



PROJETO
TeleNordeste

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

Região de Saúde de Propriá Sergipe



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

Elaboração e informações:

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Diretoria de Responsabilidade Social

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

Tel.: (11) 3549-1000

Site: www.hospitaloswaldocruz.org.br/

Diretoria Executiva Gente e Gestão

Maria Carolina Lourenço Gomes

Diretoria de Responsabilidade Social

Haliton Alves de Oliveira Júnior

Gerência de Escritório de Projetos

Nídia Cristina de Souza

Coordenação do Projeto TeleNordeste

Fernanda Saks Hahne

Relatoria

André Felipe Martins de Araújo Silva

Eno Dias de Castro Filho

Marcos Aurélio Maeyama

Adriana Miyauchi

Aryane Lima Rolim

Fernanda Saks Hahne



SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	3
2.	DADOS SOCIODEMÓGRÁFICOS E SANITÁRIOS	4
2.1.	Dados demográficos	4
2.2.	Indicadores sociais	5
2.3.	Recursos financeiros e força de trabalho de nível superior	9
2.4.	Indicadores sanitários	12
2.5.	Desafios regionais	22
3.	DIAGNÓSTICO AUTOINFORMADO PELOS MUNICÍPIOS: CARACTERÍSTICAS DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO.....	24
3.1.	Atenção Primária à Saúde	24
3.2.	Outros serviços da rede de saúde.....	26
3.2.1.	Rede de Atenção Materno-Infantil.....	26
3.2.2.	Rede das Pessoas com Deficiência	26
3.2.3.	Rede de Atenção Psicossocial.....	27
3.2.4.	Rede de Atenção à Urgência (RAU).....	28
3.3.	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.....	28
3.4.	Linhas de cuidado	30
3.5.	Atenção ambulatorial especializada	30
3.6.	Sistema de regulação	32
3.7.	Tempo de espera nos serviços especializados	35
3.8.	Contratação de serviço privado	41
3.9.	Nutrição	41
3.9.1.	Dados de profissionais da Nutrição.....	42
4.	ATIVIDADES OFERTADAS PELO PROJETO TELENORDESTE	45
4.1.	Atividades de engajamento	45
4.1.1.	Oficinas presenciais.....	45
4.1.2.	Apoiadores regionais.....	46
4.2.	Tele-educação	47
4.3.	Teleconsultoria/teleinterconsulta.....	48
4.3.1.	Teleconsultoria assíncrona.....	56
5.	PLANO DE COMUNICAÇÃO PARA A REGIÃO DE SAÚDE DE PROPRIÁ.....	58
6.	RECOMENDAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICE: SESSÕES DE APRENDIZAGEM VIRTUAL	71

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 Propriá, 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 teleinterconsulta e teleconsultoria.

Dessa forma, o TeleNordeste 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 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 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, 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 no presente relatório.

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

2. DADOS SOCIODEMÓGRÁFICOS E SANITÁRIOS

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

2.1. Dados demográficos

A Região de Saúde de Propriá, situada no estado de Sergipe, apresenta uma diversidade de municípios com características únicas, refletindo as particularidades da região. Composta por 16 municípios, a região abriga uma população total de aproximadamente 148.130 habitantes, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Dados populacionais da Região de Saúde de Propriá

Município	População indicada	População IBGE
Amparo do São Francisco	2.374	2.170
Aquidabã	22.000	20.131
Brejo Grande	7.841	7.841
Canhoba	3.791	3.791
Cedro de São João	6.197	5.391
Ilha das Flores	9.070	8.321
Japoatã	13.680	13.407
Malhada dos Bois	3.579	3.579
Muribeca	7.822	7.822
Neópolis	16.418	16.426
Nossa Senhora de Lourdes	6.268	6.268
Pacatuba	13.153	12.502
Propriá	26.618	26.618
Santana de São Francisco	7.346	7.346
São Francisco	3.823	3.243
Telha	3.274	3.274

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

A Região de Saúde de Propriá apresentou um crescimento populacional leve e constante de 2017 a 2021. Em 2017, a população era de 158.312 habitantes. Esse número aumentou para 158.861 em 2018, 159.399 em 2019, 159.926 em 2020 e 160.439 em 2021, segundo dados publicados no Plano Estadual de Saúde de Sergipe (PES/SE) 2024-2027 (Sergipe, 2023). Porém, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), com estimativa para o ano de 2022, apresenta uma população para a região estimada em 148.130 habitantes, e no Formulário de Adesão preenchido pelos municípios estima a população da região em 153.254 habitantes, demonstrando uma possível divergência de dados, uma vez que é pouco provável que tenha ocorrido uma queda acentuada de um ano para outro.

Fato é que os municípios que compõem a Região de Saúde de Propriá são majoritariamente de pequeno porte, e mesmo sendo composta por 16 municípios, é a menos populosa do estado, evidenciando a necessidade de manter o desenvolvimento da infraestrutura e dos serviços para acompanhar o crescimento gradual da população e garantir o atendimento adequado às demandas da comunidade.

2.2. Indicadores sociais

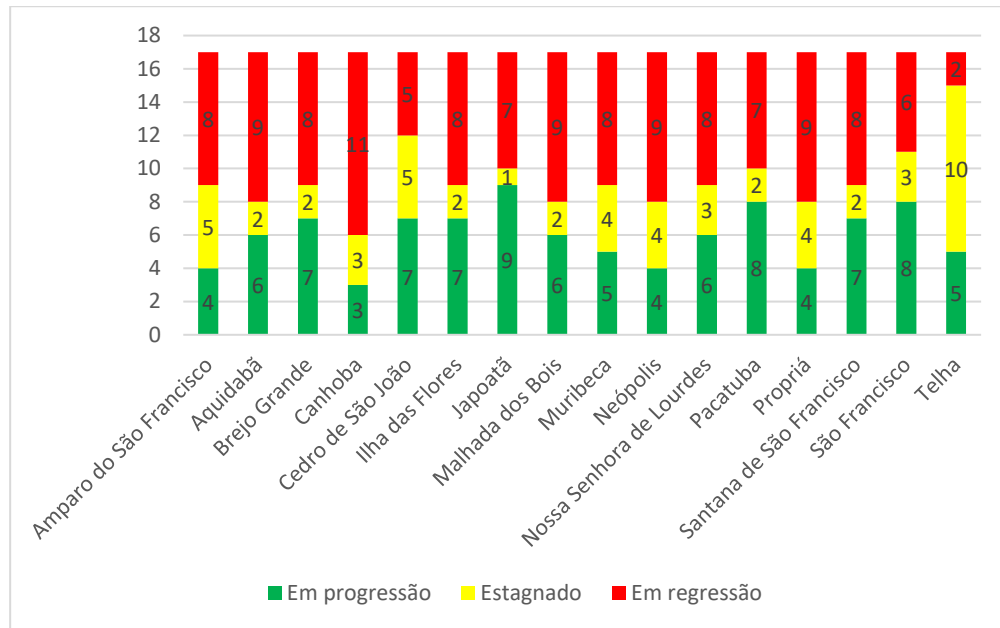
Uma apreciação sobre a realidade da Saúde em uma região pode ser levada a cabo a partir de diferentes fontes.

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 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 Propriá, listados na Tabela 1, encontram-se, respectivamente, nas posições 2.971, 5.034, 4.355, 3.684, 4.428, 4.537, 4.595, 4.726, 4.720, 5.367, 4.352, 3.614, 3.033, 2.615, 2.021 e 4.620 (Instituto Cidades Sustentáveis, 2024).

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

Gráfico 1 — Alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável



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

Ao somar os ODS estagnados com os em regressão, 9 dos 16 municípios dessa região se encontram com importantes dificuldades em mais de 10 dos 17 ODS.

Em uma análise como esta, considerar somente o ODS 3, que se refere à Saúde e Bem-estar, pode ser limitado, pois é sabido que saúde é um resultado complexo de todas as determinações consideradas nos ODS, embora permita uma visão mais objetiva do setor em si. Para esse ODS, nenhum município apresenta tendência de progressão, 2 se encontram com tendência estagnada e 14 em regressão, o que é bem preocupante para a Região de Saúde.

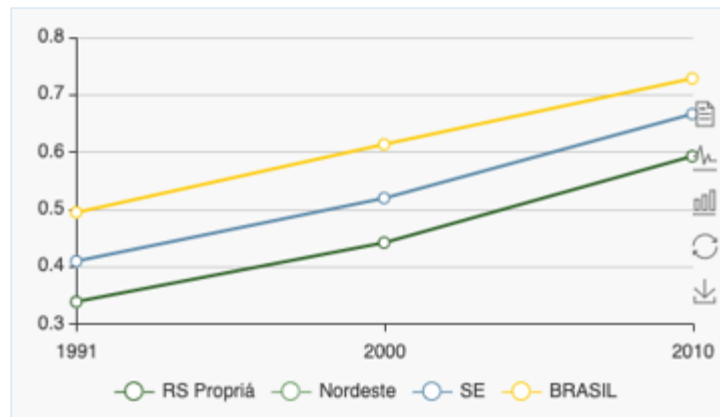
Outra forma de aquilatar a situação do desenvolvimento social é através de escores universalmente aceitos, que costumam integrar diferentes dimensões em sua composição. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um deles, pois varia de 0 a 1 e, quanto mais próximo de 1, melhor o nível de desenvolvimento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

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 território.

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 Propriá, o IDH teve um valor considerado baixo registrado na medição referente a 2010, sendo de 0,591. 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 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.

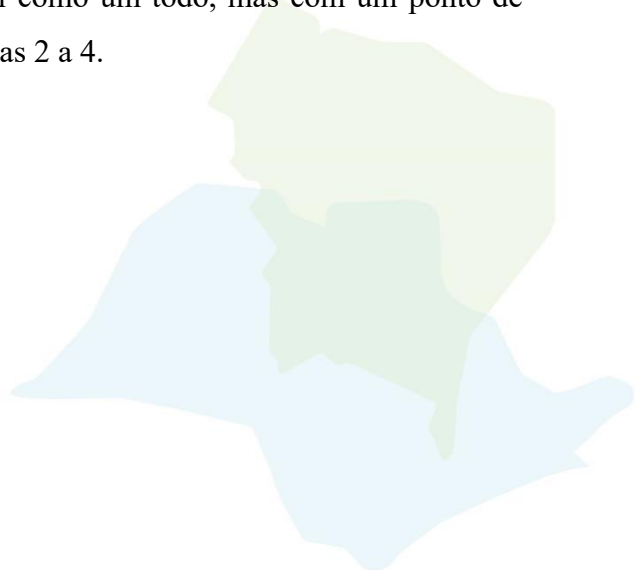
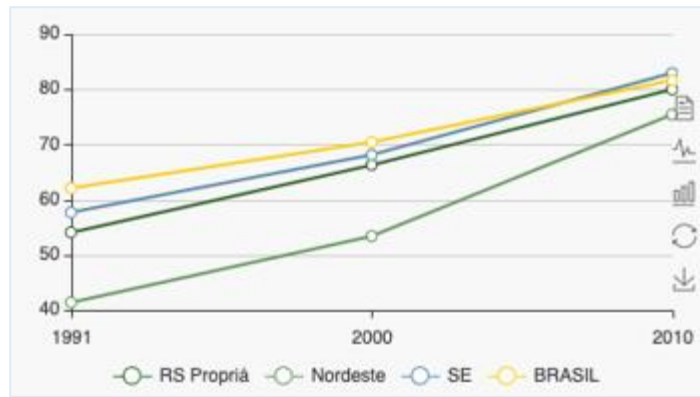
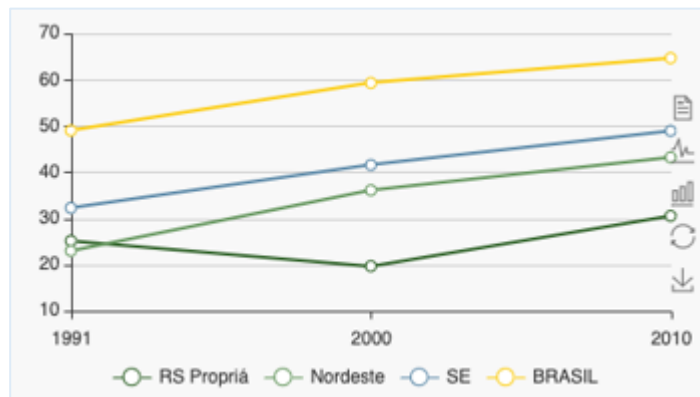


Figura 2 — Percentual da população com abastecimento adequado de água



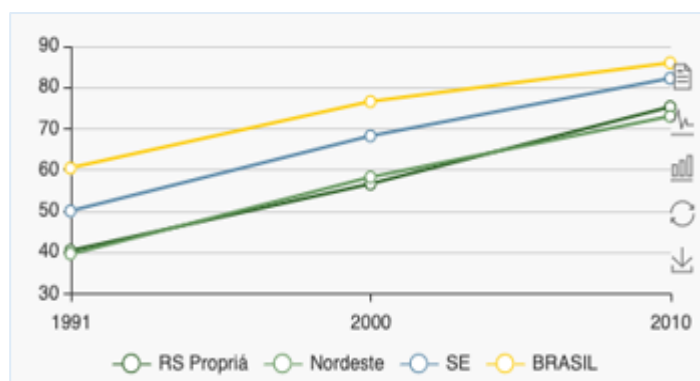
Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

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).

