



Oportunidades da TeleSaúde nos primeiros tempos da Pandemia COVID-19: O que aconteceu, o que não aconteceu, o que deveria ter acontecido e o que deverá acontecer num futuro próximo?

Relatório de Outono do GT3D da SITT

20 de Outubro 2020

O Grupo de Trabalho GT3D da Sociedade Ibérica de Telemedicina e TeleSaúde (SITT) é um grupo multidisciplinar de académicos, profissionais de saúde, clínicos, profissionais das tecnologias de informação (TI) e doentes interessados em teleSaúde e transformação digital na Pensínsula Ibérica. O grupo foi criado em julho de 2020 e é coordenado, neste momento, pelo Professor Henrique Martins, desenvolvendo as suas atividades em diferentes aspetos que vão desde a promoção a defesa e a educação em termos de TeleSaúde.

Relatório

Este relatório de outono conta as reflexões dos diferentes elementos do grupo sobre controvérsias e temas atuais, não sendo um relatório impulsionado a fundo, por dados, mas as suas opiniões refletem a experiência diária dos participantes e o acesso aos dados das instituições, assim como a compreensão e a visão crítica das questões da TeleSaúde. Os numerosos apresentados não pretendem ser plenamente representativos dos indicadores, já

que estes, no entendimento dos membros do grupo, devem ser tornados públicos pelas entidades públicas e privadas a bem da transparência e do respeito pela cidadania.

Como citar este relatório: GT3D SITT (2020) "GT3D SITT Relatório de Outono: Oportunidades da TeleSaúde nos primeiros tempos da Pandemia COVID-19", disponível em:

<https://www.sittiberica.org/>

Membros Ativos: 1. Amorim, Paula; 2. Brito, Dulce; 3. Castelo-Branco, Miguel; 4. Fàbrega, Carles; 5. Costa, Fernando; 6. Costa, Tomas; 7. Ferreira, Afonso; 8. Gonçalves, Lino; 9. Gonçalves, Luís; 10. Martins, Henrique; 11. Martin, Veronica; 12. Milner, James; 13. Nêveda, Rui; 14. Pardo, Rafael; 15. Ribeiro, Carlos; 16. Salvador, Àngels; 17. Silva, João.

Afilições¹: 1. Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior. Portugal; 2. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE, Centro Cardiovascular da Universidade de Lisboa (CCUL), Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal; 3. Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde, Portugal; 4. Presidente da SITT. Coordenador de Telemedicina no Hospital San Joan de Deo de Barcelona. Espanha; 5. Diretor de Serviços, Consultor em TIC's da Saúde para o Ministério da Saúde de Portugal. Portugal; 6. Dermatologista. Formador no Centro Global Shapers Lisbon Hub. Portugal; 7. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE, CCUL, Portugal; 8. Faculdade de Medicina de Coimbra. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Portugal; 9. Presidente Honorário da SITT. Portugal; 10. Professor Associado de Gestão e Liderança da Saúde na FCS-UBI e no ISCTE-IUL. Portugal; 11. Coordenadora Regional de Telemedicina. Serviço Extremado de Saúde. Espanha. 12. Cardiologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Portugal; 13. Pneumologista. Unidade local de saúde do Alto Minho-EPE. Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo. Portugal; 14. Consultor Senior de Telemedicina em Costaisa. Barcelona, Espanha; 15. Informático. Diretor de Serviços de Informático na ARS Norte. Porto. Portugal; 16. Membro do Grupo Digital Care da UVIC-UCC Barcelona. Espanha; 17. Coordenador da Unidade de Telemedicina da ULSAM. Viana do Castelo. Portugal

Colaboradores que contribuíram para este relatório: Isabel Saraiva (RESPIRA)²; Lola Daimiel (FADEX)³

² RESPIRA Associação de doentes - <http://www.respira.pt/>

³ FADEX Associação de doentes - http://www.fadex.org/portal/portada_dir/portada.aspx

Resumo

O objetivo deste relatório é contribuir para uma melhor compreensão do valor da telemedicina nos sistemas de saúde, em particular o seu papel na criação de oportunidades que permitam continuar a dar cuidados de saúde em doentes que vivem em meios complexos e frágeis como sucedeu nos primeiros tempos da pandemia COVID-19. O objetivo final é levar a debate e fomentar ideias uteis para o que falta do decurso da pandemia. Este artigo traz a experiência de médicos e outros profissionais de saúde na Península Ibérica (Espanha e Portugal), com o intuito de dar uma imagem mais clara do que sucedeu e como se pode melhorar considerando as possibilidades de oferecer a telemedicina.

