



PROJETO
TeleNordeste

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

Região de Saúde de Estância
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

Carla Anita Pavan
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.	Atenção Especializada	28
3.3.	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.....	30
3.4.	Referências hospitalares e de pronto atendimento	32
3.5.	Linhas de cuidado.....	33
3.6.	Saúde no sistema prisional.....	34
3.7.	Sistema de regulação	35
3.8.	Contratação de serviços privados.....	38
3.9.	Intersetorialidade na Região de Saúde de Estância	38
3.9.1.	Programa Saúde na Escola (PSE)	39
3.10.	Estrutura da Saúde Digital	40
3.11.	Nutrição	40
3.11.1.	Dados de profissionais da Nutrição.....	42
4.	ATIVIDADES OFERTADAS PELO PROJETO TELENORDESTE	44
4.1.	Atividades de engajamento.....	44
4.1.1.	Oficinas presenciais.....	44
4.1.2.	Apoiadores regionais.....	47
4.2.	Tele-educação.....	47
4.3.	Teleinterconsulta/teleconsultoria	49
4.3.1.	Teleconsultoria assíncrona	53
4.4.	Possibilidades de intervenção	54
5.	PLANO DE COMUNICAÇÃO PARA A REGIÃO DE SAÚDE DE ESTÂNCIA.....	56
6.	RECOMENDAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS.....	67
	APÊNDICE: SESSÕES DE APRENDIZAGEM VIRTUAL	69

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, com apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), executado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz 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 Estância com médicos especialistas de diversas áreas do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), promovendo apoio no atendimento de pacientes através das ações de Telessaúde como a teleinterconsultas e teleconsultorias.

Dessa forma, o projeto visa promover o desenvolvimento e a qualificação de processos na 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).

Trata-se de é uma proposta inovadora que otimiza o fluxo assistencial, com benefícios tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde, tendo como objetivos 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 a ampliação da 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 umas das fontes de informações utilizadas para o presente relatório.

Este relatório tem o objetivo de compilar as informações de saúde disponíveis sobre os municípios que compõem a Região de Saúde de Estância, evidenciando os aspectos essenciais que destacam a importância do Projeto TeleNordeste.

2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E SANITÁRIOS

Nesta seção, busca-se descrever e discutir o contexto sociodemográfico e sanitário da Região de Saúde de Estância, 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

Estima-se que a Região de Saúde de Estância tenha aproximadamente 206.804 habitantes, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) e com informações fornecidas pelos municípios no Formulário de Adesão ao projeto, conforme apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 — Dados populacionais

Município	População informada em formulário	População IBGE (estimativa 2022)
Araúá	10.387	10.318
Boquim	26.750	24.636
Cristinápolis	18.710	18.028
Estância	65.078	65.078
Indiaroba	16.549	16.549
Itabaianinha	40.678	40.678
Pedrinhas	9.665	7.396
Santa Luzia do Itanhi	13.616	13.616
Tomar do Geru	12.012	12.012
Umbaúba	27.000	23.917

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

A análise dos dados populacionais dos municípios que aderiram ao TeleNordeste, em comparação com as estimativas do IBGE de 2022, não revela variações significativas. A população da Região de Saúde de Estância é a segunda menor do estado de Sergipe, composta em sua maioria por municípios de pequeno porte. Mesmo seu município polo, Estância, é considerado de médio para pequeno porte. Do ponto de vista econômico, social e sanitário, isso traz grandes desafios para a gestão regional de Saúde.

2.2. Indicadores sociais

Uma apreciação sobre a realidade da Saúde em uma região pode ser levada a cabo 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 saúde de Sergipe) para mais distantes do alcance dos ODS. Os municípios da Região de Saúde de Estância, listados na Tabela 1, encontram-se, respectivamente, nas posições 4.534, 4.229, 3.963, 4.955, 4.877, 4.302, 4.043, 4.956, 4.466 e 4.660 (Instituto Cidades Sustentáveis, 2024). Esses dados, revelam uma situação dramática dos municípios da região, que se situam entre os 20% com pior desempenho, entre todos os municípios brasileiros.

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

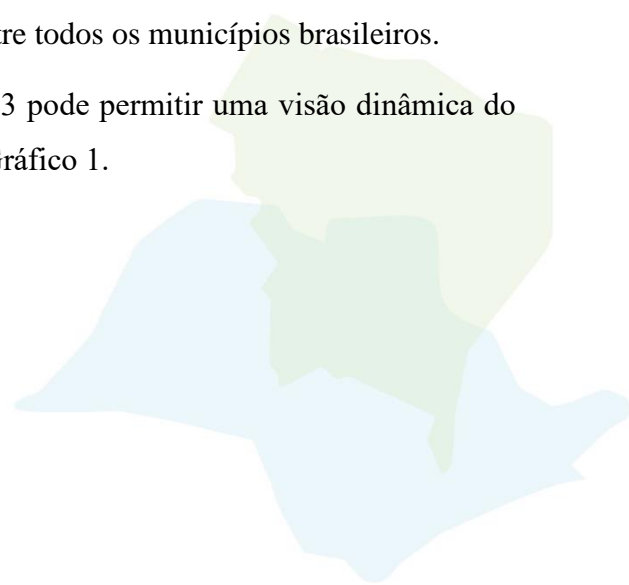
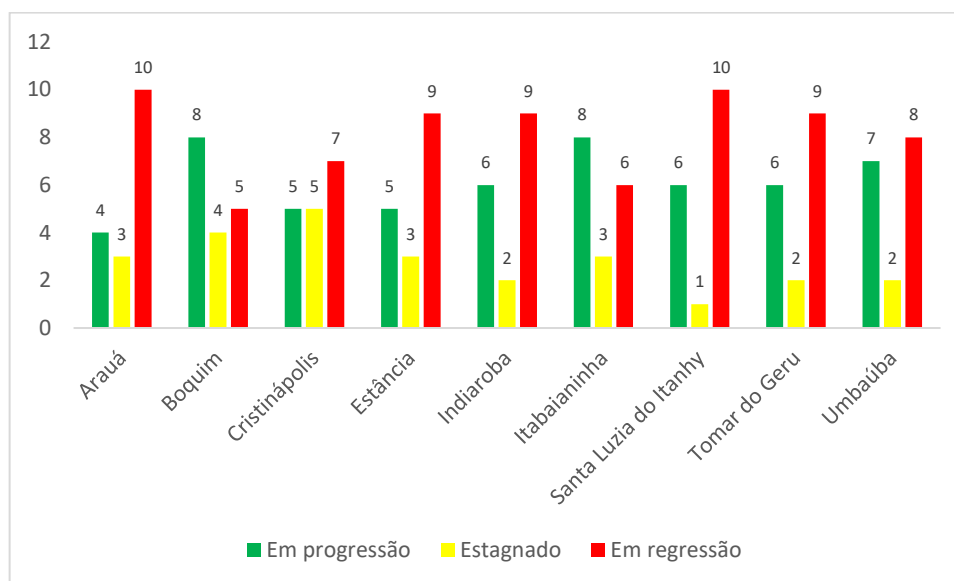


Gráfico 1 — Alcance ODS



Fonte: IDSC-BR (Instituto Cidades Sustentáveis, 2024).

Uma análise geral dos indicadores revela que todos os municípios da Região de Saúde de Estância apresentam um número maior de ODS em regressão ou estagnados do que em progressão, que seria o desejado. Além disso, apenas os municípios de Boquim e Itabaianinha apresentam um quadro de progressão de ODS maior do que de regressão ou estagnação. Portanto, não se trata apenas da comparação frente a outros municípios, mas de uma importante dificuldade em avançar na perspectiva do desenvolvimento de forma sustentada.

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 um município apresenta tendência de progressão, três se encontram com tendência estagnada e seis em regressão.

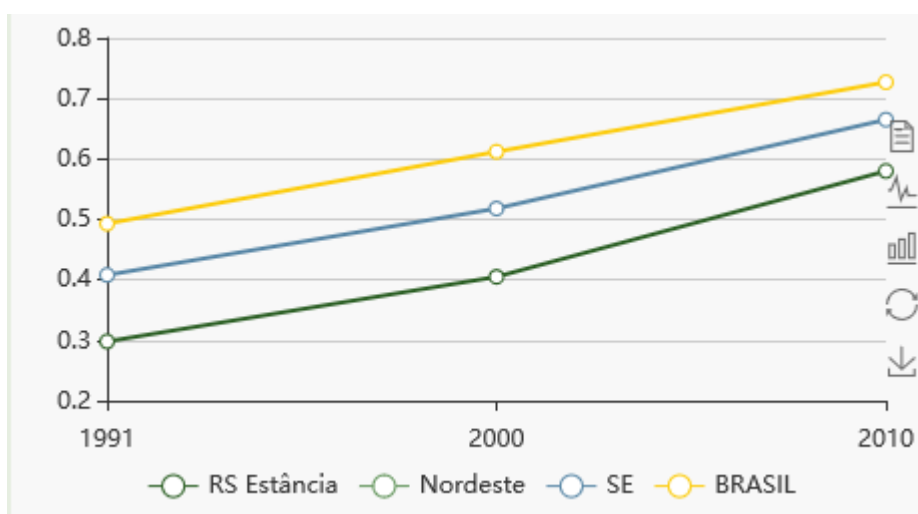
Outra forma de aquilatar a situação do desenvolvimento social é através de escores universalmente aceitos, que costumam integrar diferentes dimensões em sua composição. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um deles, pois varia de 0 a 1 e, quanto mais próximo de 1, melhor o nível de desenvolvimento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

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

Tanto para o IDH como para os múltiplos indicadores a seguir enfocados em gráfico, as fontes de informação utilizadas para este relatório foram o Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde (PROADESS), um painel mantido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, c2011), e o Plano Estadual de Saúde de Sergipe (PES/SE) 2024/2027 (Sergipe, 2023).

Na Região de Saúde de Estância, o IDH teve um valor considerado baixo registrado na medição referente a 2010, sendo de 0,580. Chegou a esse valor em tendência de elevação similar à do estado e à do país, partindo de valores iniciais inferiores e mantendo a inferioridade ao longo do tempo, conforme ilustra a Figura 1.

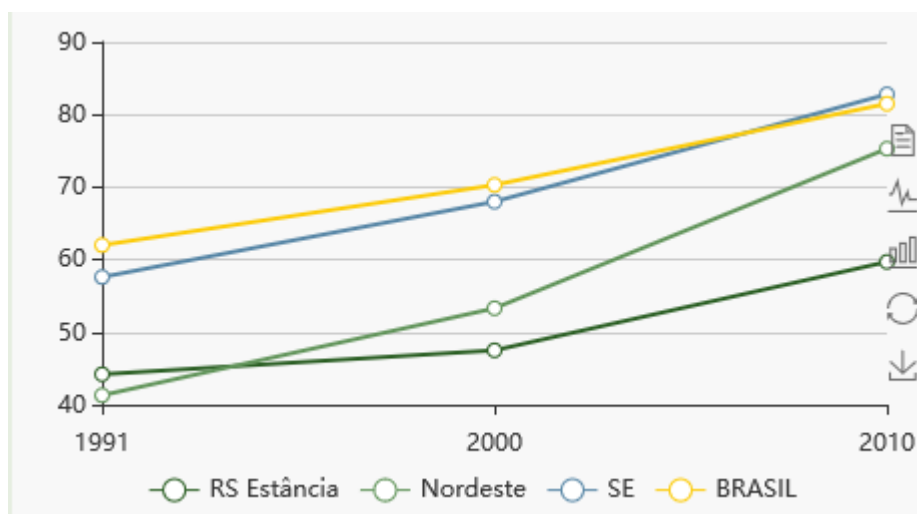
Figura 1 — Índice de Desenvolvimento Humano



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

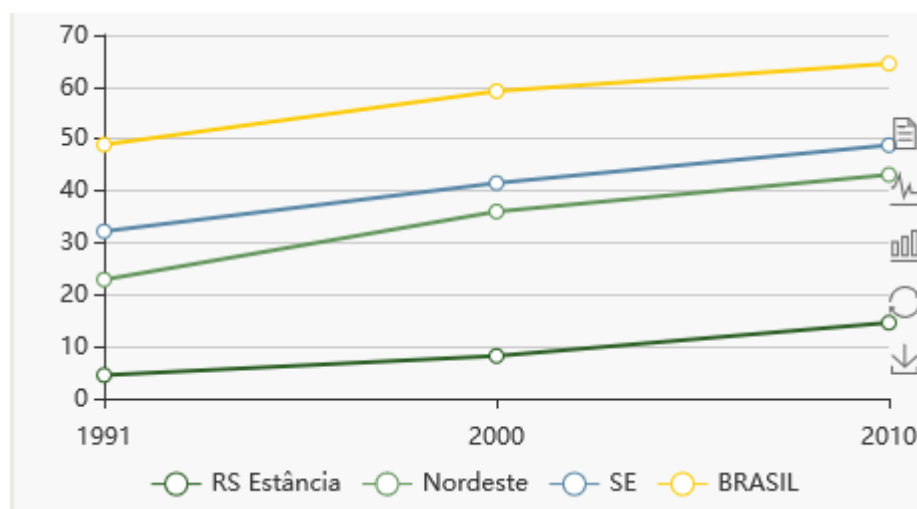
A tendência de melhoria de serviços sanitários básicos na região de saúde segue a mesma lógica de elevação, como no estado, no Nordeste e no Brasil como um todo, mas com um ponto de partida relativamente pior, como apresentado nas Figuras 2 a 4.