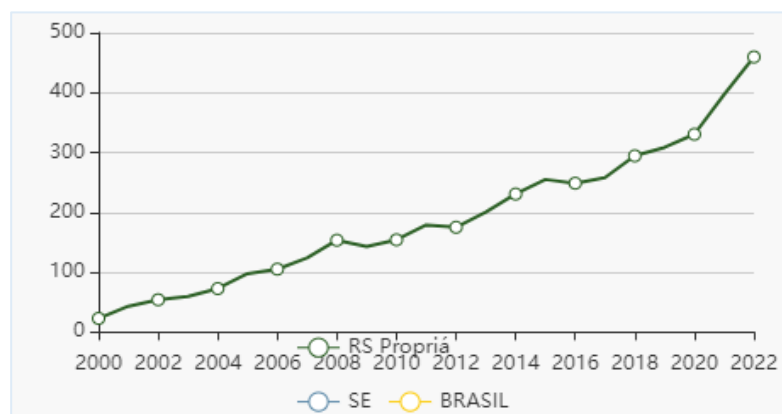
O destaque de melhoria dos serviços sanitários básicos fica por conta do fornecimento de água potável, que atingiu cobertura semelhante à de todo o estado de Sergipe. Já a destinação adequada de esgoto e a coleta de lixo, apesar do crescimento observado nos últimos anos, apresentam-se com cobertura inferior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

Em síntese, os indicadores sociais demonstram que a Região de Saúde de Propriá, apesar dos avanços nas últimas décadas, permanece em situação desprivilegiada, não somente relacionada aos indicadores nacionais, mas, sobretudo, no próprio estado de Sergipe.

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 Propriá tem-se elevado ao longo do tempo (Figura 5), mas não necessariamente implica em aumento de serviços, uma vez que a inflação e os custos crescentes no setor fazem com que a prestação dos mesmos serviços tenha valores aumentados anualmente. A exceção fica por conta do ano de 2022, que tem uma curva mais ascendente, o que sugere um aumento real de investimentos no setor Saúde.

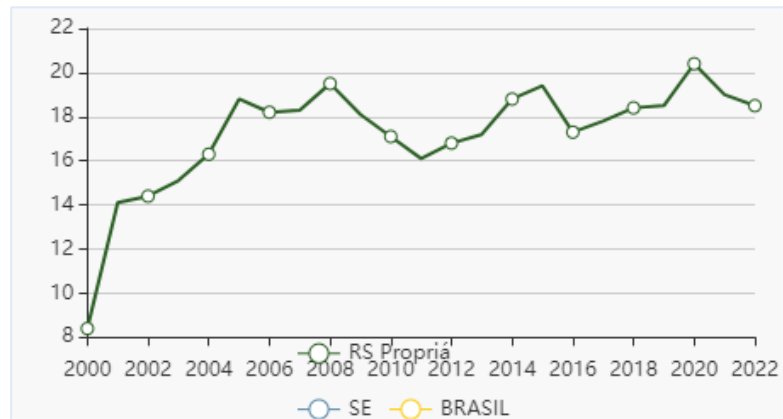
Figura 5 — Recursos próprios destinados à saúde por habitante (em R\$)



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% estabelecidos pela Emenda Constitucional nº 29 (Brasil, 2000), a partir de 2004, mas com tendência de proximidade ao piso (Figura 6).

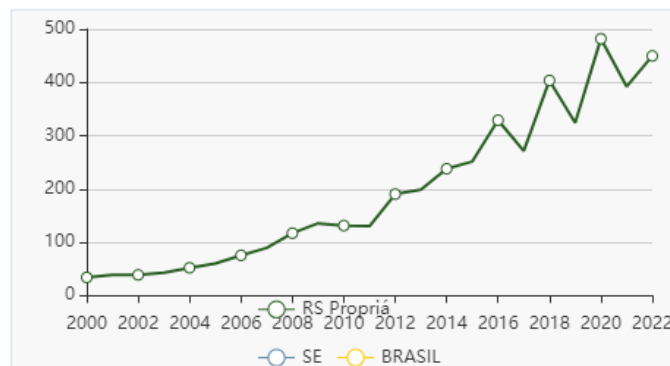
Figura 6 — Percentual dos recursos próprios destinados à saúde



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

O valor *per capita* de transferências de recursos federais (e, em menor monta, estaduais) para a região também tem-se elevado ao longo dos últimos 20 anos, de forma mais acentuada na última década analisada (Figura 7), o que sugere um maior investimento total de recursos para a saúde na região.

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



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

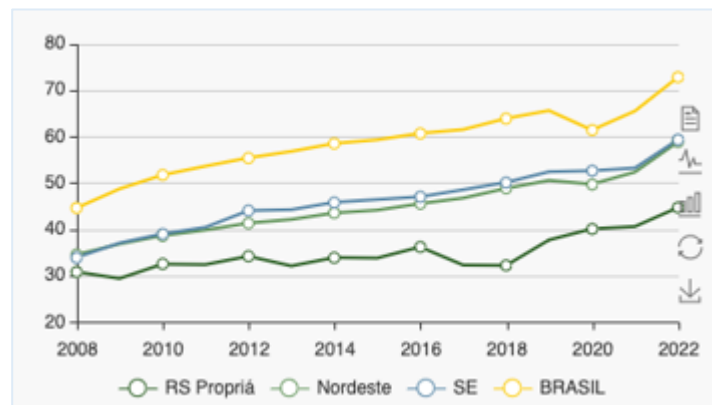
Esse comportamento dos recursos do setor Saúde tem sido acompanhado, ao longo dos anos, por uma tendência de ampliação da oferta de profissionais essenciais ao setor para a Região de Saúde de Propriá, ocorrida também no estado e no país, conforme Figuras 8 a 10.

Figura 8 — Enfermeiros por 100 mil habitantes



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Figura 9 — Cirurgiões-dentistas por 100 mil habitantes



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Figura 10 — Médicos especialistas por 100 mil habitantes



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Apesar da tendência da ampliação de oferta de profissionais na Região de Saúde de Propriá, observa-se uma curva mais ascendente na categoria da enfermagem. Nas categorias de cirurgiões dentistas e médicos especialistas, a ampliação apresenta tendência mais tímida, e com grande inferioridade em relação ao estado, à região Nordeste e ao Brasil como um todo. Isso é ainda mais evidente na categoria médica, na qual essa desigualdade tem-se acentuado.

2.4. Indicadores sanitários

Com relação ao percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de Atenção Básica, a Região de Saúde de Propriá apresenta um histórico superior à cobertura do estado e à do Nordeste como um todo, próxima de 100% (Figuras 11 e 12).

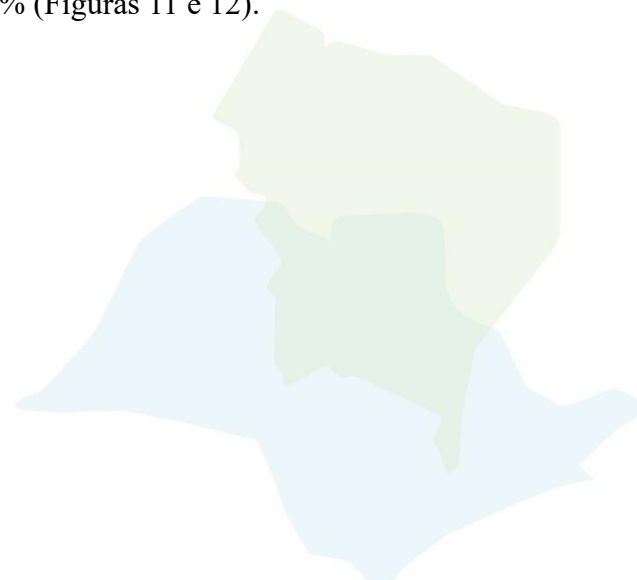
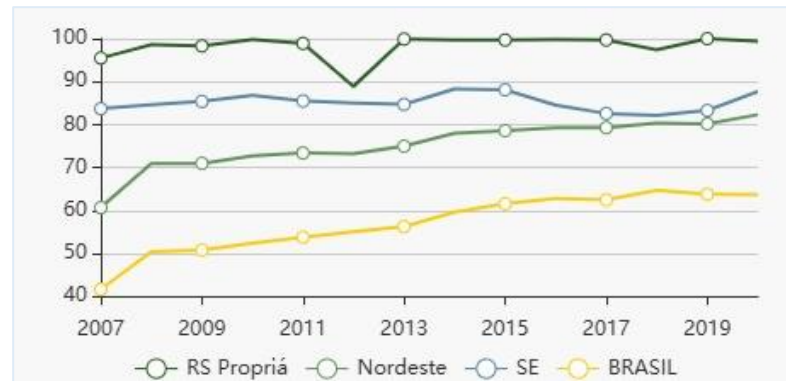
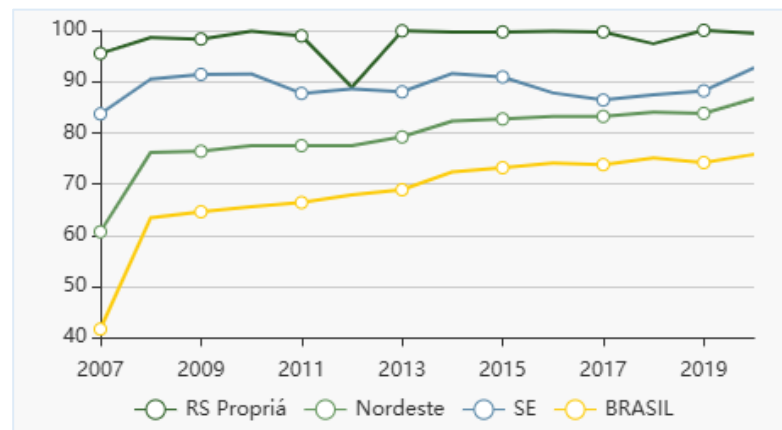


Figura 11 — Percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

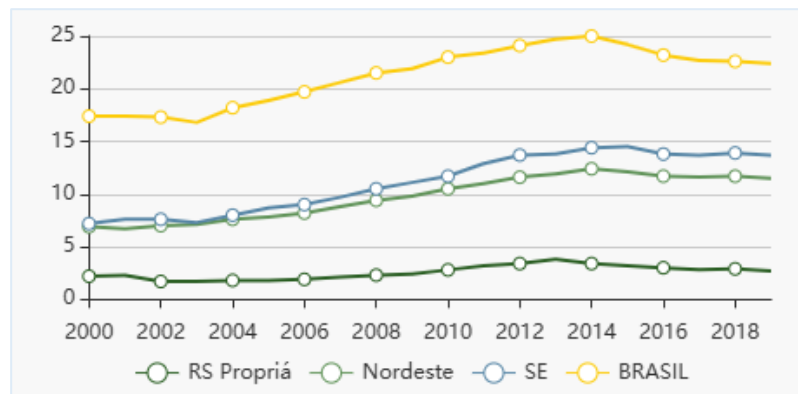
Figura 12 — Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Esses resultados de cobertura na Região de Saúde de Propriá, bem como em Sergipe e no Nordeste como um todo, evidenciam uma priorização da Estratégia Saúde da Família como modelagem de oferta da APS. Isso é positivo em vários aspectos fundamentais, como quanto à possibilidade de vínculo, conhecimento da comunidade e atenção integral. Outro aspecto que chama atenção na região é a elevada proporção da chamada população SUS-dependente (Figura 13). Expressa na baixa cobertura de planos de saúde, bem abaixo da média do estado, da região Nordeste e do Brasil, isso corrobora a realidade de uma menor proporção de emprego formal, já que a maior proporção de cobertura por essa modalidade é de planos coletivos contratados como forma de salário indireto.

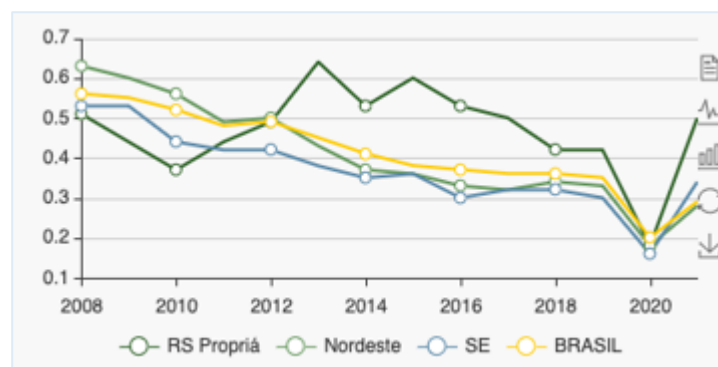
Figura 13 — Percentual da população coberta por planos e seguros de assistência suplementar à saúde



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Apesar da boa cobertura de ESF, isso parece não ter favorecido a execução de ações essenciais, como as de prevenção de câncer evitável de colo de útero. Tal execução veio 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, mas apresentou recuperação moderada nessa região no início da década atual, superior às demais abrangências territoriais avaliadas, 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

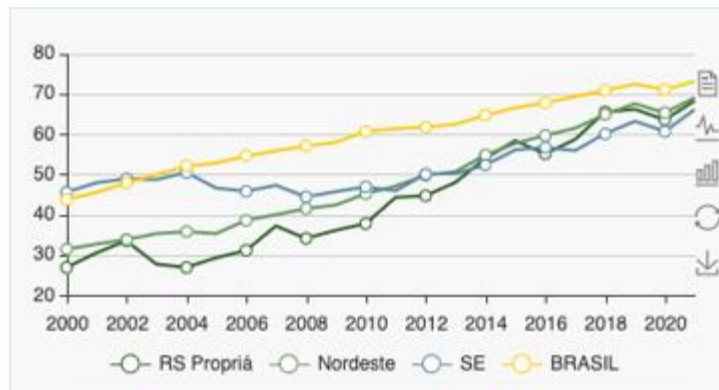


Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

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. É o que se vê para o pré-natal, considerando todas as abrangências territoriais, incluindo a Região de Saúde de Propriária, conforme Figura 15. Isso pode expressar uma variabilidade de dificuldade cultural basal

de captação para diferentes ações, assim como de incentivos e estratégias no mesmo sentido, ou até mesmo a própria motivação individual de busca pelo serviço, possivelmente mais favorável no caso do pré-natal, ainda que seus indicadores não estejam com desempenho ótimo.