Recomenda-se:

1. Implementar com urgência estratégias e plano de aplicação organizados para a teleassistência domiciliária;
2. Envolver as associações de doentes nos esforços de alfabetização e investir fortemente em consciencializar os cidadãos, doentes e famílias, sobre o que é a medicina “adequada”;
3. Concluir a melhoria das infraestruturas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) urgentemente nas próximas 6 semanas;
4. O uso de soluções de baixa tecnologia deve ser sempre uma segunda alternativa e não se tornar a forma “principal” de oferecer TeleSaúde;
5. Não se aconselha a substituição total de consultas presenciais por teleconsultas, sendo os modelos híbridos os mais seguros e recomendáveis;
6. As soluções informáticas de assistência domiciliária e as respetivas ofertas comerciais são muito caras. Deverão ser criados consórcios governamentais e não governamentais para oferecer soluções de teleassistência domiciliária de alta tecnologia com custos baixos a determinados e pré-selecionados grupos de doentes/famílias de risco;
7. A telemedicina deve ser proporcionada a todos os níveis de cuidados de saúde de forma integrada;
8. Quando se fizer a revisão das directrizes e normas para as doenças convencionais e os respetivos planos dos cuidados de saúde, a telemedicina deve estar completamente integrada.

Concomitantemente deve colocar-se em evidência que os serviços de saúde públicos devem repensados para proporcionarem soluções adequadas a situações como aquela que estamos a viver nos dias de hoje.

Key Words: *Covid-19, Pandemia, Transferencia de Tecnologia, Telemedicina, TeleSaúde, Saúde Pública, Política.*

Introdução

A pandemia COVID-19 colocou a saúde pública e a telemedicina em primeiro plano. Com demasiada frequência foram descuidados e/ou minimizados pelos interesses económicos e a inércia organizativa dos cuidados de saúde, já que a Saúde é vista predominantemente a partir de uma perspectiva empresarial (vista como um negócio para gerar mais valias para os investidores) e não como o direito mais fundamental da cidadania. Esta difícil situação da pandemia salientou mais uma vez a importância de os países terem sistemas de saúde organizados e debaixo de directrizes públicas, a partir de políticas de um estado social se se quiser servir bem a cidadania. Ficou provado que os exemplos deploráveis dos Estados Unidos da América (com estado social muito débil) e os Estados Unidos do Brasil (com um sistema nacional de saúde SUS insuficiente) que contrastam com outros países que, apesar das dificuldades próprias, têm estados sociais fortes e serviços de saúde públicos, como Espanha, Portugal, e os países do Norte da Europa. A ciber saúde, e em particular as soluções de TeleSaúde, podem ser instrumentos decisivos para que os serviços de saúde se aproximem dos doentes, nomeadamente crónicos, idosos e frágeis. Estes sistemas permitem que esses doentes fiquem nas suas casas evitando-se as viagens inúteis a locais de cuidados de saúde potencialmente infetados. Os hospitais e outros locais tornaram-se, por ora, mais hostis que os campos de batalha, para as suas doenças habituais que apesar da retórica e do COVID-19, não diminuíram. Se o COVID-19 tem um número muito significativo de mortes em todas as sociedades humanas, os piores cuidados de saúde prestados aos doentes com doenças crónicas e a desnecessária assistência cara-a-cara para todos, pode representar uma sobrecarga que não chega aos noticiários da televisão em horários de máxima audiência. A utilização da tecnologia (TeleSaúde) poderá ser simultaneamente a ponte e a barreira dos arriscados processos de cuidados de saúde tradicionais. Temos tido poucos meses para aprender coletivamente sobre a sua utilização e potencial sendo que é agora o momento de refletir e apontar para o futuro. Nos próximos meses, ou mesmo anos, vão ser exigidos esforços significativos e mudanças de paradigma se queremos ganhar esta batalha contra o COVID-19 sem perder muitas outras batalhas na saúde. Neste documento utiliza-se um conceito genérico de TeleSaúde tanto como de alta tecnologia (plataforma de vídeo dedicada) como de baixa tecnologia (só a prática habitual do telefone), por que ambos parecem ter sido relevantes para a continuação da prestação de cuidados de saúde durante a pandemia COVID-19. As atividades de valor acrescentado que utilizam a teleassistência domiciliária com telemonitorização induziram igualmente a nossa opinião já que se considera que foram cruciais para evitar o agravamento da saúde de muitos doentes crónicos. A educação médica e de