Figura 2 — Percentual da população com abastecimento adequado de água



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

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



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

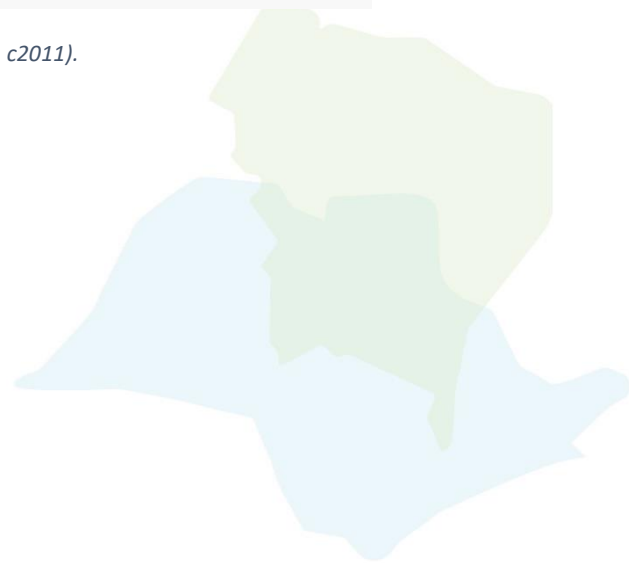
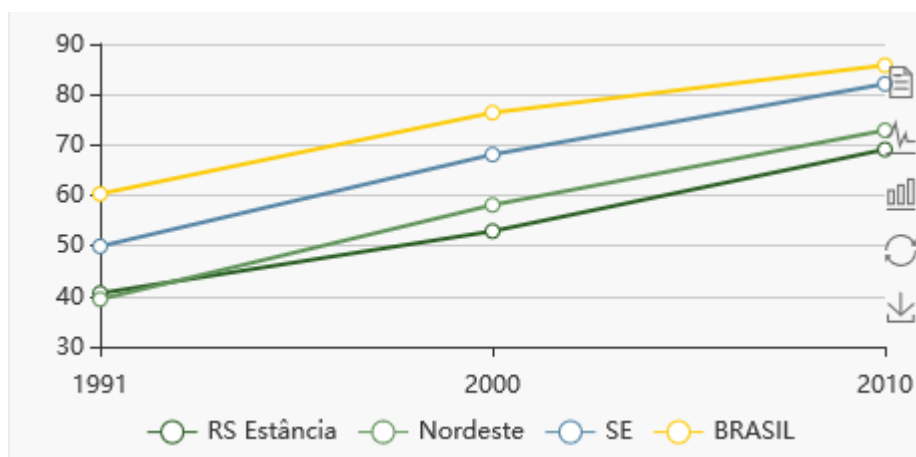


Figura 4 — Percentual da população atendida por serviço regular de coleta de lixo domiciliar



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

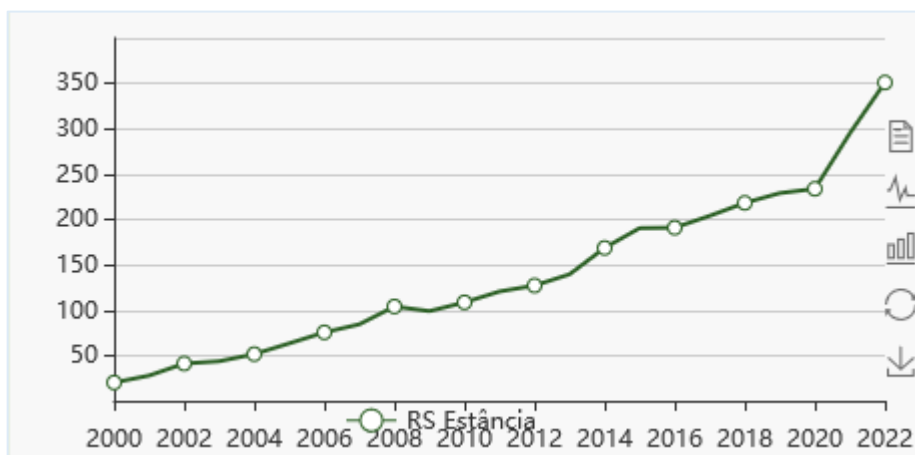
Apesar da evolução, esses três indicadores de serviços sanitários básicos ao longo dos últimos 20 anos na Região de Saúde de Estância, em comparação com o crescimento desses serviços no estado de Sergipe como um todo, tiveram uma ampliação da inferioridade inicial, sendo mais dramática na disposição adequada de esgoto sanitário, com cobertura próxima de 15%.

Em síntese, os indicadores sociais demonstram que a Região de Saúde de Estância, apesar de avanços nas últimas décadas, permanece em situação desprivilegiada, não somente relacionada aos indicadores nacionais, mas, sobretudo, no próprio estado de Sergipe. Isso demanda atenção e esforços de superação.

2.3. Recursos financeiros e força de trabalho de nível superior

Especificamente no setor Saúde, a média *per capita* de gastos próprios dos municípios da Região de Saúde de Estância tem-se elevado ao longo do tempo (Figura 5). Isso não implica necessariamente em uma correspondente ampliação da prestação de serviços, uma vez que a inflação e os custos crescentes no setor fazem com que os mesmos serviços tenham valores majorados anualmente. Já no ano de 2022, a curva é mais ascendente, sugerindo um aumento real de investimentos no setor saúde.

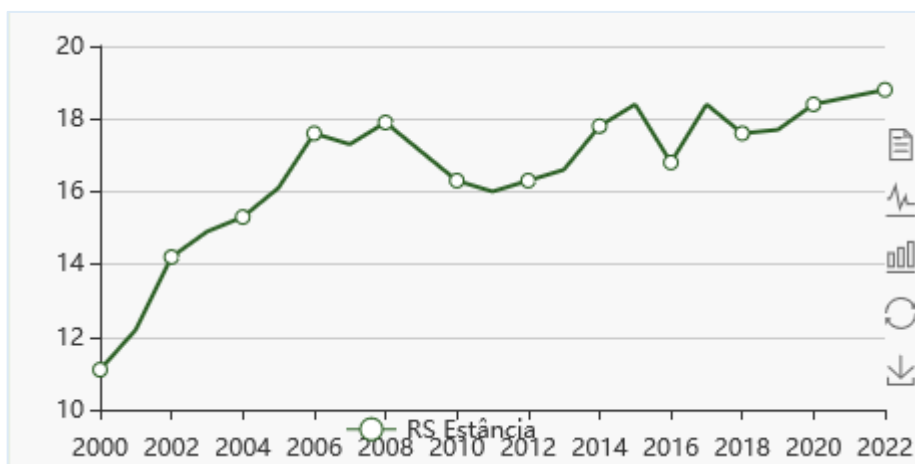
Figura 5 — Recursos próprios destinados à saúde por habitante (em R\$)



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Já o percentual de gastos em saúde em relação aos totais municipais apresenta variações ao longo dos anos, com valores superiores ao piso de 15% estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29 (Brasil, 2000), a partir de 2004, mas com tendência tímida de elevação, distanciando-se pouco do referido piso, conforme ilustra a Figura 6.

Figura 6 — Percentual dos recursos próprios destinados à saúde

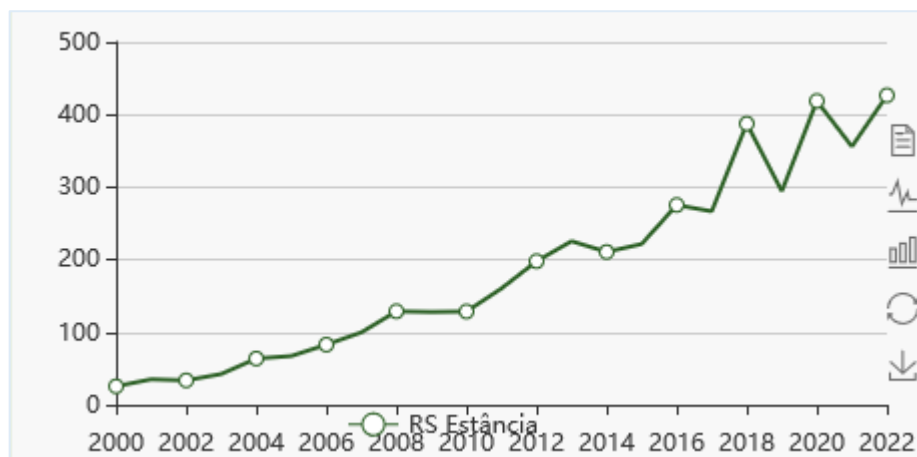


Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

O valor *per capita* de transferências de recursos federais para a Região de Saúde de Estância também tem se elevado ao longo dos últimos 20 anos, de forma mais acentuada na última década analisada, com crescimento mais considerável a partir do ano de 2016, ainda que

com flutuações, finalizando o ano de 2022 com seu maior valor (Figura 7). Em conjunto com os gastos próprios, isso sugere um maior investimento global de recursos para a saúde da região.

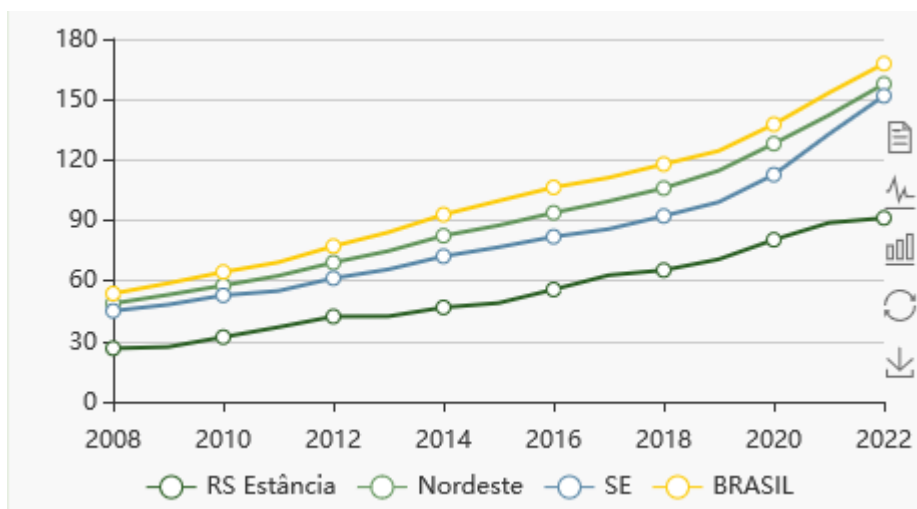
Figura 7 — Total das transferências de recursos no âmbito do SUS por habitante (em R\$)



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

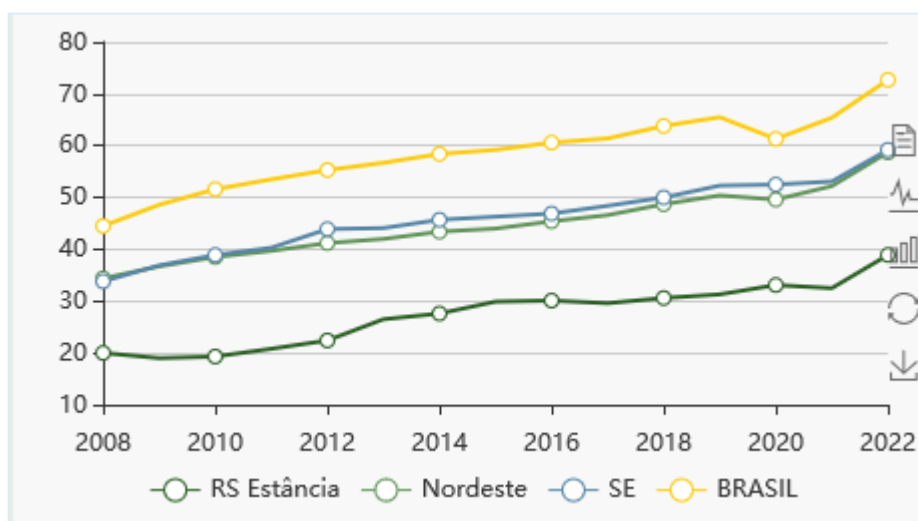
Esse crescimento dos recursos do setor Saúde tem sido acompanhado, ao longo dos anos, por uma tendência de ampliação da oferta de profissionais essenciais ao setor para a Região de Saúde de Estância, ocorrida também no estado e no Brasil como um todo, conforme Figuras 8 a 10.

Figura 8 — Enfermeiros por 100 mil habitantes



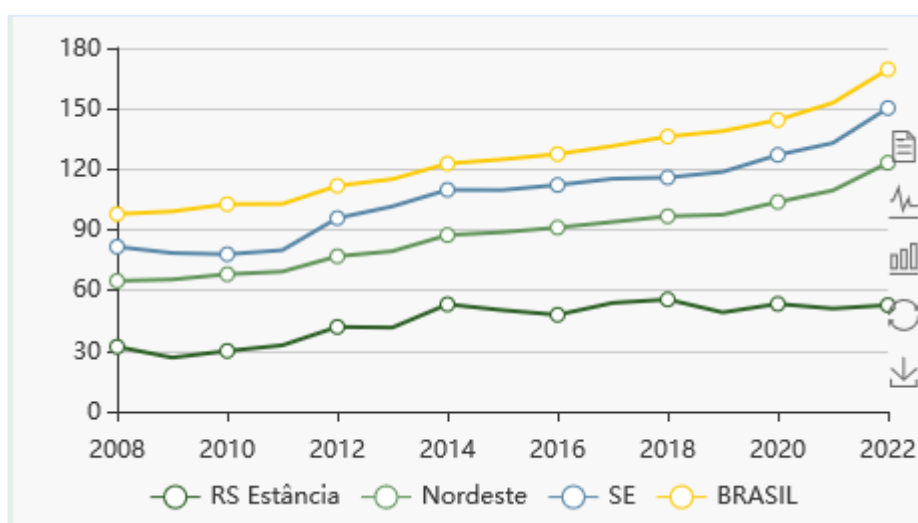
Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Figura 9 — Cirurgiões-dentistas por 100 mil habitantes



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Figura 10 — Médicos especialistas por 100 mil habitantes



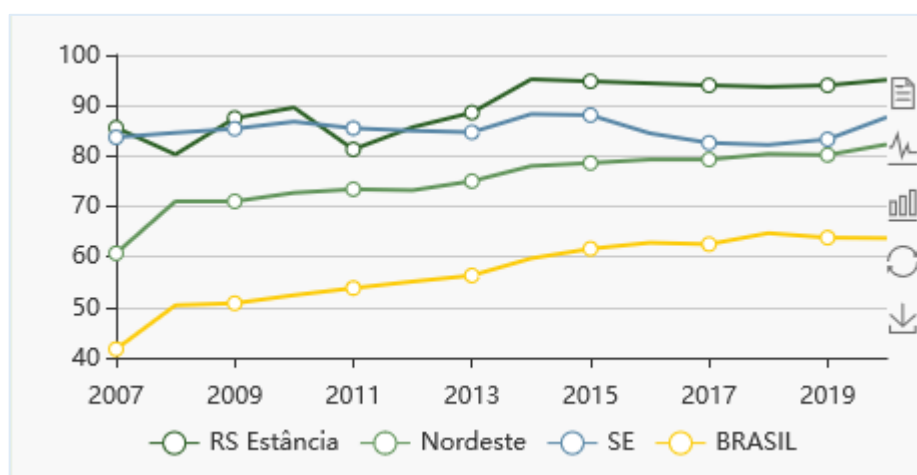
Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Apesar da proporção, nessa região, ter se elevado ao longo dos últimos 15 anos, o crescimento foi tímido em comparação com o do estado de Sergipe como um todo. O que ocorreu foi um aumento da desigualdade já existente no início do ciclo avaliado, principalmente para médicos especialistas e enfermeiros, que praticamente apresentam estagnação nos últimos 8 anos, inclusive não acompanhando o crescimento populacional já referido.

2.4. Indicadores sanitários

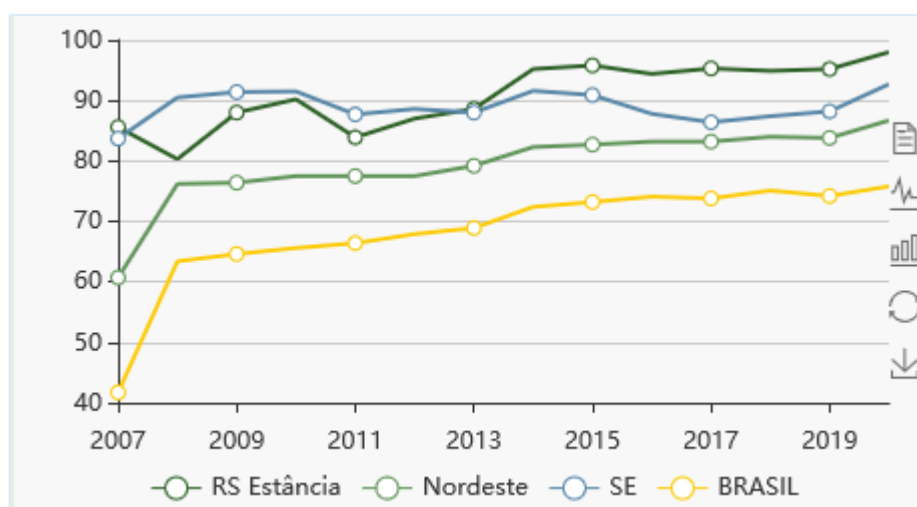
Em relação ao percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de Atenção Básica, a Região de Saúde de Estância apresenta um histórico superior à cobertura de estado e à do Nordeste como um todo, acima de 90% desde o início da década passada (Figuras 11 e 12). Isso é positivo em vários aspectos fundamentais, a exemplo da possibilidade de vínculo, conhecimento da comunidade e atenção integral.

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



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Figura 12 — Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

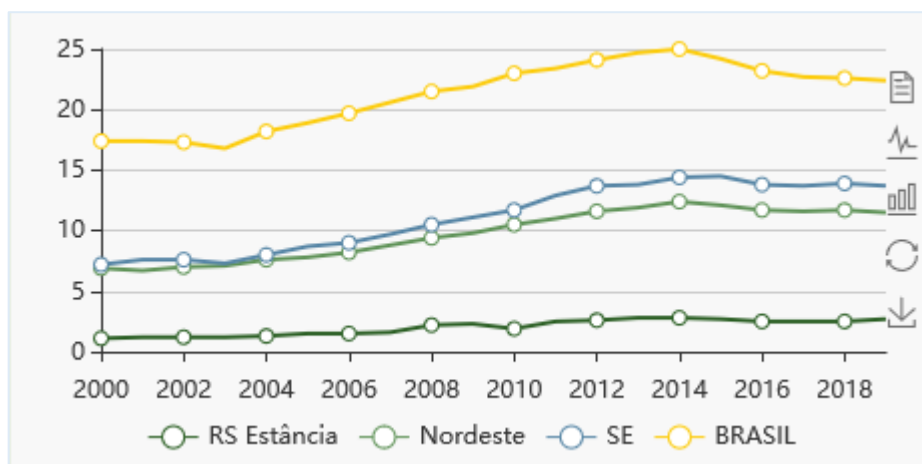


Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

As linhas de cobertura da ESF e da Atenção Básica são praticamente as mesmas, o que demonstra que a ESF era modalidade única de organização da Atenção Básica. A exceção fica por conta do ano de 2020, em que é possível notar uma pequena elevação da cobertura da Atenção Básica em relação à Estratégia Saúde da Família, sugerindo que os municípios têm aberto caminho para outras modalidades de organização e vinculação dos profissionais.

A participação de sua população nos planos da saúde suplementar é bastante reduzida (Figura 13). Tem histórico bem abaixo da média do estado, da região Nordeste e do Brasil. Isso pode representar 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. Fica destacada a elevada proporção da chamada população SUS-dependente, ratificando a importância do direito a serviços públicos de saúde.

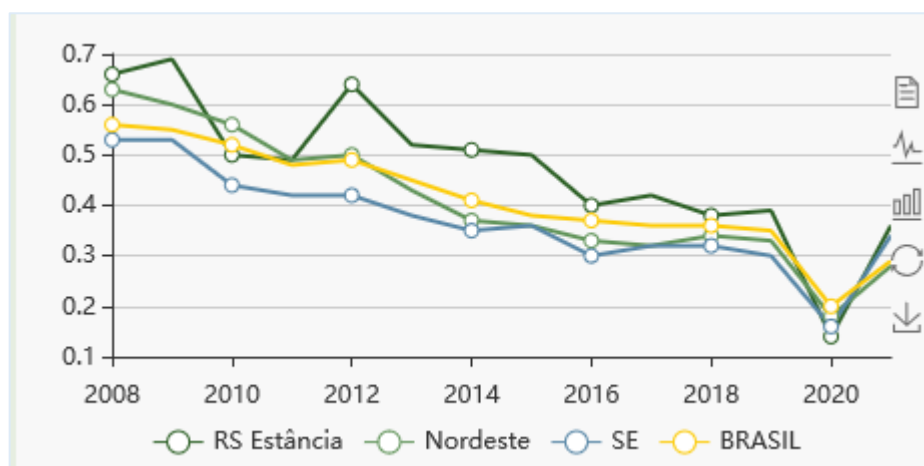
Figura 13 — Percentual da população coberta por planos e seguros de assistência suplementar à saúde



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Por outro lado, a boa cobertura de APS parece não ter favorecido a execução de ações essenciais, como as de prevenção de câncer evitável de colo de útero. Tal execução vem em queda persistente na região, no estado, no Nordeste e no país desde o final da primeira década do milênio, com piora aumentada no final da última década, e discreta recuperação no início da década atual, conforme evidenciado na 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



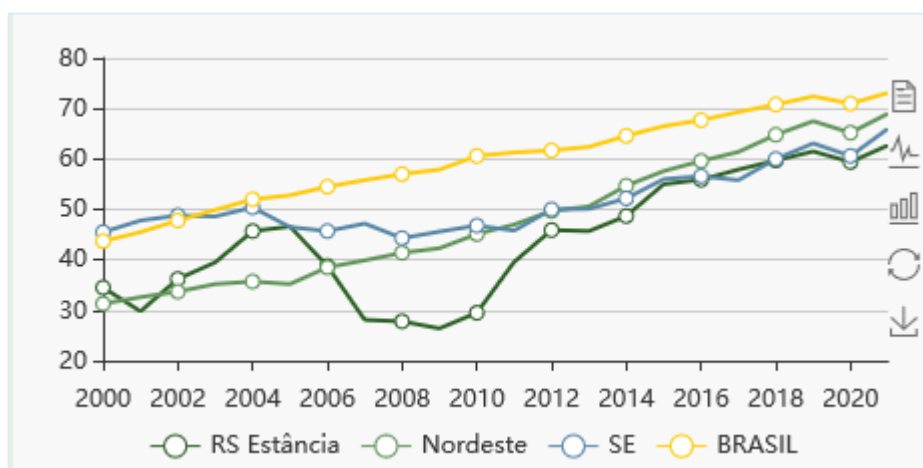
Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Destaca-se que, em anos pregressos, a região atingiu percentuais acima de 60% em dois anos, demonstrando que é possível melhorar a cobertura que restou, no fim desse período, abaixo dos 40% da população-alvo.

No entanto, as dificuldades em sustentar alta oferta e alto engajamento em Papanicolau, felizmente, não se repetem na cobertura de todas as ações essenciais de APS, a exemplo do pré-natal. Considerando as abrangências territoriais em exame, incluindo a própria região, a tendência é de aumento de cobertura, conforme Figura 15. Isso pode expressar uma variabilidade de dificuldade cultural basal de captação para algumas ações e não para outras, assim como de incentivos e estratégias no mesmo sentido, ou até mesmo a própria motivação individual de busca por serviços específicos, possivelmente mais favorável no caso do pré-natal.



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



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Uma informação que se destaca na Figura 15 é a baixíssima cobertura do pré-natal da Região de Saúde de Estância entre os anos de 2007 e 2010. Salvo algum problema de registros, isso parece relacionar-se mais com a organização dos serviços do que com fatores da população. É improvável que tenha havido uma mudança “cultural” sobre a necessidade de realização de pré-natal nesse curto período, o que sugere um importante papel das equipes na coordenação do cuidado.

Independentemente da melhoria da cobertura de pré-natal nos últimos anos, caracterizada anteriormente, problemas de qualidade da atenção se refletem fortemente nos indicadores de saúde. A piora das taxas de incidência de sífilis congênita, evidenciada na Figura 16, põe em destaque o resultado negativo de uma ação específica e rotineira, que deveria necessariamente ocorrer no pré-natal.



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

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

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

Apesar do aparente baixo percentual, a sífilis congênita deveria apresentar taxa zero, uma vez que é totalmente evitável, com tratamento acessível na própria APS. Fica um destaque negativo para a Região de Saúde de Estância, apresentando o segundo pior resultado para esse indicador.

Em termos de acesso a recursos de custo intermediário, como internações clínicas, a tendência é de aumento sustentado de sua realização no âmbito da própria região de saúde, com a conseqüente redução de realização fora dela, conforme Figuras 17 e 18. Isso é positivo, pois permite acesso mais rápido, evita maiores deslocamentos dos pacientes e gera menores custos relacionados a transporte e alimentação.

Figura 17 — Percentual de internações clínicas realizadas no interior da Região de Saúde de Estância



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

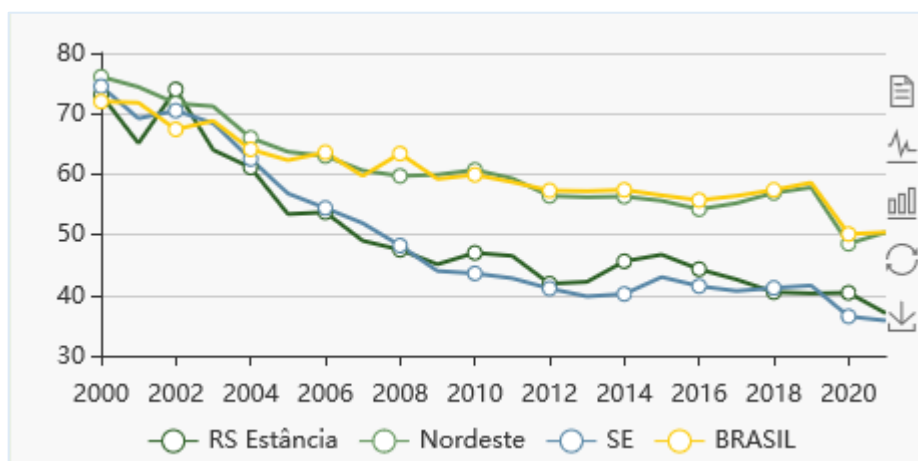
Figura 18 — Percentual de internações clínicas realizadas fora da Região de Saúde de Estância



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, como vem ocorrendo em todos os territórios aqui já considerados (Figura 19).

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

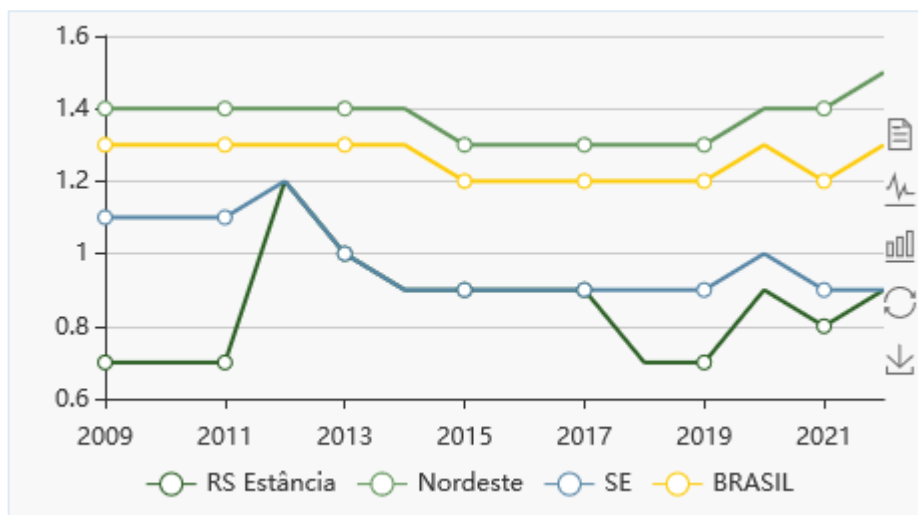


Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

O que poderia parecer uma queda no acesso hospitalar (Figura 20), tem ocorrido em paralelo a uma queda da própria necessidade de acesso, que provavelmente se relaciona com as altas coberturas populacionais por APS. Essa interpretação se fortalece ao verificarmos a

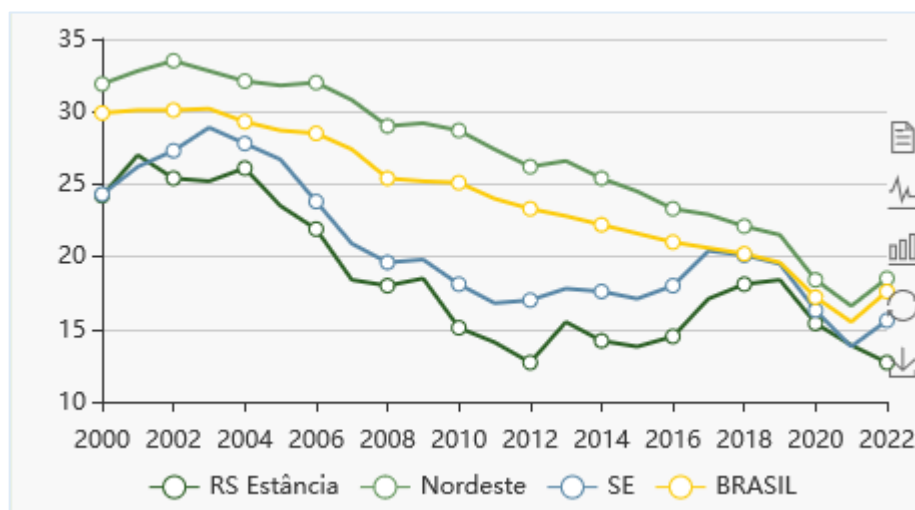
importante redução nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde (ICSAPS) desde a metade da primeira década do milênio em todos os territórios (Figura 21).

Figura 20 — Leitos disponíveis ao SUS por 1.000 habitantes



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Figura 21 — Percentual de ICSAPS



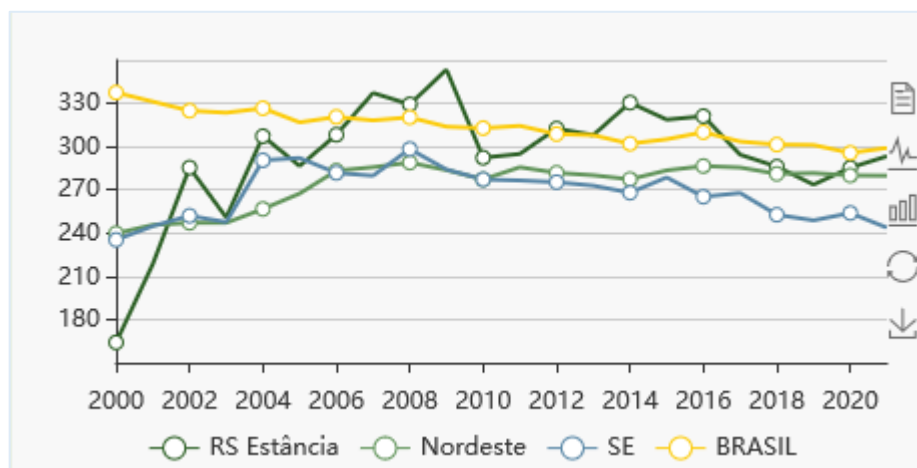
Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

No estado de Sergipe houve queda na disponibilidade de leitos para o SUS, mas a queda na Região de Saúde de Estância foi ainda maior (Figura 20). Enquanto isso, no Nordeste como um todo e no país houve estabilização ou elevação. Não é possível, sem outras informações e pesquisas, determinar se essa redução de oferta na região deveu-se a um redirecionamento

inteligente de recursos face à redução da necessidade ou a dificuldades na sustentabilidade de serviços necessários. A segunda interpretação não deve ser desconsiderada, inclusive pelo fato de elevação do percentual de internações na própria região de saúde.