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



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Apesar da melhoria do acesso, caracterizada anteriormente, problemas de qualidade da atenção se refletem fortemente nos indicadores de saúde. A piora das taxas de incidência de sífilis congênita (Figura 16) põe em destaque o resultado negativo para uma ação específica e rotineira que deveria necessariamente ocorrer no pré-natal. O aparente baixo percentual é uma ilusão, pois a sífilis congênita deveria apresentar taxa zero, por ser totalmente evitável, com tratamento acessível na própria APS.

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

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

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

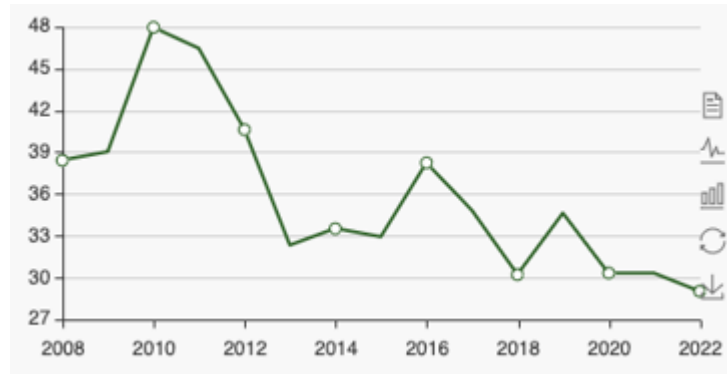
Em termos de acesso a recursos de custo intermediário, como internações clínicas, a tendência é de aumento sustentado de sua realização no âmbito da própria região de saúde e redução de realização fora dela, conforme Figuras 17 e 18. Isso é positivo, pois permite acesso mais rápido, evita maiores deslocamentos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

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



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

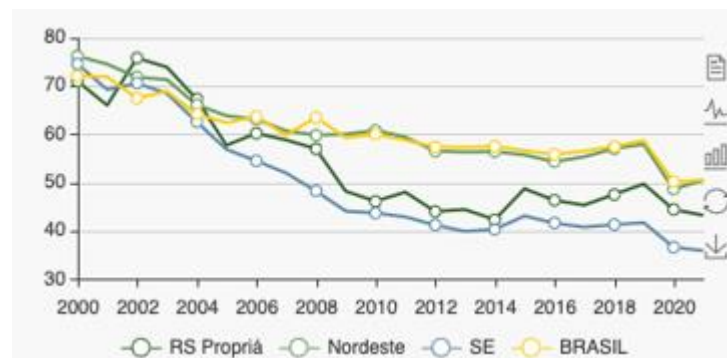
Figura 18 — Percentual de internações clínicas realizadas fora da Região de Saúde de Propriá



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

Independentemente do local de internação, verifica-se uma queda persistente da taxa bruta de internação hospitalar no SUS por 1.000 habitantes, que vem ocorrendo em todos os territórios aqui já considerados (Figura 19).

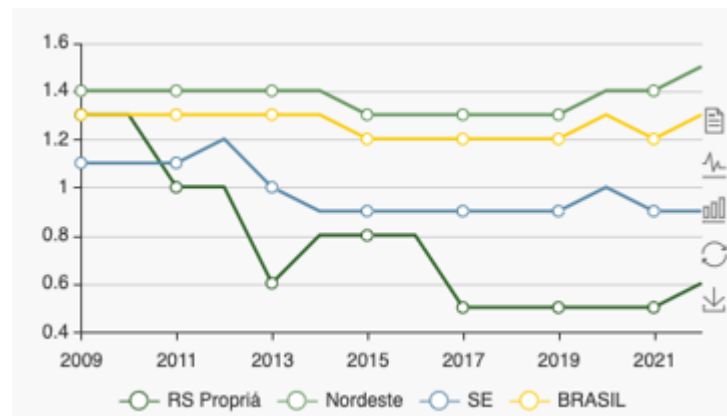
Figura 19 — Taxa bruta de internação hospitalar no SUS por 1.000 habitantes



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

O que pode ser avaliado como uma queda no acesso hospitalar (Figura 20), tem ocorrido em paralelo a uma queda de necessidade de acesso, que por sua vez 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 à 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



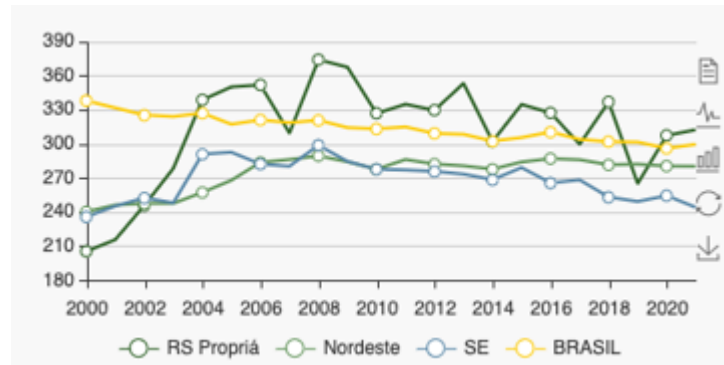
Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

No estado de Sergipe, houve queda na disponibilidade de leitos para o SUS, mas a queda na Região de Saúde de Propriá 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, 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, mas a segunda interpretação não deve ser desconsiderada.

Já a queda nas ICSAPS parece ter uma trajetória consistente com os efeitos da oferta de APS. Isso é corroborado nas taxas de mortalidade prematura (30-69 por 100 mil habitantes) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que, após um período inicial de elevação (que pode corresponder a dificuldades de registro no quinquênio inicial do milênio), têm mantido tendência de queda (2006-2020), também encontrada no estado, no Nordeste e no Brasil. Apresentou uma

variação média maior, o que é habitualmente encontrado em populações menores de regiões de saúde em relação às do estado e territórios maiores (Figura 22).

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



Fonte: PROADESS (Fiocruz, c2011).

As taxas de mortalidade infantil, por sua vez, flutuaram para mais a partir de 2019, como em quase todo estado, voltando a cair em 2020/2021, como pode ser observado na Figura 23. É sabido que o componente neonatal da mortalidade infantil vem caindo, historicamente, de modo mais lento que suas taxas totais, refletindo uma lentidão maior na melhora assistencial no setor hospitalar que na melhora sanitária geral. É possível que alterações no padrão de financiamento do setor Saúde, a partir da instituição do chamado Teto de Gastos, evidentes 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. 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 cuidados em saúde mental. A queda na taxa de mortalidade por suicídio (Figura 24) reflete parte desse componente, pois expressa tanto estressores sociais quanto essa capacidade de cuidado pelo setor Saúde.

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

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

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

Essa necessária evolução do sistema regional de saúde, incorporando elementos do cuidado integral, foi acompanhada por dificuldades em alguns dos elementos de cuidado tradicionais previamente estabelecidos. Não ocorreu para as taxas de cura de novos casos de hanseníase, mas ocorreu para as de tuberculose, conforme ilustrado nas Figuras 25 e 26.

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).

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 hospitalar. O TeleNordeste é um Proadi-SUS demandado justamente para apoiar a elevação dessa efetividade e a otimização do uso de recursos escassos nesse acesso.

2.5. Desafios regionais

A Região de Saúde de Propriá, situada na região nordeste do estado de Sergipe, é formada pelos municípios de Amparo de São Francisco, Aquidabã, Brejo Grande, Canhoba, Cedro de São João, Ilha das Flores, Japoatã, Malhada dos Bois, Neópolis, Pacatuba, Propriá, Santana do São Francisco, São Francisco, Telha, Nossa Senhora de Lourdes e Muribeca

A região enfrenta desafios significativos no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde, especialmente devido à baixa densidade demográfica e à limitada regionalização dos serviços, provavelmente justificada pelo fato de os municípios da região de saúde serem de pequeno porte, assim como pela baixa capacidade de oferta de serviços especializados. Esse fator dificulta a distribuição adequada de recursos e profissionais, resultando em longos deslocamentos e maior tempo de espera para a população em busca de atendimento especializado. Além disso, a oferta limitada de serviços de saúde próximos às áreas mais populosas compromete a capacidade de resposta das unidades locais, sobrecarregando a Atenção Primária e aumentando a dependência de centros de saúde em outras regiões.

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

Em resposta a essa necessidade, 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, conseguimos ampliar a cobertura para mais municípios em Sergipe, utilizando soluções de saúde digital como teleinterconsulta e teleconsultoria, 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 melhora a 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 essencial para fortalecer e integrar a rede de serviços de saúde no estado. Ao conectar a APS com a AAE por meio de plataformas de telemedicina, criamos um fluxo contínuo de informações e recursos que facilita a colaboração entre diferentes níveis de cuidado. Isso não apenas melhora a eficiência do sistema como também assegura que os pacientes recebam um atendimento mais coordenado e contínuo.



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

A região conta com uma rede de serviços diversificada, que inclui hospitais, ambulatórios de especialidades, unidades básicas de saúde e unidades de apoio diagnóstico, proporcionando uma assistência integral e de qualidade à população.

3.1. Atenção Primária à Saúde

Um aspecto marcante dessa região é a distribuição de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes de Saúde da Família (eSF), conforme detalhado no Quadro 1.

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

Município	Número de UBS	Quantas aderiram ao TeleNordeste?	eSF total	eSF indicada	Tem credenciamento e-Multi?	Especialidades solicitadas	Telessaúde
Amparo do São Francisco	2	2	1	1	Sim	Vascular, pneumologia, oftalmologia, reumatologia	Não
Aquidabã	9	9	10	10	Sim	Psicologia, assistência social, educação física, nutrição	Não
Brejo Grande	4	4	4	4	Sim	Psicologia, assistência social, fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição	Não
Canhoba	5	5	2	2	Sim	Fisioterapia, psicologia, nutrição	Não
Cedro de São João	3	3	3	3	Sim	Nutrição, psicologia, educação física e assistência social	Não
Ilha das Flores	4	4	4	4	Não	Não houve adesão	Não
Japoatã	6	11	6	6	Sim	A definir após credenciamento	Não

Município	Número de UBS	Quantas aderiram ao TeleNordeste?	eSF total	eSF indicada	Tem credenciamento e-Multi?	Especialidades solicitadas	Telessaúde
Malhada dos Bois	2	2	2	2	Sim	Fisioterapia, psicologia, psiquiatria, nutrição, educação física	Não
Muribeca	7	7	4	4	Sim	Fisioterapia, psicologia, nutrição	Não
Neópolis	8	8	8	8	Sim	Psicologia, fisioterapia, educação física, fonoaudiologia, nutrição	Não
Nossa Senhora de Lourdes	2	2	3	3	Sim	Pediatria, terapia ocupacional, nutrição, educação física, psicologia	Não
Pacatuba	7	6	6	6	Não	Não informado	Não
Propriá	7	7	10	10	Sim	Nutrição, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, educação física, farmácia, assistência social	Não
Santana de São Francisco	3	3	4	4	Não	Nutrição, farmácia, fisioterapia	Não
São Francisco	2	1	2	1	Sim	Medicina veterinária, fisioterapia, psicologia	Não
Telha	4	1	1	1	Sim	Nutrição, educação física, psicologia, psiquiatria	Não

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

Com um total de 74 UBS, das quais 65 foram indicadas, e 59 eSF, das quais 58 foram indicadas, a principal característica da Região de Saúde de Propriá é que se trata de uma composição de pequenos municípios, revelada pela quantidade de equipes por município. Essa

constituição é relativamente importante, pois a tendência é que municípios de pequeno porte não contem com oferta de Atenção Ambulatorial Especializada própria ou no mínimo adequada a sua necessidade, dependendo de referências externas.

Com relação a e-Multi, algumas especialidades informadas durante o levantamento das necessidades não serão contempladas, segundo a Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, que institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2023). Porém, o credenciamento de e-Multis informado, pode minorar a situação de alguns municípios, tornando a Atenção Primária à Saúde mais resolutiva, o que pode implicar em uma quantidade menor de encaminhamentos.

Outro fator que chama atenção é a ausência de uso de recursos de Telessaúde pelos municípios, em parte justificada pela falta de oferta do ente público, mas que, de certa forma, também aponta para uma acomodação na busca de outras soluções de melhoria de acesso. A ausência de uma cultura de uso de recursos digitais pode ser um aspecto limitador na adesão de projetos em saúde digital, mas por outro lado também demonstra a importância do Projeto TeleNordeste, como possibilidade de institucionalização do uso de recursos de telessaúde

3.2. Outros serviços da rede de saúde

Esta seção destina-se a detalhar outros serviços de saúde que compõem a Região de Saúde de Propriá.

3.2.1. Rede de Atenção Materno-Infantil

Os municípios que compõem a Região de Saúde de Propriá têm como referência para a Rede de Atenção Materno-Infantil (RAMI) o Hospital Regional de Propriá, que conta com maternidade de risco obstétrico habitual.

3.2.2. Rede das Pessoas com Deficiência



A Região de Saúde de Propriá tem como referência o Centro Especializado em Reabilitação tipo II — Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Aracaju (CER II/APAE), um centro especializado em reabilitação de paciente com deficiências nas seguintes modalidades:

- Deficiência física: reabilita funções motoras, melhorando assim a qualidade de vida e a autonomia.
- Deficiência intelectual: objetiva resgatar autonomia e qualidade de vida dos usuários através da estimulação.

Para apoio à reabilitação auditiva com Aparelho de Ampliação Sonora Individual (AASI), a região tem como referência o Hospital São José, localizado em Aracaju.

3.2.3. Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (Brasil, 2011). Na região de saúde abordada, os municípios são apoiados pelos serviços conforme Quadro 2.

Quadro 2 — Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

CAPS	Município
Caps I Esperança	Aquidabã
Caps I Cedro	Cedro de São João
Caps Quitéria da Silva Souza	Japoatã
Caps I Nilton Vieira da Silva	Pacatuba
Caps I Irmã Augustinha	Propriá
Caps José Nelson Santos	Neópolis

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

3.2.4. Rede de Atenção à Urgência (RAU)

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA), conforme Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017, que redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017), devem ser um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência — SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RAU.

Para Pronto Atendimento, o município de Neópolis conta com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que fornece apoio também para os demais municípios que compõem a região, tendo sua gestão de forma estadual.

Na Região de Saúde de Propriá há dois hospitais gerais de pequeno porte com unidade de Pronto-Socorro, que oferta Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), procedimentos ambulatoriais e hospitalares, de baixa e média complexidade. Trata-se da Fundação Médica Santa Cecília (localizado em Aquidabã) e Angélica Guimarães (localizado em Japoatã).

Por fim, o município de Aquidabã conta com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) implantado, com uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

A Região de Saúde de Propriá é apoiada pelo Hospital Regional de Propriá (HRP). A região conta ainda com outros hospitais, fora da região de saúde, para a realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, de média e alta complexidade: o Hospital Universitário de Sergipe para as demandas gerais, e o Hospital São José, para a referência de urgências psiquiátricas.

3.3. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Os dados fornecidos pelos municípios descrevem serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, os quais são listados no Quadro 3.

Quadro 3 — Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Município	Serviços de Apoio Diagnóstico
Amparo do São Francisco	Não há
Aquidabã	Laboratorial, imagem
Brejo Grande	Não há
Canhoba	Laboratorial
Cedro de São João	Laboratorial, imagem
Ilha das Flores	Laboratorial + fisioterapia
Japoatã	Laboratorial + testes rápidos
Malhada dos Bois	Laboratorial
Muribeca	Laboratorial + imagem + eletrocardiograma
Neópolis	Laboratorial, imagem
Nossa Senhora de Lourdes	Não há
Pacatuba	Laboratorial, imagem
Propriá	Laboratorial, imagem
Santana de São Francisco	Laboratorial
São Francisco	Laboratorial, imagem
Telha	Não há

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

Os municípios variam significativamente na disponibilidade de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Em quatro dos 16 municípios não há qualquer tipo de serviço de apoio diagnóstico próprio, incluindo o laboratorial, e somente sete contam com algum tipo de apoio de serviços de diagnóstico por imagem no próprio município. Esse cenário de dependência de recursos diagnósticos externos é uma realidade para municípios de pequeno porte, porém, essa situação pode gerar dificuldades de celeridade no processo diagnóstico e de tratamento, e também

figura-se como limitador dos desfechos mais rápidos, no caso de uso de recursos de teleatendimento.

3.4. Linhas de cuidado

A implementação de linhas de cuidados em municípios é uma estratégia-chave na organização dos serviços de saúde na APS. Por esse motivo, no Formulário de Adesão foi solicitado o preenchimento acerca das linhas de cuidado dos municípios, com as seguintes respostas. Os municípios com linhas de cuidado implantadas são:

- **Nossa Senhora de Lourdes:** o município implementou linhas de cuidado em saúde para hipertensos, diabéticos, adultos e tabagistas.
- **Telha:** conta com linhas de cuidado para pacientes idosos, mulheres e gestantes.

Municípios sem linhas de cuidado implantadas: Amparo do São Francisco, Aquidabã, Brejo Grande, Canhoba, Cedro de São João, Ilha das Flores, Japoatã, Malhada dos Bois, Muribeca, Neópolis, Pacatuba, Propriá, Santana de São Francisco e São Francisco. A falta de linhas de cuidado pode levar a uma gestão fragmentada dos serviços de saúde, em que o cuidado não é tão integrado ou eficiente quanto poderia ser se houvesse uma coordenação mais estruturada.

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

3.5. Atenção ambulatorial especializada

O formulário de adesão enviado aos municípios contemplou informações quanto às especialidades médicas ofertadas nos diversos municípios, as quais são apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4 — Especialidades ofertadas pelos municípios na Região de Saúde de Propriá

Município	Especialidades ofertadas pelo município
Amparo do São Francisco	Ginecologia
Aquidabã	Cardiologia, ortopedia
Brejo Grande	Clínica geral, pediatria, ginecologia
Canhoba	Clínica geral
Cedro de São João	Psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, cardiologia
Ilha das Flores	Ginecologia, pediatria e dermatologia
Japoatã	Psiquiatria adulto, pediatria e ginecologia
Malhada dos Bois	Psiquiatria via CAPS em outro município
Muribeca	Endocrinologia, urologia, ortopedia, oftalmologia
Neópolis	Psiquiatria adulto
Nossa Senhora de Lourdes	Psiquiatria adulto
Nossa Senhora de Lourdes	Psiquiatria adulto
Pacatuba	Psiquiatria
Propriá	Neurologia adulto, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia
Santana do São Francisco	Ginecologia
São Francisco	Cardiologia
Telha	Psiquiatria adulto

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

O município de Propriá e, em menor intensidade, o de Muribeca, contam com serviços de Atenção Ambulatorial Especializada, que podem facilitar o acesso de seus municípios. Os demais municípios têm ofertas isoladas e em especialidades mais generalistas como pediatria, clínica médica e ginecologia e obstetrícia. Chama atenção a grande oferta de psiquiatria na região, o que provavelmente é apoiado pela implantação de CAPS nos municípios.

3.6. Sistema de regulação

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

No Quadro 5 são elencadas as informações mencionadas pelos municípios.

Quadro 5 — Informação do sistema de regulação dos municípios

Município	Sistema utilizado	Fluxo de regulação	Profissional responsável	Acesso às filas
Amparo do São Francisco	Regional e municipal	Centralizados na central de regulação do município	Médico e enfermeiro	Marcadores das unidades básicas
Aquidabã	Estadual	Centralizados na central de regulação do município	Administrativo	Através de fluxo
Brejo Grande	Estadual	Centralizados na central de regulação do município	Enfermeiro e técnico	Todos os pacientes são encaminhados para a central de regulação
Canhoba	Estadual e regional	Centralizados na central de regulação do município	Administrativo	Através de encaminhamentos feitos pelos profissionais
Cedro de São João	Estadual	Centralizados na central de regulação do município	Assistente administrativo	Através de fluxos
Ilha das Flores	Estadual, regional e municipal	Centralizados na central de regulação do município	Coordenador de regulação	Regulação municipal centralizada
Japoatã	Estadual, regional e municipal	Centralizados na central de regulação do município	Fisioterapeuta	Utilização das três redes de articulação para a liberação dos exames

Malhada dos Bois	Estadual, regional e municipal	Centralizados na central de regulação do município	Digitador	Paciente chega à unidade de saúde no local de marcação e no povoado
Muribeca	Estadual e regional	Centralizados na central de regulação do município	Auxiliar administrativo	Através dos relatórios encaminhados às unidades de saúde
Neópolis	Estadual e regional	Centralizados na central de regulação do município	Secretário de Saúde	Através da central de marcação, pelo próprio usuário
Nossa Senhora de Lourdes	Estadual	Centralizados na central de regulação do município	Auxiliar administrativo	As unidades encaminham via relatório a solicitação de especialidade
Pacatuba	Estadual	Centralizados na central de regulação do município	Médico	Por sistema de agendamentos
Propriá	Estadual, regional e municipal	Centralizados na central de regulação do município	Assessor especial	As enfermeiras fazem o agendamento e/ou o próprio paciente pode fazer
Santana de São Francisco	Estadual	Cada unidade insere seus casos diretamente no sistema	Marcador	Todas as unidades têm um marcador; responsável na SMS
São Francisco	Estadual e regional	Centralizados na central de regulação do município	Regulador municipal	As unidades básicas levam a demanda para a central de regulação mensalmente
Telha	Estadual e regional	Centralizados na central de regulação do município	Coordenador da regulação	É inserido no sistema e aguarda a liberação da regulação estadual

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

Os municípios da Região de Saúde Propriá utilizam uma combinação de sistemas estadual, regional e municipal, com variados níveis de centralização e autonomia. A presença de médicos como reguladores, no processo de regulação, tende a promover uma gestão mais eficaz e clinicamente apropriada, uma vez que é possível o agendamento por classificação de risco. No entanto, apenas os municípios de Pacatuba e Amparo do São Francisco contam com médico regulador. Além disso, apenas em Santana do São Francisco o pedido de encaminhamento é feito na unidade de saúde diretamente no sistema de regulação, o que permite acesso e melhor gerenciamento das filas, e, nos demais, depende do processo de pedido manual e da inserção da solicitação em nível centralizado, dificultando o monitoramento das filas e o agendamento dos pacientes, por cada unidade de saúde.

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

Ainda que a maioria dos municípios não façam a regulação assistencial propriamente dita, principalmente pela ausência no profissional médico no processo, a integração do fluxo de regulação do município com as ações de teleinterconsulta/teleconsultoria permite uma qualificação dos encaminhamentos, o que já implica também na qualificação do processo regulatório, com possibilidade de diminuição do tempo de espera e acesso em local e tempo mais oportunos. O desafio, nesse caso, é a centralização das informações na central de regulação, pois a revisão dos casos deve partir da equipe de saúde e não da central propriamente dita. Nesse sentido, as equipes de saúde deverão ter acesso aos casos que aguardam agendamento nas especialidades.

Além disso, o uso de diversos sistemas (estadual, regional e municipal) implica em revisão de filas em sistemas distintos, o que torna a busca ativa mais complexa.

Conforme mencionado anteriormente, a oferta municipal de especialidades é reduzida, e isso gera necessidade de encaminhamentos para o município polo da região (Quadro 6), bem como na capital do estado, onde estão concentradas diversas ofertas de especialidade.

Quadro 6 — Especialidades encaminhadas para a Central de Regulação na Região de Saúde de Propriá

Município	Especialidades que são encaminhadas para a central de regulação (município-polo)
Propriá	Neurologia infantil, fisioterapia, reumatologia
Amparo do São Francisco	Neurologia adulto
Aquidabã	Não informado
Brejo Grande	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, dermatologia, reumatologia, alergologia, angiologia
Canhoba	Cardiologia, endocrinologia, ortopedia
Cedro de São João	Neurologia adulto, psiquiatria adulto, cardiologia, endocrinologia, ortopedia, cirurgia geral, otorrinolaringologia
Muribeca	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, reumatologia
Nossa Senhora de Lourdes	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, reumatologia, fisioterapia
Ilha das Flores	Psiquiatria adulto, ortopedia, oftalmologia
Japoatã	Cardiologia, ortopedia
Malhada dos Bois	Não informado
Neópolis	Neurologia adulto, neurologia infantil, psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, reumatologia
Pacatuba	Neurologia adulto, cardiologia, endocrinologia, urologia, ortopedia, reumatologia
Santana de São Francisco	Psiquiatria adulto, cardiologia, ortopedia
São Francisco	Psiquiatria adulto, psiquiatria infantil, endocrinologia, urologia, ortopedia
Telha	Cardiologia, endocrinologia

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

3.7. Tempo de espera nos serviços especializados

O tempo médio de espera para atendimento varia consideravelmente entre as especialidades e os municípios da Região de Saúde de Propriá, pois, em geral, o acesso dos

municípios é por pactuação de vagas e não por acesso aberto para inserção no sistema de regulação. Assim, numa mesma especialidade, pode ter tempos de espera diferentes, em cada município, mesmo se tratando da mesma central de regulação de um município-polo de uma região, como podemos observar no Quadro 7. Compreender as necessidades específicas de cada município e monitorar esse tempo de espera pode ajudar a identificar gargalos no sistema, promovendo melhorias nos processos de planejamento estratégico para as soluções digitais desenvolvidas pelo projeto.

Quadro 7 — Tempo de espera nos serviços especializados

Município	Especialidade	Tempo médio de espera
Amparo do São Francisco	Neuropediatria	6 meses
	Cardiologia	3 meses
Aquidabã	-	-
Brejo Grande	Neuropediatria	-
	Neurologia adulto	-
	Cardiologia	-
	Endocrinologia	-
Canhoba	Neuropediatria	6 meses
	Cardiologia	3 meses
Cedro de São João	Neuropediatria	12 meses
	Cardiologia	7 a 15 dias
Ilha das Flores	-	-
Japoatã	-	-
Malhada dos Bois	-	-
Muribeca	Neurologia adulto	-
Neópolis	Neurologia adulto	6 meses

Município	Especialidade	Tempo médio de espera
	Cardiologia	6 meses
	Psiquiatria infantil	6 meses
	Urologia	6 meses
Nossa Senhora de Lourdes	-	-
Pacatuba	Neuropediatria	12 meses
Propriá	-	-
Santana de São Francisco	Neuropediatria	2 meses
	Urologia	2 a 3 meses
	Ortopedia	2 meses
	Reumatologia	2 a 3 meses
São Francisco	Neuropediatria	-
Telha	Neuropediatria	-

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

Ainda que muitos municípios não tenham preenchido esses dados no formulário, observa-se um tempo de espera relativamente elevado para acesso a algumas especialidades. Os dados compilados dos municípios revelam tempos de espera significativos e variações consideráveis. Em Amparo do São Francisco, pacientes esperam até 3 meses para cardiologia, ao passo que em Cedro de São João a espera é de apenas 7 a 15 dias para o mesmo serviço. Destacam-se, também, longos tempos de espera para certas especialidades, além da cardiologia, como a neuropediatria, que pode afetar negativamente a saúde dos pacientes que necessitam de atenção urgente, com tempo de espera que pode chegar a até 6 meses.

Nesse sentido, as informações quanto às especialidades mais importantes para apoio do Projeto TeleNordeste seguiram uma lógica inversa de oferta no próprio território, assim como dos tempos de espera mais elevados, conforme mostra o Quadro 8.

Quadro 8 — Especialidades médicas demandadas pelos municípios da Região de Saúde de Propriá

Especialidade	Amparo do São Francisco	Aquidabã	Brejo Grande	Canhoba	Cedro de São João	Ilha das Flores	Japoatã	Malhada dos Bois	Muribeca	Neópolis	Nossa Senhora de Lourdes	Pacatuba	Propriá	Santana do São Francisco	São Francisco	Telha	Total
Neurologia infantil		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
Cardiologia	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X		X		X	12
Endocrinologia	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X			X	X	12
Psiquiatria infantil			X			X	X		X	X	X	X		X	X	X	10
Ortopedia	X		X		X	X	X		X	X	X			X		X	10
Reumatologia			X		X	X	X		X	X	X		X	X	X		10
Neurologia adulto			X		X	X	X		X	X	X	X				X	9
Urologia			X		X	X	X		X	X	X			X	X		9
Psiquiatria adulto		X	X			X		X	X	X		X					7
Fisiatria			X								X		X		X		4
Dermatologia			X				X					X					3
Pediatria								X				X	X				3
Cirurgia vascular			X			X							X				3
Alergologia			X									X					2

Canhoba	± 117 km	± 117 km	± 21,2 km
Cedro de São João	± 94,4 km	± 93,8 km	± 11,3 km
Ilha das Flores	± 100 km	± 99,6 km	± 61,7 km
Japoatã	± 93,6 km	± 93,1 km	± 17,6 km
Malhada dos Bois	± 83,9 Km	± 83,3 km	± 22,5 km
Muribeca	± 72,6 km	± 72,0 km	± 30,4 km
Neópolis	± 119 km	± 118 km	± 41,6 km
Nossa Senhora de Lourdes	± 131 Km	± 130 km	± 34, 8 km
Pacatuba	± 93,2 km	± 92,6 km	± 39,6 km
Propriá	± 99,3 km	± 98,7 km	0 km
Santana de São Francisco	± 117 km	± 116 km	± 39,7 km
São Francisco	± 85,4 km	± 84,9 km	± 19,2 km
Telha	± 100 km	± 99,6 km	± 9,6 km

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

Analisando as distâncias entre os municípios da região e os hospitais de referência, nota-se que o acesso aos serviços de saúde especializados é um desafio para algumas localidades. Essa realidade destaca a importância de projetos que apoiem as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente em áreas onde a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) é menos acessível.

Tais informações são cruciais para o planejamento de intervenções que visem melhorar a eficiência e a equidade no acesso a esses serviços. Com o apoio do projeto TeleNordeste, os municípios que compõem a Região de Saúde de Propriá têm um grande potencial para melhorar a qualidade da assistência, reduzir os tempos de espera para consultas com especialistas e diminuir o número de encaminhamentos desnecessários de pacientes para a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

3.8. Contratação de serviço privado

Os municípios que compram consultas em serviços privados são: Propriá, Aquidabã, Muribeca, Nossa Senhora de Lourdes, Ilha das Flores, Japoatã, Malhada dos Bois, Neópolis, Pacatuba, Santana de São Francisco, São Francisco e Telha. Esses municípios utilizam a compra de consultas em serviços privados por meio de compra individual, em lotes ou através de sistemas de mutirão, com o objetivo de agilizar o atendimento à população e reduzir as filas de espera nos serviços públicos de saúde.

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

3.9. Nutrição

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

Os documentos gerados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) apontam para um cenário no qual alguns municípios não realizaram atividades coletivas relacionadas à alimentação, ou realizaram, porém, sem expressiva participação (Brasil, 2024a), e após análise do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) nota-se que esses mesmos municípios apontam para uma realidade de insegurança alimentar e nutricional, com uma população de usuários em sua maioria com estado nutricional de sobrepeso e obesidade (Brasil, 2024b).

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

Na Região de Saúde de Própria, segundo o SISAB (Brasil, 2024a), em pesquisa realizada entre janeiro e junho de 2024, sete dos seus dezesseis 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 sete 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)

Região	Código UF	UF	Código IBGE	Município	IMC										Total		
					Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade Grau I		Obesidade Grau II			Obesidade Grau III	
					Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%		Quantidade	%
NORDESTE	28	SE	280010	AMPARO DE SAO FRANCISCO	6	2.73%	43	19.55%	60	27.27%	52	23.64%	36	16.36%	23	10.45%	220
NORDESTE	28	SE	280020	AQUIDABA	77	2.25%	1029	30.03%	1168	34.08%	705	20.57%	283	8.26%	165	4.81%	3427
NORDESTE	28	SE	280070	BREJO GRANDE	3	1.25%	37	15.42%	82	34.17%	57	23.75%	34	14.17%	27	11.25%	240
NORDESTE	28	SE	280110	CANHOBA	5	1.42%	93	26.35%	122	34.56%	78	22.1%	36	10.2%	19	5.38%	353
NORDESTE	28	SE	280160	CEDRO DE SAO JOAO	30	2.26%	327	24.6%	482	36.27%	296	22.27%	127	9.56%	67	5.04%	1329
NORDESTE	28	SE	280270	ILHADAS FLORES	34	1.91%	464	26.13%	604	34.01%	407	22.92%	175	9.85%	92	5.18%	1776
NORDESTE	28	SE	280340	JAPOATA	64	2.08%	862	28.08%	1089	35.47%	684	22.28%	251	8.18%	120	3.91%	3070
NORDESTE	28	SE	280380	MALHADA DOS BOIS	8	1.39%	113	19.65%	197	34.26%	153	26.61%	71	12.35%	33	5.74%	575
NORDESTE	28	SE	280430	MURIBECA	6	0.92%	135	20.61%	219	33.44%	159	24.27%	83	12.67%	53	8.09%	655
NORDESTE	28	SE	280440	NEOPOLIS	0	-	11	11.96%	47	51.09%	17	18.48%	13	14.13%	4	4.35%	92
NORDESTE	28	SE	280470	NOSSA SENHORA DE LOURDES	19	1.73%	349	31.84%	350	31.93%	237	21.62%	86	7.85%	55	5.02%	1096
NORDESTE	28	SE	280490	PACATUBA	58	2.29%	719	28.44%	905	35.8%	594	23.5%	184	7.28%	68	2.69%	2528
NORDESTE	28	SE	280570	PROPRIA	77	1.87%	1070	26.03%	1371	33.36%	967	23.53%	426	10.36%	199	4.84%	4110
NORDESTE	28	SE	280640	SANTANA DO SAO FRANCISCO	39	1.93%	524	25.88%	697	34.42%	474	23.41%	186	9.19%	105	5.19%	2025
NORDESTE	28	SE	280690	SAO FRANCISCO	8	1%	194	24.22%	251	31.34%	201	25.09%	93	11.61%	54	6.74%	801
NORDESTE	28	SE	280730	TELHA	3	1.66%	28	15.47%	54	29.83%	48	26.52%	25	13.81%	23	12.71%	181
NORDESTE	28	SE			4.874	2.32%	61.557	29.29%	72.352	34.43%	44.726	21.28%	17.909	8.52%	8.739	4.16%	210.157
TOTAL REGIÃO NORDESTE					94.199	2.22%	1.275.825	30.1%	1.515.632	35.76%	881.999	20.81%	324.295	7.65%	146.129	3.45%	4.238.079
TOTAL BRASIL					324.264	2.03%	4.598.735	28.79%	5.511.959	34.51%	3.418.487	21.4%	1.388.252	8.69%	730.579	4.57%	15.972.276

Fonte: SISVAN (Brasil, 2024b).

3.9.1. Dados de profissionais da Nutrição

O Quadro 10 apresenta o seguinte cenário quanto à presença do profissional nutricionista nas equipes de saúde, conforme informado pelos municípios no Formulário de Adesão.

Quadro 10 — Dados de nutricionistas em equipes de saúde

Município	O município tem credenciamento para e-Multi?	Tem nutricionista compondo a equipe?
Brejo Grande	Sim	Sim
Ilha das Flores	Sim	Sim
Pacatuba	Sim	Sim
Muribeca	Sim	Sim
Japoatã	Sim	Sim
Santana do São Francisco	Não	Sim
Neópolis	Não	Não
São Francisco	Sim	Não
Cedro de São João	Não	N/A
Aquidabã	Sim	Sim
Nossa Senhora de Lourdes	Sim	Sim
Nossa Senhora de Lourdes	Sim	Sim
Amparo do São Francisco	Sim	Sim
Canhoba	Sim	Sim
Telha	Sim	Sim
Propriá	Sim	Não
Malhada dos Bois	Sim	Sim

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

Mesmo com uma presença relativamente importante de nutricionistas nas equipes e-Multi (ainda em fase de implantação), e considerando que alguns municípios não contam com esse profissional, com o intuito de apoiar as equipes da Atenção Primária a Saúde em atividades coletivas relacionadas à Educação Alimentar e Nutricional (EAN), o TeleNordeste ampliou suas ofertas, incluindo profissional nutricionista para realização das atividades de teleinterconsulta e teleconsultoria, para apoiar as equipes de Atenção Primária a desenvolverem atividades nesse campo de práticas.

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



4. ATIVIDADES OFERTADAS PELO PROJETO TELENORDESTE

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

4.1. Atividades de engajamento

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

4.1.1. Oficinas presenciais

No primeiro semestre de 2024 foi promovido o primeiro encontro com 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, 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 pelos profissionais e possíveis benefícios relacionados às ofertas do projeto, como pode ser visualizado na Figura 28.

atendidas, participando de treinamentos, visitas e reuniões com os profissionais indicados e com a gestão, tanto presencialmente quanto por videoconferência.

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 de os profissionais aprimorarem suas habilidades e conhecimentos, contribuindo assim para uma prestação de cuidados de saúde mais eficaz e de qualidade para os pacientes.

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

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

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

Em 2024, as SAVs seguem sendo realizadas, duas vezes ao mês, com temas solicitados pelos profissionais das equipes. Alguns dos temas já 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 disponibiliza um documento denominado “Protocolos para APS”, que é um conjunto de 24 compilações e elaborações de protocolos clínicos para a Atenção Primária à Saúde (APS), com o objetivo de auxiliar os profissionais na prática clínica, com base nas orientações do Ministério da Saúde, e que se encontra disponível para *download* em: <https://www.telenordeste-se.com.br/material-de-apoio#os-protocolos>.

4.3. Teleconsultoria/teleinterconsulta

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

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

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

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

[...]

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

As especialidades oferecidas foram definidas em colaboração com as regiões de saúde, com o objetivo de fornecer suporte diagnóstico e terapêutico às áreas com pouca disponibilidade de serviços na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

O Projeto TeleNordeste, em desenvolvimento no estado de Sergipe desde 2022, tem demonstrado um impacto significativo na melhoria do acesso à saúde.

Durante o triênio 2021-2023, o TeleNordeste contou com a participação ativa de vários municípios da Região de Saúde de Propriá, como Aquidabã, Brejo Grande, Muribeca, Neópolis, Pacatuba e Santana do São Francisco. Esses municípios beneficiaram-se das soluções de Telessaúde oferecidas, evidenciando o compromisso com a inovação no atendimento em saúde. Por outro lado, embora os municípios de Amparo do São Francisco, Canhoba, Cedro de São João, Ilha das Flores, Japoatã, Malhada dos Bois, Nossa Senhora de Lourdes, Propriá, São Francisco e Telha não tenham participado do ciclo anterior, eles agora estão integrados ao projeto para o triênio atual, em virtude das novas pactuações estabelecidas. A inclusão desses municípios reflete o comprometimento em expandir o alcance do TeleNordeste, garantindo que um número maior de localidades tenha acesso às soluções inovadoras de Telessaúde.

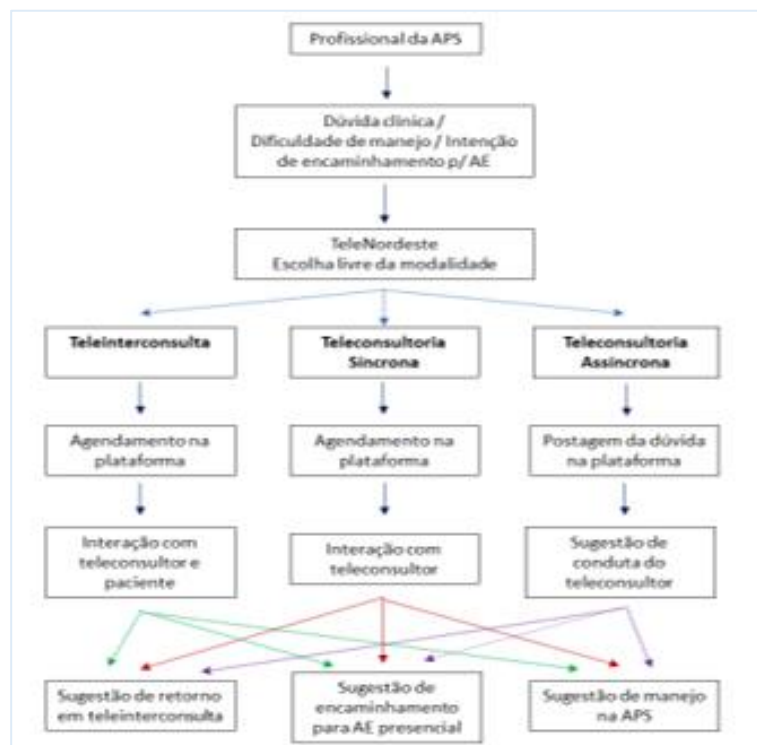
Para o triênio 2024-2026, o projeto visa expandir ainda mais suas atividades, não apenas ofertando as teleinterconsultas e teleconsultoria síncronas, mas também incorporando novas soluções de Telessaúde. Essas expansões dependem de acordos e contrapartidas específicas das localidades envolvidas e têm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

A Região de Saúde de Propriá, de forma global, indicou 74 Unidades de Saúde para cadastramento no projeto, contemplando 198 profissionais das equipes de saúde. A proposta do

projeto para qualificação dos profissionais da APS é que haja, minimamente, quatro interações mensais, por profissional médico das equipes, em conjunto com os especialistas do TeleNordeste, em razão dos dados de saúde apresentados no presente relatório.

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

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

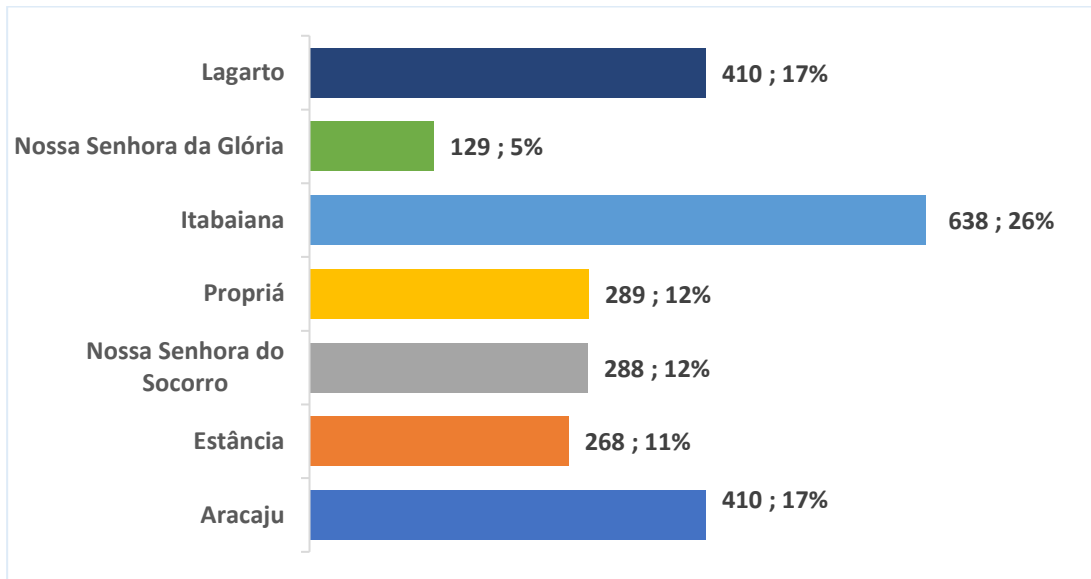


Fonte: Plano de Trabalho do Projeto TeleNordeste.

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

O Gráfico 2 apresenta uma visão global da utilização das agendas de teleinterconsultas e teleconsultorias síncronas no estado de Sergipe, segmentada por região de saúde.

Gráfico 2 — Quantidade/proporção de teleinterconsultas e teleconsultoria síncronas realizadas por região de saúde (jan.-jul./2024)



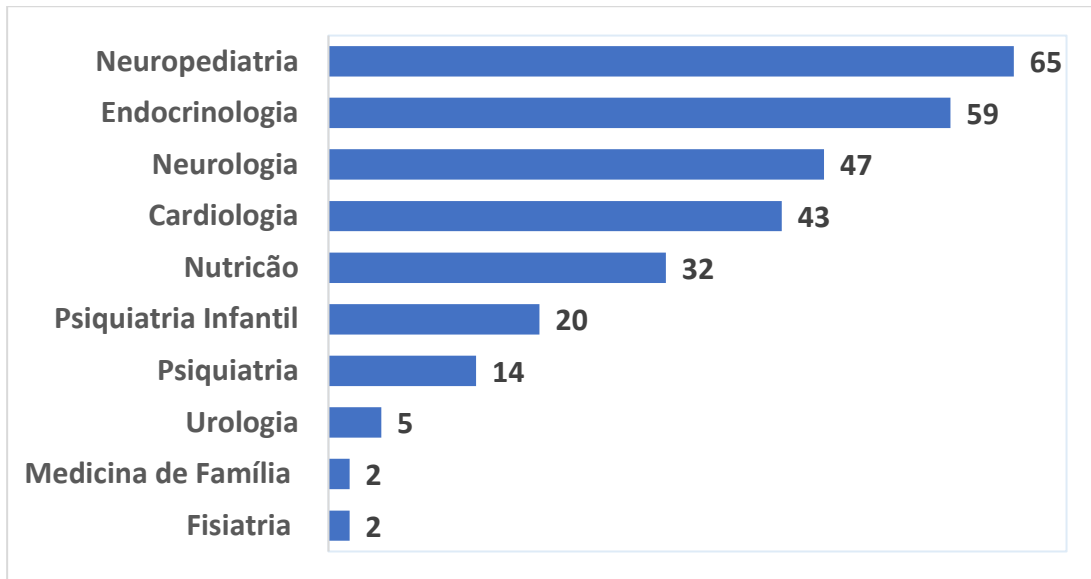
Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

Essa análise permite identificar o nível de engajamento e a distribuição dos serviços de Telessaúde nas diversas regiões, destacando as áreas com maior demanda e aquelas que podem necessitar de reforço no acesso a essas ferramentas. A visualização é crucial para entender a dinâmica de uso e para planejar intervenções direcionadas que visem melhorar a eficiência e a cobertura dos serviços ofertados. A Região de Saúde de Propriá, assim como as outras do estado, tendo em vista a proporção de profissionais indicados, ainda tem participação tímida no projeto.

Na sequência, o Gráfico 3 demonstra os dados de uso, por especialidade da Região de Saúde de Propriá.



Gráfico 3 — Utilização do projeto TeleNordeste, segundo as especialidades na Região de Saúde de Propriá (jan.-jul./2024)



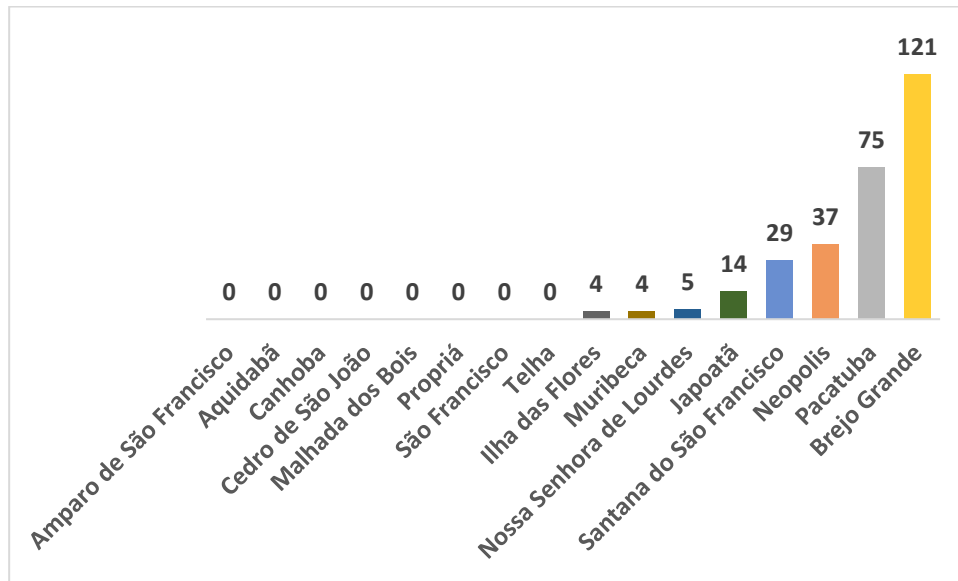
Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

Esses dados indicam áreas com maior ou menor demanda por teleatendimentos em diferentes especialidades, o que pode ser útil para ajustar os recursos e estratégias para melhor atender as necessidades de cada município. Na Região de Saúde de Propriá, as especialidades de neuropediatria, endocrinologia, neurologia e cardiologia são as mais solicitadas.

Já as análises de uso por município estão dispostas no Gráfico 4 e no Gráfico 5.

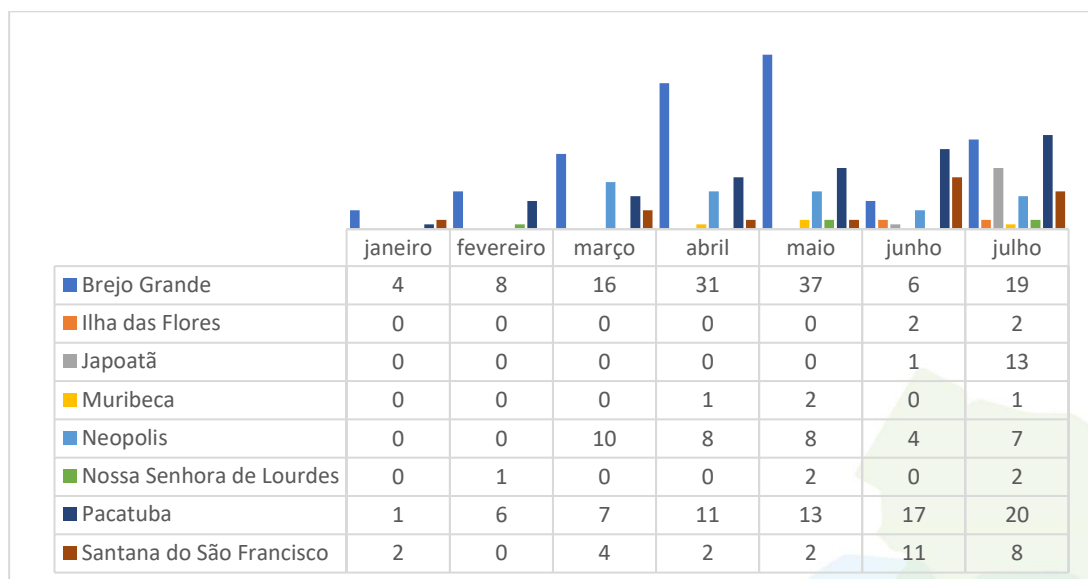


Gráfico 4 — Quantidade de teleinterconsultas e teleconsultoria síncronas realizadas por município da Região de Saúde de Propriá (jan.-jul./2024)



Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

Gráfico 5 — Série histórica de utilização de teleinterconsultas e teleconsultoria síncronas realizadas por município da Região de Saúde de Propriá (jan.-jul./2024)



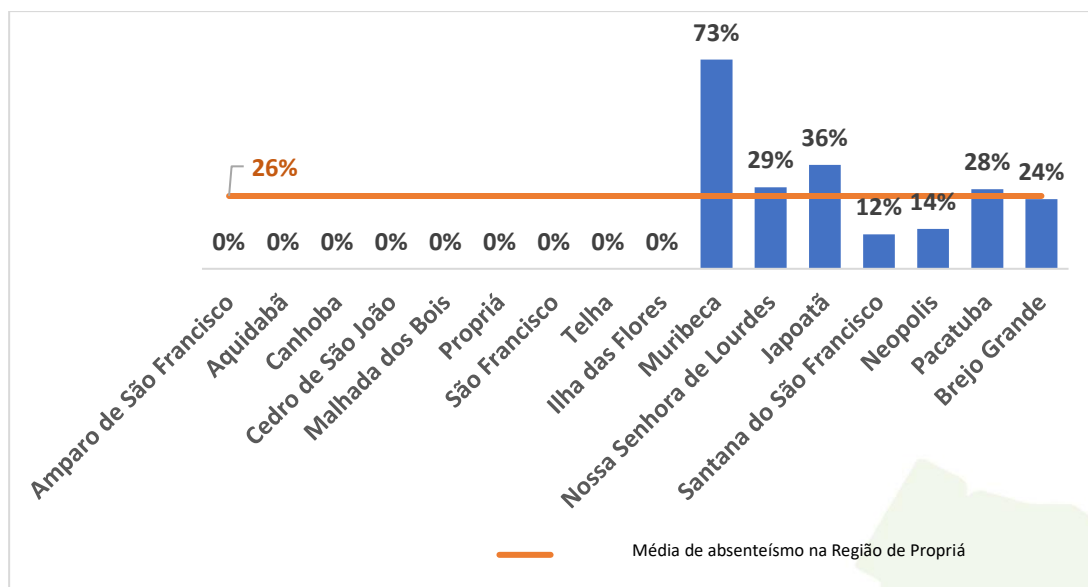
Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

O primeiro dado relevante que os gráficos de uso revelam é que apenas oito, ou seja, a metade do total de municípios da Região de Saúde de Propriá, utilizaram o serviço de teleinterconsulta no atual triênio. Além disso, três deles, durante o mesmo período, realizou menos de dez interações. Com quantidades relevantes, apenas os municípios de Pacatuba e Brejo

Grande, com destaque para este último que conta com apenas quatro equipes, e que, portanto, tem utilização de fato importante, superando as metas sugeridas de uso. Por outro lado, Pacatuba demonstra curva ascendente de uso, o que parece ser mais consistente para o projeto. Essa síntese de utilização demonstra uma grande necessidade de engajamento na região como um todo, especialmente pelas filas de espera e distâncias dos centros de referência ambulatorial, inclusive com sinal de alerta para municípios que não utilizaram ou utilizaram muito pouco, com risco de descredenciamento.

As agendas para teleinterconsultas e teleconsultoria síncronas são disponibilizadas em diversas especialidades mensalmente. É fundamental destacar que, além do agendamento, é monitorada a efetiva realização dessas consultas e a taxa de não comparecimento (absenteísmo), conforme ilustra o Gráfico 6.

Gráfico 6 — Taxa de absenteísmo nas teleinterconsultas e teleconsultorias síncronas na Região de Saúde de Propriá (jan.-jul./2024)



Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

O absenteísmo merece atenção, pois reflete o não aproveitamento do apoio dos especialistas do TeleNordeste e o desperdício de vagas, o que tem sido percebido de forma constante no projeto.

Para redução da taxa de absenteísmo, especialmente quando os valores estiverem acima de 30%, é essencial o envolvimento da pessoa apontada como ponto focal do município junto

aos profissionais das equipes de saúde, elaborando estratégias para diminuir o absenteísmo, que podem ser originadas pela falta do paciente ou mesmo da própria equipe de saúde, que não faz a conexão.

A taxa de absenteísmo na Região de Saúde de Propriá chama atenção, uma vez que está próxima do limiar aceitável para consultas presenciais, sendo que dois municípios apresentam taxa superior aos 30%. Reforça-se aqui o compromisso necessário de mobilização e coordenação do cuidado dos pacientes, e inclusive no nível de participação das equipes, mantendo a organização necessária para que não ocorra esquecimentos ou duplicação de atividades no horário das interações síncronas.

Por outro lado, os dados mais importantes, quando da realização das teleinterconsultas, são seus desfechos, que são demonstrados no Quadro 11.

Quadro 11 — Informações de desfecho e absenteísmo do paciente nas teleinterconsultas e teleconsultoria síncronas na Região de Saúde de Propriá (jan.-jul./2024)

Especialidades	Alta consulta	Retorno	Encaminhamento para especialista focal presencial	Absenteísmo	Total de teleinterconsultas agendadas
Cardiologia	12	30	0	15	57
Endocrinologia e metabologia	9	48	2	7	66
Fisiatria	2	0	0	1	3
Medicina de família e comunidade	2	0	0	0	2
Neurologia	8	36	3	29	76
Neuropediatria	3	60	2	16	81
Nutricionista	4	28		7	39
Psiquiatria	5	8	1	8	22
Psiquiatria da infância e adolescência	5	15	0	16	36
Urologia	4	0	1	0	5

Fonte: Dashboard de Monitoramento TeleNordeste HAOC.

Os dados do período avaliado no Quadro 11 demonstram que pouquíssimos casos geram encaminhamento para o atendimento presencial, o que confirma o potencial da ferramenta. Além disso, é possível verificar que muitos casos já geram alta para a Atenção Primária à Saúde, que implica dizer que os profissionais da APS, adquiriram conhecimentos para, de forma autônoma, conduzir os casos. Nesse quesito, algumas informações também são passíveis de análise mais detalhada. Especialidades como urologia, psiquiatria, cardiologia e psiquiatria infantil têm demonstrado uma capacidade maior ou mais rápida de condução pela APS, se comparadas com a neuropediatria.

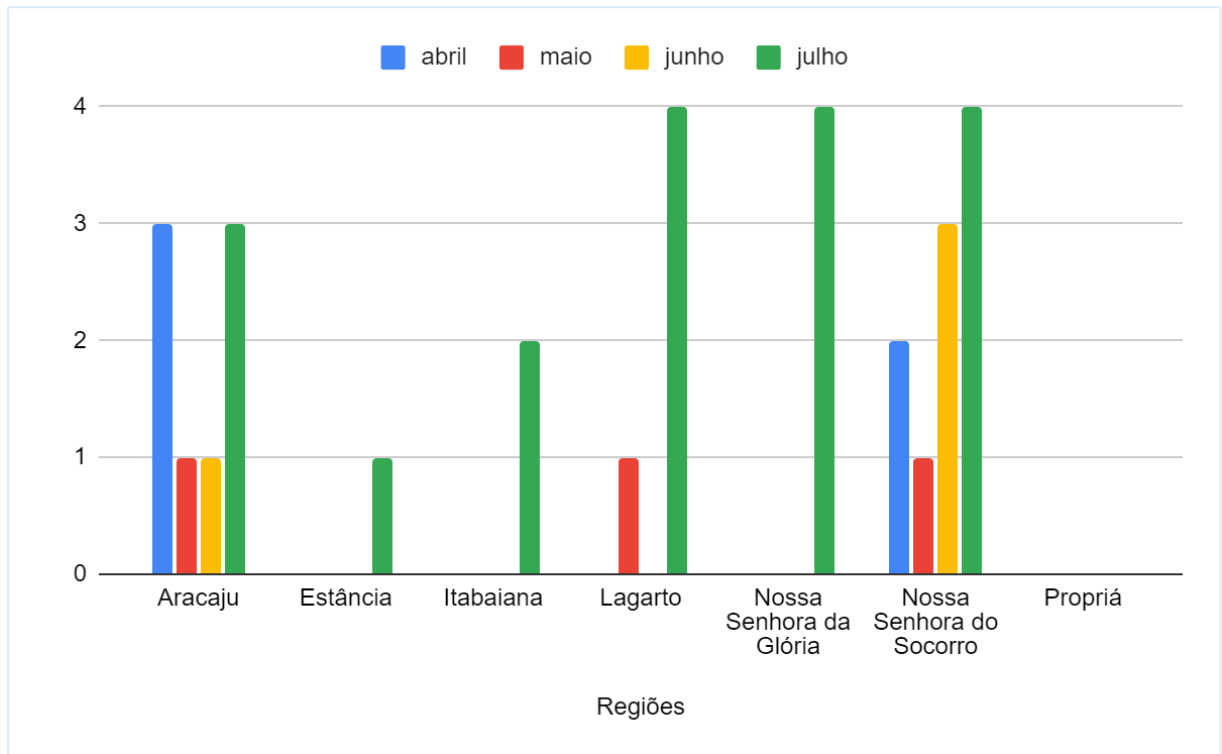
Os dados de monitoramento são compartilhados com o ponto focal dos municípios, mensalmente, em reuniões *online*. Dessa forma, os desafios e as dificuldades podem ser pautados, gerando oportunidades de melhorias, com estratégias apoiadas pela equipe de acompanhamento do HAOC.

4.3.1. Teleconsultoria assíncrona

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

No período considerado, a Região de Saúde de Propriá não originou nenhuma das 32 teleconsultorias realizadas até julho de 2024 pelos municípios vinculados ao projeto, conforme Gráfico 7.

Gráfico 7 — Teleconsultorias assíncronas por região de saúde



Fonte: Dashboard de Monitoramento TeleNordeste HAOC.

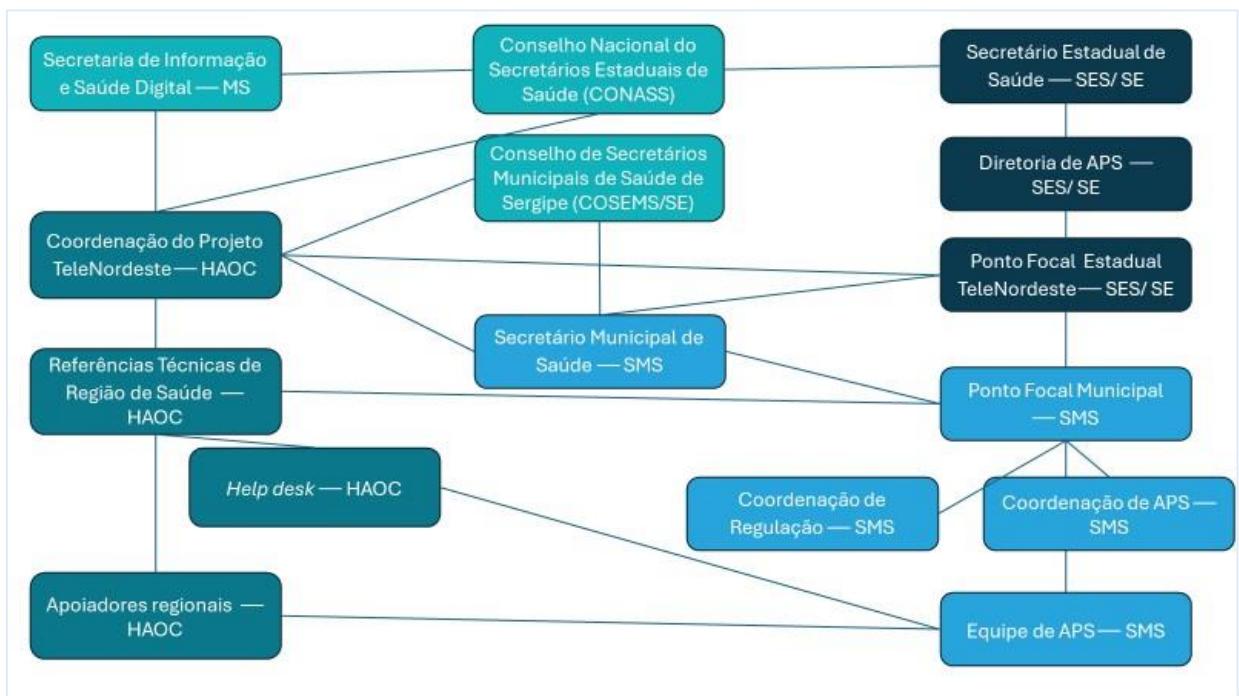
A disseminação cotidiana da disponibilidade dessa oferta de suporte, pelos gestores municipais e locais às equipes de APS, pode constituir uma iniciativa relevante para a ampliação de seu uso, com impacto positivo na qualidade do cuidado e na eficiência do SUS local.



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

Um dos grandes desafios no desenvolvimento de projetos e programas que envolvem diversas instituições e inúmeros atores é a comunicação, que tem papel determinante para o alcance dos objetivos propostos. Mesmo em circunstâncias que claramente podem trazer benefícios, a qualidade da comunicação pode dar celeridade, lentidão ou mesmo travar processos. Assim, desde o início, o Projeto TeleNordeste estabeleceu um fluxo de comunicação para que as informações chegassem aos atores envolvidos no processo de forma clara e qualificada (Figura 30).

Figura 30 — Fluxograma de comunicação do Projeto TeleNordeste — Hospital Alemão Oswaldo Cruz



Fonte: elaboração própria.

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

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) recebe apoio do CONASS na gestão do projeto, e de forma mais frequente no âmbito técnico, por meio da Diretoria de APS e do ponto focal,

diretamente da Coordenação do Projeto TeleNordeste. Esse apoio é realizado por meio de reuniões ordinárias e extraordinárias, de acordo com as demandas de rotina e pontuais que surgem no desenvolvimento das ações.

As Secretarias Municipais de Saúde (SMS), na figura do gestor municipal, têm como apoio tanto o ponto focal da SES quanto a própria coordenação do Projeto TeleNordeste do HAOC, em questões relacionadas principalmente ao monitoramento e ao engajamento dos municípios, que ainda são potencializadas pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), que tem como papel a articulação entre os municípios e a coordenação do projeto. No âmbito de organização e desenvolvimento das ações no município, o ponto focal municipal recebe apoio e demandas, tanto do ponto focal estadual quanto das referências técnicas 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 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 e com as atividades desenvolvidas pelas equipes:

- Ponto focal do município: ao confirmar 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 12 relaciona os gestores municipais e os pontos focais dos municípios da Região de Saúde de Propriá.

Quadro 12 — Responsáveis pela gestão em saúde dos municípios

Município	Cargo	Nome do profissional
Amparo do São Francisco	Secretária de Saúde	Gláucia Regina Freire Cardoso
	Coordenador da APS	Weverton Santos de Matos
	Ponto Focal	Weverton Santos de Matos
	Coordenador de Regulação	Weverton Santos de Matos
Aquidabã	Secretário de Saúde	Tony Maciel Pereira Santos
	Coordenadora da APS	Izabel Cristina dos Santos Rocha
	Ponto Focal	Izabel Cristina dos Santos Rocha
	Coordenadora de Regulação	Eliane Rodrigues Oliveira
Brejo Grande	Secretária de Saúde	Risolene Soares Silva Ferreira
	Coordenadora da APS	Maria da Conceição Bispo Oliveira
	Ponto Focal	Raiane Farias dos Santos
	Coordenadora de Regulação	Luana Ramos Santos
Canhoba	Secretária de Saúde	Tássia de Castro Silva Divino
	Coordenador da APS	José Cristiano Santos
	Ponto Focal	Alan Moraes
	Coordenador de Regulação	Alan Moraes
Cedro de São João	Secretária de Saúde	Marina Luiza Rocha Cruz
	Coordenadora da APS	Thays Rodrigues Nascimento
	Ponto Focal	Marilia Prudente Freire
	Coordenador de Regulação	Jonas Alexandre Palmeira Dantas
Ilha das Flores	Secretário de Saúde	Edgar Brito Neto
	Coordenadora da APS	Juliane Cardoso Farias
	Ponto Focal	Juliane Cardoso Farias
	Coordenadora de Regulação	Izabel Cristina Ramos Santos
Japoatã	Secretário de Saúde	Werner Gomes Siqueira
	Coordenadora da APS	Maria Aldeane Gomes Mateus
	Ponto Focal	Maria Aldeane Gomes Mateus
	Coordenadora de Regulação	Rosicleide Santos de Moraes Rodrigues
Malhada dos Bois	Secretária de Saúde	Daniele Batista dos Santos Matos
	Coordenador da APS	Henrique Silva Alves
	Ponto Focal	Henrique Silva Alves
	Coordenador de Regulação	José Fábio Nunes

Município	Cargo	Nome do profissional
Muribeca	Secretário de Saúde	Fabiano dos Santos Silva
	Coordenadora da APS	Vera Lucia Santos
	Ponto Focal	Vera Lucia Santos
	Coordenadora de Regulação	Isaac Melo Souza Matos Teles
Neópolis	Secretário de Saúde	Amilton Amorim Santos
	Coordenadora da APS	Simone Silva dos Santos
	Ponto Focal	Simone Silva dos Santos
	Coordenador de Regulação	Myller da Silva Santos
Nossa Senhora de Lourdes	Secretária de Saúde	Elizabeth Moraes Lima Neta
	Coordenadora da APS	Maria Olindina Vieira de Matos
	Ponto Focal	Rosana Aparecida da Silva Mota Moura
	Coordenadora de Regulação	Elizabeth Souza Moraes
Pacatuba	Secretário de Saúde	Marinaldo Bispo
	Coordenadora da APS	Adriana de Araújo Santos
	Ponto Focal	Adriana de Araújo Santos
	Coordenadora de Regulação	Denise Carvalho Oliveira Honorato
Propriá	Secretário de Saúde	Jose Jackson de Oliveira
	Coordenadora da APS	Camila Marques Vieira
	Ponto Focal	Karla Martins
	Coordenador de Regulação	João Lino dos Santos
Santana de São Francisco	Secretária de Saúde	Vanesca Romão Teles Roriz
	Coordenadora da APS	Consuelo Fortes da Costa
	Ponto Focal	Consuelo Fortes da Costa
	Coordenadora de Regulação	Ana Sandra de Jesus Mendes
São Francisco	Secretária de Saúde	Thássia Gabriella Silva Lima
	Coordenadora da APS	Vivianne Menezes Ramos
	Ponto Focal	Ana Luiza Santos Nascimento
	Coordenador de Regulação	Alex dos Santos
Telha	Secretária de Saúde	Juliana Ramos Souza
	Coordenadora da APS	Jozelma Gonçalves de Assunção
	Ponto Focal	Lucineide Dias Bezerra
	Coordenador de Regulação	Gersilho Vieira Marques

Fonte: Formulário de Adesão ao Projeto.

6. RECOMENDAÇÕES FINAIS

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

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

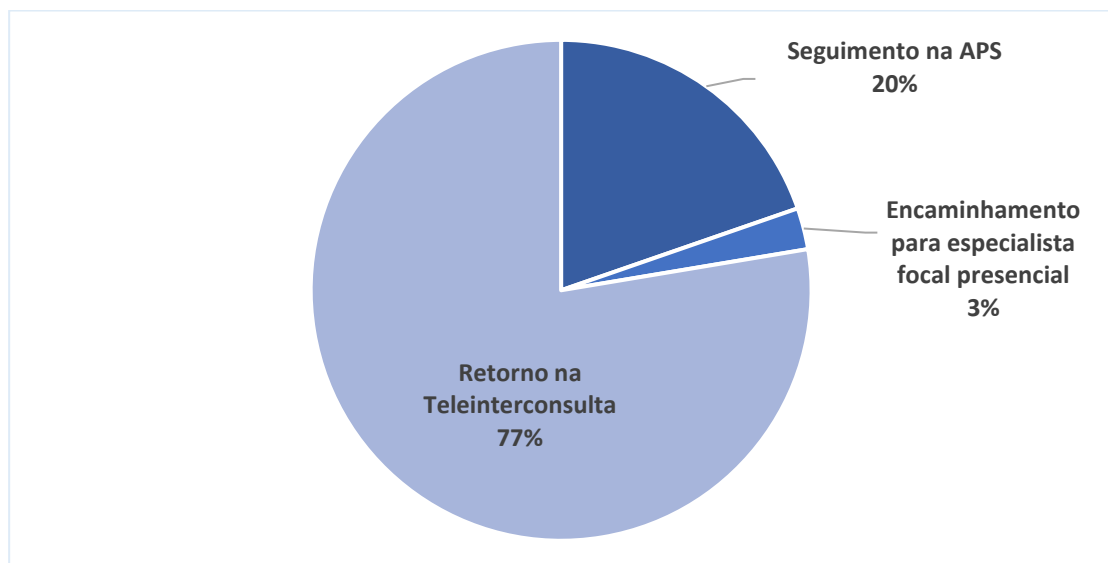
Somado a esse contexto, há a percepção, tanto dos profissionais especialistas dos serviços de referência quanto dos médicos reguladores, de que muitos casos poderiam ter resolução na própria Atenção Primária, sem necessidade de encaminhamentos para Atenção Especializada.

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

A análise dos dados de produção do projeto, demonstra uma grande sensibilidade da teleinterconsulta em evitar um encaminhamento imediato ao especialista presencial, superior a 97%, tanto no manejo autônomo do médico da APS quanto na continuidade do atendimento compartilhado com o médico especialista, por meio de retorno por teleinterconsultas (Gráfico 8).

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

Gráfico 8 — Desfechos nas teleinterconsultas e teleconsultorias síncronas

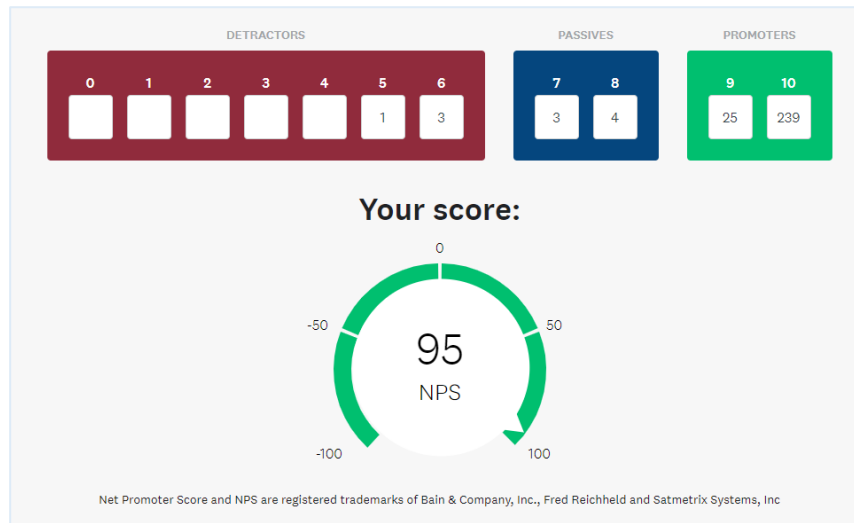


Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

Além disso, a avaliação do Net Promoter Score (NPS), que mede a satisfação de uso, tanto de pacientes quanto de médicos que utilizaram o TeleNordeste (Figuras 31 e 32) demonstram grande aprovação do projeto, em escala que varia de 0 a 100, em que 100 representa satisfação total.

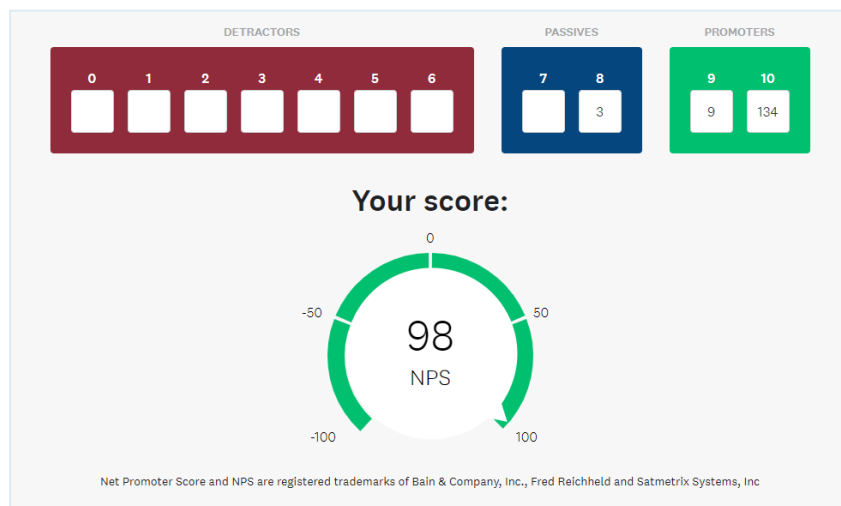


Figura 31 — NPS pacientes



Fonte: dados do Projeto TeleNordeste.

Figura 27 — 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 Propriá 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 deve ser considerado como prioridade pelo gestor municipal no enfrentamento do problema dos longos tempos de espera pela especialidade.
- II. Proteção semanal da agenda do profissional para uso do projeto:** a proteção de agenda já é, por si, um estímulo da gestão municipal para uso do projeto. Porém, é importante lembrar que, sem a proteção de agenda, a rotina intensa das UBS dificulta a realização das atividades de Telessaúde, que devem ser programadas como qualquer outra atividade realizada pela equipe, e, ao contrário do que se pode supor, isso não pode ser considerado como uma perda de produtividade da equipe, pois trata-se de um atendimento como outro qualquer, apenas utilizando uma ferramenta digital que pode ajudar a solucionar o problema de fila de espera para especialidades. A proteção de agenda foi um pedido dos profissionais em diversas oficinas realizadas no estado, e também propicia a “cobrança” do gestor quanto ao uso do projeto.
- III. Forte recomendação de estabelecimento de uso da teleinterconsulta ou teleconsultoria, previamente ao encaminhamento à central de regulação:** diversos estudos no Brasil demonstram que esse fluxo foi capaz de zerar as filas de espera para especialidades. Contudo, faz-se necessária a adesão por todos os profissionais que solicitam encaminhamentos.
- IV. Busca ativa de casos que aguardam por consulta especializada, para realização de teleinterconsulta ou teleconsultoria:** muitos casos que estão aguardando por agendamento na regulação poderão ter resolução sem necessidade de encaminhamento, propiciando acesso imediato ao cuidado dos pacientes, além de contribuir para a redução

das filas de espera do município. Mesmo nos casos em que o encaminhamento tiver sido feito por um profissional que não se encontre mais na equipe, configura-se uma oportunidade para o novo profissional da equipe rever o caso e decidir se existe necessidade de apoio pelo médico especialista por teleinterconsulta. Isso pode ser realizado pela central de regulação do município, previamente combinado com as equipes, por meio de levantamento dos casos e envio de listas de pacientes para as unidades/equipes.

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

<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=EMC&numero=29&ano=2000&ato=b33ITW65UMNpWT918>. Acesso em: 22 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, dez. 2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, jan. 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SESAN). *Princípios e práticas para educação alimentar e nutricional*. Brasília, DF: MDS, 2018. Disponível em:

https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/Publicacao/Educacao_Alimentar_Nutricional/21_Principios_Praticas_para_EAN.pdf. Acesso em: 13 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, maio. 2023. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). *Indicadores de Desempenho*. Brasília, DF, 2024a. Disponível em:

<https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 13 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). [Relatórios de Acesso Público]. Brasília, DF, 2024b. Disponível em:

<https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>. Acesso em: 13 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Informação e Saúde Digital. *Manual Instrutivo Programa SUS Digital*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-instrutivo-do-programa-sus-digital/view>. Acesso em: 13 ago. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Laboratório de Informação em Saúde (ICICT). Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde (PROADESS). *Painel de Indicadores por Dimensão: Regiões de Saúde*. Rio de Janeiro, c2011. Disponível para consulta pública em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=painel2>. Acesso em: 6 ago. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2010: Resultados. Total da população: Sergipe*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/resultados/tabelas_pdf/total_populacao_sergipe.pdf. Acesso em: 11 set. 2024.

INSTITUTO 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: 20 set. 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 glicêmicas	Endocrinologia	12/07/2023
Guia de Prescrição dos Principais Fármacos Antiepilépticos na APS	Neurologia	19/07/2023
Gordofobia e suas relações com o cuidado em saúde: um estudo sobre o estigma do peso em uma unidade de saúde da família no município de Santos	Nutrição	24/07/2023
Antiagregação plaquetária após AVC	Neurologia	31/07/2023
Atendimento emergencial na epilepsia — contextualizando o paciente no ambiente do posto.	Neurologia	07/08/2023
psicose e alterações de comportamento nas doenças neurológicas	Neurologia	14/08/2023
A escola encaminhou, e agora? Manejo na APS	Neuropediatria	22/08/2023
Demência no idoso — o que eu preciso saber?	Neurologia	30/08/2023
HAS no idoso	Cardiologia	04/09/2023
Puberdade precoce — quando investigar?	Endocrinologia	20/09/2023
Guia Alimentar para População Brasileira	Nutricionista	25/09/2023
Mudança de estilo de vida	Endocrinologia	02/10/2023
Lombalgia na APS	Fisiatria	10/10/2023
Manejo de sintomas depressivos na APS	Psiquiatria	18/10/2023
Ação de orientação alimentar para o Outubro Rosa	Nutricionista	26/10/2023
O que avaliar na criança com baixa estatura no contexto da APS?	Endocrinologia	30/10/2023
Consequências e cuidados na corticoterapia crônica	Endocrinologia	14/11/2023
Manejo inicial dos cálculos urinários na APS	Urologia	23/11/2023
Arritmias na APS	Cardiologia	27/11/2023
Manejo da dengue	Infectologia	12/03/2024
Osteoporose — quando investigar, opções de tratamento e seguimento	Endocrinologia	20/03/2024
SAV multiprofissional de transtorno do espectro autista (TEA)	Equipe Multi	04/04/2024
Alterações dos hormônios tireoidianos causadas por medicações	Endocrinologia	07/05/2024

Tema	Especialidade	Data
Pé diabético e exame do pé diabético: estratégia de rastreamento e educação em saúde para o autocuidado	Endocrinologia	14/05/2024
Avaliação das amenorreias na Atenção Primária	Endocrinologia	28/05/2024
Aplicação de insulina	Endocrinologia	11/06/2024
Feridas crônicas na Atenção Primária à Saúde	Enfermagem + Nutrição	01/07/2024
Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	Cardiologia + Nutrição	10/07/2024
Conscientização sobre os transtornos alimentares	Nutrição	29/07/2024

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

Fonte: elaboração própria.





PROJETO
TeleNordeste

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



OSWALDO CRUZ
HOSPITAL ALEMÃO



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



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



SUS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO