



PROJETO
TeleNordeste

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

Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro 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

André Felipe Martins de Araújo Silva
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	13
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
3.2.1. Redes de Atenção à Saúde	28
3.2.2. Unidades de Pronto Atendimento.....	29
3.2.3. Hospitais.....	30
3.2.4. Serviço de atenção domiciliar	30
3.3. Serviços de apoio diagnóstico e assistencial	31
3.4. Linhas de cuidado.....	32
3.5. Saúde no sistema prisional.....	33
3.6. Sistema de regulação municipal.....	33
3.7. Tempo de espera nos serviços especializados	39
3.8. Contratação de serviços privados.....	43
3.9. Nutrição.....	43
3.9.1. Dados de profissionais da Nutrição.....	45
4. ATIVIDADES OFERTADAS PELO PROJETO TELENORDESTE	47
4.1. Atividades de engajamento.....	47
4.1.1. Oficinas presenciais.....	47
4.1.2. Apoiadores regionais.....	49
4.2. Tele-educação.....	50
4.3. Teleconsultoria/teleinterconsulta	51
4.3.1. Teleconsultoria assíncrona	59
5. PLANO DE COMUNICAÇÃO PARA A REGIÃO DE SAÚDE DE NOSSA SENHORA DO SOCORRO	61
6. RECOMENDAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE: SESSÕES DE APRENDIZAGEM VIRTUAL	74

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 do Socorro 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 é 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 os municípios que compõem a Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro, evidenciando os aspectos essenciais para destacar 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 do Socorro, 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 do Socorro, situada no estado de Sergipe, apresenta uma diversidade de municípios com características únicas, refletindo as particularidades da região. Composta por 12 municípios, a região abriga uma população total de aproximadamente 337.742 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2022), conforme detalhado na Tabela 1.

Tabela 1 — Dados populacionais

Município	População indicada	População IBGE
Capela	31.645	31.645
Carmópolis	13.853	13.853
Cumbe	4.614	3.824
General Maynard	3.420	3.037
Japaratuba	16.209	16.209
Maruim	15.720	15.719
Nossa Senhora da Dores	26.592	24.996
Nossa Senhora do Socorro	192.330	192.330
Pirambu	7.913	7.913
Rosário do Catete	9.335	9.295
Santo Amaro das Brotas	12.102	11.092
Siriri	9.046	7.834

Fonte: Formulário de Adesão e Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2022).

A Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro apresentou um crescimento populacional consistente entre 2017 e 2021. Em 2017, a população era de 338.328 habitantes. Esse número aumentou anualmente, atingindo 341.964 em 2018, 345.523 em 2019, 349.000 em 2020 e 352.394 em 2021, segundo dados publicados no Plano Estadual de Saúde 2024-2027 (Sergipe, 2023). Porém, dados do IBGE, com estimativa para o ano de 2022, apresentam uma população para a região estimada em 337.742 habitantes, e no Formulário de Adesão preenchido pelos municípios estimou a população da região em 342.779 habitantes, demonstrando uma possível divergência de dados, uma vez que é pouco provável que uma queda acentuada de um ano para outro tenha ocorrido. Apesar das divergências de dados, a região se mantém como uma das mais populosas do estado.

Esse crescimento contínuo fez com que Nossa Senhora do Socorro se destacasse como a segunda região mais populosa do estado durante o período analisado. Esse aumento populacional reflete a importância da região dentro do contexto estadual e ressalta a necessidade de planejamento e investimentos adequados em infraestrutura e serviços para atender à demanda crescente da população local.

2.2. Indicadores sociais

Uma apreciação sobre a realidade da saúde em uma região pode ser feita a partir de diferentes fontes.

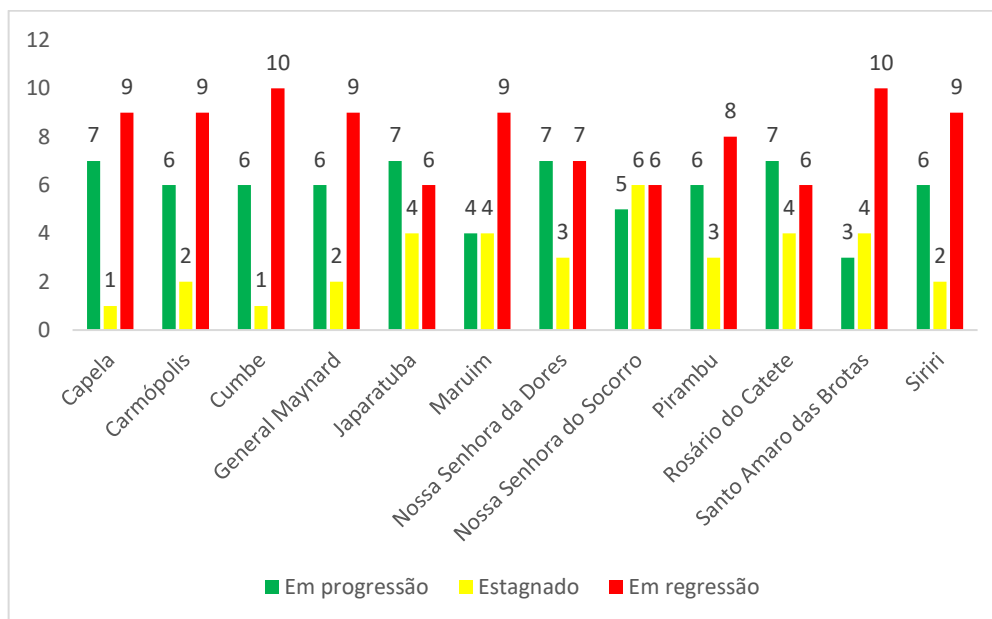
Uma fonte mais qualitativa e de ordenamento conforme conquistas é o Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades (IDSC), com atualização até 2023 para os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), disponível em <https://idsc.cidadessustentaveis.org.br/rankings/>.

No ordenamento (do melhor para o pior) de todos os mais de 5 mil municípios brasileiros, todos os do estado de Sergipe encontram-se a partir da posição 1.902 (Macambira, de outra região de Sergipe) para mais distantes do alcance dos ODS. Os municípios da Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro, listados na Tabela 1, encontram-se, respectivamente, nas posições 5.342, 4.424, 2.760, 5.142, 3.575, 5.070, 4.556, 4.463, 3.490, 3.565, 5.189 e 5.041

(Instituto Cidades Sustentáveis, 2024b), o que demonstra posições bem desfavoráveis para o alcance dos ODS.

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 ODS



Fonte: Instituto Cidades Sustentáveis (2024a).

Somando os ODS, estagnados e em regressão, 8 dos 12 municípios dessa região se encontram com importantes dificuldades em mais de 10 dos 17 ODS.

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, embora permita uma visão mais objetiva do setor em si. Para esse ODS, somente 2 municípios apresentam tendência de progressão, nenhum se encontra com tendência estagnada, e 10 está em regressão.

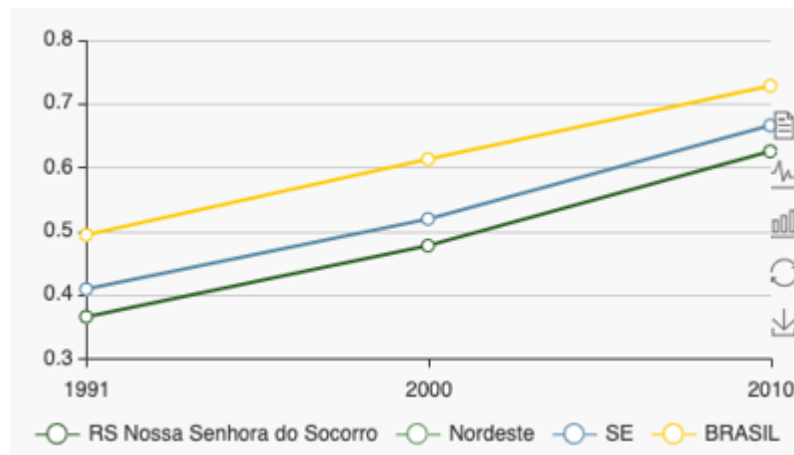
Outra forma de aquilatar a situação do desenvolvimento social é através de escores universalmente aceitos, que costumam integrar diferentes dimensões em sua composição. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um deles, pois varia de 0 a 1, e quanto mais próximo de 1, melhor o nível de desenvolvimento 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*.

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

Na Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro, o IDH teve um valor considerado médio registrado na medição referente a 2010, sendo de 0,624. 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 (Figura 1).

Figura 1 — Índice de Desenvolvimento Humano

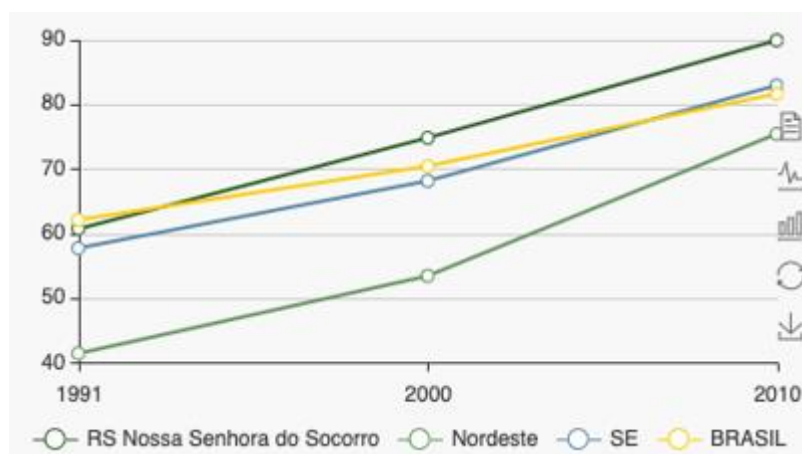


Fonte: Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde (PROADESS) (Fiocruz, c2011).

A tendência de melhoria do IDH parece guardar relação com a melhoria de serviços sanitários básicos na região, que segue a mesma lógica em nível de estado, região Nordeste e de Brasil como um todo.

Quanto ao abastecimento adequado de água, a Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro apresentou desempenho superior ao do estado e do Brasil, chegando a 90% de cobertura no último levantamento do IBGE (Figura 2).

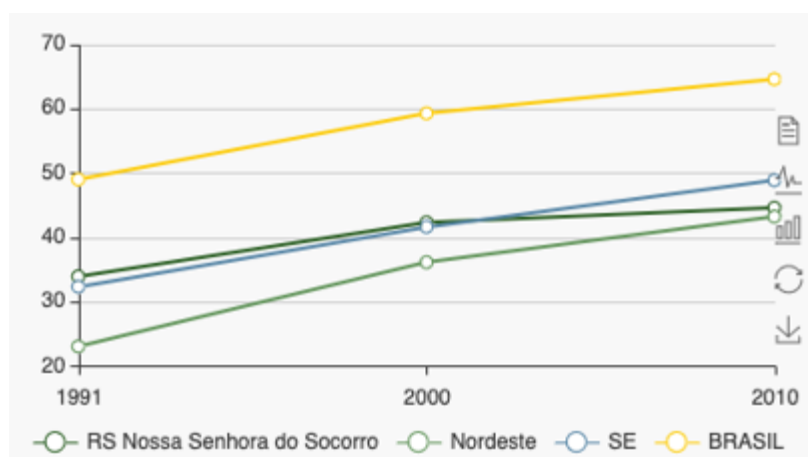
Figura 2 — Percentual da população com abastecimento adequado de água



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

A disposição adequada de esgoto sanitário é um grande problema nacional; porém, o estado de Sergipe apresenta desempenho bem inferior à média do país. E, apesar da melhoria de outros serviços sanitários básicos, a Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro apresenta desempenho muito inferior ao nacional e, a partir do início do século, inferior ao do próprio estado (Figura 3).

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

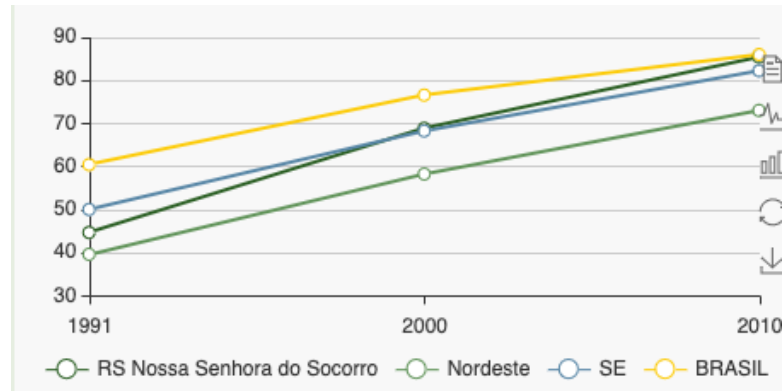


Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

No que diz respeito à coleta regular de lixo, a Região de Saúde de Nossa Senhora Socorro sustentou melhoria significativa ao longo dos anos, apresentando cobertura superior à

média do estado de Sergipe e atingindo níveis semelhantes à média do país como um todo (Figura 4).

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



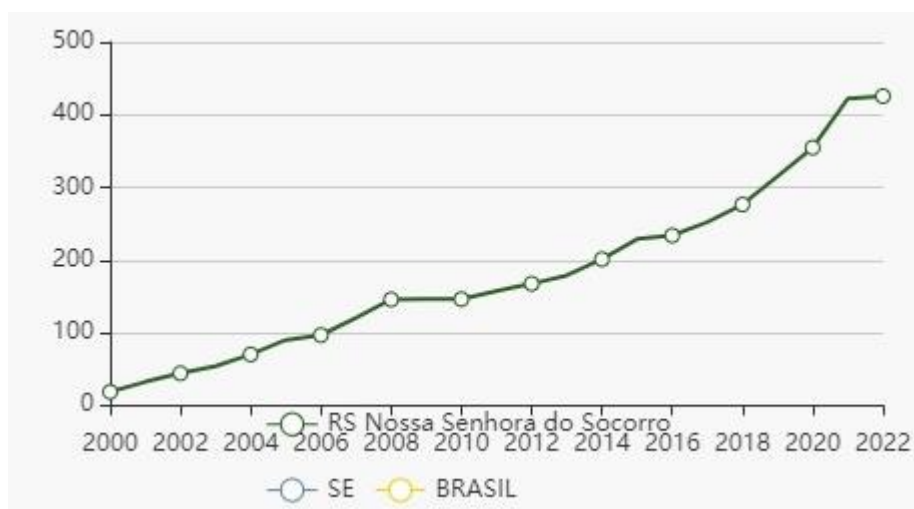
Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

2.3. Recursos financeiros e força de trabalho de nível superior

Especificamente no setor Saúde, a média *per capita* de gastos próprios dos municípios da Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro tem-se elevado ao longo do tempo (Figura 5). Isso não expressa apenas o aumento de serviços, uma vez que a inflação e os custos crescentes no setor também fazem com que os serviços já prestados tenham valores aumentados anualmente.



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



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

O percentual de recursos do orçamento próprio destinado à saúde também cresceu na maior parte do tempo, mesmo com flutuações, apresentando valores superiores ao piso mínimo de 15% estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29 (Brasil, 2000), sendo uma das regiões de saúde com maior percentual de gastos com recursos próprios no estado, apesar do decréscimo no último período registrado (Figura 6).

Figura 6 — Percentual dos recursos próprios destinados à saúde



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

O valor *per capita* de transferências de recursos federais (e, em menor volume, também estaduais) para a Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro também se elevou ao longo dos últimos 20 anos, de forma mais acentuada na última década analisada (Figura 7). Somado à informação logo acima, e mantida a ponderação anterior sobre a elevação dos custos do setor, esse dado sugere uma maior destinação geral de recursos para a saúde da região.

Figura 7 — Total das transferências para o SUS por habitante (em R\$)



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

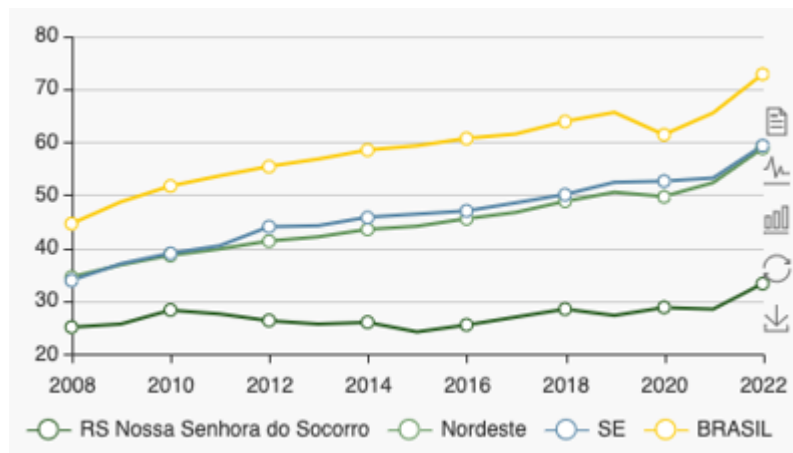
Esse aumento de alocação dos recursos do setor Saúde tem sido acompanhado por uma tendência modesta de ampliação da oferta de profissionais essenciais ao setor. O aumento na proporção de enfermeiros por 100 mil habitantes na Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro foi menos importante que no estado e no país, e partindo de indicadores inferiores (Figura 8). A mesma lógica se verifica na proporção de cirurgiões dentistas (Figura 9) e médicos especialistas (Figura 10), acentuando-se por um crescimento menos evidente ao longo dos anos, aumentando a inferioridade existente no início do período analisado, quando comparado com a média do estado de Sergipe, do Nordeste e do Brasil como um todo.

Figura 8 — Enfermeiros por 100 mil habitantes



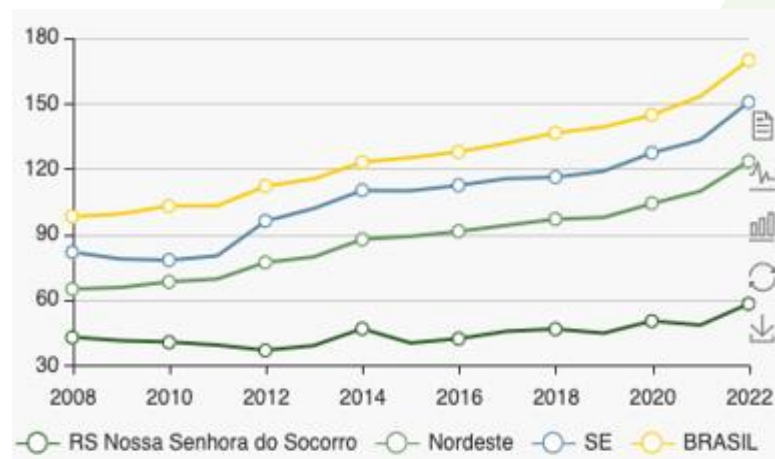
Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Figura 9 — Cirurgiões-dentistas por 100 mil habitantes



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Figura 10 — Médicos especialistas por 100 mil habitantes

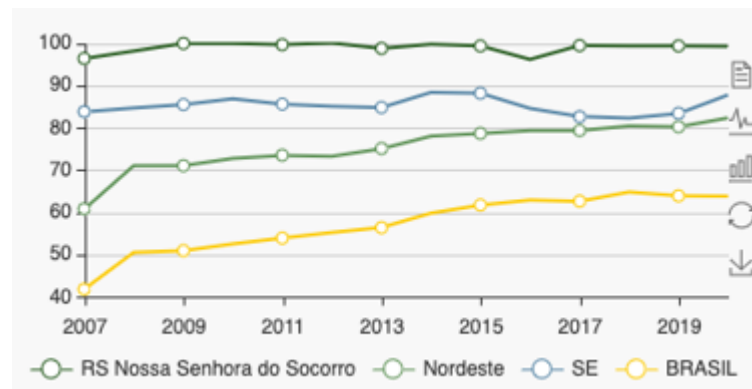


Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

2.4. Indicadores sanitários

Com relação ao percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de Atenção Básica, a Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro apresenta um histórico superior à cobertura de Sergipe e à do Nordeste como um todo, próxima a 100% (Figuras 11 e 12). Isso é positivo em vários aspectos fundamentais, como quanto à possibilidade de vínculo, conhecimento da comunidade e atenção integral. Também se percebe a elevada proporção da chamada população SUS-dependente (Figura 13), expressa na baixa cobertura de planos de saúde, bem abaixo da média do estado, da região Nordeste e do Brasil. Isso sugere uma realidade de 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.

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



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

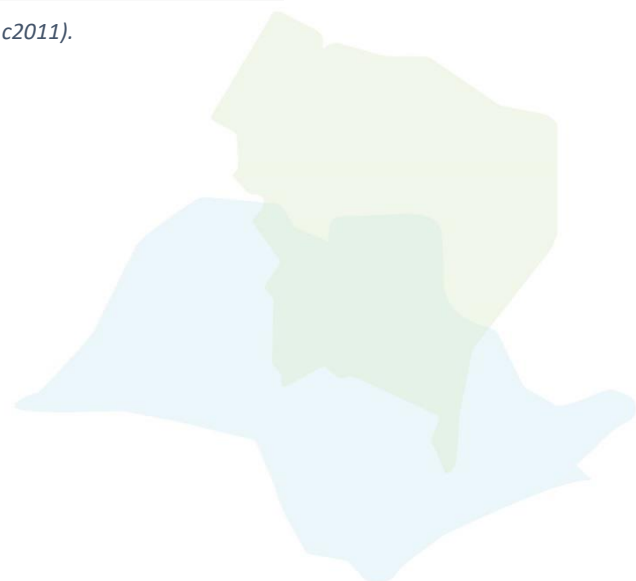
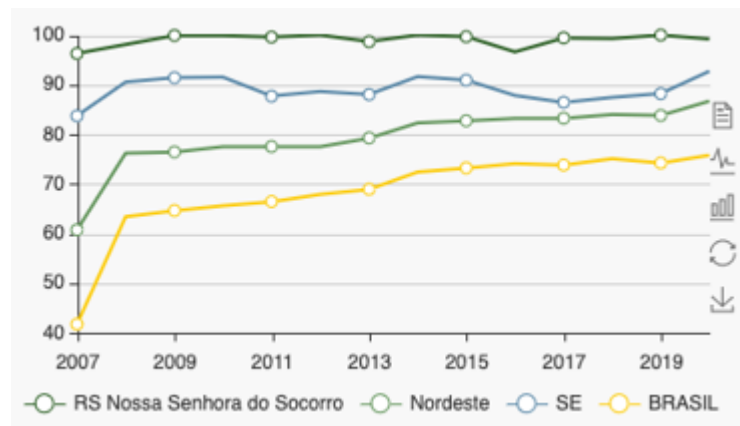
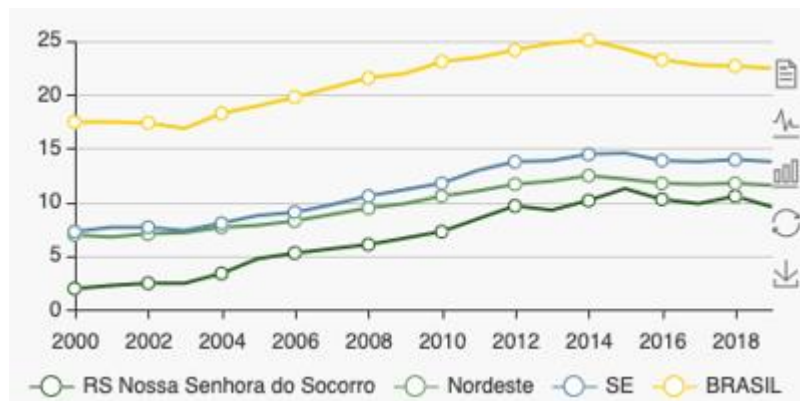


Figura 12 — Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

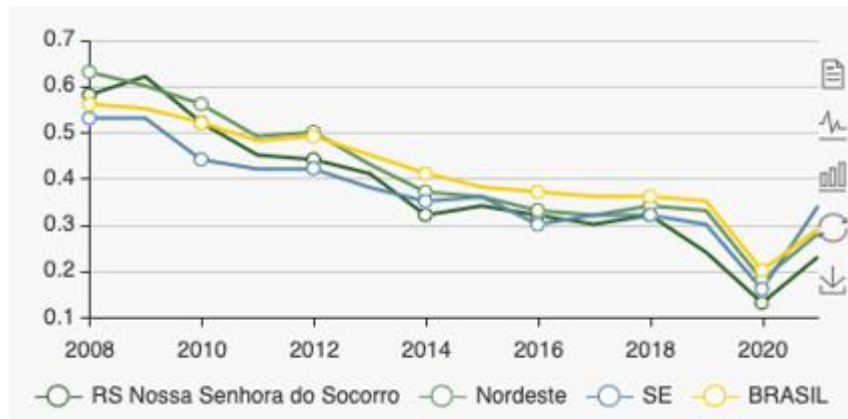
Figura 13 — Percentual da população coberta por planos e seguros de assistência suplementar à saúde



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Apesar da boa cobertura de ESF, isso 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 (Figura 14).

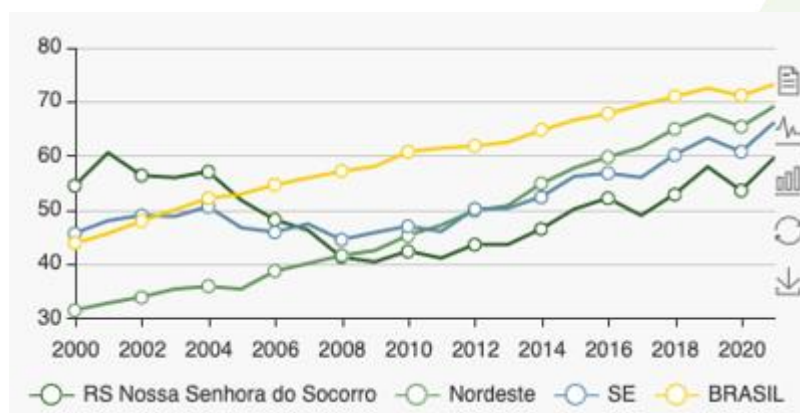
Figura 14 — Razão entre o número de exames citopatológicos em residentes do sexo feminino entre 25 e 64 anos e um terço da população do sexo feminino na mesma faixa etária



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

As dificuldades em sustentar alta oferta e alto engajamento em Papanicolau, felizmente, não se repete em todas as ações essenciais. Desde o final da primeira década do século, na cobertura de outras dessas ações, como o pré-natal, considerando todas as abrangências territoriais, incluindo a Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro, a cobertura assistencial tem aumentado (Figura 15). Isso pode expressar uma variabilidade de dificuldade cultural basal de captação para diferentes ações, assim como de incentivos e estratégias no mesmo sentido, ou até mesmo a própria motivação individual de busca pelo serviço, possivelmente mais favorável no caso do pré-natal, ainda que esses indicadores não demonstrem um desempenho ótimo.

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



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Apesar da melhora de acesso, caracterizada na Figura 15, problemas de qualidade assistencial se refletem fortemente nos indicadores de saúde. A piora das taxas de incidência de sífilis congênita, apresentada na Figura 16, põe em destaque o resultado negativo de uma ação específica e rotineira, que deveria necessariamente ocorrer no pré-natal. Embora com percentual aparentemente baixo, a sífilis congênita deveria apresentar taxa zero, por ser totalmente evitável e de tratamento acessível na própria APS.

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: Plano Estadual de Saúde (PES/SE) 2024-2027 (Sergipe, 2023, p. 114).

Em termos de acesso a recursos de custo intermediário, como internações clínicas, a tendência geral foi de manutenção de uma oferta regular no âmbito da própria região (Figura 17), mas com uso maior de leitos (sempre acima de 60%) de fora da Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro (Figura 18).

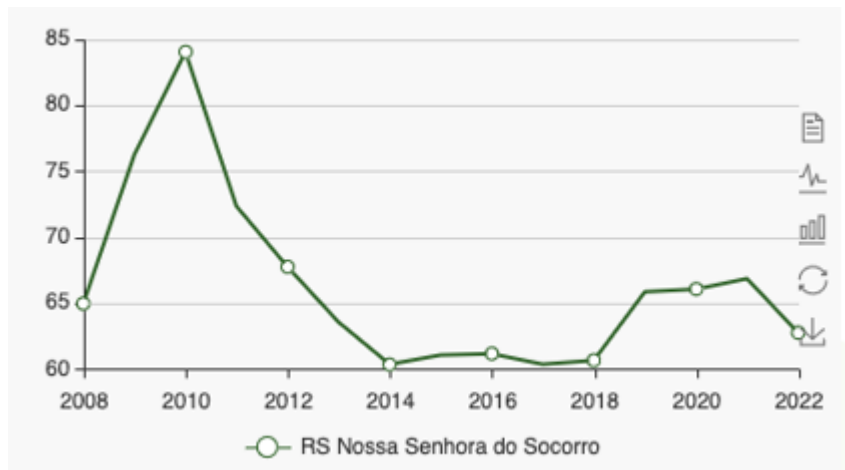


Figura 17 — Percentual de internações clínicas realizadas no interior da Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

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



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Independentemente do local de internação, verifica-se uma 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).

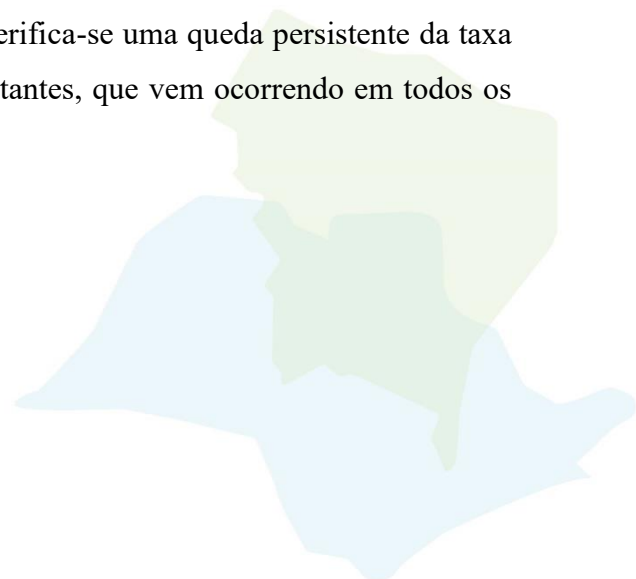
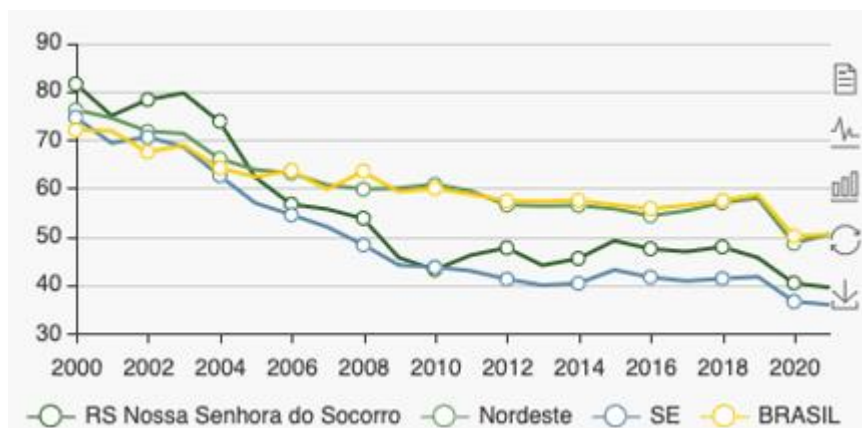


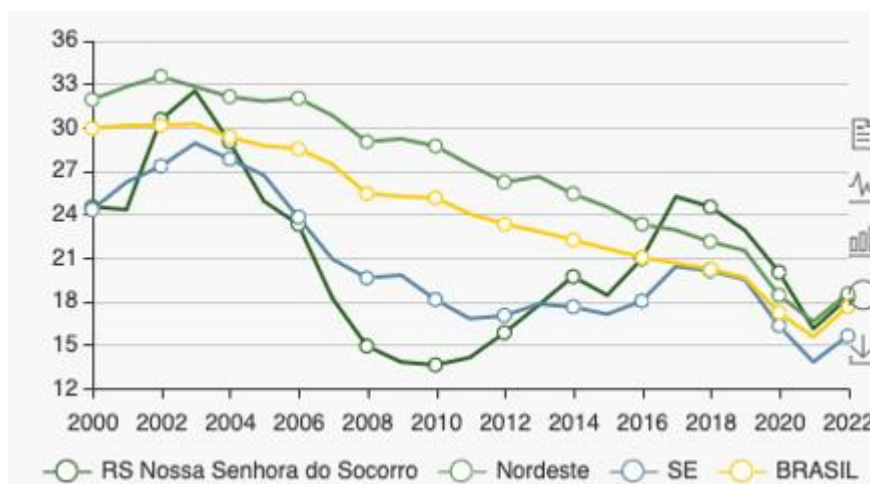
Figura 19 — Taxa bruta de internação hospitalar no SUS por 1.000 habitantes



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Tal queda pode requerer um entendimento complexo e multifacetado, pois pode dever-se a uma queda na oferta de leitos hospitalares, mas também pode expressar uma queda efetiva de necessidade de acesso. Todavia, essa queda provavelmente se relaciona com as altas coberturas populacionais por APS já registradas mais acima. Essa interpretação se fortalece ao verificarmos a importante redução nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde (ICSAPS) desde a metade do primeiro quinquênio do milênio em todos os territórios, embora a grande flutuação nesta região permita suspeitar de problemas na gestão da informação (Figura 20).

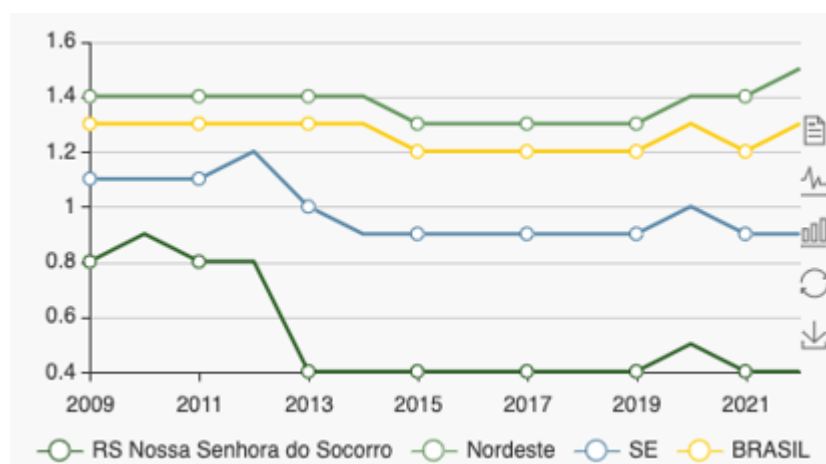
Figura 20 — Percentual de ICSAPS



Fonte: PROADES (Fiocruz, c2011).

Houve uma certa elevação mais recente das ICSAPS, que coincide com a onda de internações que não foram evitadas na APS durante a vigência da necessária recomendação para a população ficar em casa durante a pandemia de covid 19. No entanto, pode-se perceber que houve uma queda pela metade na oferta de leitos proporcional à população nesta região a partir de 2012, ao contrário da relativa estabilidade encontrada nos demais territórios apresentados, com queda menor no estado (Figura 21). Isso demonstra que talvez não sejam apenas os méritos da APS os responsáveis pela redução na taxa bruta de internação pelo SUS na região, mas, em parte, também uma restrição na oferta.

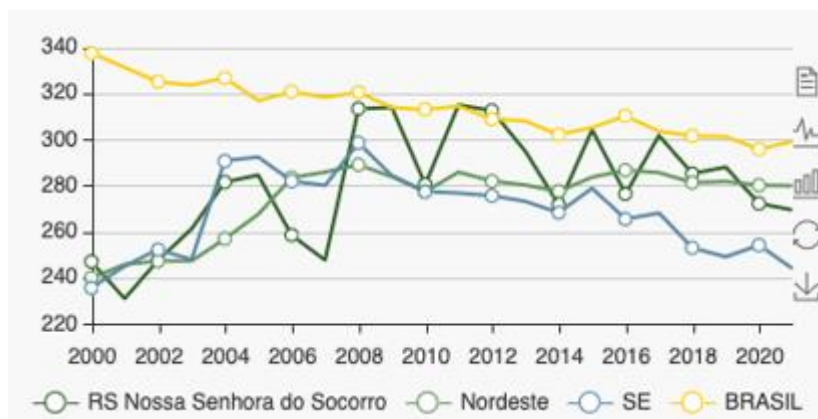
Figura 21 — Leitos disponíveis ao SUS, por 1.000 habitantes



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Em relação a indicadores da situação de saúde da população, as taxas de mortalidade prematura (30-69 anos de idade) por 100 mil habitantes, por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), na Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro, após um período inicial de elevação (que pode corresponder a dificuldades de registro no quinquênio inicial do milênio), tem mantido a tendência de queda (2005-2020) também encontrada no estado de Sergipe, 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, parece ter sido 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 2021, 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 e em seu acesso que na melhora sanitária geral. 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 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 do Socorro representa a terceira 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).

Essa piora na evolução de sistemas regionais e locais de saúde para incorporar elementos do cuidado integral foi acompanhada, na região, por um comportamento errático para elementos tradicionais como a taxa de cura de novos casos de hanseníase. Teve impressionante melhora de 2017 para 2018, mas registrou novas pioras a partir de então, como ilustra a Figura 25. Fato é que os dados da Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro demonstram a possibilidade de chegar próximo a 100% de êxito no tratamento da hanseníase.



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).

Já as taxas de cura de casos novos de tuberculose, talvez por ser uma condição associada à evolução positiva geral nos cuidados destinados às pessoas vivendo com HIV no país (Figura 26), não registraram semelhante piora na região em análise. Por seguirem baixas como nas demais, ratifica-se a dificuldade em concretizar cuidados considerados típicos da APS, mas também apontam períodos de maior êxito, que sugerem possibilidade 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 da região, assim como do estado de Sergipe, 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, ao passo que 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 do Socorro está localizada no leste do estado de Sergipe e é formada pelos municípios de Capela, Carmópolis, Cumbe, General Maynard, Japaratuba, Maruim, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora do Socorro, Pirambu, Rosário do Catete, Santo Amaro das Brotas e Siriri.

A região enfrenta desafios significativos no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, principalmente de serviços especializados. Com exceção do município de Nossa Senhora do Socorro, que, além de contar com maior oferta de atenção especializada, fica próximo da capital, onde outras referências são utilizadas, o que não ocorre com os demais municípios dessa região de saúde, que ficam distantes, tanto do município de Nossa Senhora do Socorro, quanto da capital, Aracaju. Esse fator dificulta a distribuição adequada de recursos e profissionais, resultando em longos deslocamentos e espera para a população em busca de atendimento especializado. Além disso, a oferta limitada de serviços de saúde próximos às áreas mais populosas compromete a capacidade de resposta das unidades locais, sobrecarregando a Atenção Primária e aumentando a dependência de centros de saúde em outras regiões.

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 muitas vezes é o único recurso 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, conseguimos ampliar a cobertura para mais municípios do 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 do projeto. 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 local, considerando sua estrutura de serviços, fluxos, demandas e ofertas, permite a identificação de possíveis fragilidades na Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro. Com isso, oportuniza um apoio contextualizado por parte do TeleNordeste.

3.1. Atenção Primária à Saúde

Um aspecto marcante da Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro é a distribuição de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família (eSF), conforme detalhado no Quadro 1.



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

Município	Número de UBS	Quantas aderiram ao TeleNordeste?	eSF total	eSF indicada	Tem credenciamento e-Multi?	Especialidades da equipe solicitada	Utiliza Telessaúde, além do Projeto TeleNordeste?
Capela	18	15	15	15	Sim	Fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional, fonoaudiologia, assistência social, odontologia, educação física	Não utiliza atualmente
Carmópolis	4	4	5	5	Sim	Acupuntura, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, geriatria, ginecologia/obstetrícia, hansenologia , homeopatia, infectologia, pediatria, psiquiatria	Não utiliza atualmente
Cumbe	4	4	2	2	Sim	psicologia, nutrição, clínica geral, ginecologia, farmácia, fisioterapia, assistência social	Não utiliza atualmente
General Maynard	5	5	3	3	Sim	Assistência social, psicologia, cardiologia, fisioterapia, nutrição, educação física, massoterapia	Não utiliza atualmente
Japarutuba	6	6	10	10	Não (credenciamento solicitado)	A definir após credenciamento	Não utiliza atualmente
Maruim	7	5	7	5	Sim	Assistência social, psicologia, farmácia, educação física, fisioterapia, pediatria	Não utiliza atualmente
Nossa Senhora da Dores	14	10	10	10	Sim	Fisioterapia, psicologia, nutrição, fonoaudiologia, assistência social, educação físico	Não utiliza atualmente
Nossa Senhora do Socorro	31	21	69	21	Sim	Fisioterapia, psicologia, pediatria, psiquiatria, ginecologia, medicina veterinária	Sim
Pirambu	3	3	4	4	Sim	Psiquiatria, fonoaudiologia, psicologia, assistência social, nutrição	Sim
Rosário do Catete	5	4	4	4	Sim	Fisioterapia, psicologia, nutrição, assistência social	Sim
Santo Amaro das Brotas	4	4	7	7	Não (aguardando financiamento)	Equipe e-Multi ainda não contemplada	Sim
Siriri	8	2	4	4	Sim	Fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, educação física, farmácia clínica, nutrição	Não utiliza atualmente
Total	109	83	140	90			

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.



A Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro apresenta um quantitativo significativo, tanto de UBS quanto de equipes da ESF. A diferença entre a quantidade total de UBS e as indicadas para o projeto refere-se, provavelmente, à ausência de conectividade em algumas delas, que se localizam em zona rural, sem acesso à internet. Já em relação à indicação das equipes para participação no Projeto TeleNordeste, praticamente todos os municípios indicaram todas suas equipes para utilizarem o projeto, com exceção do município de Nossa Senhora do Socorro, em que há um número grande de equipes e profissionais, e, portanto, acordou o credenciamento parcial de suas equipes.

Um aspecto importante é a heterogeneidade quanto à quantidade de equipes em cada município, na sua grande maioria com um quantitativo pequeno, mas, por outro lado, uma quantidade expressiva de equipes em três municípios, o que já sugere uma possível desvantagem de oferta de outros serviços para além da APS.

Algumas dessas UBS contam com sala de estabilização, as quais estão presentes em três unidades, nos municípios de Japarutuba, Maruim e Rosário do Catete.

Uma possível melhora no acesso e na resolubilidade da APS pode vir com o credenciamento dos municípios para e-Multi. Apesar de algumas especialidades informadas durante o levantamento das necessidades não fazerem parte das especialidades elegíveis, segundo a Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, que institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2023), elas serão de grande valia, principalmente para os municípios de pequeno porte.

A Telessaúde é vista como um recurso potencial para melhorar a qualificação das equipes de saúde, favorecendo a troca de informações e a continuidade do cuidado.

A partir do Formulário de Adesão, também foi possível identificar os municípios que já utilizam algum tipo de recurso em Telessaúde — Siriri (Telessaúde Funesa), Nossa Senhora das Dores (ECG pelo TeleBahia, na Unidade de Pronto Atendimento) e Japarutuba (da própria Secretaria Municipal de Saúde) —, o que demonstra uma predisposição positiva para a institucionalização das ações de Telessaúde.

3.2. Outros serviços da rede

Esta seção destina-se a detalhar outros serviços de saúde que compõem a Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro.

3.2.1. Redes de Atenção à Saúde

Os municípios que compõem a Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro, para Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI), têm como referência o Hospital Regional José Franco Sobrinho, que se trata de um hospital geral com maternidade de risco obstétrico habitual.

A Região de Saúde também conta com o apoio do Centro Especializado em Reabilitação tipo IV (CER IV), localizado no município de Aracaju, um centro especializado em reabilitação de pacientes com deficiências nas seguintes modalidades:

- Deficiência visual: facilita a autonomia de vida e a reintegração social a quem tem baixa visão ou cegueira.
- Deficiência auditiva: facilita a comunicação e a reintegração social a quem tem perda auditiva.
- Deficiência física: reabilita funções motoras, melhorando assim a qualidade de vida e a autonomia.
- Deficiência intelectual: objetiva resgatar autonomia e qualidade de vida dos usuários através da estimulação.

O objetivo desse serviço é promover, através do atendimento de equipe multiprofissional, o desenvolvimento de planos terapêuticos que visam a melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência em qualquer fase da vida.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a partir da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas

(Brasil, 2011). Na região abordada, os municípios são apoiados pelos serviços conforme descritos no Quadro 2.

Quadro 2 — Componentes da Rede de Atenção Psicossocial na Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro

CAPS	Município
Caps I Cosme dos Santos	Capela
Caps I Senhor dos Passos	Maruim
Caps José Carvalho de Souza	Nossa Sra. das Dores
Caps Ad Ana Pitta	Nossa Sra. do Socorro
Caps Infanto-Juvenil São Domingos Sávio	Nossa Sra. do Socorro
Caps Rogalício Vieira da Silva	Nossa Sra. do Socorro
Caps Usuário Janser Carlos de Oliveira Castro	Nossa Sra. do Socorro

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

3.2.2. Unidades de Pronto Atendimento

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA), conforme Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017, que redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h, como componente da Rede de Atenção às Urgências (RAU), no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017), menciona que a unidade deve ser um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência — SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RAU. O Quadro 3 lista as UPAs localizadas na Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro.

Quadro 3 – Relação de UPAs na Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro

Município	CSF
Carmópolis	UPA de Carmópolis
Nossa Senhora das Dores	UPA 24h Maria Dulcineia dos Santos
Nossa Senhora do Socorro	UPA 24h Vereador Jairo Joaquim dos Santos

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

3.2.3. Hospitais

O município de Capela conta com um Hospital Geral de pequeno porte (Hospital São Pedro de Alcântara) com Unidade de Pronto-Socorro, que oferece Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), procedimentos ambulatoriais e hospitalares de baixa e média complexidade. No mesmo município também está localizado um Hospital Geral sem Unidade de Pronto-Socorro (Hospital Geral de Referência Cirúrgicas Nossa Senhora da Purificação).

A Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro é apoiada pelo Hospital Regional José Franco Sobrinho, localizado no município de Nossa Senhora do Socorro.

Além disso, a Região de Saúde também tem pactuação para referência em procedimentos de alta complexidade (Hospital Universitário de Sergipe) e de urgências psiquiátricas (Hospital São José), ambos em Aracaju, portanto, fora da área territorial da própria Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro.

3.2.4. Serviço de atenção domiciliar

Alguns municípios que compõem a região contam com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) implantado, com Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) habilitadas, conforme descrito no Quadro 4.

Quadro 4 – Informações Serviços de Atenção Domiciliar

Município	EMAD	EMAP
Capela	1	1
Nossa Senhora do Socorro	2	1
Nossa Senhora das Dores	1	1

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

3.3. Serviços de apoio diagnóstico e assistencial

De acordo com o Formulário de Adesão preenchido pelos municípios, a estrutura de apoio diagnóstico local para a Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro está disposta no Quadro 5.

Quadro 5 – Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico

Município	Serviços de Apoio Diagnóstico
Capela	Laboratorial, PICs, e-Multi
Carmópolis	Laboratorial, imagem
Cumbe	Laboratorial, ECG
General Maynard	Laboratorial, imagem
Japaratuba	Laboratorial, imagem
Maruim	Laboratorial, imagem, eletrocardiograma, raio-X odontológico
Nossa Senhora das Dores	Laboratorial, imagem
Nossa Senhora do Socorro	Laboratorial, imagem
Pirambu	Laboratorial
Rosário do Catete	Laboratorial
Santo Amaro das Brotas	Não há
Siriri	Imagem

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

Os municípios variam significativamente na disponibilidade de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, o que pode interferir significativamente na qualidade da atenção, tanto relacionada ao acesso, quanto na possibilidade de desfechos mais assertivos, podendo, inclusive, limitar a possibilidade de efetividade das ações de Telessaúde.

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, evitando variações nas prescrições. Ademais, a utilização de linhas de cuidado pode trazer mais eficácia aos serviços de saúde, otimizando o uso dos recursos disponíveis.

Por esse motivo, no Formulário de Adesão, foi solicitado o preenchimento das linhas de cuidado dos municípios. As respostas são relacionadas a seguir:

- Siriri: o município implementou linhas de cuidado em saúde da mulher, do idoso e gestante.
- Rosário do Catete: tem linhas de cuidado implementadas para pacientes especiais e obesos.

A falta de linhas de cuidado pode levar a uma gestão fragmentada dos serviços de saúde, em que o cuidado não é tão integrado ou eficiente quanto poderia ser se houvesse uma coordenação mais estruturada.

Ainda que a finalidade do Projeto TeleNordeste não seja a implantação de linhas de cuidado, as atividades desenvolvidas visam qualificar 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 educacionais 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 para pessoas privadas de liberdade, além de entrar no fluxo do agendamento municipal, muitas vezes já sobrecarregado, requer uma organização logística que envolve o uso de uma viatura policial e o acompanhamento de agentes penitenciários, tornando a consulta onerosa e aumentando o risco de absenteísmo da consulta, pois na falta de profissionais da penitenciária ou alguma rebelião, a consulta deixa de ser priorizada.

Na Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro encontra-se o Presídio Feminino (PREFEM), localizado no Povoado Taboca, no município de Nossa Senhora do Socorro, com capacidade para 175 internas.

A equipe do TeleNordeste realizou uma visita ao PREFEM em setembro de 2024, a fim de apresentar o projeto, dialogar com os profissionais de saúde, identificar demandas e iniciar o processo de adesão.

A região conta também com a Cadeia Territorial de Nossa Senhora do Socorro (Cadeião), também localizado no Povoado Taboca, no município de Nossa Senhora do Socorro, e que não aderiu ao projeto até a entrega deste documento.

3.6. Sistema de regulação municipal

Os dados apresentados revelam uma diversidade de sistemas e fluxos de regulação nos municípios da Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro, assim como variações significativas no acesso e gerenciamento das filas de regulação.

Enquanto Nossa Senhora do Socorro e Japaratuba apresentam sistemas bem estruturados e integrados, facilitando o acesso, outros, como Carmópolis, enfrentam desafios

com métodos manuais, como o envio de informações via malote, o que pode retardar o processo de regulação e o acesso aos serviços.

No Quadro 6 são elencadas as informações mencionadas pelos municípios.

Quadro 6 — Informação do sistema de regulação dos municípios

Município	Sistema utilizado	Fluxo de regulação	Profissional responsável	Acesso às filas
Nossa Senhora do Socorro	Estadual, regional, municipal	Centralizados na central de regulação do município Cada unidade insere seus casos diretamente no sistema	Médico Enfermeiro	Sistema de regulação integrado, permite acesso em qualquer unidade de saúde
Capela	Estadual, regional	Centralizados na central de regulação do município	Administrativo	Consultando o sistema através do CNS do paciente ou QR Code
Carmópolis	Regional	Centralizados na central de regulação do município	Coordenadora da regulação	Unidades enviam informações via malote para a central
Cumbe	Estadual, regional	Centralizados na central de regulação do município	Diretor da regulação	Contato direto com o responsável pela regulação
Rosário do Catete	Estadual	Centralizados na central de regulação do município	Auxiliar administrativo	Alguns exames e especialidades têm filas de espera superiores a 12 meses
Santo Amaro das Brotas	Regional	Cada unidade insere seus casos diretamente no sistema	Digitador	Sistema de regulação é um acordo tripartite; trabalham com o ACONE
Maruim	Estadual	Centralizados na central de regulação do município	Assistente administrativo	Contato telefônico, e-mail, sistema

Município	Sistema utilizado	Fluxo de regulação	Profissional responsável	Acesso às filas
General Maynard	Municipal	Centralizados na central de regulação do município	Técnico	Sistema PEC
Japaratuba	Estadual	Centralizados na central de regulação do município Cada unidade insere seus casos diretamente no sistema	Coordenador da regulação	Solicitações médicas encaminhadas para a central de regulação na Secretaria Municipal
Siriri	Estadual, regional	Centralizados na central de regulação do município	Coordenador de regulação	Relatório nos sistemas
Nossa Senhora das Dores	Estadual, regional	Centralizados na central de regulação do município	Enfermeiro Coordenadora da regulação	Demandas encaminhadas pelos gerentes de unidades ou entregues pelos usuários
Pirambu	Estadual, regional, municipal	Centralizados na central de regulação do município	Coordenadora da regulação	As unidades não têm acesso às filas

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

Os municípios da Região de Nossa Senhora do Socorro têm referência ambulatorial especializada, pactuadas em nível municipal, regional e estadual.

A maioria das centrais de regulação, com exceção do município de Nossa Senhora do Socorro, contam com um profissional administrativo para gestão das filas de espera.

A inserção dos encaminhamentos, em geral, é realizada de forma centralizada, pelo próprio Departamento de Regulação Municipal. Nos municípios de Nossa Senhora do Socorro, Santo Amaro das Brotas e Japaratuba, a solicitação de encaminhamento é feita nas próprias unidades de saúde, o que permite um acompanhamento pela própria equipe, podendo visualizar e gerenciar seus encaminhamentos.

Esse diagnóstico 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 (com exceção do município de Nossa Senhora do Socorro), a integração do fluxo de regulação do município com as ações de teleinterconsulta/teleconsultoria permite uma qualificação dos encaminhamentos, o que implica também na qualificação do processo regulatório, com possibilidade de diminuição do tempo de espera e acesso em local e tempo mais oportunos.

A oferta de especialidades médicas dentro do próprio município (Quadro 7) ou mesmo dentro da própria Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro (Quadro 8) facilita o acesso e o deslocamento, quando necessário.

Quadro 7 — Especialidades ofertadas pelos municípios na região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro

Município	Especialidades ofertadas pelo município:
Siriri	Ortopedia, ginecologia, pediatria clínica
Pirambu	Psiquiatria adulto, psiquiatria infantil
Nossa Senhora das Dores	Psiquiatria adulto, cardiologia
Nossa Senhora do Socorro	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia
Japarutuba	Psiquiatria adulto, cardiologia
Cumbe	Fisioterapia, nutrição, psicologia, oftalmologia, massoterapia.
Capela	Neurologia infantil, psiquiatria adulto, pediatria, ginecologia, dermatologia
Rosário do Catete	Neurologia infantil, psiquiatria adulto, ginecologia e pediatria
Carmópolis	Psiquiatria adulto, cardiologia
Santo Amaro das Brotas	Cardiologia, pediatria
Maruim	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, ortopedia, angiologia
General Maynard	Psiquiatria adulto

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

Quadro 8 — Especialidades encaminhadas para a Central de Regulação na Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro

Município	Especialidades encaminhadas para a Central de Regulação
Siriri	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, reumatologia, oftalmologia
Pirambu	Neurologia adulto, neurologia infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, reumatologia
Nossa Senhora das Dores	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, endocrinologia
Nossa Senhora do Socorro	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, reumatologia
Japarutuba	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria infantil, endocrinologia, urologia, fisioterapia, ortopedia, reumatologia, nefrologia, oftalmologia, cirurgia geral, proctologia, reumatologia, angiologia, cirurgia vascular, otorrinolaringologia
Cumbe	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, otorrinolaringologia, neurocirurgia, cirurgia vascular, mastologia, cirurgia pediátrica, fonoaudiologia, urologia, dermatologia
Capela	Neurologia adulto, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, reumatologia, mastologia, hepatologia, nefrologia
Rosário do Catete	Neurologia adulto, neurologia infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, reumatologia
Carmópolis	Neurologia adulto, neurologia infantil, endocrinologia, urologia, ortopedia, reumatologia
Santo Amaro das Brotas	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria infantil, endocrinologia, urologia, fisioterapia, ortopedia, reumatologia, angiologia e alergologia
Maruim	Neurologia adulto, neurologia infantil, dermatologia, fonoaudiologia, oftalmologia, alergologia, proctologia, pneumologia
General Maynard	Psiquiatria adulto

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

Apesar de os municípios apresentarem ofertas próprias de algumas especialidades, ainda é notória a dependência do encaminhamento para o município-polo, Nossa Senhora do Socorro, em relação a diversas especialidades.

Além da oferta, um aspecto importante para o acesso diz respeito ao tempo médio de espera para o atendimento, e este varia consideravelmente entre as especialidades e os municípios da Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro, mas com cenário geral de dificuldade para acesso em tempo oportuno.

Esse longo tempo de espera, muitas vezes se dá em virtude da oferta insuficiente, corroborada por encaminhamentos potencialmente evitáveis. Nesse sentido, a identificação desses gargalos pode auxiliar o processo de planejamento, com inclusão de soluções digitais de qualificação da atenção.

A identificação de especialidades que geram maior tempo de espera para os municípios permite uma oferta de apoio adequada e contextualizada à necessidade regional/estadual. O formulário enviado aos municípios identificou as especialidades demandas pelos municípios (Quadro 9), assim como os respectivos tempos de espera, que variam de município para município, para um possível apoio pelo Projeto TeleNordeste.



Quadro 9 — Especialidades médicas demandadas pelos municípios da Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro

Especialidade	Siriri	Pirambu	Nossa Senhora das Dores	Nossa Senhora do Socorro	Japaratuba	Cumbe	Capela	Rosário do Catete	Carmópolis	Santo Amaro das Brotas	Maruim	General Maynard	Total
Neurologia adulto	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
Neurologia infantil	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	11
Cardiologia	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
Endocrinologia	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
Urologia	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	10
Ortopedia	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	10
Psiquiatria adulto	X		X			X	X		X	X		X	7
Psiquiatria infantil	X				X		X	X		X		X	6
Reumatologia	X		X		X	X	X			X	X	X	8
Fisiatria							X			X		X	3
Alergologia										X	X		2
Oftalmologia					X						X		2
Cir. Vascular					X					X			2
Coloproctologia					X						X		2
Dermatologia											X		1
Pneumologia											X		1
Otorrinolaringologia					X								1
Geriatría										X			1
Nefrologia					X								1
Cirurgia geral					X								1

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

3.7. Tempo de espera nos serviços especializados

Com relação ao tempo de espera nos serviços especializados, destacam-se longos períodos de espera em especialidades críticas, como neurologia e cardiologia (Quadro 10), em várias localidades, com períodos que chegam a até dois anos. Tais informações são cruciais para

o planejamento de intervenções que visem melhorar a eficiência e a equidade no acesso a esses serviços.

Quadro 10 — Tempo de espera nos serviços especializados

Município	Especialidade	Tempo médio de espera
Siriri	Neuropediatria	5 meses
	Cardiologia	2 meses
Pirambu	Cardiologia	Não especificado
Nossa Senhora das Dores	Neurologia infantil	2 anos
	Endocrinologia	1 ano
	Neurologia adulta	1 ano e meio
	Dermatologia	1 ano
	Urologia	1 ano
Nossa Senhora do Socorro	Neuropediatria	3 meses
	Cardiologia	2 meses
Japarutuba	Diversas	-
Cumbe	Otorrinolaringologia	3 a 4 meses
	Psiquiatria	5 a 6 meses
	Neurocirurgia	Aproximadamente 1 ano
	Cirurgia vascular	2 a 3 meses
	Mastologia	3 a 4 meses
	Cirurgia pediátrica	5 a 6 meses
	Fonoaudiologia	4 meses
	Neurologia	6 meses
	Urologia	10 meses
	Neuropediatria	8 meses
	Dermatologia	3 a 4 meses
	Ortopedia	4 meses

Município	Especialidade	Tempo médio de espera
Capela	Cardiologia	-
	Urologia	-
	Ortopedia	-
	Neurologia	-
Rosário do Catete	Informação indisponível	-
Carmópolis	Neurologia	1 ano e 9 meses
Santo Amaro das Brotas	Neuropediatria	12 meses
	Endocrinologia	Mais de 8 meses
	Ortopedia	Mais de 4 meses
	Angiologia	Mais de 1 ano
	Gastroenterologia	Mais de 1 ano
Maruim	Informação indisponível	-
General Maynard	Neurologia adulta	8 meses
	Neurologia infantil	10 meses
	Psiquiatria adulta	1 mês
	Psiquiatria infantil	12 meses
	Cardiologia	12 meses
	Endocrinologia	9 meses
	Urologia	8 meses
	Fisiatria	8 meses
	Ortopedia	9 meses
	Reumatologia	7 meses

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

Além dos tempos de espera, a distância entre os usuários do SUS e os serviços especializados apresenta um desafio significativo na região. O acesso geográfico pode ser uma barreira crucial, pois leva em conta a localização dos serviços de saúde, os meios de transporte disponíveis e o tempo necessário para o deslocamento.

No Quadro 11 é apresentada a quilometragem para deslocamento entre os municípios e seus respectivos hospitais de referência, dentro e fora da região, e é estimada a distância dos serviços de referência em AAE, que se localizam nos municípios de Nossa Senhora do Socorro e Aracaju, por meio das distâncias dos hospitais constantes no Quadro.

Quadro 11 — Informações de deslocamento para hospitais da região

Município	Deslocamento para o Hospital Universitário de Sergipe	Deslocamento para o Hospital São José	Deslocamento para o Hospital Regional Nossa Senhora do Socorro
Capela	± 68,8 km	± 69,1 km	± 64,3 km
Carmópolis	± 48,8 km	± 56,2 km	± 43,4 km
Cumbe	± 88 km	± 87,4 km	± 82,6 km
General Maynard	± 54,7 km	± 54,2 km	± 41,8 km
Japaratuba	± 55,0 km	± 54,4 km	± 52,9 km
Maruim	± 31,7 km	± 39,2 km	± 26,3 km
Nossa Senhora da Dores	± 70,8 km	± 70,2 km	± 65,4 km
Nossa Senhora do Socorro	± 16,4 km	± 16,4 km	---
Pirambu	± 35,6 km	± 35,0 km	± 39,5 km
Rosário do Catete	± 45,7 km	± 45,1 km	± 32,7 km
Santo Amaro das Brotas	± 36,6 km	± 36,0 km	± 34,8 km
Siriri	± 51,0 km	± 50,4 km	± 45,6 km

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

Ainda que as distâncias não sejam tão elevadas em termos de quilometragem, o deslocamento gera necessidade de transporte, além do tempo de ausência do trabalho, o que torna ainda mais importante projetos que apoiem a qualificação desses encaminhamentos, evitando casos que potencialmente não haveria necessidade.

Com o apoio do Projeto TeleNordeste, os municípios que compõem a Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro têm grande potencial para melhorar a qualidade da assistência,

reduzir os tempos de espera para consultas com especialistas e diminuir o número de encaminhamentos desnecessários de pacientes para a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Além disso, o projeto proporcionará um aprimoramento significativo na assistência da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio de protocolos assistenciais que auxiliarão no manejo das doenças, com ênfase na prevenção e na otimização das consultas com especialistas na APS. Essa solução, envolvendo a integração de tecnologias digitais, é promissora e pode transformar a assistência médica na região.

3.8. Contratação de serviços privados

Os municípios que compram consultas em serviços privados são: Siriri, Nossa Senhora das Dores, Japarutuba, Cumbe, Capela, Rosário do Catete, Carmópolis, Maruim e General Maynard. A compra ocorre tanto de forma individual, em lotes ou através de sistemas de mutirão, com o objetivo de agilizar o atendimento à população e reduzir as filas de espera nos serviços de saúde pública.

Esse levantamento demonstra a diversidade de estratégias adotadas pelos municípios para lidar com a demanda por serviços de saúde, frente à dificuldade de acesso à AAE, seja pela baixa oferta, seja pelo excesso de encaminhamentos desnecessários que geram tempos maiores de espera para todos. Isso fortalece a ideia de soluções mais sustentáveis de qualificação da APS, como ocorre na oferta de teleinterconsulta/teleconsultoria, que, além de permitirem acesso imediato, têm o potencial de diminuir filas de espera em médio e longo prazo.

3.9. 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, ou realizaram, porém sem expressiva participação (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 do Socorro, segundo dados do SISAB (Brasil, 2024a), em pesquisa realizada de janeiro a junho de 2024, quatro dos doze municípios não realizaram nenhuma atividade coletiva relacionada à alimentação saudável, e de acordo com dados do SISVAN (Brasil, 2024b), nota-se uma elevada incidência de usuários com sobrepeso e obesidade, nesses mesmos quatro municípios. Diante dos dados apresentados 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.-jul./2024)

Região	Código UF	UF	Código IBGE	Município	IMC										Total		
					Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade Grau I		Obesidade Grau II			Obesidade Grau III	
					Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%		Quantidade	%
NORDESTE	28	SE	280130	CAPELA	173	2.71%	1915	30.02%	2173	34.06%	1312	20.56%	563	8.82%	244	3.82%	6380
NORDESTE	28	SE	280150	CARMOPOLIS	29	2.7%	258	24.02%	327	30.45%	262	24.39%	133	12.38%	65	6.05%	1074
NORDESTE	28	SE	280190	CUMBE	3	2.07%	37	25.52%	47	32.41%	34	23.45%	17	11.72%	7	4.83%	145
NORDESTE	28	SE	280250	GENERAL MAYNARD	15	2.56%	135	23.04%	192	32.76%	134	22.87%	74	12.63%	36	6.14%	586
NORDESTE	28	SE	280330	JAPARATUBA	41	1.92%	549	25.65%	762	35.61%	484	22.62%	209	9.77%	95	4.44%	2140
NORDESTE	28	SE	280400	MARUIM	31	2.26%	414	30.2%	426	31.07%	297	21.66%	141	10.28%	62	4.52%	1371
NORDESTE	28	SE	280460	NOSSA SENHORA DAS DORES	46	2.34%	536	27.28%	689	35.06%	436	22.19%	173	8.8%	85	4.33%	1965
NORDESTE	28	SE	280480	NOSSA SENHORA DO SOCORRO	553	2.32%	6279	26.34%	7941	33.32%	5527	23.19%	2325	9.75%	1211	5.08%	23836
NORDESTE	28	SE	280530	PIRAMBU	22	2.28%	236	24.41%	320	33.09%	222	22.96%	105	10.86%	62	6.41%	967
NORDESTE	28	SE	280610	ROSARIO DO CATETE	25	1.66%	354	23.51%	501	33.27%	363	24.1%	158	10.49%	105	6.97%	1506
NORDESTE	28	SE	280660	SANTO AMARO DAS BROTAS	85	2.54%	968	28.89%	1244	37.12%	720	21.49%	234	6.98%	100	2.98%	3351
NORDESTE	28	SE	280720	SIRIRI	16	1.64%	260	26.58%	331	33.84%	241	24.64%	84	8.59%	46	4.7%	978
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

Fonte: SISVAN (Brasil, 2024b).

3.9.1. Dados de profissionais da Nutrição

Visando auxiliar na mudança do quadro epidemiológico da Nutrição no estado, o Projeto TeleNordeste ampliou suas ofertas, incluindo profissional nutricionista para realização das atividades de teleinterconsulta e teleconsultoria, para apoiar as equipes de Atenção Primária no desenvolvimento de atividades nesse campo de práticas.

O Quadro 12 apresenta o cenário quanto à presença do profissional nutricionista nas equipes de saúde, conforme informado pelos municípios no Formulário de Adesão.

Quadro 12 — Dados de nutricionistas em equipes de saúde

Município	O município tem credenciamento para e-Multi?	Tem nutricionista compondo a equipe?
Siriri	Sim	Não
Pirambu	Sim	Sim
Nossa Senhora das Dores	Não	Não
Nossa Senhora do Socorro	Sim	Sim
Japarutuba	Sim	Sim
Cumbe	Sim	Sim
Capela	Sim	Sim
Rosário do Catete	Não	Não
Carmópolis	Sim	Sim
Santo Amaro das Brotas	Sim	Não
Maruim	Sim	Sim
General Maynard	Sim	Não

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

Essa oferta se justifica ainda pelo fato de muitos municípios da Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro não contar com profissional nutricionista, podendo, dessa forma,

apoiar as equipes da Atenção Primária à Saúde em atividades coletivas relacionadas à Educação Alimentar e Nutricional (EAN).

Além disso, faz-se necessária a promoção de encontros geradores de soluções com profissionais de saúde, com a proposta de compartilhar metodologias de educação alimentar e nutricional para alcançar o usuário de forma prática, objetiva e igualitária ao cuidado alimentar e nutricional com foco em comorbidades.



4. ATIVIDADES OFERTADAS PELO PROJETO TELENORDESTE

Essa 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

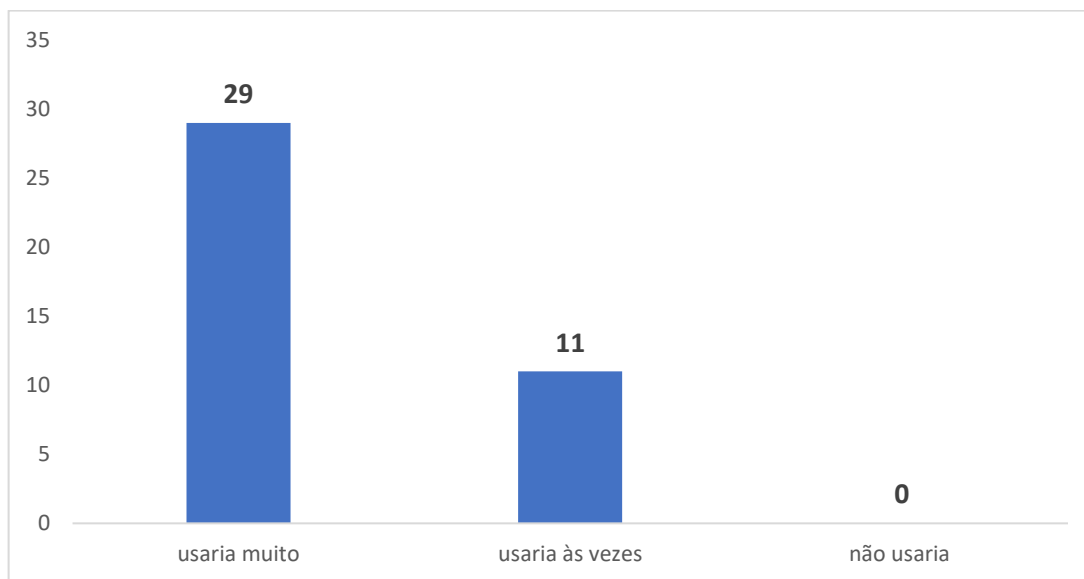
As lições aprendidas no triênio passado revelaram a importância de ações de engajamento para o uso efetivo do projeto. Não existe estabelecimento de novas rotinas no concorrido processo de trabalho das equipes de APS sem sensibilização e sem desenvolvimento de habilidades. Nesse sentido, as oficinas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

4.1.1. Oficinas presenciais

No primeiro semestre de 2024 foi promovido o primeiro encontro com os profissionais de saúde indicados para participar do projeto. Dessa forma, houve a oportunidade de apresentação da proposta de intervenção, esclarecimento de dúvidas, identificação de oportunidade 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 inicial sobre possíveis benefícios e utilização dos profissionais, relacionados às ofertas do projeto, conforme apresentado no Gráfico 2.

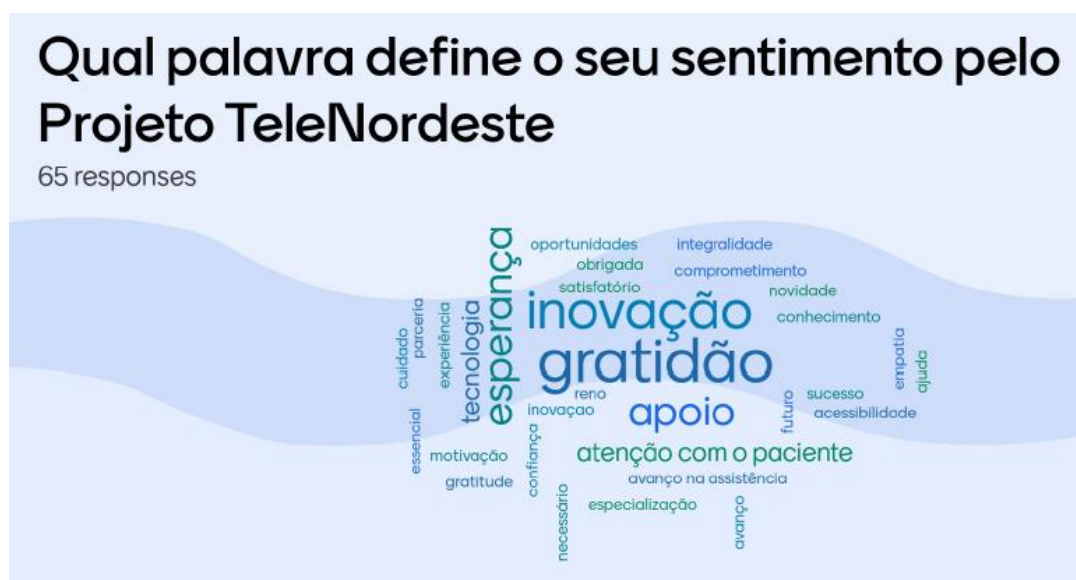
Gráfico 2- Intenção de uso do Projeto TeleNordeste



Fonte: oficina presencial

Após a apresentação das ferramentas disponíveis pelo TeleNordeste, foi realizada nova enquete com os participantes da oficina sobre o sentimento (percepção futura) em relação ao Projeto TeleNordeste, conforme ilustra a Figura 28.

Figura 28 — Percepção dos participantes sobre o projeto

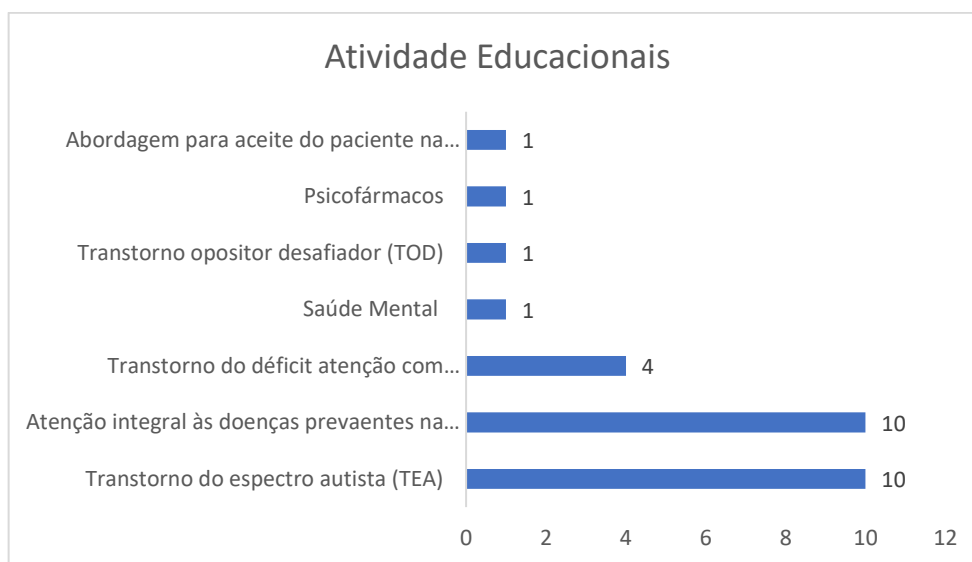


Fonte: oficina presencial.

Em síntese, a oficina apontou para uma predisposição positiva de uso e benefícios na visão dos participantes dos municípios da região. Apesar da predisposição, seu uso não é automático, uma vez que a incorporação de novas rotinas no concorrido processo de trabalho das equipes sempre é um grande desafio.

Uma das formas de aumentar o engajamento é pela oferta de ações, a partir de necessidades reais do público-alvo. Nesse sentido, durante o encontro presencial com os profissionais das equipes de saúde da APS, eles puderam sugerir temas em que necessitam de apoio, e que direcionarão as próximas atividades educacionais promovidas pelo projeto, conforme listados no Gráfico 3.

Gráfico 3 — Temas sugeridos para atividades educacionais



Fonte: oficina presencial.

4.1.2. Apoiadores regionais

Como possibilidade de engajamento, o projeto conta com a atuação de apoiadores regionais residentes no estado de Sergipe, que promovem suporte às localidades atendidas, participando de treinamentos, visitas e reuniões com os profissionais indicados e a gestão, tanto presencialmente quanto por videoconferência.

4.2. Tele-educação

O projeto oferta como atividades educacionais as Sessões de Aprendizagem Virtual (SAV), que são aulas *online*, ao vivo, 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.

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 eficaz e de qualidade para os pacientes.

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. 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 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 prática 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).

As especialidades oferecidas foram 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).

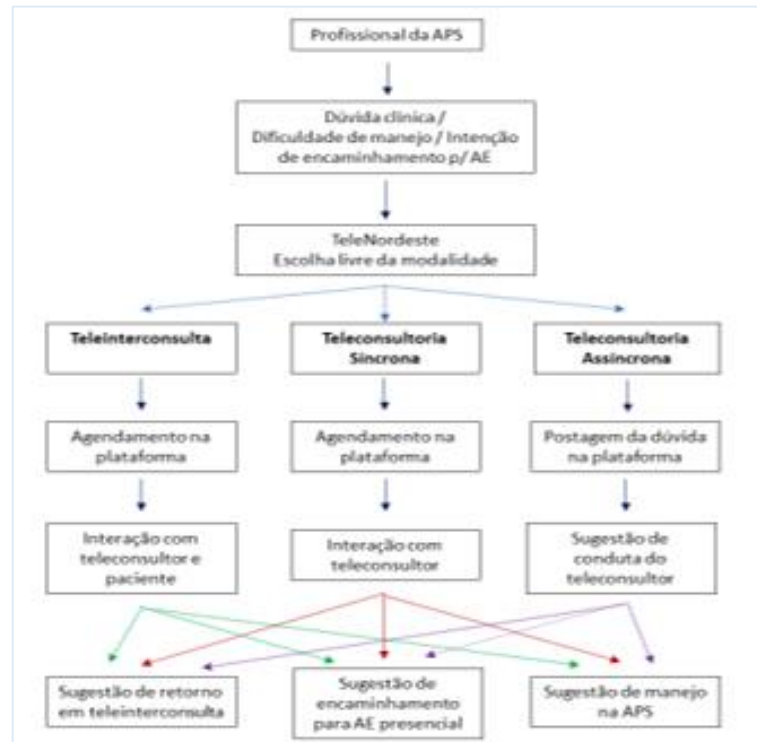
Durante o triênio 2021-2023, o TeleNordeste contou com a participação ativa de vários municípios da Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro, incluindo Siriri, Pirambu, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora do Socorro, Japarutuba, Cumbe e General Maynard. Esses municípios beneficiaram-se das soluções de Telessaúde oferecidas, evidenciando o compromisso com a inovação no atendimento em saúde. Por outro lado, embora Capela, Rosário do Catete, Carmópolis, Santo Amaro das Brotas e Maruim não tenham participado do ciclo anterior, tais municípios agora estão integrados ao projeto para o triênio atual, em virtude de novas pactuações estabelecidas. A inclusão desses municípios reflete o comprometimento em expandir o alcance do TeleNordeste, garantindo que um número maior de localidades tenha acesso às soluções inovadoras de Telessaúde.

Para o triênio 2024-2026, o projeto visa expandir ainda mais suas atividades, não apenas continuando com as teleinterconsultas e teleconsultorias síncronas, mas também incorporando novas soluções de Telessaúde. Essas expansões dependem de acordos e contrapartidas específicas das localidades envolvidas e apresentam potencial de engajar médicos e outros profissionais de saúde em interações tanto síncronas quanto assíncronas.

A Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro, de forma global, indicou 89 Unidades de Saúde para cadastramento no projeto, contemplando 222 profissionais das equipes de saúde. A proposta do projeto, para 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.

A seguir, a Figura 29 ilustra detalhadamente o fluxo de utilização para o atual triênio, fornecendo uma visão clara e objetiva sobre as possibilidades de integração das soluções digitais no contexto do projeto.

Figura 29 — Fluxo de utilização das soluções digitais disponibilizadas pelo Projeto TeleNordeste: triênio 2024-2026



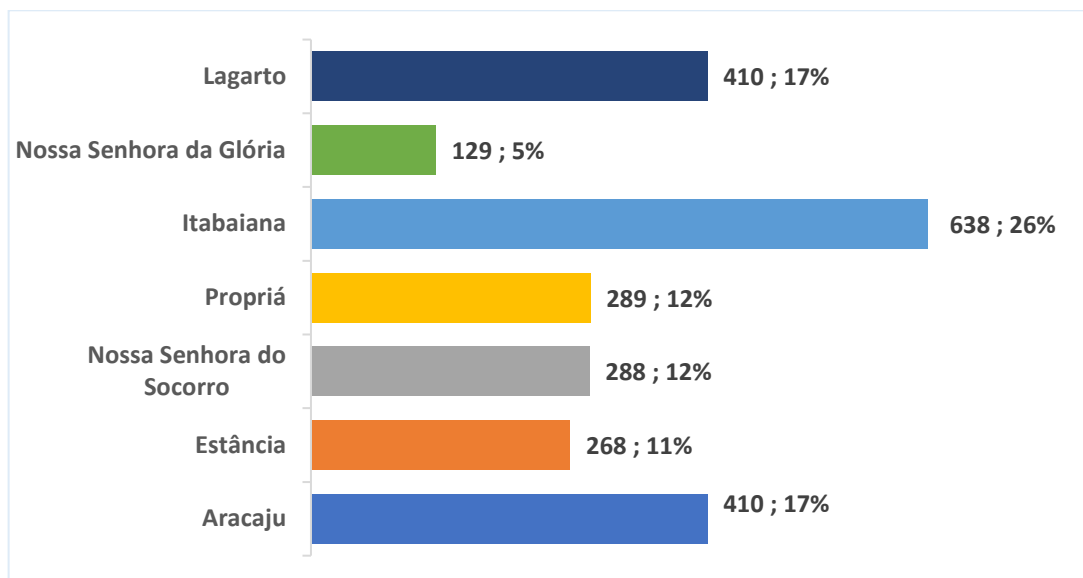
Fonte: Plano de Trabalho do Projeto TeleNordeste.

O monitoramento constante do projeto é fundamental, por todos os responsáveis envolvidos, identificando oportunidades de ampliação da oferta e melhor aproveitamento.

O Gráfico 4 apresenta uma visão global da utilização das agendas de teleinterconsultas e teleconsultoria síncronas no estado de Sergipe, segmentada por região de saúde.



Gráfico 4 — Quantidade/proporção de teleinterconsultas e teleconsultorias síncronas realizadas por região de saúde (jan.-jul./2024)



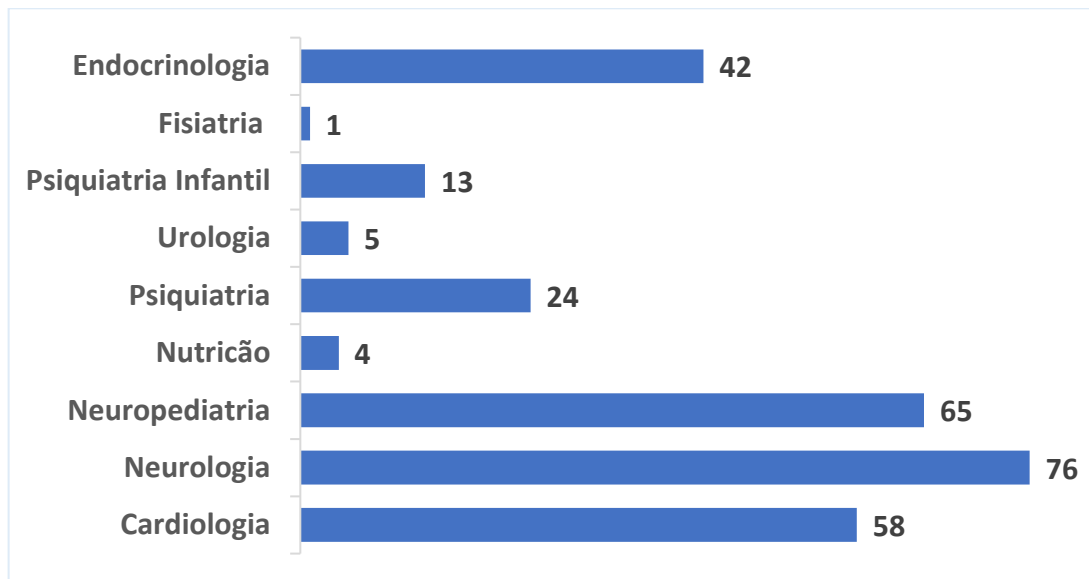
Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

Essa análise permite identificar o nível de engajamento e a distribuição dos serviços de Telessaúde nas diversas regiões, destacando as áreas com maior demanda e aquelas que podem necessitar de reforço no acesso a essas ferramentas. A visualização é crucial para entender a dinâmica de uso e para planejar intervenções direcionadas que visem melhorar a eficiência e a cobertura dos serviços ofertados. A Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro ainda apresenta baixa utilização, principalmente se comparada com outras regiões como Propriá e Estância, que apresentam uma quantidade menor de equipes e de população, com percentual de uso semelhante, indicando necessidade de ações de engajamento nos municípios.

O Gráfico 5 demonstra os dados de uso por especialidade da Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro.



Gráfico 5 — Utilização do Projeto TeleNordeste, por especialidade, na Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro (jan.-jul./2024)



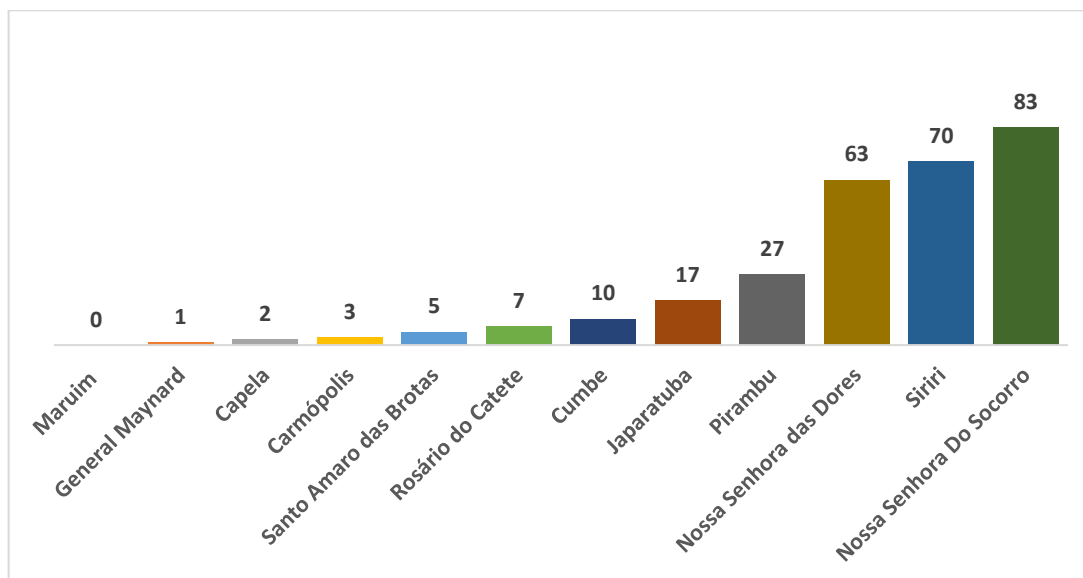
Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

Em consonância com os pedidos feitos pelos municípios no Formulário de Adesão, as especialidades com maior uso (Neurologia, Neuropediatria, Cardiologia e Endocrinologia) também representam as que tiveram maior índice de resposta de importância para oferta do projeto.

O Gráfico 6 ilustra o detalhamento de utilização, por especialidade, por município da Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro.



Gráfico 6 — Quantidade de teleinterconsultas e teleconsultoria síncronas realizadas por municípios da Região de Nossa Senhora do Socorro (jan.-jul./2024)



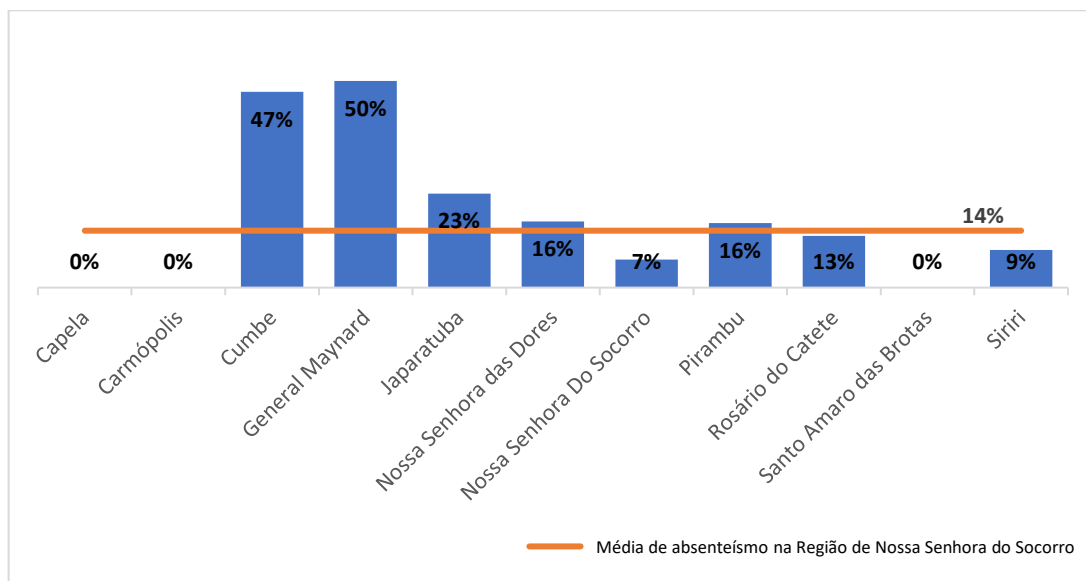
Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

A análise mais geral demonstra que a teleinterconsulta é pouco utilizada pelos municípios que aderiram ao projeto. O município de Maruim, nunca realizou uma teleinterconsulta, e mesmo Carmópolis, Cumbe, General Maynard, Rosário do Catete e Santo Amaro das Brotas realizaram, em 7 meses, 10 interações ou menos. Os municípios de Japarutuba, Pirambu, Nossa Senhora do Socorro, Nossa Senhora das Dores e Siriri apresentaram um resultado relativamente melhor, com destaque para Siriri, que, proporcionalmente, pela quantidade de equipes indicadas, tem apresentado uso mais consistente, com tendência de aumento, atingindo a meta pactuada.

Dessa forma, o quadro geral demonstra, ainda, uma subutilização da teleinterconsulta pelos municípios, inclusive com sinal de alerta para municípios que não utilizaram ou utilizaram muito pouco, com risco de descredenciamento.

As agendas para teleinterconsultas e teleconsultoria síncronas são disponibilizadas em diversas especialidades mensalmente. É fundamental destacar que, além do agendamento, é monitorada a taxa de não comparecimento (absenteísmo), conforme ilustra o Gráfico 7.

Gráfico 7 — Taxa de absenteísmo nas teleinterconsultas e teleconsultoria síncronas na Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro (jan.-jul./2024)



Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

O absenteísmo, que pode ocorrer pela falta do paciente ou mesmo pela própria equipe de saúde que não faz a conexão, merece atenção, pois reflete o não aproveitamento do apoio dos especialistas do TeleNordeste e o desperdício de vagas, o que tem sido percebido de forma constante no projeto.

Para redução da taxa de absenteísmo, quando os valores estiverem acima de 30%, é essencial o envolvimento da pessoa apontada como ponto focal do município junto aos profissionais das equipes de saúde, elaborando estratégias para diminuir esse problema. Nesse sentido, a média de absenteísmo da Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro apresenta índices satisfatórios, à exceção dos municípios de Cumbe e General Maynard, que registraram alta taxa de absenteísmo.

Além das teleinterconsultas não realizadas, e de forma mais importante, o monitoramento prevê a análise dos desfechos das teleinterconsultas realizadas, conforme demonstram os dados do Quadro 13.

Quadro 13 — Informações de desfecho e absenteísmo do paciente nas teleinterconsultas e teleconsultoria síncronas na Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro (jan.-jul./2024)

Especialidade(s)/desfecho	Alta consulta	Encaminhamento para especialista focal presencial	Retorno
Cardiologia	18	0	40
Endocrinologia e Metabologia	8	2	33
Fisiatria	1	0	0
Neurologia	9	1	66
Neuropediatria	7	0	56
Nutrição	0	0	4
Psiquiatria	11	1	11
Psiquiatria da infância e adolescência	4	0	9
Urologia	4	1	0

Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

De acordo com os dados do período avaliado no Quadro 13, pouquíssimos casos geram encaminhamento para o atendimento presencial, o que demonstra o potencial da ferramenta. Além disso, é possível verificar que muitos casos já geram alta para a Atenção Primária à Saúde, que implica dizer que os profissionais da APS adquiriram conhecimentos para, de forma autônoma, conduzir os casos. Nesse quesito, algumas informações também são passíveis de análise mais detalhada. Especialidades como psiquiatria, psiquiatria infantil, cardiologia e endocrinologia têm demonstrado uma capacidade maior ou mais rápida de condução pela APS, se comparadas com neurologia e neuropediatria.

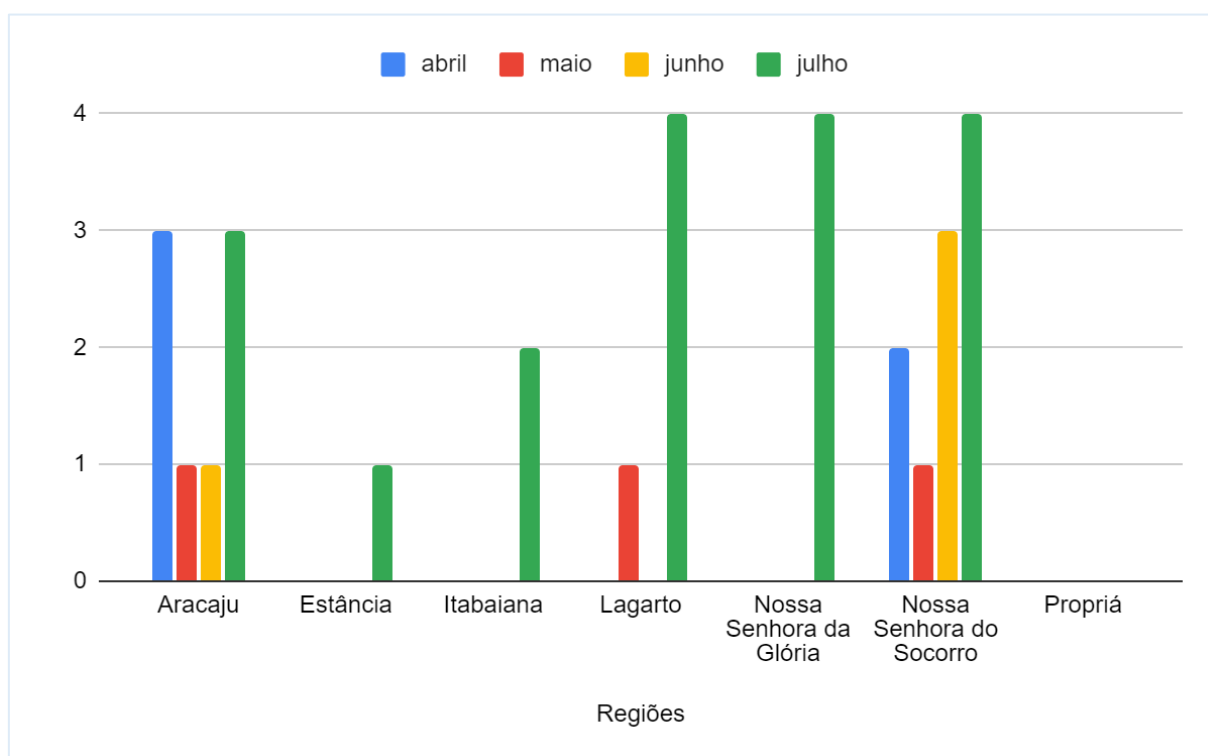
Os dados de monitoramento são compartilhados mensalmente em reuniões *online* com o ponto focal dos municípios. Essas reuniões permitem o compartilhamento de desafios e as dificuldades, gerando oportunidades de melhorias, com estratégias apoiadas pela equipe de acompanhamento do HAOC.

4.3.1. Teleconsultoria assíncrona

Em abril, iniciou-se a oferta de teleconsultoria 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, 10 se originaram na Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro, representando a maior adesão por região (Gráfico 8).

Gráfico 8 — Teleconsultorias assíncronas por Região de Saúde



Fonte: Dashboard de Monitoramento TeleNordeste HAOC.

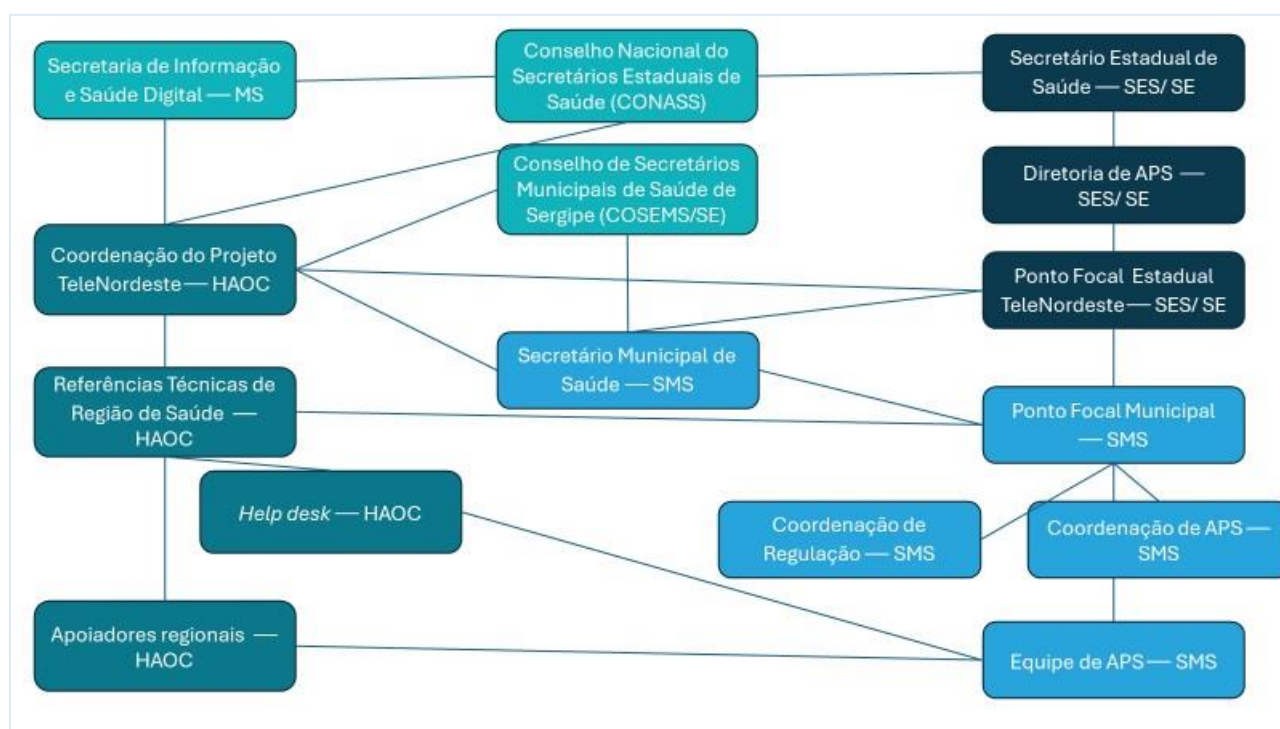
A disseminação cotidiana da disponibilidade dessa oferta de suporte, pelos gestores municipais e locais às equipes de APS, pode constituir uma iniciativa relevante para a ampliação de seu uso, com impacto positivo na qualidade do cuidado e na eficiência do SUS local.



5. PLANO DE COMUNICAÇÃO PARA A REGIÃO DE SAÚDE DE NOSSA SENHORA DO SOCORRO

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 seu 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 30).

Figura 30 — 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 profissionais 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 14 relaciona os gestores municipais e os pontos focais dos municípios da Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro.

Quadro 14 – Responsáveis pela gestão em saúde dos municípios

Município	Cargo	Nome do profissional
Capela	Secretário	Manuel Batista Moura Ribeiro
	Coordenadora da APS	Antonia Regina Correia da Silva
	Ponto focal	Andrea Vieira Dantas Carvalho
	Coordenadora de Regulação	Valdenia Santos Bispo
Carmópolis	Secretária	Danielle Melo Correia Silva
	Coordenadora da APS	Isabel Patricia de Souza
	Ponto focal	Mônica Rosa da Cruz
	Coordenadora de Regulação	Mary Ann Acciole Gomes
Cumbe	Secretária	Ana Karla Moura da Silva Vieira
	Coordenadora da APS	Silmara Santos Moura
	Ponto focal	Izabel Cristina de Jesus Lemos
	Coordenador de Regulação	Davyd Santos Moura
General Maynard	Secretário	Gilberto Santos Júnior
	Coordenadora da APS	Keliana Lima Melo
	Ponto focal	Aldemira Santos Oliveira
	Coordenadora de Regulação	Aldemira Santos Oliveira
Japarutuba	Secretária	Nara Amanda Veiga Barreto
	Coordenadora da APS	Eliane Vasconcelos Lopes
	Ponto focal	Eliane Vasconcelos Lopes
	Coordenador de Regulação	Everton Oliveira de Souza
Maruim	Secretária	Marilene Dória da Fonseca
	Coordenadora da APS	Josineide Carvalho dos Santos
	Ponto focal	Jussimara Santana
	Coordenador de Regulação	Luiz Pinna Júnior

Município	Cargo	Nome do profissional
Nossa Senhora da Dores	Secretário	Gilvan Araujo Andrade
	Coordenadora da APS	Elizabeth Cássia Santana Santos Vasconcelos
	Ponto focal	Lucianne Katy Moura de Jesus
	Coordenadora de Regulação	Amanda Alves dos Santos
Nossa Senhora do Socorro	Secretário	Enock Luiz Ribeiro
	Coordenadora da APS	Thuany Góis Monteiro
	Ponto focal	Jayme Victor Sobral Freitas Santos
	Coordenador de Regulação	Pablo Silva de Santana
Pirambu	Secretário	Ivamilton Nascimento Santos
	Coordenadora da APS	Uly Beatriz Tavares de Jesus Oliveira
	Ponto focal	Vinicius Ferreira dos Santos
	Coordenadora de Regulação	Clecia Ferreira Santos Vieira
Rosário do Catete	Secretária	Glicia Karine Araujo Fontes
	Coordenadora da APS	Cyntia Ferreira Ribeiro
	Ponto focal	Magna Alves da Rocha
	Coordenador de Regulação	Victor Tavares da Silva
Santo Amaro das Brotas	Secretário	Clean Hitler Santana Costa
	Coordenadora da APS	Ana Paula Dantas Santos
	Ponto focal	Ana Paula Dantas Santos
	Coordenador de Regulação	Juelito Menezes Fontes
Siriri	Secretária	Camila Mocelin Moura Oliveira
	Coordenadora da APS	Tatiane de Oliveira Carvalho Luz
	Ponto focal	Tatiane de Oliveira Carvalho Luz
	Coordenador de Regulação	Erinaldo de Menezes Santos

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

6. RECOMENDAÇÕES FINAIS

O cenário dos municípios da Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro, 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, 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) e com o agravante da grande concentração de profissionais na Região Metropolitana da capital do estado, cenário que não apresenta resolução em curto prazo.

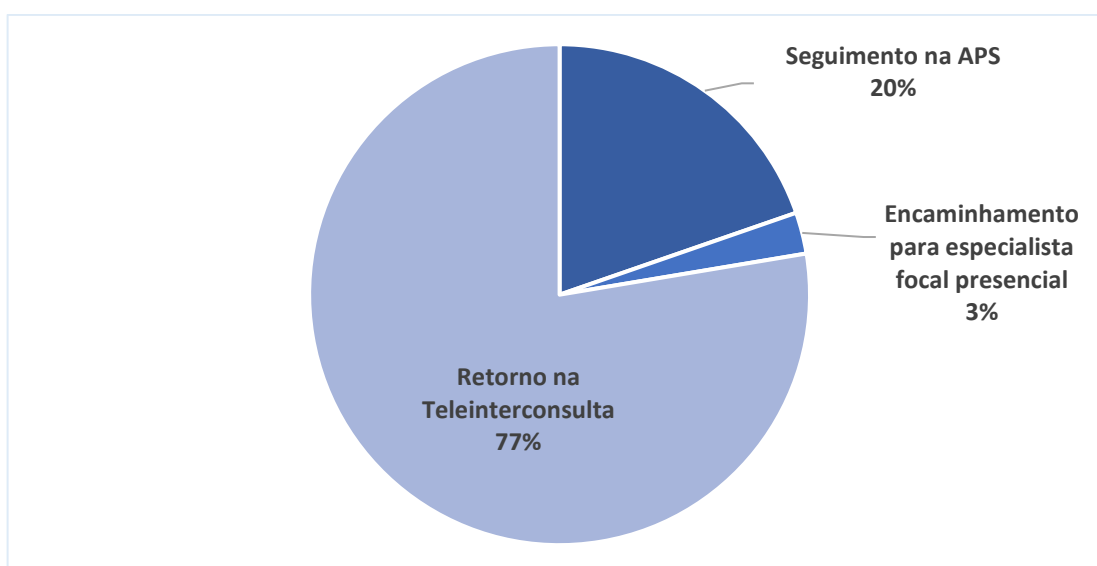
Somado a esse contexto, há a percepção, tanto dos profissionais especialistas dos serviços de referência quanto dos médicos reguladores, de que muitos casos poderiam ter resolução na própria Atenção Primária, sem necessidade de encaminhamento para a Atenção Especializada.

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 9). 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 do profissional da APS se dá de maneira processual.

Gráfico 9 — Desfechos nas teleinterconsultas e teleconsultorias síncronas

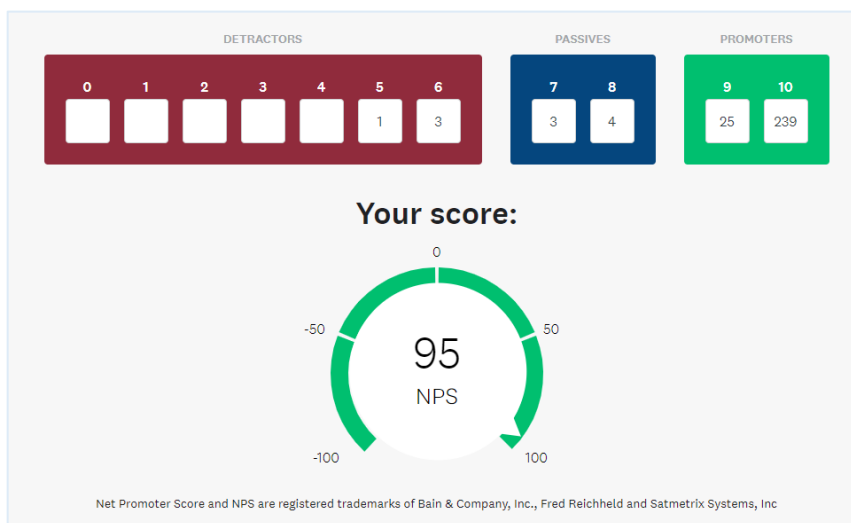


Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

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 31 e 32) demonstra grande aprovação do projeto, em escala que varia de 0 a 100, em que 100 representa satisfação total.

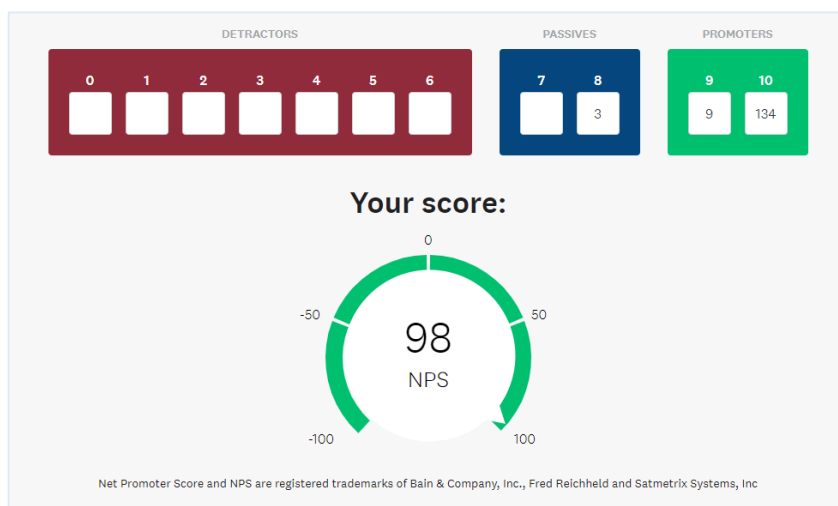


Figura 31 — NPS pacientes



Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

Figura 32 — 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 do Socorro 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 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 encontra 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 Hospital Alemão Oswaldo Cruz 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. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, set. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, dez. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 17 out. 2024.

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. Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, jan. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, maio. 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html. Acesso em: 17 out. 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: 13 ago. 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 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, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 19 set. 2024.

INSTITUTO CIDADES SUSTENTÁVEIS. Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades — Brasil (IDSC-BR). *Classificação para os municípios brasileiros*. 2024a. Disponível em: <https://idsc.cidadessustentaveis.org.br/rankings/>. Acesso em: 20 set 2024.

INSTITUTO CIDADES SUSTENTÁVEIS. Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades — Brasil (IDSC-BR). *Evolução dos ODS para municípios brasileiros*. 2024b. Disponível em: <https://idsc.cidadessustentaveis.org.br/evolution/>. Acesso em: 20 set 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 a 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
SAV multiprofissional de transtorno do espectro autista (TEA)	Equipe Multi	04/04/2024

Tema	Especialidade	Data
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