Já a queda nas ICSAPS parece ter uma trajetória consistente com os efeitos da oferta de APS. As taxas de mortalidade prematura (30-69 por 100 mil habitantes) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), após um período inicial de elevação (que pode corresponder a dificuldades de registro no quinquênio inicial do milênio), manteve certa estabilidade nos anos seguintes, com tendência de queda a partir do ano de 2014, mas com taxas superiores às do estado como um todo (Figura 22).

Figura 22 — Taxa de mortalidade prematura por DCNTs por 100 mil habitantes



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Já as taxas de mortalidade infantil apresentaram grande flutuação nos últimos 5 anos analisados, com pior resultado para a Região de Saúde de Estância no ano de 2019 (Figura 23), coincidindo com as altas taxas de sífilis congênita no mesmo período. Tais indicadores guardam relação com o pré-natal. É sabido, porém, que o componente neonatal da mortalidade infantil vem caindo, historicamente, de modo mais lento que suas taxas totais, refletindo uma lentidão maior na melhora assistencial no setor hospitalar que na melhora sanitária geral. É possível que alterações no padrão de financiamento do setor Saúde a partir da instituição do chamado Teto de Gastos, evidentes na Figura 7 (gráfico de Transferências SUS por habitante), tenham-se expressado de modo diferencial no subsetor hospitalar, refletindo-se em dificuldades assistenciais com impacto suficiente para resultarem na piora transitória verificada nas taxas como um todo, pois coincide com o período de piora dos indicadores. Contudo, 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, as regiões de saúde de Estância e Itabaiana têm taxas bem mais altas do que as demais regiões, sendo a de Estância a segunda mais alta.

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

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

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

Em paralelo às dificuldades mencionadas anteriormente, alguns elementos tradicionais do cuidado seguem num patamar melhor. Apesar de certa estagnação nos últimos anos, a Região de Saúde de Estância tem a maior taxa de cura de novos casos de hanseníase do estado de Sergipe, conforme ilustra a Figura 25.

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

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

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

As taxas de cura de casos novos de tuberculose (Figura 26) acompanham a tendência das taxas de cura de casos novos de hanseníase, com certa estagnação, mas com resultado melhor que o de outras regiões do estado. Em ambos os casos, pela disponibilidade de tratamento acessível na APS, seriam desejadas taxas mais altas.

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, 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

Uma breve análise sobre o histórico dos indicadores sociodemográficos e sanitários da Região de Saúde de Estância, apesar de avanços nos últimos anos, indica a persistência de considerável desigualdade e limitações. Não apenas em comparação ao estado como um todo, mas, sobretudo, por caracterizar situação social e sanitária de vulnerabilidade e risco.

A região enfrenta desafios significativos relacionados ao acesso a serviços de saúde, como na maioria dos municípios brasileiros, com poucos serviços de saúde regionalizados, criando uma dependência de referências na capital do estado, cujos serviços também são limitados frente à grande demanda estadual.

As barreiras entre os usuários do SUS e os serviços especializados apresenta um desafio significativo na região. O acesso geográfico apresenta obstáculos, levando-se em conta a localização dos serviços de saúde, os meios de transporte disponíveis e o tempo necessário para o deslocamento. Isso é especialmente problemático em áreas rurais e remotas, onde a APS muitas vezes é o único recurso disponível. Isso está caracterizado nessa região de saúde, com o agravante da maioria dos municípios se encontrar a mais de 100 quilômetros da capital, que permanece referência quase exclusiva para diversos serviços de saúde dessa população.

Em resposta a tais dificuldades, 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 triênio, logrou-se ampliar a cobertura do TeleNordeste para mais municípios de Sergipe, utilizando soluções de saúde digital como teleinterconsulta e teleconsultorias, de acordo com as necessidades específicas e o uso de cada localidade participante do projeto. Isso permite otimizar recursos, melhorar resultados e maximizar o impacto no estado. O projeto amplia e apoia a melhora da qualidade assistencial, à medida que reduz 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 importante 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

Dos onze municípios da Região de Saúde de Estância, oito aderiram ao Projeto TeleNordeste no primeiro semestre de 2024. Os municípios de Boquim e Cristinápolis aderiram em junho e julho, respectivamente, e, assim como os demais, se posicionaram como municípios que podem se beneficiar significativamente do projeto. Nos municípios com sinais promissores, o monitoramento e as ações de engajamento também têm lugar para garantir a continuidade do crescimento. Malhador foi o único município dessa região de saúde que não aderiu ao Projeto TeleNordeste.

A Portaria GM/MS nº 4.279/2010 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, têm o objetivo de garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010).

De acordo com Mendes (2012), as RAS caracterizam-se pela presença de pontos de atenção no território, que são espaços em que são ofertados serviços de saúde, sendo todos igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos da rede de atenção. São exemplos de pontos de atenção: Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios ou Centro de Especialidades, Centros de Reabilitação, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais, SAMU, entre outros.

3.1. Atenção Primária à Saúde

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) na Região de Saúde de Estância é organizada para atender a uma ampla variedade de necessidades da população. Tem a Atenção Primária à Saúde como a porta de entrada principal à RAS do município, que é o primeiro contato da assistência à saúde da população, composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS) providas de Equipes de Saúde da Família (ESF) e equipes multiprofissionais organizadas. Com base no formulário preenchido por cada município, no momento da adesão, temos, no Quadro 1, as seguintes informações com relação às UBS indicadas ou não para participar do projeto.

Quadro 1 — Informações das unidades de saúde

Município	Número de UBS no município	Número de UBS no projeto	Número de ESF no município	Número de ESF no projeto	Academia da Saúde	Adesão e-Multi	Composição das Equipes Multiprofissionais
Araúá	11	11	5	5	Sim	Sim	Nutricionista, educador físico, psicólogo, psiquiatra, fisioterapeuta
Boquim	10	10	10	10	Sim	Sim	Nutricionista, educador físico, pediatra, psicólogo, psiquiatra, fisioterapeuta
Cristinápolis	8	1	8	1	Sim	Não	Fonoaudiólogo, psicólogo, educador físico, nutricionista, fisioterapeuta
Estância	16	3	19	5	Não	Não	Fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista
Indiaroba	6	4	6	6	Não	Sim	Psicólogo, psiquiatra, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, assistente social
Itabaianinha	10	10	13	16	Sim	Sim	Nutricionista e psicólogo
Pedrinhas	2	1	3	3	Sim	Sim	Psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta
Santa Luzia do Itanhi	8	8	7	7	Não	Sim	Psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, educador Físico

Tomar do Geru	5	5	5	5	Sim	Não	Psicólogo infantil e adultos, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista
Umbaúba	7	7	9	9	Sim	Não	Psicólogo e fisioterapeuta

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Brasil, 2024d).

É possível observar que os dados dos municípios revelam algumas disparidades na adesão ao programa e-Multi, que variam consideravelmente entre eles, e isso também é percebido em relação à diversidade de especialidades.

Numa análise qualitativa dos dados sobre as UBS e as equipes de ESF nos municípios da Região de Saúde de Estância revelam-se aspectos importantes para a atenção à saúde. O município de Estância se destaca por ter a maior quantidade de equipes de ESF (19). Em contraste, municípios como Pedrinhas e Tomar do Geru apresentam um número reduzido de ESF, justificado pelo tamanho de suas populações. Outra diferença entre municípios é que alguns apresentam mais UBS do que ESF, o que sugere equipes que cobrem mais de uma comunidade, em geral áreas rurais; e o contrário, municípios que apresentam mais ESF do que UBS, que implica em equipes dividindo uma mesma UBS, dando uma característica mais urbana de cobertura.

A adesão ao programa e-Multi é outro ponto a ser considerado. A maioria dos municípios que adotaram essa estratégia, como Arauá, Boquim, Indiaroba, Itabaianinha, Pedrinhas e Santa Luzia do Itanhi, contam com uma equipe composta por profissionais como nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas. No entanto, Cristinápolis, Estância, Tomar do Geru e Umbaúba não aderiram ao e-Multi, mas têm quadro multiprofissional, o que sugere uma lógica de alocação para atendimento individual em ambulatórios de especialidades, o que pode gerar maior tempo de espera para o acesso.

Além disso, a composição das equipes multiprofissionais varia significativamente entre os municípios. Enquanto alguns contam com uma diversidade de profissionais, como educadores físicos, outros têm equipes mais restritas, e isso se deve provavelmente ao tipo de modalidade que o município pôde se credenciar de acordo com a quantidade de equipes de ESF a serem apoiadas. A presença de psicólogos e fisioterapeutas é comum. Grande parte dos

municípios tem o profissional nutricionista compondo suas equipes multiprofissionais, porém, com o crescimento das condições crônicas não transmissíveis, como obesidade, hipertensão e diabetes, pode haver uma demanda maior do que a disponibilidade de profissionais e números de consultas.

Com relação às Academias da Saúde, os dez municípios contam com academias formalmente estabelecidas, o que é um indicativo positivo para a promoção da saúde, e para ampliação do trabalho multiprofissional, para além da doença.

A integração das academias com a ESF é relevante para a promoção da saúde, melhora nos hábitos saudáveis e prevenção de agravos, principalmente relacionados a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

3.2. Atenção Especializada

A atenção especializada no Sistema Único de Saúde (SUS) é um componente essencial para o município ofertar serviços de saúde mais avançados e complexos. Esse nível de atenção possui várias características e atributos que são fundamentais para que se possa realizar o cuidado ampliado envolvendo atendimento de média complexidade, orientado pelos dados epidemiológicos e assistenciais disponíveis, uma vez que, de acordo com Mendes (2012), prevê a eliminação de barreiras de acesso e se articula com a Atenção Primária e outros níveis de atenção, e assim, garante que a população uma abordagem integral à saúde.

A Região de Saúde de Estância, assim como outras regiões de Sergipe e do Brasil, enfrenta desafios e oportunidades no que diz respeito à atenção especializada no contexto do SUS. Ao pensar nos aspectos importantes da média complexidade na atenção à saúde, como demanda, oferta, acessibilidade, e compará-los aos dados da região, é possível identificar uma baixa oferta desses serviços, restritos geralmente aos municípios de médio porte, ficando os municípios menores com oferta de especialidades como a psiquiatria, que provavelmente estão vinculadas à presença dos Centros de Atenção Psicossocial. As demandas correspondem a praticamente a totalidade de especialidades, porém com destaque para a neuropediatria que, claramente, é o maior gargalo para os municípios, pela dificuldade de acesso regional e mesmo estadual. O Quadro 2 relaciona os dados sobre especialidades da região.

Quadro 2 — Especialidades ofertadas por município

Município	Especialidades ofertadas	Maiores demandas do município	Fila de espera	Tempo de espera
Araújo	Psiquiatria adulto	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, fisioterapia, ortopedia, reumatologia, ginecologia, neurocirurgia, hematologia, dermatologia, hepatologia, oncologia, obstetrícia	Endocrinologia, neuropsiquiatria, neurologia adulto, psiquiatria infantil	9 a 12 meses
Boquim	Psiquiatria adulto	Neurologia infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, reumatologia, cirurgia geral e ginecológica, otorrinolaringologia, gastroenterologia, angiologia, proctologia, oftalmologia	Endocrinologia, neuropsiquiatria, neurologia adulto, psiquiatria infantil	8 a 12 meses
Cristinápolis	Cardiologia	Psiquiatria adulto, cardiologia, ginecologia, pediatria	Neuropsiquiatria	5 a 9 meses
Estância	Neurologia infantil, psiquiatria adulto, cardiologia, ortopedia, pediatria, psicologia, nutrição	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, endocrinologia, urologia, ortopedia, reumatologia, oftalmologia, psicologia, otorrinolaringologia, angiologia, pneumologia, cirurgia pediátrica.	Neuropsiquiatria, nefrologia, urologia	Em média 6 meses
Indiaroba	Psiquiatria adulto, pediatria	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria infantil, cardiologia, urologia, ortopedia	Neuropsiquiatria	12 meses ou mais
Itabaianinha	Psiquiatria adulto, endocrinologia, dermatologia, otorrinolaringologia, pediatria, fonoaudiologia, nutrição	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria infantil, cardiologia, urologia, ortopedia, reumatologia, pneumologia, gastroenterologia	Cardiologia, endocrinologia, neurologia, neuropsiquiatria, nutricionista, urologia	2 a 4 meses
Pedrinhas	Psiquiatria adulto	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria infantil, cardiologia, ortopedia	Cardiologia, neuropsiquiatria, neurologia adulto, psiquiatria infantil, ortopedia	3 meses

Santa Luzia do Itanhi	Psiquiatria adulto, pediatria, ginecologia	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, fisioterapia, ortopedia, reumatologia	Cardiologia, neuropediatria, neurologia adulto	12 meses ou mais
Tomar do Geru	Sem especialistas	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, reumatologia, dermatologia, pediatria	Neuropediatria	10 meses
Umbaúba	Psiquiatria adulto	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, reumatologia, nefrologista	Neuropediatria	Não informado

Fonte Formulário de Adesão ao Projeto.

Ao focar nas ofertas do TeleNordeste e considerar as maiores demandas dos municípios, pode-se avaliar um panorama mais próximo e personalizado em relação à cobertura das necessidades de saúde, pois o projeto oferece grande parte dessas especialidades.

3.3. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Outros serviços também propiciam uma atenção mais integral como as Redes Temáticas de Atenção à Saúde, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Centros de Reabilitação (CER). Além disso, há os serviços de apoio diagnóstico que colaboram para um melhor acesso, uma vez que fazem parte do fluxo assistencial da saúde. No Quadro 3 é possível visualizar como estão estruturadas essas redes de apoio na Região de Saúde de Estância.

Quadro 3 — Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Município	CAPS	CER	Apoio diagnóstico
Araúá	Não há	CER IV Aracaju	Laboratorial

		Centro de Fisioterapia	
Boquim	CAPS Braz Fernandes Fontes	CER IV Aracaju Centro Integrado de Promoção à Saúde	Laboratorial, imagem
Cristinápolis	CAPS I Minervina de Sales Machado	CER IV Aracaju Clínica de Reabilitação Maria Dantas de Carvalho	Laboratorial
Estância	CAPS I Carmem Prado Leite	CER IV Aracaju Centro de Especialidades Walter Marcelo Oliveira De Carvalho	Laboratorial, imagem
Indiaroba	Não há	CER IV Aracaju Serviço de Fisioterapia do Município de Indiaroba	Laboratorial
Itabaianinha	CAPS I Hildebrando Dias da Costa	CER IV Aracaju Núcleo de Atendimento Especializado Municipal	Laboratorial, imagem
Pedrinhas	Não há	CER IV Aracaju	Laboratorial
Santa Luzia do Itanhi	Não há	CER IV Aracaju Fisioterapia Josefa da Cruz Santos	Laboratorial
Tomar do Geru	Não há	CER IV Aracaju	Laboratorial
Umbaúba	CAPS I Laurita Vieira Carvalho	CER IV Aracaju Centro de Reabilitação Rubens Bastos Guimaraes	Laboratorial

Fonte Formulário de Adesão ao Projeto.

A análise dos dados dos municípios revela uma variação significativa na disponibilidade de serviços de saúde de apoio e referência em cada localidade, e estão relacionados com o porte dos municípios.

Os CAPS estão presentes em cinco dos dez municípios da região de saúde, ratificando o porquê da oferta de psiquiatria por muitos municípios, demonstrando a importância dessas estruturas de atenção e financiamentos específicos, a exemplo das e-Multis. Em relação à reabilitação, na parte intelectual, existe uma dependência do CER IV, localizado no município de Aracaju, o que dificulta acesso e tratamento, especialmente pela necessidade de acompanhamento frequente e longitudinal, elevando ainda os custos tanto para o sistema quanto

para as pessoas. Na parte de reabilitação física, boa parte dos municípios oferece algum tipo de serviço em fisioterapia, o que permite melhor acesso.

Em relação ao apoio diagnóstico, todos os municípios têm oferta de serviços laboratoriais, porém, somente três têm algum tipo de serviço diagnóstico de imagem, sem discriminação de modalidade.

A análise destaca a importância de investir em outras soluções, como as de Telessaúde, em que a teleinterconsulta e teleconsultoria, ofertadas pelo TeleNordeste, podem auxiliar na resolução dos casos.

As ofertas em Telessaúde emergem, portanto, como uma abordagem estratégica e transformadora, capaz de reduzir as distâncias geográficas e promover um acesso mais equânime e integral aos serviços de saúde, ao implementar soluções digitais que atendam às necessidades das pessoas, proporcionando um cuidado mais efetivo e inclusivo.

3.4. Referências hospitalares e de pronto atendimento

Os pontos de atenção para condições de saúde de maior complexidade estão apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 — Rede hospitalar e de pronto atendimento

Município	Hospitais no município	Hospitais referenciados	Pronto-socorro/ pronto atendimento
Araúá	Não há	Hospital Universitário de Sergipe HUSE — Aracaju Hospital de Lagarto	Pronto Atendimento Luzia Nascimento Silva
Boquim	Não há	Hospital Regional Dr. Jessé Fontes — Estância	UPA Unidade de Pronto Atendimento 24 horas Dr. B. Mitidieri
Cristinápolis	Não há	Hospital Regional Dr. Jessé Fontes	Clínica 24h de Saúde da Família Maria Dantas de Carvalho
Estância	Hospital Regional Dr. Jessé Fontes	Hospital Regional Dr. Jessé Fontes	Pronto-Socorro — Hospital Regional Dr. Jessé Fontes

Indiaroba	Não há	Hospital Regional Dr. Jessé Fontes	Não informado
Itabaianinha	Hospital São Luiz Gonzaga	Hospital Regional Dr. Jessé Fontes	Não informado
Pedrinhas	Não há	Hospital Regional Dr. Jessé Fontes Hospital São Luiz Gonzaga	Não informado
Santa Luzia do Itanhi	Não há	Hospital Regional Dr. Jessé Fontes	Não informado
Tomar do Geru	Não há	Hospital Regional Dr. Jessé Fontes	Não informado
Umbaúba	Não há	Hospital Regional Dr. Jessé Fontes	Não informado

Fonte Formulário de Adesão ao Projeto e CNES (Brasil, 2024d).

Nota-se que existem duas referências hospitalares dentro da região em análise, um deles localiza-se no município de Estância, que atende a todos os dez municípios da Região de Saúde, e outro no município de Itabaianinha, que absorve mais um município. E apesar da ausência de informações, o Hospital Universitário de Sergipe é referência para todos os municípios para casos de maior complexidade. Também é possível identificar referência hospitalar na Região de Saúde de Lagarto, possivelmente pela proximidade. Existem ainda três municípios com serviço de pronto atendimento 24 horas. Fato é que as referências intermunicipais geram custos de transporte e alimentação para os municípios, ratificando a importância de movimentos que qualifiquem a Atenção Primária e Especializada, que potencialmente podem evitar internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial.

3.5. Linhas de cuidado

As linhas de cuidado foram instituídas no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização e a implementação das linhas de cuidado, visando garantir a integralidade da assistência e a continuidade do cuidado em saúde (Brasil, 2010). Trata-se de ferramentas importantes para a coordenação do cuidado, promovendo um atendimento mais eficaz e centrado nas necessidades dos usuários.

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 RAS envolvidos.

Cabe ressaltar que, dentre 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.

Em relação aos dados fornecidos pelos municípios sobre a presença de linhas de cuidado e utilização de protocolos, a maioria deles, como Arauá, Boquim, Cristinápolis, Estância e Itabaianinha, informou em suas respostas que têm organizações específicas abrangendo áreas como saúde da mulher, saúde mental, saúde do idoso e cuidados materno-infantis, que são fundamentais para atender às necessidades de grupos vulneráveis e promover um atendimento mais integral e humanizado.

No entanto, municípios como Indiaroba e Umbaúba referiram a não adoção de linhas de cuidado nem de protocolos clínicos.

Por outro lado, a utilização de protocolos varia consideravelmente entre as localidades da Região de Saúde de Estância. Alguns municípios, como Itabaianinha e Tomar do Geru, implementaram protocolos do Ministério da Saúde, como de doenças crônicas e de gestantes, ao passo que outros municípios têm um uso limitado ou não usam, como em Santa Luzia do Itanhi, que, apesar de não ter linhas de cuidado, utiliza um protocolo de enfermagem, refletindo uma forma de estruturação e organização do atendimento oferecido por esses profissionais.

A integração das RAS e a promoção de uma cultura de cuidado baseado em evidências são estratégias que podem fortalecer o sistema de saúde local, garantindo que todos os cidadãos tenham acesso a cuidados adequados e de qualidade. Cabe enfatizar que é importante implementar as linhas de cuidado para promover a colaboração entre os diferentes níveis de atenção à saúde e garantir um atendimento mais equitativo e eficiente.

3.6. Saúde no sistema prisional

O sistema de saúde prisional visa garantir o acesso à saúde para pessoas privadas de liberdade, de acordo com os princípios do SUS, promovendo a equidade e a integralidade do cuidado.

Recentemente, o TeleNordeste expandiu sua atuação para o sistema de saúde prisional do estado de Sergipe, com algumas unidades das regiões de saúde de Nossa Senhora da Glória e Aracaju indicadas pela Secretaria Estadual de Segurança. Na Região de Saúde de Estância, apenas um município tem uma Cadeia Pública, mas ainda não teve indicação para adesão ao projeto.

3.7. Sistema de regulação

O sistema de regulação de saúde nos municípios da Região de Saúde de Estância apresenta-se como um processo complexo que varia em estrutura, acesso e referência, de acordo com o Quadro 5.

Quadro 5 — Informações do sistema de regulação

Município	Fluxos	Sistemas utilizados	Referências para Sistema de Regulação Regional	Referências para o Sistema de Regulação da capital Aracaju	Referências para Sistema de Regulação Estadual
Araújo	Centralizados na central de regulação do município	Estadual e regional	Ortopedia	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, fisiatria, ortopedia, reumatologia, oftalmologista, hematologia, dermatologia, pneumologista gastroenterologia, proctologista, mastologista, alergista, otorrino, nefrologista, neurocirurgia	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, fisiatria, ortopedia, reumatologia
Boquim	Centralizados na central de regulação do município	Estadual	Cardiologia, ortopedia	Neurologia adulto, neurologia infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, reumatologia, Cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia vascular, cirurgia ortopédica, cirurgia pediátrica, cirurgia torácica, neurocirurgia, proctologia	Neurologia adulto, neurologia infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, fisiatria, ortopedia, reumatologia, cirurgia vascular, cirurgia ortopédica, cirurgia pediátrica, cirurgia

				cirúrgica, cirurgia geral, cirurgia ginecológica, otorrinolaringologia, gastroenterologia, angiologia, proctologia, oftalmologia adulta/pediátrica	torácico, neurocirurgia, proctologia cirúrgica, cirurgia geral, cirurgia ginecológica, otorrinolaringologia, gastroenterologia, angiologia, proctologia, oftalmologia adulta/pediátrica
Cristinápolis	Centralizados na central de regulação do município	Estadual	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, fisioterapia, ortopedia, reumatologia	Neurologia adulto, neurologia infantil, endocrinologia, reumatologia	Neurologia adulto e infantil, cardiologia
Estância	Centralizados na central de regulação do município	Estadual e municipal	Município-polo	Endocrinologia, Alergologia, Imunologia, cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia aparelho digestivo, dermatologia, endocrinologia, hematologia, hepatologia, infectologia, nefrologia, otorrinolaringologia cirúrgica.	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, especialidades cirúrgicas
Indiaroba	Centralizados na central de regulação do município	Estadual	Neurologia adulto, neurologia infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, reumatologia	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria infantil, cardiologia, urologia, fisioterapia	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria infantil, cardiologia, urologia, fisioterapia, ortopedia
Itabaianinha	Centralizados na central de regulação do município	Regional	Psiquiatria adulto, endocrinologia	Neurologia adulto, neurologia infantil, cardiologia	Neurologia adulto, neurologia infantil, cardiologia, ortopedia
Pedrinhas	Centralizados na central de	Estadual e regional	Psiquiatria adulto	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria infantil,	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria infantil,

	regulação do município			cardiologia, endocrinologia, urologia, fisioterapia, ortopedia, reumatologia	cardiologia, endocrinologia, urologia, fisioterapia, ortopedia, reumatologia
Santa Luzia do Itanhi	Centralizados na central de regulação do município	Estadual	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, cardiologia, ortopedia	Neurologia adulto, neurologia infantil, endocrinologia, urologia	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, cardiologia, endocrinologia, Urologia, Ortopedia, Reumatologia
Tomar do Geru	Centralizados na central de regulação do município	Estadual	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, reumatologia	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, reumatologia	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, reumatologia
Umbaúba	Centralizados na central de regulação do município	Estadual	Cardiologia, ortopedia, nefrologista	Neurologia adulto, neurologia infantil, endocrinologia, urologia, reumatologia	Neurologia adulto, neurologia infantil, endocrinologia, urologia, reumatologia

Fonte Formulário de Adesão ao Projeto.

Os dados demonstrados no Quadro 5 revelam algumas tendências e características importantes. Primeiramente, destaca-se a centralização do processo nas centrais de regulação em todos os municípios da região de saúde. Essa informação é relevante para o projeto, pois a centralização dos encaminhamentos tende a dificultar a identificação de casos prioritários para busca ativa e destinação a intervenções resolutivas por teleinterconsulta e teleconsultorias. Enquanto formas digitais de descentralização da regulação aproximam a equipe da responsabilidade continuada sobre os casos, a centralização afasta esse monitoramento da sua rotina. Uma das formas de contribuição do TeleNordeste para redução das filas de espera vem justamente dessa seleção de casos. Oficinas específicas com os gestores de UBS já foram efetivadas para identificar formas de superar tal barreira.

Além disso, observa-se que a maioria dos municípios apresenta um sistema que abrange tanto fluxos estaduais como regionais. De um lado, essa interconexão entre os serviços de saúde municipal, regional e estadual contribui para uma cobertura mais ampla. De outro, demonstra a dificuldade de acesso regional e a grande dependência de serviços na capital do estado, o que gera custos relacionados a transporte, alimentação e afastamento do trabalho proporcionalmente maiores.

Essa demanda significativa por essas áreas reflete as necessidades da população em relação a condições de saúde que requerem atenção especializada e que pode ser protagonizada pelo apoio do projeto.

3.8. Contratação de serviços privados

As respostas dos municípios sobre a prática de compra de consultas em serviços privados para diminuir a fila de espera revelam informações significativas.

Dos dez municípios da Região de Saúde de Estância, quatro confirmaram que compram consultas em serviços privados: Boquim, Estância, Pedrinhas e Umbaúba.

Esse levantamento demonstra a diversidade de estratégias adotadas pelos municípios para lidar com a demanda por serviços de saúde diante das dificuldades de acesso à Atenção Ambulatorial Especializada. Ofertas restritas e encaminhamentos desnecessários geram tempos maiores de espera para todos. Teleinterconsulta/teleconsultorias podem ser soluções mais sustentáveis de qualificação do cuidado nas UBS e acesso a referências especializadas sem desresponsabilizar a APS sobre os casos. Além de viabilizar a ampliação de acesso articulado à aprendizagem, tem o potencial de redução de filas de espera em médio e longo prazo.

3.9. Intersectorialidade na Região de Saúde de Estância

A capacidade de articulação do setor Saúde com outros setores é um indicativo importante para melhoria dos indicadores de saúde, uma vez que expressa a busca pela melhoria das condições de vida, causa primária dos problemas de saúde.

3.9.1. Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE) exemplifica a intersetorialidade ao integrar os setores de saúde e educação nos municípios. Essa articulação possibilita a realização de ações voltadas para promoção da saúde, prevenção de doenças e outros cuidados no ambiente escolar, beneficiando estudantes, suas famílias e impactando positivamente a comunidade. A parceria entre saúde e educação visa promover a integralidade e contribuir para a formação de hábitos de vida saudáveis desde a infância.

O PSE é uma ação estratégica que se insere no trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e envolve a participação em Grupos de Trabalho (GT) instituídos pelo programa, nos quais são abordadas ações de Educação em Saúde para alunos, professores e toda a comunidade escolar do território.

Instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (Brasil, 2007), em uma portaria mais recente — Portaria GM/MS nº 1.004, de 21 de julho de 2023 — o PSE define os municípios participantes para o ciclo 2023/2024 e autoriza o recebimento dos recursos financeiros pactuados (Brasil, 2023).

Para 2024, as iniciativas do PSE continuam a se concentrar em temas cruciais e algumas ações obrigatórias, como alimentação saudável, prevenção da obesidade, promoção da atividade física, saúde mental, prevenção de violências, promoção da cultura de paz, direitos humanos, saúde sexual e reprodutiva, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e combate à dengue, entre outras que são optativas.

Essas ações são essenciais para garantir a formação integral dos estudantes e de suas famílias, para assegurar o cumprimento dos objetivos estabelecidos pelas pactuações entre os gestores municipais das ações intersetoriais do programa.

O TeleNordeste pode desempenhar um papel fundamental no apoio às ações do Programa Saúde na Escola (PSE) por meio de suas Sessões de Aprendizagem Virtual (SAV) promovendo a capacitação em saúde dos educadores com abordagem sobre temas importantes como promoção da saúde e prevenção de doenças.

3.10. Estrutura da Saúde Digital

Para viabilizar a realização de teleinterconsulta e teleconsultorias, além da conexão com internet, que é de responsabilidade do próprio município, é necessário acesso a equipamentos de informática, que viabilizam o uso da plataforma digital disponibilizada pelo TeleNordeste para marcação e realização das interações.

Para os municípios que não contavam com equipamentos de vídeo e som, o projeto disponibilizou câmeras com microfone integrado e caixas de som, e para aqueles que não tinham nenhum tipo de equipamento, foi disponibilizado um *notebook*, conforme Quadro 6.

Quadro 6 — Equipamentos disponibilizados pelo TeleNordeste

Município	Kit (câmera/som) ou <i>notebook</i> fornecidos pelo TeleNordeste	Quantas equipes aderiram ao TeleNordeste?	Quantas equipes utilizam prontuário eletrônico?
Araúá	1 <i>kit</i>	5	5
Boquim	1 <i>kit</i>	10	10
Cristinápolis	0	1	5
Estância	3 <i>kits</i>	5	0
Indiaroba	1 <i>kit</i>	6	6
Itabaianinha	16 <i>kits</i>	13	13
Pedrinhas	1 <i>notebook</i>	3	0
Santa Luzia do Itanhi	11 <i>kits</i>	7	7
Tomar do Geru	2 <i>kits</i>	5	5
Umbaúba	4 <i>kits</i>	9	9

Fonte Formulário de Adesão ao Projeto.

3.11. 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 nacional 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 (*The Lancet*, 2019).

Na Região de Saúde de Estância, segundo o SISAB (Brasil, 2024a), em pesquisa realizada entre janeiro e junho de 2024, três dos seus dez municípios não realizaram nenhuma atividade coletiva relacionada à alimentação saudável, e, de acordo com dados do SISVAN, do mesmo período (Brasil, 2024b), há uma elevada incidência de usuários com sobrepeso e obesidade, nesses mesmos três municípios. Diante dos dados apresentados na Figura 27, fica evidente a necessidade de maior atenção às questões de EAN para essa população.

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

IMC																	
Região	Código UF	UF	Código IBGE	Município	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade Grau I		Obesidade Grau II		Obesidade Grau III		Total
					Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
NORDESTE	28	SE	280040	ARAUA	51	1.82%	915	32.69%	985	35.19%	552	19.72%	219	7.82%	77	2.75%	2799
NORDESTE	28	SE	280067	BOQUIM	51	2.7%	621	32.82%	687	36.31%	347	18.34%	133	7.03%	53	2.8%	1892
NORDESTE	28	SE	280170	CRISTINAPOLIS	28	1.95%	407	28.4%	458	31.96%	342	23.87%	127	8.86%	71	4.95%	1433
NORDESTE	28	SE	280210	ESTANCIA	15	2.96%	158	31.16%	170	33.53%	106	20.91%	31	6.11%	27	5.33%	507
NORDESTE	28	SE	280280	INDIAROBA	55	2.36%	758	32.53%	791	33.95%	467	20.04%	181	7.77%	78	3.35%	2330
NORDESTE	28	SE	280300	ITABAIANINHA	150	2.15%	2203	31.56%	2449	35.09%	1434	20.54%	521	7.46%	223	3.19%	6980
NORDESTE	28	SE	280510	PEDRINHAS	28	2.89%	366	37.77%	334	34.47%	162	16.72%	61	6.3%	18	1.86%	969
NORDESTE	28	SE	280630	SANTALUZIA DO ITANHY	10	1.58%	172	27.26%	217	34.39%	143	22.66%	58	9.19%	31	4.91%	631
NORDESTE	28	SE	280750	TOMAR DO GERU	33	2.21%	443	29.73%	563	37.79%	276	18.52%	121	8.12%	54	3.62%	1490
NORDESTE	28	SE	280760	UMBAUBA	35	2.16%	522	32.16%	557	34.32%	352	21.69%	120	7.39%	37	2.28%	1623
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).

3.11.1. Dados de profissionais da Nutrição

Nesse sentido, o Projeto TeleNordeste ampliou suas ofertas incluindo profissional Nutricionista para realização das atividades de teleinterconsulta e teleconsultorias, para apoiar as equipes de Atenção Primária a desenvolverem atividades nesse campo de práticas.

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

Quadro 7 — Dados de nutricionistas em equipes de saúde

Município	O município tem credenciamento para e-Multi?	Tem nutricionista compondo a equipe?
Araúá	Sim	Sim
Boquim	Sim	Sim
Cristinápolis	Não	Sim
Estância	Não	Sim
Indiaroba	Sim	Não
Itabaianinha	Sim	Sim
Pedrinhas	Sim	Sim
Santa Luzia do Itanhi	Sim	Sim
Tomar do Geru	Não	Não
Umbaúba	Não	Não

Fonte Formulário de Adesão ao Projeto.

Diante do contexto de baixa presença de profissionais nutricionistas nos territórios e com o intuito de apoiar as equipes da Atenção Primária à Saúde em atividades coletivas relacionadas à Educação Alimentar e Nutricional (EAN), entende-se relevante promover encontros geradores de soluções com profissionais de saúde que, ao compartilharem metodologias de educação alimentar e nutricional, alcançarão o usuário de forma prática,

objetiva e igualitária no cuidado alimentar e nutricional e em comorbidades vulneráveis a essas intervenções.



4. ATIVIDADES OFERTADAS PELO PROJETO TELENORDESTE

O TeleNordeste traz avanços significativos para os municípios de Sergipe que aderiram ao projeto, especialmente na Atenção Primária à Saúde, uma vez que amplia as agendas de atendimento, otimiza a distribuição de consultas e reduz as filas de espera para especialidades de alta demanda. Além disso, o projeto proporciona oportunidades de aperfeiçoamento para as equipes locais, elevando a qualidade do atendimento com o suporte direto de especialistas.

Outro benefício crucial é a superação de barreiras geográficas via intervenções de Telessaúde, as quais fazem com que o cuidado chegue até os povoados mais distantes sem a necessidade de deslocamentos para outros municípios da região ou para a capital em busca de consultas especializadas.

O Projeto TeleNordeste possibilita o acesso ao cuidado, assim como fortalece a capacidade de resolução dos principais problemas de saúde na própria comunidade.

4.1. Atividades de engajamento

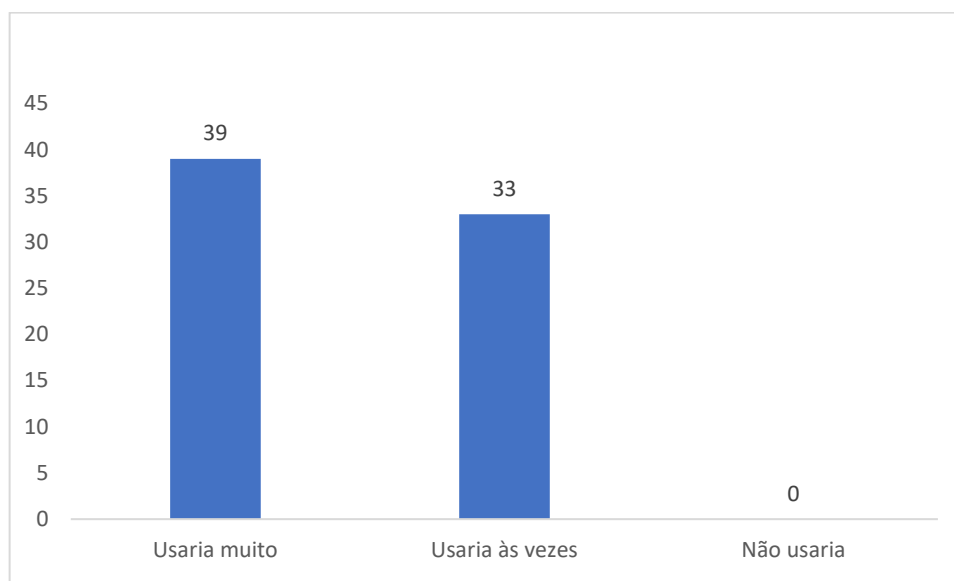
Como forma de engajar profissionais para o uso do projeto e proporcionar um maior entendimento de suas possibilidades, o plano de trabalho também prevê atividades presenciais.

4.1.1. Oficinas presenciais

No primeiro semestre de 2024 foi promovido o primeiro encontro com profissionais de saúde indicados para participarem do projeto, e, 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, seu apoiador regional, membros da SES/SE, gestores e profissionais da APS dos municípios.

Com esse evento, foi possível fazer um levantamento inicial sobre a intenção de utilização do projeto pelos profissionais, como pode ser visualizado no Gráfico 2.

Gráfico 2 — Intenção de uso do projeto por parte dos profissionais das equipes de saúde



Fonte: oficina presencial.

Esses dados revelam que existe grande predisposição de uso dos recursos pelos profissionais, restando o desafio de superar barreiras logísticas relacionadas ao processo de trabalho para facilitar sua utilização.

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 — Respostas dos participantes em oficina do projeto



Fonte: oficina presencial.

Uma das formas de aumentar o engajamento é ofertando ações a partir de necessidades reais do público-alvo. Nesse sentido, durante o encontro presencial, os profissionais das equipes de saúde da APS, de forma bastante participativa, puderam sugerir temas em que necessitam de apoio (Quadro 8), o que dá uma direção para próximas atividades educacionais promovidas pelo projeto.

Quadro 8 – Sugestões de temas para próximas SAVs

Categoria	Temas
Pediatria	Pediatria, autismo, neuropediatria e psiquiatria infantil, asma na infância, introdução alimentar
Dermatologia	Dermatologia na APS
Saúde Sexual e de Gênero	Atendimento a pessoa trans, incluindo hormonioterapia, sorologias de teste rápido em APS
Saúde da Mulher	Diabetes gestacional, disfunção menstrual, fisiopatologias obstétricas, saúde da mulher e pré-natal
Doenças Crônicas	Insulinoterapia, insuficiência venosa crônica na APS, insuficiência cardíaca, fibromialgia

Saúde Mental	Temas de saúde mental, transtorno de déficit de atenção, transtorno depressivo, ansiedade nos profissionais de saúde, dependência de benzodiazepínicos, transtorno afetivo bipolar, estratégias para cessar o tabagismo
Neurologia	Neurologia, vertigem
Cuidados Especiais	Cuidados a pacientes acamados, assistência ao portador de deficiência física
Saúde do Idoso	Saúde do idoso
Doenças Infecciosas	Arboviroses
Fisiatria	Lombalgia
Enfermagem	Abordagem de feridas, lesões de pele em pediatria

Fonte: oficina presencial.

4.1.2. Apoiadores regionais

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

4.2. Tele-educação

O Projeto TeleNordeste 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, diretrizes de práticas clínicas atualizadas, estratégias de prevenção de doenças 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 necessidades individuais.

As SAVs são oportunidades para os profissionais aprimorarem seus conhecimentos, contribuindo para uma prestação de cuidados de saúde efetiva 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 os temas solicitados pelos profissionais das equipes. Alguns temas já desenvolvidos 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 em Educação em Saúde, o projeto também disponibilizou um documento denominado “Protocolos para APS”, que é um conjunto de 24 compilações e

elaborações de protocolos para a APS, que auxilia os profissionais na prática clínica, com base nas orientações do Ministério da Saúde, disponível para *download* no link: <https://www.telenordeste-se.com.br/material-de-apoio#os-protocolos>.

4.3. Teleinterconsulta/teleconsultoria

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

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

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

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

[...]

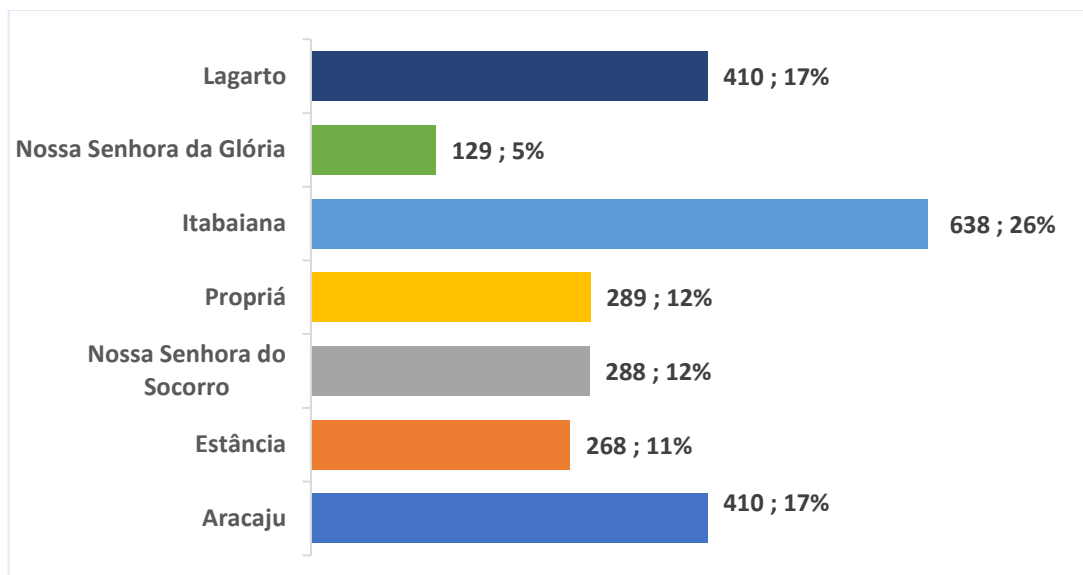
Teleinterconsulta: interação remota para a troca de informações clínicas, laboratoriais, de imagens e opiniões entre profissionais de saúde, com a presença do paciente, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, facilitando a atuação interprofissional; (Brasil, 2024c, p. 8).

A Região de Saúde de Estância, de forma global, indicou 43 Unidades de Saúde para cadastramento no projeto, contemplando 167 profissionais das equipes de saúde. A proposta do projeto, para qualificação dos profissionais da APS, é que haja, uma média de 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 e das demandas identificadas nas centrais de regulação.

O monitoramento constante do projeto é fundamental, por todos os responsáveis envolvidos, identificando oportunidades de ampliação da oferta e melhor aproveitamento. Nesse sentido, esta seção tem como finalidade descrever o monitoramento realizado de janeiro a julho de 2024. Inicialmente, no Gráfico 3, observa-se a utilização das agendas de

teleinterconsultas/teleconsultorias síncronas, de forma global no estado de Sergipe, por região de saúde.

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



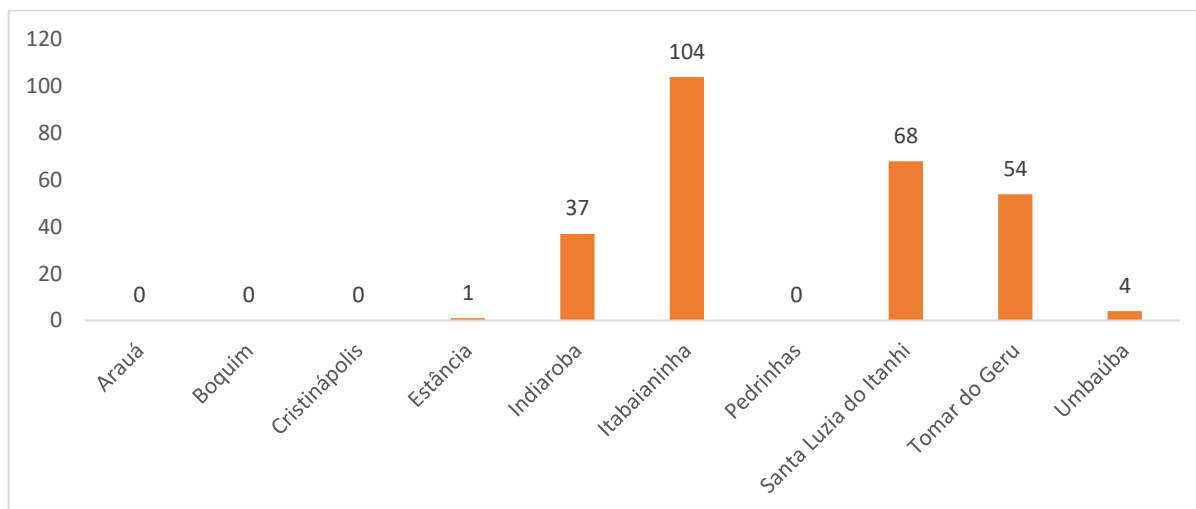
Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

A Região de Saúde de Estância é a segunda com menos interações realizadas. Embora seja também a segunda menos populosa, a carência de oferta de atenção especializada nos municípios e na própria região, somados às filas de espera informadas, apontam para um potencial de uso mais amplo da região como um todo.

No Gráfico 4 é possível observar a quantidade de teleinterconsultas realizadas por município da Região de Saúde de Estância, no mesmo período.



Gráfico 4 — Quantidade de teleinterconsultas e teleconsultorias síncronas realizadas por municípios da Região de Saúde de Estância (jan.-jul./2024)

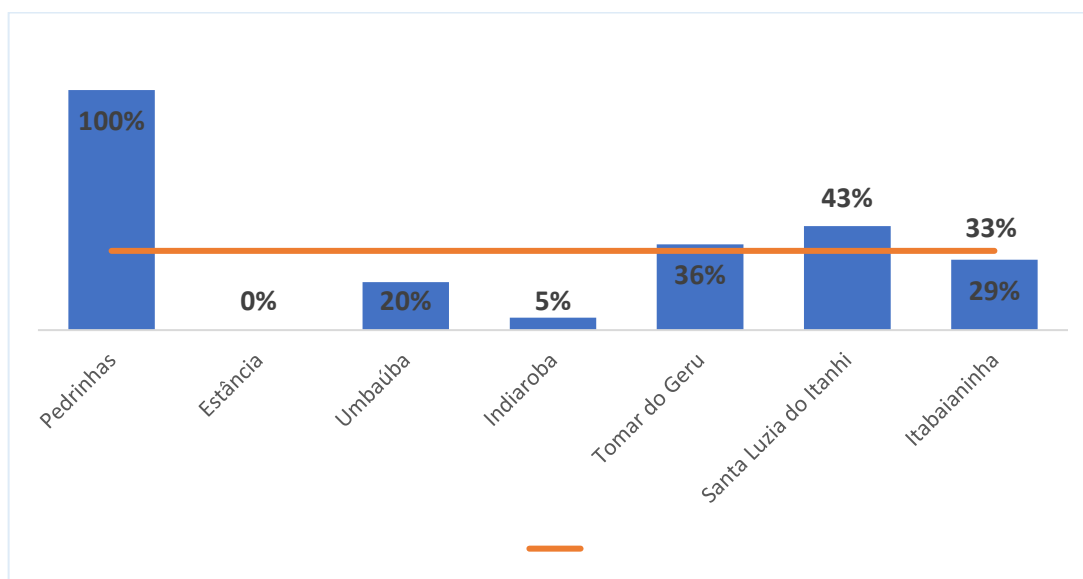


Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

Os municípios de Itabaianinha, Santa Luzia do Itanhi e Tomar do Geru apresentam resultados de uso semelhante, com relação à quantidade de equipes de cada município. O município de Indiaroba aparece em seguida, com desempenho um pouco inferior. Já os outros seis municípios da região de saúde praticamente não utilizaram o projeto, sendo que quatro deles nunca realizou uma única interação, indicando a necessidade não apenas de engajamento das equipes, mas, sobretudo, de estabelecimento de novos compromissos em nível de gestão municipal, sob risco de desligamento do projeto no segundo ano do triênio vigente, com exceção dos municípios de Boquim e Cristinápolis que realizaram adesão recente, o que justifica os dados informados.

O monitoramento de uso é de fundamental importância, uma vez que o não preenchimento das agendas disponibilizadas acarreta perdas primárias, com desperdício de recursos públicos dispensados para o projeto. O não comparecimento ao agendamento realizado (absenteísmo) também gera desperdícios e, adicionalmente, tira a oportunidade de outros pacientes/profissionais/municípios se beneficiarem das interações com os profissionais especialistas. As taxas de não comparecimento à teleinterconsulta são monitoradas, e esses registros estão ilustrados no Gráfico 5, e podem ser atribuídas tanto a faltas do paciente quanto dos profissionais. As ações de engajamento, tanto no âmbito do Hospital Alemão Oswaldo Cruz quanto dos próprios municípios, são necessárias para uso responsável desses recursos. O absenteísmo merece atenção, pois reflete o não aproveitamento do apoio dos especialistas do TeleNordeste e o desperdício de vagas, e isso tem sido percebido de forma constante no projeto.

Gráfico 5 — Taxa de absenteísmo nas teleinterconsultas e teleconsultorias síncronas na Região de Saúde de Estância (jan.-jul./2024)



Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

A análise de absenteísmo revela uma alta taxa média na região, acima dos 30% estabelecidos como teto para a operação. Os municípios de Santa Luzia do Itanhi e Tomar do Geru, estão acima do limite individual previsto, e Itabaianinha próximo do limite de 30%, demonstrando sinal de alerta e necessidade de mecanismos de engajamento para evitar perdas de utilização. O município de Pedrinhas apresenta taxa de 100%, porém, não é significativa, pois se trata de um único agendamento realizado pelo município em todo o período, e que não se consumou em uso, ocasionando tal índice.

Para redução da taxa de absenteísmo, quando os valores estiverem acima de 30%, é de suma importância o envolvimento da pessoa apontada como ponto focal do município junto aos profissionais das equipes, elaborando estratégias para que esse absenteísmo seja reduzido.

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

A análise da utilização do TeleNordeste em 2024 na Região de Saúde de Estância revela um panorama diversificado entre os municípios participantes. Em função disso ocorre a

intensificação das ações de conscientização e engajamento para alguns municípios, buscando estimular a adesão às ofertas de Telessaúde.

A Região de Saúde de Estância, de modo geral, tem potencial para expandir o uso da Telessaúde, o que depende de um esforço articulado para promover e educar sobre os benefícios do TeleNordeste.

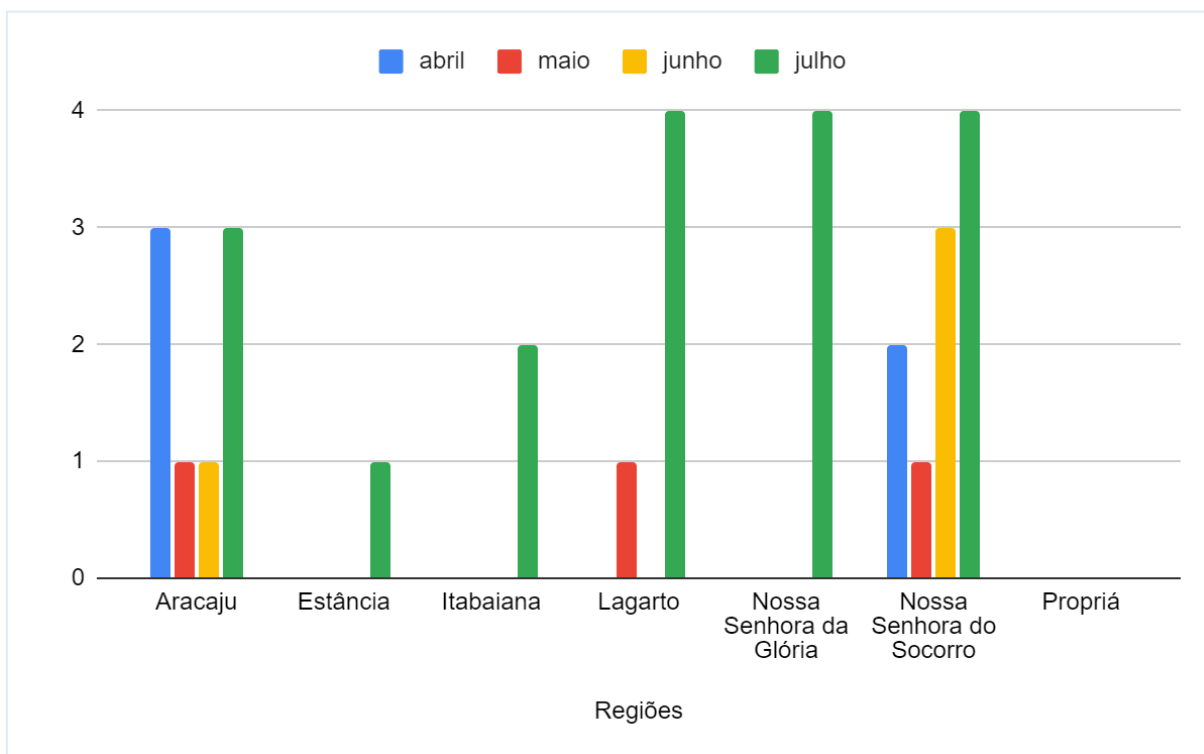
4.3.1. Teleconsultoria assíncrona

Em abril iniciou-se a oferta de teleconsultorias assíncronas no âmbito do projeto. Trata-se de espaços de comunicação entre o médico da APS e um médico de família e comunidade com formação em Educação e Saúde Baseada em Evidências. Tais teleconsultorias podem ser muito úteis para resolver dúvidas assistenciais e fundamentar a tomada de decisão clínica, contribuindo para a resolutividade e para a redução da necessidade de encaminhar para a atenção especializada casos que podem ser bem cuidados na APS. O TeleNordeste tem o compromisso de responder às solicitações no prazo máximo de 3 dias úteis, a contar do seu efetivo recebimento. Além disso, tem a praticidade de não requerer a presença da pessoa cuidada, nem sincronidade 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, da Região de Saúde de Estância se originou apenas uma (Gráfico 6).



Gráfico 6 — Teleconsultorias assíncronas por região de saúde



Fonte: Dashboard de Monitoramento TeleNordeste HAOC.

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

4.4. Possibilidades de intervenção

A análise do uso das especialidades médicas disponíveis por meio do TeleNordeste revela um cenário diversificado que abrange tanto a alta utilização de certas áreas quanto a subutilização de outras. Especialidades como a neuropediatria apresenta alta demanda, refletindo o momento de atenção social a condições neurológicas em crianças e à escassez de profissionais na região. Essa alta utilização é um indicativo de que o acesso a ofertas de Telessaúde do projeto está, em boa medida, se apoiando no preenchimento de lacunas assistenciais.

Por outro lado, algumas especialidades, como endocrinologia, entre outras, apresentam um uso significativamente mais baixo do que se podia esperar pelas demandas inicialmente

informadas. Isso sugere a necessidade de intervenções direcionadas pelo projeto e pela gestão do SUS. Os municípios frequentemente recorrem a referências externas à região para atendimento especializado, numa proporção maior do que o necessário caso os serviços disponíveis pelo TeleNordeste fossem plenamente utilizados.

Para abordar essas disparidades, o projeto entende que é necessário promover a sensibilização e o engajamento dos profissionais de saúde locais sobre a oferta de serviços fornecidos pelo projeto, assim como promover diálogos sobre a efetividade e os benefícios das teleinterconsultas e teleconsultorias.

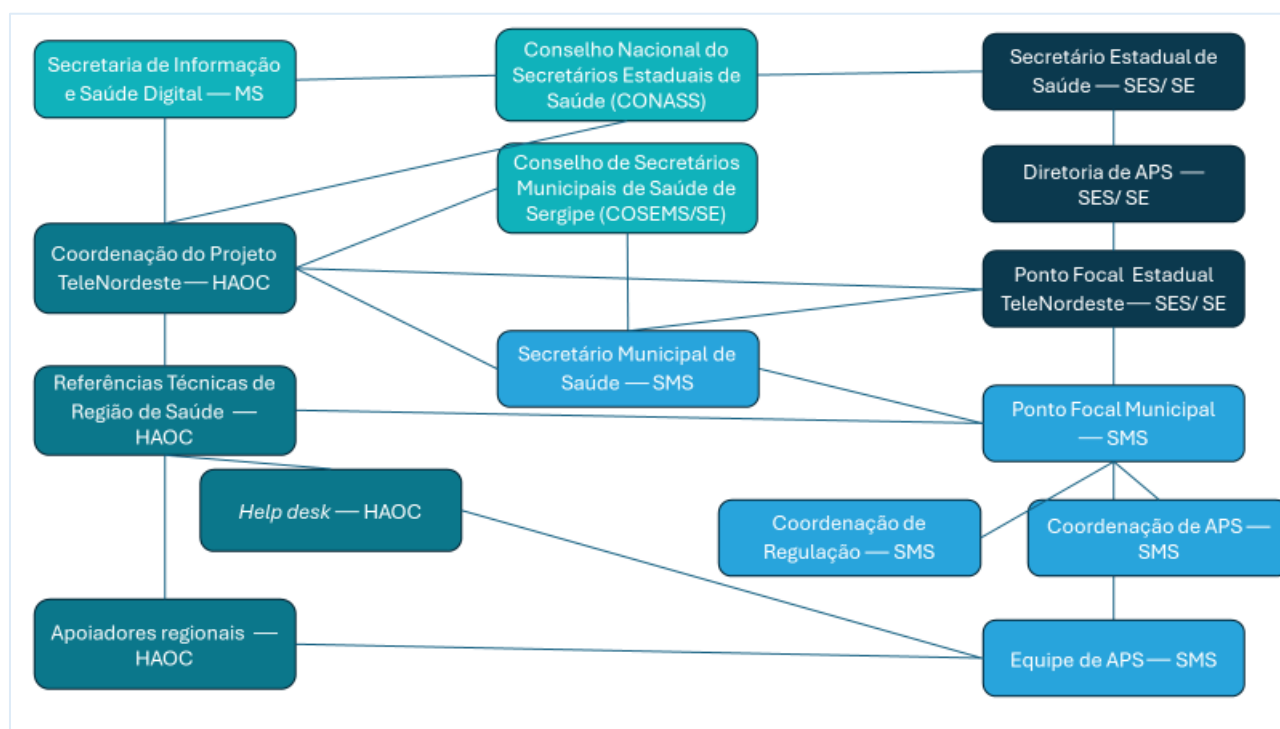


5. PLANO DE COMUNICAÇÃO PARA A REGIÃO DE SAÚDE DE ESTÂNCIA

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 nitidamente podem trazer benefícios, a qualidade da comunicação pode acrescentar celeridade, lentidão ou até mesmo travar processos.

Desde o início, o Projeto TeleNordeste estabeleceu um fluxo de comunicação para que as informações chegassem aos atores envolvidos no processo de forma assertiva e qualificada (Figura 29).

Figura 29 — 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, 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 apoio tanto do ponto focal da SES quanto da própria coordenação do Projeto TeleNordeste do HAOC, em questões relacionadas principalmente ao monitoramento e ao engajamento dos municípios, que ainda são potencializados 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 do HAOC para as regiões de saúde, funcionando como referência do município, fazendo a interlocução com as equipes locais de regulação e Atenção Primária à Saúde. O apoio é oferecido em duas frequências: diariamente, de acordo com as demandas de cada município, e por meio de reunião mensal, nas quais são apresentados resultados de produção e 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 9 relaciona os gestores municipais e os pontos focais dos municípios da Região de Saúde de Estância.

Quadro 9 — Responsáveis pela gestão em saúde dos municípios

Município	Cargo	Nome do Profissional
Araújo	Secretária de Saúde	Franciele da Costa
	Coordenadora da APS	Luana Lima
	Ponto Focal	Mirian Maria dos Santos
	Coordenadora de Regulação	Luziandra Valadão de Carvalho Avila
Boquim	Secretária de Saúde	Leidilene de Souza Nascimento
	Coordenadora da APS	Katiuscia Santos Emídeo
	Ponto Focal	Kaique Arthur Araújo Rodrigues
	Coordenadora de Regulação	Leidilene de Souza Nascimento
Estância	Secretária de Saúde	Leide Santos Catuninho de Moraes
	Coordenadora da APS	Daniele Campos Fahel
	Ponto Focal	Rosana Apolônio
	Coordenador de Regulação	Juliano Santos Carmo Trindade
Indiaroba	Secretária de Saúde	Danielle Costa Esteves
	Coordenadora da APS	Jessica Maria Lima Santos
	Ponto Focal	Patrícia Batista dos Santos Araújo
	Coordenador de Regulação	Michel Oliveira Santos
Itabaianinha	Secretária de Saúde	Ingrid Alcía Lima Fonseca Oliveira
	Coordenadora da APS	Milena Katrine Andrade Santos
	Ponto Focal	Natalie de Oliveira Guedes
	Coordenadora de Regulação	Luziandra Valadão de Carvalho Avila
Pedrinhas	Secretário de Saúde	Domingos Vicente Souza

	Coordenador da APS	Wagner de Jesus dos Santos
	Ponto Focal	Alan Souza Costa
	Coordenador de Regulação	Alan Souza Costa
Santa Luzia do Itanhi	Secretária de Saúde	Andreia Carla Menezes
	Coordenador da APS	Horácio Alexandre Nascimento Silva
	Ponto Focal	Edenildes Santos Silva
	Coordenadora de Regulação	Caroline Reis Morais
Tomar do Geru	Secretária de Saúde	Edilma dos Santos Soares
	Coordenadora da APS	Thalita Oliveira Ribeiro de Andrade
	Ponto Focal	Valdiléia dos Santos Araujo
	Coordenador de Regulação	Lucimar Soares Clementino
Umbaúba	Secretário de Saúde	Caio Silveira
	Coordenador da APS	Austregesilio Ramos dos Santos
	Ponto Focal	Maria Kaline Ferreira Silva
	Coordenadora de Regulação	Mirelle Rosa Oliveira

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.



6. RECOMENDAÇÕES FINAIS

O cenário dos municípios da Região de Saúde de Estância, em geral, é bastante semelhante, com indicadores sociodemográficos, sanitários e de força de trabalho que merecem atenção quanto à desigualdade frente a outras regiões do Brasil, o que demonstra a necessidade de grandes investimentos em curto prazo. Isso se reflete, por exemplo, na baixa oferta própria de Atenção Ambulatorial Especializada, com grande dependência do município-polo da região de saúde, das referências estaduais e do município de Aracaju, ocasionando grandes tempos de espera e gastos volumosos destinados a transporte e alimentação, além de prejuízos no afastamento do trabalho pelos usuários e agravamento de suas condições de saúde. Mesmo as compras de consultas em instituições privadas, comum em alguns municípios, não têm sido capazes de dar resposta à alta demanda por serviços especializados, dado o limite de gastos que os orçamentos impõem aos gestores municipais do SUS.

Dados da Demografia Médica no Brasil de 2023 demonstram uma proporção de médicos por mil habitantes no estado de Sergipe inferior à média nacional e a quaisquer parâmetros preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o agravante de uma grande concentração de profissionais na Região Metropolitana da capital do estado (Scheffer *et al.*, 2023), sem perspectivas de superação em curto prazo.

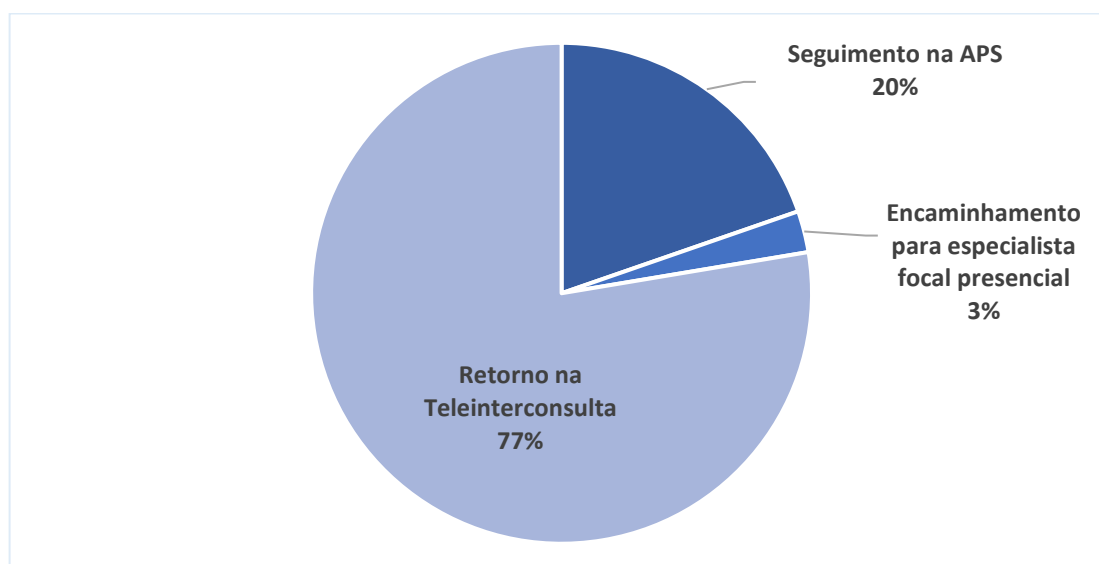
Somado a esse contexto, há a percepção geral de que muitos mais casos poderiam ter resolução na própria Atenção Primária, sem necessidade de encaminhamentos para Atenção Especializada.

O Projeto TeleNordeste foi demandado pelo Ministério da Saúde justamente para responder a esse complexo problema, a partir do uso das tecnologias digitais em Telessaúde, principalmente na modalidade de teleinterconsultas, visando a qualificação da Atenção Primária, ampliando resolutividade e formação das equipes, 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%, seja escalando a capacidade de manejo autônomo pelo médico da APS, seja por meio de retorno em teleinterconsultas (Gráfico 7). O retorno por teleinterconsulta é considerado como componente da evitação de encaminhamento, pois sugere que a ferramenta está se mostrando

sensível ao compartilhamento de cuidado por meio digital. Diversos casos necessitam de mais de uma consulta compartilhada para desfechos clínicos favoráveis, assim como para completar o próprio processo formativo do profissional da APS, que se dá de maneira processual.

Gráfico 7 — Desfechos nas teleinterconsultas e teleconsultorias síncronas

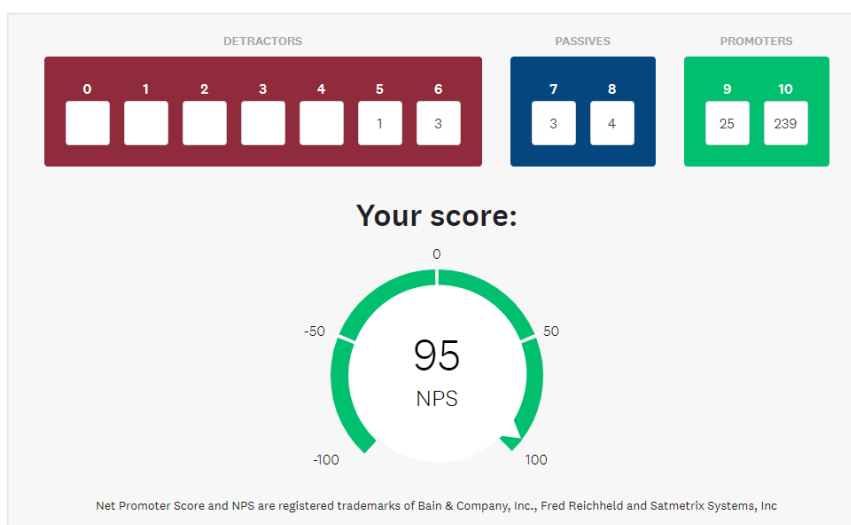


Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

Além disso, a avaliação do Net Promoter Score (NPS), que mede a satisfação de uso, tanto de pacientes quanto de médicos que utilizaram o TeleNordeste (Figuras 30 e 31) demonstram grande aprovação do projeto, em escala que varia de 0 a 100, em que 100 representa satisfação total.

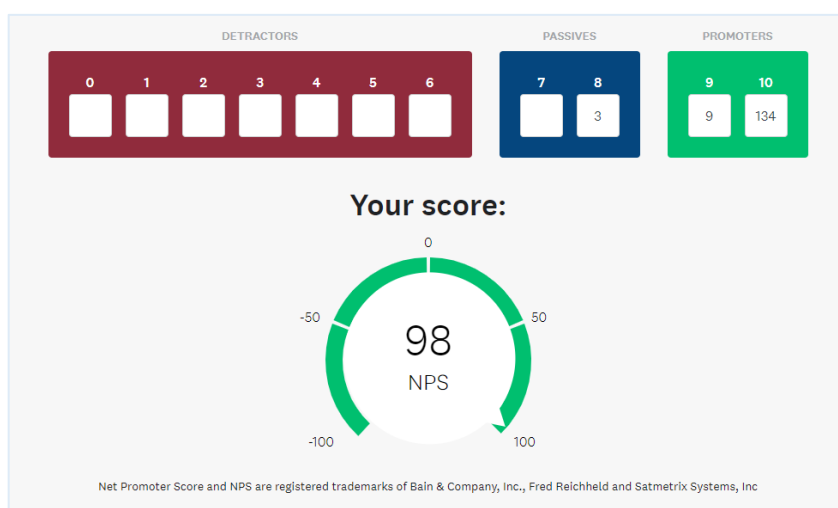


Figura 10 — NPS pacientes



Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

Figura 31 — 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 Estância 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 previsíveis.

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 pelos profissionais deve ser considerado prioridade pelo gestor municipal para enfrentamento dos longos tempos de espera nas filas de especialidades.
- 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 perda de produtividade da equipe, pois trata-se de uma ação assistencial como qualquer outra, apenas utilizando uma ferramenta digital que pode ajudar a solucionar os problemas já descritos. A proteção de agenda foi uma demanda dos profissionais em oficinas realizadas no estado. Sua efetivação também pode ser um indicador para monitoramento da atitude 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:** estudos brasileiros demonstram que esse fluxo foi capaz de zerar filas de espera para especialidades. Contudo, faz-se necessária a adesão por todos os profissionais que solicitam encaminhamentos.
- IV. **Busca ativa de casos que aguardam por consulta especializada, para realização de teleinterconsulta ou teleconsultoria:** muitos casos que estão aguardando por agendamento na regulação poderão ter resolução sem necessidade de encaminhamento, propiciando acesso imediato ao cuidado dos pacientes, além de

contribuir para a redução das filas de espera para especialidades. Nos casos em que o encaminhamento tiver sido feito por um profissional que não se encontra mais na equipe, configura-se uma oportunidade de um novo profissional rever o caso e decidir se haverá benefício com apoio do médico especialista focal por teleinterconsulta. Isso pode ser realizado pela central de regulação do município, mediante prévia combinação com as equipes, com 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. Isso pode facilitar seu uso, principalmente em unidades onde existe alta demanda de pacientes diariamente.
- VI. Maior envolvimento dos profissionais nas interações por teleinterconsulta:** não são incomuns relatos dos profissionais teleconsultores do HAOC de que, em determinadas teleinterconsultas, os profissionais da APS não conhecem o caso a ser discutido e compartilhado. Da mesma forma, em algumas situações, o profissional da APS se mostra passivo, reduzindo o encontro a uma interação apenas entre paciente e médico teleconsultor. Isso se distancia do principal propósito das interações por teleinterconsulta e teleconsultoria, que 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 justificativa por parte das equipes. Portanto, nesse sentido, também é necessário maior compromisso, tanto por parte de pacientes quanto dos profissionais, em 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: dentre 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 podem ser determinantes para que isso se concretize e a sustentabilidade 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. Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, dez. 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 7 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 7 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/Educao_ao_Alimentar_Nutricional/21_Principios_Praticas_para_EAN.pdf. Acesso em: 13 ago. 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.004, de 21 de julho de 2023. Define os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2023/2024, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, jul. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1004_25_07_2023.html. Acesso em: 7 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024d.

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.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=painel2>. Acesso em: 6 ago. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2022: Resultados. Total da população: Sergipe*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2022/resultados/tabelas_pdf/total_populacao_sergipe.pdf. Acesso em: 28 out. 2024.

INSTITUTO CIDADES SUSTENTÁVEIS. Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades: *Evolução: Evolução dos ODS para os municípios brasileiros*. 2024. Disponível em: <https://idsc.cidadessustentaveis.org.br/evolution/>. Acesso em: 17 set. 2024.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_sau.de.pdf. Acesso em: 7 out. 2024.

SCHEFFER, M. *et al. Demografia Médica no Brasil 2023*. São Paulo: 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 glicêmicos	Endocrinologia	12/07/2023
Guia de prescrição dos principais fármacos antiepilépticos na APS	Neurologia	19/07/2023
Gordofobia e suas relações com o cuidado em saúde: um estudo sobre o estigma do peso em uma unidade de saúde da família no município de Santos	Nutrição	24/07/2023
Antiagregação plaquetária após AVC	Neurologia	31/07/2023
Atendimento emergencial na epilepsia — contextualizando o paciente no ambiente do posto	Neurologia	07/08/2023
Psicose e alterações de comportamento nas doenças neurológicas	Neurologia	14/08/2023
A escola encaminhou, e agora? Manejo na APS	Neuropediatria	22/08/2023
Demência no idoso — o que eu preciso saber?	Neurologia	30/08/2023
HAS no idoso	Cardiologia	04/09/2023
Puberdade precoce — quando investigar?	Endocrinologia	20/09/2023
Guia Alimentar para População Brasileira	Nutricionista	25/09/2023
Mudança de estilo de vida	Endocrinologia	02/10/2023
Lombalgia na APS	Fisiatria	10/10/2023
Manejo de sintomas depressivos na APS	Psiquiatria	18/10/2023
Ação de orientação alimentar para o Outubro Rosa	Nutricionista	26/10/2023
O que avaliar na criança com baixa estatura no contexto da APS?	Endocrinologia	30/10/2023
Consequências e cuidados na corticoterapia crônica	Endocrinologia	14/11/2023
Manejo inicial dos cálculos urinários na APS	Urologia	23/11/2023
Arritmias na APS	Cardiologia	27/11/2023
Manejo da dengue	Infectologia	12/03/2024
Osteoporose — quando investigar, opções de tratamento e seguimento	Endocrinologia	20/03/2024
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



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO