	Nutrição	24/07/2023
Antiagregação plaquetária após AVC	Neurologia	31/07/2023
Atendimento emergencial na epilepsia — contextualizando o paciente no ambiente do posto	Neurologia	07/08/2023
Psicose e alterações de comportamento nas doenças neurológicas	Neurologia	14/08/2023
A escola encaminhou, e agora? Manejo na APS	Neuropediatria	22/08/2023
Demência no idoso — o que eu preciso saber?	Neurologia	30/08/2023
HAS no idoso	Cardiologia	04/09/2023
Puberdade precoce — quando investigar?	Endocrinologia	20/09/2023
Guia Alimentar para População Brasileira	Nutricionista	25/09/2023
Mudança de estilo de vida	Endocrinologia	02/10/2023
Lombalgia na APS	Fisiatria	10/10/2023
Manejo de sintomas depressivos na APS	Psiquiatria	18/10/2023
Ação de orientação alimentar para o Outubro Rosa	Nutricionista	26/10/2023
O que avaliar na criança com baixa estatura no contexto da APS?	Endocrinologia	30/10/2023
Consequências e cuidados na corticoterapia crônica	Endocrinologia	14/11/2023
Manejo inicial dos cálculos urinários na APS	Urologia	23/11/2023
Arritmias na APS	Cardiologia	27/11/2023
Manejo da dengue	Infectologia	12/03/2024
Osteoporose — quando investigar, opções de tratamento e seguimento	Endocrinologia	20/03/2024

Tema	Especialidade	Data
SAV multiprofissional de transtorno do espectro autista (TEA)	Equipe Multi	04/04/2024
Alterações dos hormônios tireoidianos causadas por medicações	Endocrinologia	07/05/2024
Pé diabético e exame do pé diabético: estratégia de rastreamento e educação em saúde para o autocuidado	Endocrinologia	14/05/2024
Avaliação das amenorreias na Atenção Primária	Endocrinologia	28/05/2024
Aplicação de insulina	Endocrinologia	11/06/2024
Feridas crônicas na Atenção Primária à Saúde	Enfermagem + Nutrição	01/07/2024
Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	Cardiologia + Nutrição	10/07/2024
Conscientização sobre os transtornos alimentares	Nutrição	29/07/2024

Nota: as gravações estão disponíveis no link: <https://www.telenordeste-se.com.br/savs>

Fonte: elaboração própria.





PROJETO
TeleNordeste

www.telenordeste-se.com.br
+55 11 99820-8297



OSWALDO CRUZ
HOSPITAL ALEMÃO



PROADI-SUS
Programa de Apoio ao Desenvolvimento
Institucional do Sistema Único de Saúde



**BRASIL BEM
CUIDADO**
MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA



SUS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO