

Teleconsulta na atenção primária: modelo conceitual e implementação em territórios de favelas

Teleconsultation in primary care: conceptual model and implementation in favela territories

Teleconsulta en atención primaria: modelo conceptual e implementación en territorios de favelas

Fernanda Adães Britto <https://orcid.org/0000-0003-3393-8735>¹; Monique Nunes Fiuza Dias <https://orcid.org/0000-0002-7761-7768>¹; Amanda de Araujo Batista-da-Silva <https://orcid.org/0000-0001-8256-2178>²; Fabiana Lustosa Gaspar <https://orcid.org/0009-0000-2505-0651>¹; Lucas Galhardo de Araújo <https://orcid.org/0009-0006-9819-959X>¹; Juliana Paranhos Moreno Batista <https://orcid.org/0000-0002-2494-9689>¹; Luna Escorel Arouca <https://orcid.org/0009-0000-9971-8167>³; Carolina Maria Carneiro Dias <https://orcid.org/0000-0001-6878-3468>³; Fernando Augusto Bozza <https://orcid.org/0000-0003-4878-0256>^{4,5}; Paula Bortolon <https://orcid.org/0000-0003-0996-0959>¹

Resumo A Atenção Primária em Saúde é central na garantia do acesso à saúde, sendo a porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde. O município do Rio de Janeiro avançou em cobertura, mas ainda enfrenta desafios, especialmente nos territórios vulnerabilizados. Nesse sentido, propôs-se um modelo inovador de teleconsulta, no conjunto de favelas da Maré, integrando poder público (Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro), academia (Fiocruz) e organização de base comunitária (Redes da Maré). O artigo apresenta as etapas da implementação do piloto, enfatizando o contexto territorial, atores envolvidos, recursos e modelo de governança e propõe um framework conceitual, combinado a métodos qualitativos e quantitativos, para descrever a experiência. Entre novembro de 2024 e junho de 2025, foram realizadas 1.017 teleconsultas: seguimento à atendimentos recentes (58%), condições crônicas e ciclos de vida (33%), condições agudas (5%) e emissão de receitas (2%), mesmo em conflitos territoriais. Contudo, foram encontradas barreiras, como: dificuldade em manusear as ferramentas, insegurança dos dados e acessibilidade. O modelo mostrou-se exitoso em sua fase inicial, trazendo subsídios para uma política nacional de teleconsultas para territórios vulnerabilizados.

Palavras-chave Atenção Primária à Saúde, Vulnerabilidade Social, Consulta Remota

Abstract Primary Health Care is central to ensuring access to healthcare and is the preferred gateway to the Unified Health System. The municipality of Rio de Janeiro has made progress in coverage, but still faces challenges, especially in vulnerable areas. An innovative teleconsultation model was proposed in the Maré favelas compound, integrating public authorities (Ministry of Health and Rio de Janeiro Municipal Health Department), academia (Fiocruz), and community-based organizations (Redes da Maré). Therefore, this article presents the pilot implementation stages, emphasizing the territorial context, stakeholders involved, resources, and governance. It proposes a conceptual framework, combined with qualitative and quantitative methods, to describe the experience. A total of 1.017 teleconsultations were conducted (November 2024 to June 2025) with the following profiles: follow-up on recent appointments (58%), chronic conditions and life cycles (33%), acute conditions (5%), and prescription issuance (2%), even during territorial conflicts. However, barriers were encountered, such as difficulty using the tools, data insecurity, and accessibility. The model proved successful in its initial phase, providing support for a national teleconsultation policy for vulnerable territories.

Key words Primary Health Care, Social Vulnerability, Remote Consultation

Resumen La Atención Primaria de Salud es fundamental para garantizar el acceso a la atención médica y es la puerta de entrada preferida al Sistema Único de Salud. El municipio de Río de Janeiro ha avanzado en la cobertura, pero aún enfrenta desafíos, especialmente en áreas vulnerables. En ese sentido, se propuso un modelo innovador de teleconsulta en el complejo de favelas de Maré, con la integración de las autoridades públicas (Ministerio de Salud y Secretaría Municipal de Salud de Río de Janeiro), la academia (Fiocruz) y organizaciones comunitarias (Redes da Maré). Este artículo presenta los pasos de la implementación piloto, enfatizando el contexto territorial, los actores involucrados, los recursos y el modelo de gobernanza. Propone un marco conceptual, combinado con métodos cualitativos y cuantitativos, para describir la experiencia. Entre noviembre de 2024 y junio de 2025, se realizaron 1.017 teleconsultas: seguimiento de servicios recientes (58%), enfermedades crónicas y ciclos de vida (33%), enfermedades agudas (5%) y emisión de recetas (2%), incluso durante conflictos territoriales. Sin embargo, se encontraron barreras, como la dificultad para usar las herramientas, la inseguridad de los datos y la accesibilidad. El modelo resultó exitoso en su fase inicial, trayendo subsidios a una política nacional de teleconsulta para territorios vulnerables.

Palabras clave Atención Primaria de Salud, Vulnerabilidad Social, Telesalud

¹ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. R. Afonso Cavalcanti 455, z3, Cidade Nova. 20211-110 Rio de Janeiro RJ Brasil. fernanda.adaes@gmail.com

² Departamento de Engenharia Industrial, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Associação Redes de Desenvolvimento da Maré. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁴ Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁵ Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde digital como um campo de conhecimento e prática voltado ao desenvolvimento e à aplicação de tecnologias digitais na área da saúde, com o objetivo central de promover sistemas de saúde centrados nas pessoas. Essa abordagem é reconhecida como uma estratégia fundamental para ampliar o acesso aos serviços de saúde e melhorar as condições de vida das populações. O uso de tecnologias inovadoras, como a inteligência artificial e a telessaúde, apresentam um grande potencial tanto no cuidado individual – ao possibilitar diagnósticos mais precisos, continuidade assistencial e melhores orientações clínicas para promoção e prevenção à saúde – quanto em intervenções de maior escala, contribuindo significativamente para ações em saúde pública¹.

Apesar de ser um campo recente, a saúde digital vem ganhando destaque nas políticas de saúde globalmente². No Reino Unido³ e em Portugal⁴, por exemplo, países com sistemas universais de saúde, intensificaram políticas de transformação digital, especialmente no fortalecimento de prontuários eletrônicos interoperáveis e na expansão da telessaúde.

Neste sentido, no Brasil, o Ministério da Saúde implementou iniciativas estruturantes nesta pauta como a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)⁵, de 2015, que estabeleceu diretrizes para a organização dos sistemas e o avanço da interoperabilidade. Essas ações criaram a base normativa e tecnológica para a digitalização dos serviços e viabilizaram o desenvolvimento de soluções nacionais, como a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e o Conecte SUS, instituídos pela Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020. Cabe destacar que a agenda de saúde digital se consolidou com a criação da Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI), responsável por institucionalizar e coordenar a transformação digital no âmbito nacional. Sob a perspectiva de efetivação da saúde digital no âmbito das políticas públicas do SUS foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de maio de 2024⁶, que instituiu o Programa SUS Digital sob os seguintes eixos: cultura de digital; soluções tecnológicas e serviços de saúde digital; e interoperabilidade, análise e disseminação dos dados de saúde. Cabe destacar que, além de definir diretrizes e estruturar a execução do projeto de transformação digital em três etapas – planejamento, implementação e avaliação –, este programa prevê o incentivo

financeiro aos estados e municípios, de forma a viabilizar a implementação e consolidação das ações.

As ações estratégicas previstas na Portaria GM/MS nº 3.691, de 23 de maio de 2024⁷, representam outro avanço significativo na política de saúde digital do país, ao instituírem a Ação Estratégica SUS Digital – Telessaúde como componente prioritário do Programa SUS Digital, fortalecendo a transformação digital do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da ampliação do acesso, da resolutividade e da integração entre os diferentes níveis de atenção. Essa ação visa consolidar as redes de atenção à saúde com ênfase no fortalecimento permanente da Atenção Primária à Saúde (APS) utilizando recursos de telessaúde, como teleconsultorias, telediagnóstico, teleeducação e suporte remoto às equipes de saúde, complementando com novos recursos assistenciais a consulta na APS em regiões de difícil acesso e de maior vulnerabilidade.

Neste contexto de inovações digitais na saúde pública brasileira, a APS representa um cenário estratégico para a sua implementação, por ser a porta de entrada preferencial do SUS. Organizada em torno da Estratégia Saúde da Família (ESF), esta atua com enfoque familiar e comunitário por meio da descrição de uma clientela, delimitada por um número determinado de pessoas e suas famílias, por referenciamento territorial, o que favorece o acompanhamento longitudinal e integral dos usuários⁸.

A APS é responsável por atender de forma resolutiva e coordenar o cuidado das pessoas e famílias no SUS, em todos os ciclos de vida e por toda a rede de saúde, garantindo o acesso a ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação, seja por meio de atividades individuais ou coletivas⁹.

A cidade do Rio de Janeiro iniciou em 2009 a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS), a partir de um aporte maior de investimento, com aumento da cobertura da ESF¹⁰, atingindo 70% em 2020 e 79,8% em 2024¹¹. A reforma ainda incluiu mudanças na estrutura de gestão, adoção de indicadores de saúde e de um novo modelo de gestão, abertura de unidades, melhoria da infraestrutura, equipamentos e insumos disponibilizados, ampliação da carteira de serviços e fomento à qualificação profissional¹².

Neste contexto de digitalização da saúde, a cidade do Rio de Janeiro, desde novembro de 2024, vem desenvolvendo um projeto piloto interinstitucional, construído através da parceria firmada entre a SEIDGI, a Secretaria Muni-

pal do Rio de Janeiro (SMS-Rio), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Redes da Maré¹³. Consiste em implementar as Ações Estratégicas do SUS Digital, com foco em Telessaúde na APS, em um território urbano periférico marcado por alta vulnerabilidade social e violência armada – o Conjunto de Favelas da Maré.

A iniciativa colaborativa, além de viabilizar a teleconsulta, desenvolve indicadores e metodologias para construção de políticas públicas inclusivas no campo da saúde digital, orientadas por evidências e pela territorialidade, com potencial de replicação em outros territórios urbanos marcados pela violência e desigualdade. O projeto contribui para consolidar as redes de atenção à saúde do SUS, assegurando atendimento contínuo, seguro e de qualidade aos moradores das periferias urbanas.

O presente estudo tem como objetivo sistematizar as etapas de implementação do serviço de teleconsultas nas unidades de Atenção Primária no Conjunto de Favelas da Maré, destacando o sistema de governança desenvolvido neste contexto e os resultados preliminares da experiência. Espera-se que o estudo possa subsidiar outras iniciativas locais visando à consolidação dessa modalidade de assistência na APS brasileira com ênfase em territórios de alta vulnerabilidade.

Métodos

O presente artigo apresenta um estudo de caso, de caráter descritivo, sobre o processo de implantação de um modelo de teleconsultas na Atenção Primária à Saúde, ofertado exclusivamente aos moradores cadastrados na área de abrangência das unidades de saúde de referência, situado em um território urbano de alta vulnerabilidade social: o Conjunto de Favelas da Maré.

A experiência retrata o período inicial de implantação do projeto, compreendendo os oito primeiros meses de sua operacionalização, entre novembro de 2024 e junho de 2025, nas quatro das seis clínicas da família que atendem o território das 15 favelas da Maré. As fontes de dados incluíram documentos institucionais e normativos, além de banco de dados assistenciais das unidades de saúde envolvidas advindos dos Prontuários Eletrônicos dos Pacientes (PEP), sistema utilizado pelas unidades de saúde para registro e acompanhamento clínico.

O território selecionado para a implantação deste estudo foi o Conjunto de Favelas da Maré,

localizado no Estado do Rio de Janeiro. Composto por 15 comunidades e uma população de mais de 124 mil habitantes¹⁴, trata-se do maior conjunto de favelas do município. Em termos populacionais, a Maré é maior que 96% dos municípios brasileiros e configura-se como o nono bairro mais populoso da cidade do Rio de Janeiro. A região atualmente conta com dois Centros Municipais de Saúde (CMS), quatro Clínicas da Família (CF) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

A seleção do território foi motivada, pelo histórico de iniciativas de saúde pública e governança compartilhada entre Estado e organizações do território^{15,16}, pelo conhecimento acumulado sobre a dinâmica territorial e produção de dados locais^{17,18}, a longa trajetória de parcerias institucionais e pela capacidade de mobilização de atores locais e adaptação do modelo de teleconsultas.

Assim, esse estudo se concretizou sob duas dimensões de análise. O primeiro demonstrou a construção do sistema de governança colaborativa e interinstitucional, seguindo três etapas: análise documental das diretrizes nacionais e normativas relacionadas à Estratégia SUS Digital, com ênfase na Portaria GM/MS nº 3.691/2024⁷; mapeamento dos principais atores institucionais (Ministério da Saúde/SEIDGI, Fiocruz, Secretaria Municipal de Saúde e Redes da Maré); e, por fim, elaboração participativa de um modelo conceitual e operacional de governança, representado por fluxogramas apresentados nos resultados. O segundo realizou uma análise de caracterização das teleconsultas realizadas nas unidades de APS selecionadas, considerando elementos como total de teleconsultas realizadas, quantidade de clínicas da família participantes, profissionais executores, média de teleconsultas por clínica da família, média de teleconsultas por profissional, perfil dos usuários e das teleconsultas realizadas.

Esse processo resultou em um modelo adaptado à realidade do território, com base no alinhamento entre instituições, clareza nos papéis e viabilidade operacional. A construção coletiva garantiu maior legitimidade ao modelo, favorecendo a integração entre os diferentes níveis de gestão e a efetivação da teleconsulta como estratégia de cuidado em contextos de alta vulnerabilidade. Por tratar-se de um relato de experiência institucional e não envolver dados individuais, o estudo não foi submetido à apreciação ética (sistema CEP-CONEP).

Resultados

Arquitetura de Governança e Eixos Estratégicos

A implantação do modelo de teleconsultas no território da Maré foi construída a partir de uma arquitetura de governança interinstitucional que articula quatro pilares fundamentais (Figura 1). Este modelo estabelece o conjunto de favelas da Maré como elemento central articulador, conectando-se estrategicamente com instituições de diferentes naturezas e competências.

O modelo apresenta uma estrutura de governança compartilhada na qual o Ministério da Saúde assume as responsabilidades relacionadas ao fomento da política, definição das diretrizes nacionais e disponibilização de recursos financeiros, além do acompanhamento técnico da execução do projeto; a instituição de pesquisa (Fiocruz) provê apoio técnico-científico, assessoramento metodológico, produção de materiais formativos e monitoramento e avaliação da implantação; a organização de base comunitária (Redes da Maré) atua na articulação territorial, oferecendo apoio logístico, escuta comunitária e mediação entre usuários e equipes; e a Secretaria Municipal de Saúde, como gestor do SUS no Município do Rio de Janeiro, atua na operacionalização do serviço, desde a alocação e capacitação de recursos humanos, integração dos ser-

viços, disponibilidade tecnológica e supervisão das ações, além de garantir a integralidade do cuidado dos pacientes atendidos.

Essa configuração interinstitucional evidencia uma abordagem integrada que busca combinar as competências técnicas, os recursos financeiros, o conhecimento territorial e a gestão local, promovendo a articulação entre os níveis federal, municipal, acadêmico e comunitário. O desenho proposto visa assegurar tanto a sustentabilidade técnica e operacional do projeto quanto sua adequação às especificidades e necessidades da população do território da Maré.

O Quadro 1 detalha os componentes operacionais dessa arquitetura de governança, evidenciando a distribuição específica de responsabilidades entre as instituições envolvidas. A estrutura revela oito componentes principais que sustentam a implementação da estratégia: a Coordenação Federal (Ministério da Saúde) responsável pelas diretrizes nacionais, financiamento e apoio tecnológico; a Coordenação Municipal (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro) focada na operacionalização do serviço em si; o Apoio Técnico-Científico (Fiocruz) que engloba o suporte metodológico, monitoramento, análise de dados e produção acadêmica; e a Coordenação Comunitária (Redes da Maré) centrada na articulação territorial e comunicação comunitária. Adicionalmente, a estrutura contempla componentes transversais como a Pactuação e Governança Interinstitucional,

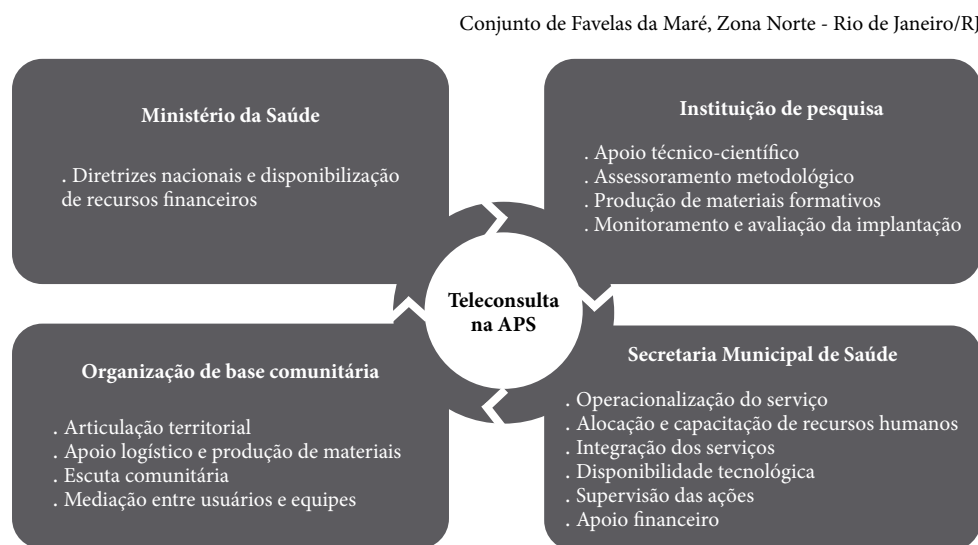


Figura 1. Sistema de Governança Interinstitucional para Implantação da Teleconsulta na Maré.

Fonte: Autores.

envolvendo todas as instituições em reuniões periódicas e definição de fluxos operacionais; a Instrumentação Tecnológica, compartilhada entre Ministério da Saúde, SMS/RJ e Fiocruz; a Formação e Suporte Técnico, coordenada pela SMS e Fiocruz; e a Mobilização e Comunicação, conduzida pela Redes da Maré para disseminação territorial da estratégia.

Esta distribuição de componentes consolida um modelo de governança colaborativa que articula competências institucionais complemen-

tares – expertise técnico-científica, capacidade de gestão pública, recursos federais e conhecimento territorial – visando assegurar tanto a qualidade técnica quanto a adequação local da estratégia de teleconsulta.

A implantação da teleconsulta nas clínicas da Maré ocorreu de forma gradual e escalonada. A operacionalização desta arquitetura de governança seguiu um plano estruturado em seis etapas sequenciais (Figura 2). O processo iniciou-se com o Alinhamento Institucional,

Quadro 1. Componentes da Governança Interinstitucional da Estratégia de Teleconsulta na Maré.

Componente	Instituição Responsável	Responsabilidades Principais	Eixos Estratégicos	Equipe Envolvida
Coordenação Federal	Ministério da Saúde	Diretrizes nacionais; Financiamento da política; Apoio tecnológico	Política de Saúde Digital Financiamento e Infraestrutura	Coordenação nacional
Coordenação Municipal	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio)	Operacionalização da estratégia; Supervisão das equipes; Capacitação e monitoramento; Suporte técnico e infraestrutura.	Disponibilidade tecnológica e Infraestrutura Recursos Humanos e Capacitação Financiamento Supervisão do serviço	Gestores Profissionais de saúde da Atenção Primária
Apoio Técnico-Científico	Fiocruz	Apoio técnico-metodológico; Monitoramento e avaliação da implantação; Análise de dados; Produção acadêmica	Tecnologia e Informação Avaliação e Produção de Conhecimento	Pesquisadores; analista de dados; desenvolvedor
Coordenação Comunitária	Redes da Maré	Articulação territorial; escuta e comunicação comunitária; suporte nas unidades e no território	Mobilização Territorial Suporte a comunidade	Coordenação de campo; Articuladores territoriais
Pactuação Interinstitucional	Todas as instituições	Articulação interinstitucional/Reuniões periódicas; Definição de fluxos e marcos operacionais; coordenação de respostas rápidas	Alinhamento interinstitucional	Representantes institucionais
Instrumentação Tecnológica	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	Implantação de plataformas; Desenvolvimento de protocolos; Suporte digital	Tecnologia e Informação	Gestores e Técnicos de TI da SMS-Rio
Formação e Suporte Técnico	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Fiocruz	Capacitação de profissionais; Apoio contínuo; Produção de materiais educativos e operacionais	Recursos Humanos e Capacitação	Liderança técnica da implantação; pesquisadores
Mobilização e Comunicação	Redes da Maré	Planejamento e execução de campanhas; Produção de materiais; Articulação de eventos; Disseminação no território	Mobilização Territorial Avaliação (indiretamente)	Equipe de comunicação e articuladores territoriais

Fonte: Autores.

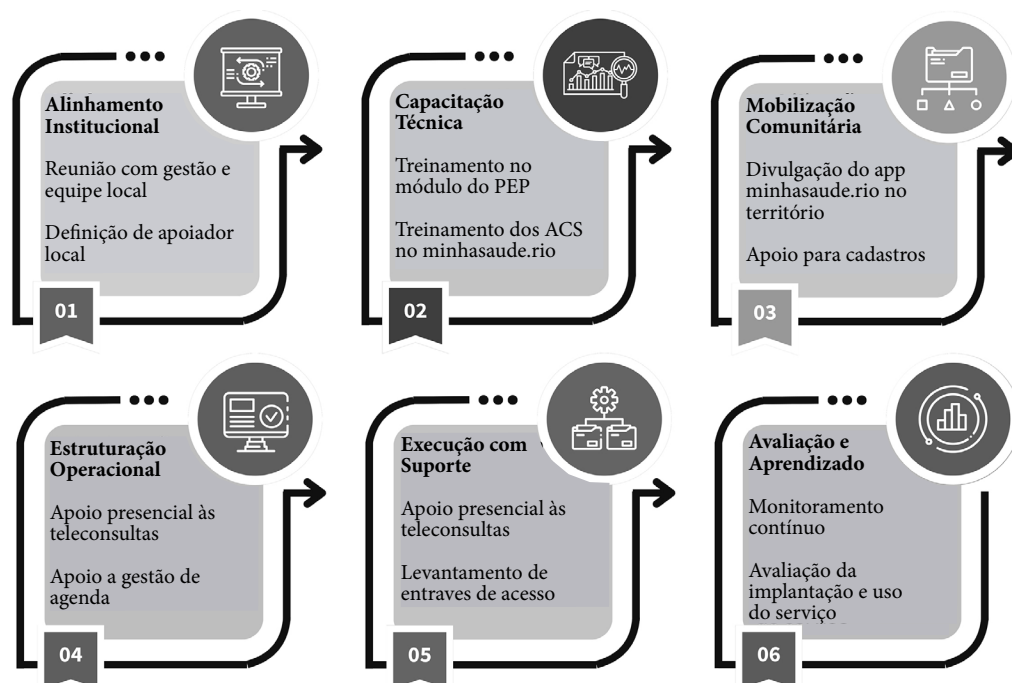


Figura 2. Etapas de implantação da teleconsulta na Maré.

Fonte: Autores.

envolvendo reuniões entre gestão e equipe local para definição do apoiador local responsável pela coordenação territorial das ações. Esta etapa incluiu a apresentação do projeto aos profissionais da unidade e a escolha do profissional de referência, que passou a atuar como ponto focal para as ações de teleconsulta na unidade, em articulação com o gerente local.

A segunda etapa, Capacitação Técnica, contemplou o treinamento das equipes no módulo do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), customizado para o atendimento da teleconsulta por meio da chamada de vídeo, e a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na plataforma. Esta capacitação foi conduzida pela equipe Saúde Digital – composta pela enfermeira que lidera a implantação do projeto no território e cinco articuladores residentes no território – para prestar apoio às unidades ao longo de todo o processo. Os treinamentos incluíram simulações em tempo real do processo de agendamento e execução de teleconsultas via *Google Meet*, além da revisão dos cadastros para alinhamento com a base nacional CADWEB SUS¹⁹.

A terceira etapa focou na Mobilização Comunitária e Comunicação, primeiramente no

diálogo com as organizações locais, associações de moradores e atores chaves para divulgação estratégica do novo serviço. Em um segundo momento, através da equipe de jovens articuladores, promoveu a divulgação do aplicativo minhasaude.rio²⁰ no território apoiando os usuários da unidade de saúde para a realização de cadastros, tirando dúvidas e servindo como referência para os moradores. Esta fase envolveu ações de sala de espera, educação permanente e articulação com lideranças territoriais para sensibilização dos usuários quanto à nova modalidade de acesso aos serviços de saúde. Essa etapa se baseia na legitimidade e reconhecimento da instituição local junto aos moradores e sua capacidade de mobilização e comunicação, produto da longa trajetória de atuação no território.

A Estruturação Operacional, quarta etapa do processo, organizou o apoio presencial às teleconsultas e a gestão de agenda, incluindo o fornecimento de equipamentos tecnológicos (*webcams* e *headsets*) para os profissionais e a configuração de e-mails institucionais para acesso como *host* das videochamadas.

A quinta etapa, Execução com Suporte, consolidou o apoio presencial às teleconsultas e o

levantamento sistemático de entraves de acesso. Esta fase contemplou a gestão de agendas para identificação de demandas elegíveis conforme protocolo municipal, atuação conjunta de ACS e articuladores para identificação de problemas técnicos, e apoio direto da equipe de saúde digital para minimizar entraves operacionais.

Por fim, a sexta etapa, Avaliação e Aprendizado, estabeleceu o monitoramento contínuo e a avaliação da implantação e uso do serviço, incluindo atividades de vigilância pela liderança do projeto em articulação com a coordenação da área. Essa etapa também envolveu o desenvolvimento de um *dashboard* para acompanhamento sistemático dos indicadores de uso e desempenho da estratégia de teleconsulta.

O processo seguiu uma cronologia de aproximadamente dois meses por unidade, permitindo o desenvolvimento de expertise profissional e a difusão territorial da ferramenta. Até junho de 2025, quatro das unidades do território contavam com a ferramenta implantada, embora apresentassem diferentes estágios de consolidação e aperfeiçoamento. A quinta clínica encontrava-se na sua primeira semana de testes e a sexta unidade em fase de preparação para a implantação.

Este plano evidencia uma abordagem progressiva, que integra preparação institucional, capacitação técnica, mobilização comunitária e monitoramento contínuo, assegurando a adequação da estratégia de teleconsulta no contexto territorial da Maré.

A Figura 3 traz a síntese gráfica da realização de uma teleconsulta na APS com o passo a passo desde a vinculação do paciente a sua equipe de saúde da família de referência, passando pela solicitação e agendamento da teleconsulta até o atendimento final pelo aplicativo minhasaude.

Perfil Inicial da Implementação das Teleconsultas

No período inicial de implantação do projeto, foram realizadas 1.017 teleconsultas envolvendo quatro clínicas da família e 72 profissionais de saúde (38 médicos e 34 enfermeiros). A mediana mensal foi de 74 (IC95%: 42-156) teleconsultas, com 51 teleconsultas por clínica (IC95%: 32,70). Cada profissional realizou, em média, 64 atendimentos (IC95%: 37,91), com uma duração média de 23 minutos por consulta. A análise do perfil das teleconsultas revelou que as consultas de seguimento relacionadas a atendimentos recentes representaram a maior

proporção dos atendimentos (589 teleconsultas; 58%), seguidas pelo monitoramento de condições crônicas e ciclos de vida (333 teleconsultas; 33%), evidenciando o uso prioritário da ferramenta para continuidade do cuidado. As condições agudas simples (56 teleconsultas; 5%), emissão e renovação de receitas de uso contínuo (19 teleconsultas; 2%) e outros motivos (12 teleconsultas; 2%) representaram proporções menores (Tabela 1).

O perfil demográfico dos usuários atendidos mostrou predominância do sexo feminino (745 usuárias; 73%) sobre o masculino (236 usuários; 23%), com 36 casos não declarados. A distribuição etária concentrou-se nas faixas de 18-39 anos (444 usuários; 44%) e 40-59 anos (350 usuários; 34%), seguida pelos grupos de 60-79 anos (109 usuários; 11%), 0-17 anos (67 usuários; 7%) e 80 anos ou mais (11 usuários; 1%). A média de atendimentos por clínica da família foi de 106 consultas (IC95%: 73-139) (Tabela 1).

Discussão

O presente estudo destaca o papel estratégico do modelo de governança compartilhada na implantação da teleconsulta em territórios vulnerabilizados, com base na experiência do conjunto de favelas da Maré. A iniciativa foi viabilizada por meio da articulação entre Estado, sociedade civil e academia, configurando um arranjo institucional capaz de responder às especificidades locais. Essa governança colaborativa, já mobilizada no território durante a pandemia²⁰, permitiu a adaptação das ações às condições locais e reforçou a legitimidade e a sustentabilidade da proposta²¹.

Fruto deste trabalho integrado, foi desenvolvido o desenho institucional que norteou o processo de implantação das teleconsultas no território da Maré, o qual tem início a partir da reunião de apresentação do projeto aos profissionais de todas as categorias da unidade e avança progressivamente, perpassando por treinamentos em serviço direcionados às ferramentas utilizadas, mobilização e comunicação territorial, apoio ao processo de execução das teleconsultas, gestão das agendas e monitoramento contínuo de desempenho.

Estudos recentes ressaltam a importância do trabalho em rede ao longo da implantação das teleconsultas em território nacional, mantendo a APS em seu cerne, considerando a sua importância ao exercer a coordenação do cuidado em seu território²². Também ratificam que o cenário

JORNADA DO PACIENTE PARA TELECONSULTA NA APS

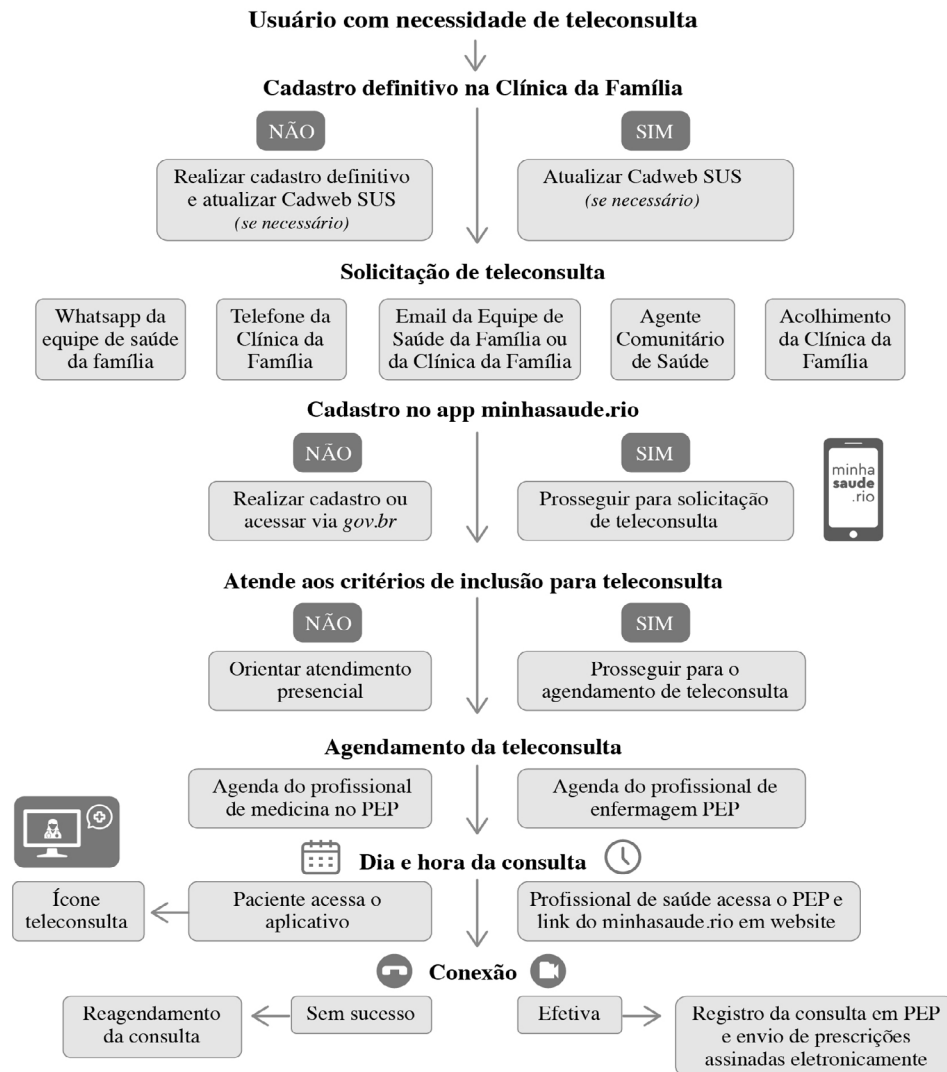


Figura 3. Fluxo de realização de uma teleconsulta na Atenção Primária.

Nota: Tipos de consultas incluídas na modalidade de teleconsulta na APS: Consultas de seguimento relacionadas a atendimentos recentes; Emissão e/ou renovação de receitas de uso contínuo; Atendimento por vídeo chamada, em situações de instabilidade do território, podendo já ser agendado inicialmente como Teleconsulta ou corresponder a uma conversão de modalidade de consulta de presencial para teleatendimento; Monitoramento de condições crônicas e ciclos de vida; Condições agudas simples (Ex. Gastroenterocolite aguda, sintomas respiratórios de via aérea superior e cefaleia sem sinais de alerta).

Fonte: Autores.

ideal à implantação das teleconsultas em territórios de favela precisa ser processual, gradativo e evolutivo, organizado em fases que resultam na implantação exitosa das teleconsultas, e, portanto, na incorporação de uma nova forma de prover cuidado em caráter aditivo à população^{22,23}.

Assim, a implantação das teleconsultas na

Maré envolveu uma transição gradual, com adesão crescente por parte das equipes atuantes nas diferentes unidades de APS. Nessas condições, a teleconsulta tem se mostrado essencial para assegurar a continuidade do cuidado em situações de suspensão do atendimento presencial, como em dias de conflitos armados ou

operações policiais – uma realidade frequente em territórios de favelas e periferias²¹⁻²⁴. Em 2024, a Redes da Maré registrou 42 operações policiais que resultaram em 20 mortes, 30 dias de suspensão de atendimentos de saúde – interrompendo uma média de 360 consultas por dia – e 37 dias sem aulas, afetando cerca de 8.099 estudantes por dia¹⁸. Durante o primeiro semestre de 2025, com a aplicação da metodologia do “Acesso Mais Seguro” – desenvolvida e adaptada pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV)²⁵ para prevenir e mitigar os riscos de incidentes de segurança em equipamentos público –, as unidades de saúde registraram, na Plataforma SUBPAV (www.subpav.org), 20 notificações de nível vermelho, que implicaram o fechamento das unidades e a evacuação segura de profissionais e usuários, diante da situação de risco crítico. Adicionalmente, foram registradas 15 ocorrências de nível laranja, que resultaram na suspensão temporária das atividades internas e externas em razão do elevado risco no território. Além de 11 notificações de nível amarelo, que implica na suspensão das visitas domiciliares nas microáreas com risco sinalizadas, preconizando a manutenção do trabalho interno, pelo risco moderado.

O uso da teleconsulta em contextos de instabilidade territorial tem se mostrado eficaz para garantir a continuidade do cuidado, como observado em Israel durante a guerra de 2023²⁶ e em países como Síria, Gaza e Iêmen, mesmo sob severas restrições de acesso²⁷. Além disso, a modalidade tem sido usada para apoiar ações como busca ativa e visitas domiciliares, contribuindo para reduzir lacunas no cuidado e fortalecer o acompanhamento longitudinal²⁸.

Percorridos oito meses após a implantação das teleconsultas na Maré, é possível avaliar que a estratégia fortaleceu a rede local de cuidado e ampliou o acesso ao serviço de APS de referência local, considerando o volume de atendimentos (1.017 teleconsultas) observados no período. Essa atuação é especialmente relevante no contexto da APS, por contribuir com a continuidade, integralidade e coordenação do cuidado e, consequentemente, ao potencial que apresenta para fortalecer a APS.

Ao analisar de forma prática, as teleconsultas no conjunto de favelas da Maré, promoveram a manutenção e a ampliação do acesso neste território, considerando a caracterização das teleconsultas geradas desde a sua implantação, as quais dialogam com o que consta no escopo do ofício de nº SMS-OFI 2025/25576, de 30 de junho de 2025, que dispõe a respeito do Protocolo de uti-

Tabela 1. Caracterização das Teleconsultas realizadas nas unidades de APS do Conjunto de Favelas da Maré, Rio de Janeiro, 2024-2025.

Indicador	N (%)
Total de teleconsultas	1.017
Total de teleconsultas mensais	
Nov/2024	42
Dez/2024	39
Jan/2025	69
Fev/2025	153
Mar/2025	76
Abr/2025	72
Mai/2025	274
Jun/2025	292
Clínicas da família participantes	4
Profissionais envolvidos	72
Médicos	38 (53%)
Enfermeiros	34 (47%)
Mediana de teleconsultas por mês	74 (IC95%: 42-156)
Média de teleconsultas por clínica da família*	51 (32,70)
Média de teleconsultas por profissional*	64 (37,91)
Principais geradores de teleconsulta	
Consultas de seguimento relacionadas a atendimentos recentes	589 (58%)
Monitoramento de condições crônicas e ciclo de vida	333 (33%)
Condições agudas simples	56 (5%)
Emissão e renovação de receitas de uso contínuo	19 (2%)
Outros	12 (2%)
Perfil etário (anos)	
0-17	66 (7%)
18-39	443 (44%)
40-59	348 (34%)
60-79	109 (11%)
80+	11 (1%)
NA	35 (3%)
Sexo biológico	
Feminino	741 (73%)
Masculino	236 (23%)
NA	35 (4%)

*Teleconsultas por mês.

Fonte: Autores, a partir de dados extraídos do Portal da Transparência do SISREG em 29/07/2025.

lização de recursos de Teleconsulta na Atenção Primária à Saúde no Complexo da Maré²⁹.

A combinação entre atendimentos presenciais e remotos tem sido eficaz para manter a assistência em saúde em contextos marcados por desafios sociais, simbólicos e operacionais, contribuindo, também, com a redução das desigualdades de acesso em territórios periféricos e entre populações historicamente subatendidas³⁰.

Foi observado um número expressivo de teleconsultas de segmento (57%), monitoramento de condições crônicas e ciclos de vida (33%), condições agudas simples (56%) e emissão e renovação de receitas (2%) – anticoncepção, controle especial e Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Estudos recentes ratificam estes achados, ao compartilhar que as teleconsultas viabilizam o cuidado contínuo à saúde populacional, monitoramento das condições de saúde, estratificação de demandas em saúde, orientações de promoção e prevenção e, ao mesmo tempo, têm contribuído para encurtar distâncias entre profissionais e usuários – sendo estratégica em territórios distantes. Portanto, a ferramenta tem sido considerada satisfatória de forma bilateral: tanto para usuários – tendo em vista a garantia do acesso ao serviço a partir do seu próprio domicílio – quanto para profissionais, pois tem demonstrado eficácia ao contribuir para reduzir demandas e filas por atendimento³¹.

Apesar dos avanços descritos, a utilização dessa modalidade ainda requer uma curva de aprendizado, tanto por parte dos usuários, quanto dos profissionais já que depende de mudanças de práticas e compreensão de uso da tecnologia, além de ainda enfrentar a resistência dos profissionais a mudanças no processo de trabalho, a segurança dos dados, familiaridade de uso para faixas etárias avançadas, entre outros. Além disso, é possível identificar o predomínio de teleconsultas em direção à população jovem e economicamente ativa (85%), o que pode vir a caracterizar a dificuldade de idosos frente ao mundo digital, neste primeiro momento (apenas 12% das teleconsultas ocorreram entre a população acima de 60 anos).

Alguns autores dialogam com estes achados ao compartilhar as principais barreiras e dificuldades encontradas ao longo do processo de implantação das teleconsultas na APS, entre elas: a resistência em compartilhar informações pessoais, a falta de suporte aos pacientes, a falta de acesso à internet e tecnologia, dificuldades organizacionais e qualidade técnica³¹.

A experiência acumulada até o momento indica que, em territórios de alta vulnerabilidade social, a implantação da teleconsulta requer estratégias integradas ao território, escuta qualificada das equipes e soluções pensadas que sejam capazes de superar as barreiras digitais descritas. A continuidade do cuidado tem dependido de respostas adaptadas a cenários de instabilidade³², o que reforça o alinhamento da iniciativa com as diretrizes do SUS Digital. Além de incorporar ações previstas em norma nacional

– como a inclusão da teleconsulta na tabela do SUS e a estruturação de pontos de atendimento remoto nos municípios³³ –, a proposta fortalece a APS, reduz assimetrias tecnológicas e se ancora em uma governança colaborativa. Nesse cenário, as expressivas desigualdades regionais em infraestrutura digital no Brasil reforçam a urgência de investimentos estruturantes em Saúde Digital³³, considerando que a efetivação das teleconsultas pode estar limitada à conectividade. Embora as unidades de saúde disponham de infraestrutura e acesso à internet e, na maioria dos casos, os usuários possuam redes Wi-Fi próximo ou nos seus domicílios, fatores relacionados à insegurança no território e à influência de grupos que exercem controle local podem tornar a conexão instável e com baixa qualidade de sinal. Apesar disto, a iniciativa pode contribuir com subsídios concretos para o aprimoramento da política nacional de teleconsulta.

A análise, embora preliminar, traz informações relevantes sobre o processo de implementação do serviço de teleconsultas na Atenção Primária em território complexo, desigual e conflagrado que requer ações inovadoras que permitam realizar o cuidado de saúde de forma abrangente e continuado ainda que em condições adversas.

Considerações finais

Partindo da premissa que a teleconsulta passou a ser uma realidade, ferramenta de trabalho no conjunto de favelas da Maré e alcança 100% deste território, este avanço revela caminhos possíveis à ampliação do acesso e a qualificação do cuidado em contextos marcados por desigualdades e violência armada. O modelo adotado – baseado na articulação territorial e na governança compartilhada – respondeu às especificidades locais com soluções integradas ao cotidiano dos serviços e à realidade dos usuários, mantendo a continuidade do cuidado mesmo diante de desafios estruturais e contextuais.

A implantação da teleconsulta no território da Maré, está em consonância com os atributos da APS e as diretrizes do SUS Digital, conferindo relevância institucional à proposta, que se apresenta como referência para o fortalecimento de redes de cuidado em contextos similares. Embora ainda em fase de consolidação, trata-se de uma experiência promissora, com potencial de escalabilidade e de contribuição concreta para o aperfeiçoamento da política nacional de teleconsulta.

Colaboradores

Todos os autores participaram de todas as etapas de elaboração do artigo, da conceptualização à revisão e edição crítica, bem como da revisão final do manuscrito.

Declaração de disponibilidade de dados

Os bancos de dados utilizados no artigo, incluindo os códigos de extração, análises e resultados estão disponíveis em repositório: (<https://web2.smsrio.org/minhasaudeRio/#/dados-transparencia> - em “PBI do minhasaude.rio).

Referências

1. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *Oito Princípios Orientadores da Transformação Digital do Setor da Saúde. Um apelo à ação pan-americana* [Internet]. 2021 [acessado 2023 ago 2]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54669/OPASEIHIS210004_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
2. World Health Organization (WHO). *Global strategy on digital health 2020-2025* [Internet]. 2021 [acessado 2025 jul 25]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gsdhdaa2a-9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>.
3. Sheikh A, Anderson M, Albala S, Casadei B, Franklin BD, Richards M, Taylor D, Tibble H, Mossialos E. Health information technology and digital innovation for national learning health and care systems. *Lancet Digit Health* 2021; 3(6):e383-e396.
4. Portela D, Brito DV, Monteiro H. Using Digital Technologies in Response to the COVID-19 Pandemic in Portugal. *Port J Public Health* 2022; 39(3):170-174.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – PNIIS*. Brasília: MS; 2015.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024. Institui o Programa SUS Digital no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 2024.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 3.691, de 23 de maio de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Ação Estratégica SUS Digital – Telessaúde. *Diário Oficial da União*; 2024.
8. Will TK, Dalbello-Araujo M. Princípios da atenção primária à saúde nos dias de hoje: uma revisão. *Rev Enferm Atenção Saude* 2023; 12(2):e202393.
9. Nascimento LC, Viegas SMF, Menezes C, Roquini GR, Santos TR. O SUS na vida dos brasileiros: assistência, acessibilidade e equidade no cotidiano de usuários da Atenção Primária à Saúde. *Physis* 2020; 30(3):e300330.
10. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1327-1338.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatórios Públicos da APS: cobertura APS* [Internet]. [acessado 2025 dez 5]. Disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/aps>.
12. Costa NR, Silva IM, Lima PT, Silva TSD, Costa ICMD, Figueiredo IVO. A implantação em larga escala da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, Brasil: evidências e desafios. *Cien Saude Colet* 2021; 26(6):2075-2082.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Grupo técnico vai elaborar projeto-piloto de transformação digital no Complexo da Maré* [Internet]. 2024 [acessado 2025 jul 8]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/outubro/grupo-tecnico-vai-elaborar-projeto-piloto-de-transformacao-digital-no-complexo-da-mare>.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico de 2022* [Internet]. 2022 [acessado 2024 jan 27]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>.

15. Batista-da-Silva AA, Moraes CB, Bozza HR, Bastos LDSL, Ranzani OT, Hamacher S, Bozza FA; Comitê Gestor Conexão Saúde. Effectiveness of a multicomponent intervention to face the COVID-19 pandemic in Rio de Janeiro's favelas: difference-in-differences analysis. *BMJ Global Health* 2023; 8(5):e009997.
16. Batista-da-Silva AA, Bastos LSL, Arouca LE, Gonzaga-da-Silva TW, Hamacher S, Bozza FA, Ranzani OT. #VacinaMare campaign: addressing vaccine inequity in socially vulnerabilised communities. *Lancet Reg Health Am* 2024; 36:100827.
17. Redes da Maré. *Censo populacional da Maré* [Internet]. 2019 [acessado 2025 jul 4]. Disponível em: https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/CensoMare_WEB_04MAI.pdf.
18. Redes da Maré. *Infográficos do boletim direito à segurança pública na Maré 2023*. Rio de Janeiro: Redes da Maré; 2023.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cartão do SUS. CADWeb* [Internet]. 2019 [acessado 2025 ago 7]. Disponível em: <https://cartaosus.org/cadweb-sus>.
20. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ). *Minha saúde.rio* [Internet]. [acessado 2025 jul 9]. Disponível em: <https://web2.smsrio.org/portalPaciente/login/#/>.
21. Ye J, Lu H, Molly B. Implications for implementation and adoption of telehealth in developing countries: a systematic review of China's practices and experiences. *NPJ Digit Med* 2023; 6(1):174.
22. Catapan SC, Willemann MCA, Calvo MCM. Structure and work process for implementing medical teleconsultation in the Brazilian National Health System, a cross-sectional study using 2017-2018 data. *Epidemiol Serv Saude* 2021; 30:e2020305.
23. Catapan SC, Willemann MCA, Calvo MCM. Structure and work process for implementing medical teleconsultation in the Brazilian National Health System, a cross-sectional study using 2017-2018 data. *Epidemiol Serv Saude* 2021; 30(1):e2020305.
24. Pecanha V, Guerra J, Rocha R, Millett C, Hone T. *The Effects of Urban Violence on Primary Health Care Services: Evidence from Poor Neighborhoods in Rio de Janeiro* [Internet]. 2024 [acessado 2025 jul 9]. Disponível em: <https://grcmlesydpdcd.objectstorage.sa-saopaulo-1.oci.customer-oci.com/p/OQwcv-nO-c63O08Gc2Kv4OTbJttj5ik60dguiDlYyQ0wu-o5SWn-jHOLW9wNbylNqI/n/grcmlesydpdcd/b/dtysppbjmntbtkp01/o/media/doity/submissoes/artigo-91a2afdd8a2a63984b78e77a92df28bc0df84e-e1-arquivo.pdf>.
25. Comitê Internacional da Cruz Vermelha. *Acesso Mais Seguro para Serviços Públicos Essenciais - Resumo Executivo* [Internet]. 2023 [acessado 2025 jul 9]. Disponível em: <https://www.icrc.org/pt/publication/acesso-mais-seguro-para-servicos-publicos-essenciais-resumo-executivo>.
26. Sberro-Cohen S, Moriah EE. From Conflict to Care-Telemedicine Utilization During Wartime: A Retrospective Cohort Study. *J Med Syst* 2025; 49(1):83.
27. Parkes P, Pillay TD, Bdaiwi Y, Simpson R, Almoshosh N, Murad L, Abbata A. Telemedicine interventions in six conflict-affected countries in the WHO Eastern Mediterranean region: a systematic review. *Conflict Health* 2022; 16(1):64.
28. Nascimento IJB, Abdulazeem H, Vasanthan LT, Martinez EZ, Zucoloto ML, Østengaard L, Azzopardi-Muscat N, Zapata T, Novillo-Ortiz D. Barriers and facilitators to utilizing digital health technologies by healthcare professionals. *NPJ Digit Med* 2023; 6(1):161.
29. Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro. Subsecretaria Geral. Plataforma SMS Rio - Subsecretaria Geral [Internet]. 2025. [acessado 2025 ago 8]. Disponível em: <https://web2.smsrio.org/subgeral/#/profissional/materiaisTecnicos/>.
30. Shah DA, Sall D, Peng W, Sharer R, Essary AC, Radhakrishnan P. Exploring the role of telehealth in providing equitable healthcare to the vulnerable patient population during COVID-19. *J Telemed Telecare* 2024; 30(6):1047-1050.
31. Melo Filho JE, Silva LLL, Oliveira FBM, Santos CJA, Moura AF, Rodrigues ARM, Ribeiro JMS, Santos RRL, Paz JCVJ. Use of teleconsulta in primary care and the effectiveness of care: integrative review. *Arq Cien Saude UNIPAR* 2023; 27(10):5804-5819.
32. Bowsher G, El Achi N, Augustin K, Meagher K, Ekzayez A, Roberts B, Patel P. eHealth for service delivery in conflict: a narrative review of the application of eHealth technologies in contemporary conflict settings. *Health Policy Plan* 2021; 36(6):974-981.
33. Catapan SC, Willemann MCA, Calvo MCM. Estrutura e processo de trabalho para implantação da teleconsulta médica no Sistema Único de Saúde do Brasil, um estudo transversal com dados de 2017-2018. *Epidemiol Serv Saude* 2021; 30(1):e2020305.

Artigo apresentado em 08/08/2025

Aprovado em 18/12/2025

Versão final apresentada em 20/12/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Mattos Fonseca