todos os profissionais de saúde também viu importantes desafios e oportunidades já que as consequências da pandemia nas instalações de saúde significaram desafios radicais nas formas tradicionais, talvez paradigmáticas, de educar os estudantes em pavilhões e outras instalações de saúde. O grupo debateu sobre tele-educação e a maneira de garantir a melhor experiência clínica nestes novos tempos. O tema foi escolhido para um relatório posterior dedicado a este tema emergente da tele-universidade, da encruzilhada da educação com a saúde e da educação à distância.

1. O que aconteceu e o que não aconteceu durante a primeira vaga da pandemia

1.1 TeleSaúde e Cuidados de Saúde Primários na Península Ibérica

Desde o início da pandemia de COVID-19 em Portugal (Março de 2020), adoptou-se uma estratégia para hospitalar unicamente os infetados com sintomas graves, optando por um controlo domiciliário gerido pelos cuidados primários de saúde, utilizando consultas telefónicas nos casos em que não há sintomas ou que estes são leves¹. A ideia, que parece que resultou, era reduzir o número de pessoas que se dirigiam aos hospitais, evitando a sobrecarga dos serviços. Assim, mais de 85% dos infetados por COVID-19 foram monitorizados e tratados nos seus domicílios² e continuaram os seus contactos com casos suspeitos, o que sem dúvida contribuiu para que os cuidados intensivos hospitalares nunca superassem a sua capacidade.

Para além disso, tendo em conta a necessidade de reduzir a possibilidade de propagação do vírus isto significava restrições significativas nas consultas dos cuidados primários. Deram-se instruções aos utilizadores (exceto em emergências), para que contactassem com os doentes por telefone, mas os profissionais de saúde ficaram com a responsabilidade de decisão se deveriam realizar consultas presenciais e quando. Deu-se prioridade à solução dos problemas mediante consultas telefónicas e o envio de receitas por via eletrónica (SMS ou correio eletrónico). Segundo a nossa experiência houve uma redução de mais de 75% nas consultas presenciais e os procedimentos de TeleSaúde permitiram o *follow-up* da maioria dos pacientes. Portanto a diminuição total das consultas, Segundo a DGS (Direção Geral da Saúde), foi só de 6,6%

¹ COVID-19: Mitigation Phase. Mental Health. N: 011/2020. 18/04/2020 <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/norma-e-circulares-normativas/norma-n-0112020-de-18042020-pdf.aspx>

² Maioria dos doentes tratados em casa. DGS. Portugal. <https://covid19.min-sau.dg.pt/maioria-dos-doentes-tratados-a-partir-de-casa/>

comparado com o mesmo período no ano passado³. Em conclusão não só no *follow-up* dos doentes com COVID-19, mas também no que respeita aos doentes com outras doenças, o método das teleconsultas ainda que de forma muito básica (principalmente por telefone), foi decisivo para evitar o colapso do sistema de cuidados de saúde e permitiu manter o mínimo de controlo e apoio à população que necessitava de cuidados de saúde.

Concomitantemente em Espanha, os prestadores de saúde de cuidados primários estavam também muito ocupados. A razão era que havia muitos services de saúde pública e privada que pediam services de consulta por video com qualidade médica. A chave para os prestadores de cuidados de saúde era ter uma ferramenta de video-consulta rápida, robusta e acessível. Um dos solicitantes desta ferramenta foi o Instituto Catalão de Saúde (ICS). Solicitavam uma ferramenta de video-consultas integrada com as estações de trabalho clínica, eCap (a ferramenta utilizada nos cuidados primários de saúde), que se posem funcionamento a meio do mês de abril de 2020. É importante assinalar que os clínicos do ICS também utilizavam outras ferramentas de teleconsulta, como a teledermatologia ou inclusive eConsulta, um sistema bidirecional de transmissão de mensagens segura e assíncrona B2C⁴.

Simultaneamente, o departamento de saúde da Catalunha permitiu o uso do eCap nos computadores pessoais de medicos e enfermeiros, permitindo a video consulta a partir de casa.

Neste context, desde o meio de abril até meio de julho, os medicos realizaram 11000 video-consultas. No entanto as videos-consultas tiveram uma menor utilização que o previsto. Entre as principais razões convém referir:

- 1) A falta de infraestruturas nos centros de saúde, tais como webcam, auriculares e microfones, sendo que só uma fração de centros teria capacidade para realizar video-consultas, algo que foi desde então resolvido;
- 2) Problemas de comunicação tanto a partir do centro de saúde como do lado do doente; e
- 3) Os clínicos necessitam ter material de apoio como manuais de utilizador ou videos curtos para poder retirar o máximo proveito das ferramentas da consulta.

³ Covid-19: Menos de 6,6% dos centros de saúde e 5,7% nos hospitais 23-04-2020. <https://www.saudemais.tv/noticia/15993-covid-19-menos-6-6-de-consultas-nos-centros-de-saude-e-5-7-nos-hospitais>

⁴ B2C stands for Business to Consumer (i.e., Doctor to Patient) and B2B stands for Business to Business (i.e., Doctor to Doctor).

O que aconteceu?

Em Espanha, o confinamento da população devido ao estado de emergência do COVID-19 foi decretado a 15 de março e durou até 10 de maio. Os primeiros casos confirmados de doentes com COVID-19 foram referenciados em fevereiro de 2020. Desde essa data os centros de saúde da Extremadura puseram em funcionamento planos de contingência para conter a pandemia, que incluíram a interrupção das visitas não essenciais e a adaptação dos serviços clínicos para doentes externos e internos, assim como a abertura progressiva de salas de quarentena segundo as necessidades de saúde. Foram consideradas atividades essenciais as emergências COVID e não-COVID, a prestação de cuidado a doentes oncológicos (consultas, cirurgias, análises, etc). Foram cancelados outros cuidados presenciais que, na medida do possível, foram desenvolvidos de forma não presencial.

Durante este período, o Serviço Extremenho de Saúde (SES) promoveu os cuidados não-presenciais em todas as áreas dos cuidados de saúde com o fim de minimizar a propagação do vírus SARS-CoV-2. O SES implementou algumas funcionalidades nos sistemas de informação corporativos que foram previamente testados e que devido à pandemia se estenderam a todos os serviços e níveis de cuidados de saúde:

- 1) Teleconsulta telefónica. Ainda que as consultas telefónicas tenham sido sempre um instrumento dos cuidados de saúde, durante a pandemia, o SES facilitou a sua programação e o registo no sistema de informação como um tipo de consulta;
- 2) Tele-consultas por vídeo. Esta funcionalidade permite uma consulta programada pelo médico por vídeo conferência ao telemóvel (smartphone) do doente. O sistema de vídeo-conferência está integrado na aplicação institucional "Centro de Saúde Online". Esta funcionalidade tinha sido experimentada anteriormente em serviços como os cuidados paliativos e foi alargado a todos os serviços e níveis de cuidados de saúde;
- 3) Consulta eletrónica. O SES utiliza o termo e-Consulta para definir um sistema de comunicação escrita bidirecional entre os médicos para o pedido da primeira consulta com médico especialista. Este pedido pode ser feito por médico dos cuidados primários, um médico de um lar de idosos ou outro especialista. O pedido deve ser aceite convertendo-se num pedido para uma consulta presencial ou pode ser resolvida previamente graças à comunicação entre os médicos. As provas piloto realizadas no SES com diversos serviços reduziram as consultas presenciais em mais de 30%;

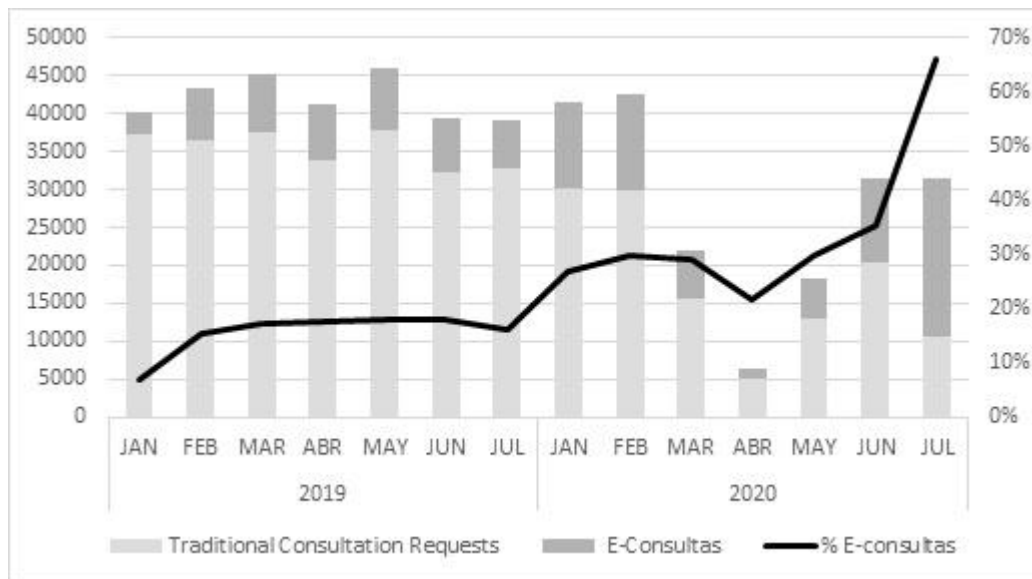


Figure 1. Estatísticas de TeleSaúde da Estremadura (SP)⁸. Legenda: E-Consultas Janeiro de 2019-julho de 2020. (Outubro de 2020)

- 4) e-Derma. Esta é uma e-Consulta ao service da dermatologia em que se podem juntar imagens de uma lesão dermatológica tiradas desde uma câmara fotográfica SES;
- 5) e-Diálogo. É um sistema de comunicação escrita bidirecional entre profissionais de saúde para tratar um caso. Facilita a continuidade da prestação de cuidado para doentes devido à resolução de dúvidas dos profissionais implicados no caso;
- 6) Prescrição não-presencial. A renovação dos tratamentos de doentes crónicos foi possível sem necessidade de uma consulta presencial com o doente;
- 7) Procedimentos administrativos não-presenciais. Permitiu-se a renovação dos procedimentos administrativos para os doentes (licenças, baixas para doença, certificados, etc) sem necessidade de haver uma consulta presencial com o doente.

Em relação ao *hardware*, praticamente todos os computadores do SES têm webcam e um sistema de audio; assim como sistemas de video-conferências incluídos no Windows 10 (Teams e Skype).

A diminuição total das consultas de cuidados primários de saúde foi de 9.13% em comparação com o mesmo period do ano anterior (janeiro a julho). As consultas não-presenciais cresceram 5,000% entre janeiro e julho de 2020 comparado ao mesmo period de 2019.

Durante a pandemia, as consultas presenciais só se realizaram em casos especiais delicados e a pedido do interessado. A maioria foi feita por contacto telefónico. A

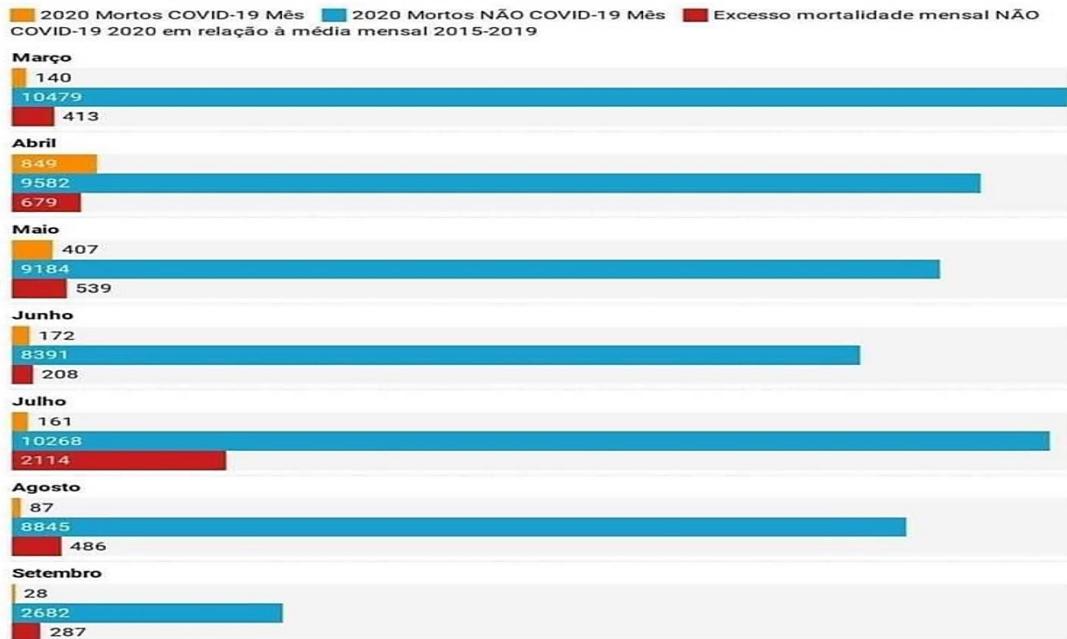
coordenação e a capacitação dos profissionais de saúde se efetuou principalmente consoante sistemas de video-conferência instalados no equipamento informático individual dos profissionais de saúde ou no equipamento de telemedicina. Por outro lado, se estudou a utilização de instrumentos não institucionais para realizar consultas não presenciais que requerem imagens.

O que não aconteceu?

A implantação massiva das funcionalidades de cuidados não presenciais não começou ao mesmo tempo que o confinamento, mas só várias semanas depois de ser decretado estado de exceção para que os profissionais tivessem as adequadas ferramentas mencionadas anteriormente.

Após 7 meses de pandemia COVID-19 se torna evidente que o número de consultas presenciais diminuiu em comparação com os anos anteriores e considerando as estratégias que se estão esboçando atualmente, não mostram tendência a aumentar de maneira significativa, pelo menos nos cuidados primários de saúde, sendo que a diminuição nestes foi de meio milhão desde março. Por outro lado, se produziu um aumento significativo da mortalidade média em 2020 em comparação com os anos anteriores, e é evidente que a grande maioria das mortes em excesso não foram devido a COVID-19 mas sim outras patologias (Fig 2).

Mortalidade Mensal Portugal 2020 (1 Março a 9 Setembro): Covid-19; NÃO Covid-19; excesso de mortalidade



Fontes: <https://evm.min-saude.pt/> e <https://ourworldindata.org/grapher/total-daily-covid-deaths>
Gráfico: Maria Spínola - Criado com Datawrapper

Figure 2. Mortalidade Mensal Portugal 2020 (1 de março a 9 de setembro). Fonte: ourworldindata.

Weekly confirmed COVID-19 deaths

Weekly confirmed deaths refer to the cumulative number of confirmed deaths over the previous week.



Figure 3. Mortalidade em Espanha e Portugal em 2020 (1 de março a 16 de outubro) Fonte: <https://ourworldindata.org/covid-deaths?country=~PRT> Fonte: 17 October 0220

As explicações do que ocorreu podem ser diversas:

- 1) Nas instituições de saúde a falta de controlo inicial e o pânico perante uma doença desconhecida e com uma evolução imprevisível conduziram a uma compreensível limitação inicial do acesso dos doentes aos cuidados de saúde para eliminar a concentração de pessoas infetadas e a possibilidade de uma maior difusão, assim como o contágio dos profissionais. Os prestadores de cuidados de saúde, seguindo uma orientação superior, concentraram todos os seus esforços no combate contra o COVID-19. Escolheram ou viram-se obrigados a adiar (como parece agora muito mais aconselhável) a maioria das demais situações clínicas, terapêuticas ou de diagnóstico. Convém mencionar as pressões mediáticas, políticas e económicas como fatores determinantes destas decisões que muitas vezes se sobrepujam à lógica e às boas práticas da ciência médica que deveriam ter prevalecido;
- 2) Por outro lado os doentes que costumam ser muito sensíveis às pressões dos meios de comunicação e das redes sociais, tinham medo de ir às instituições de saúde. À volta dos 31% que se sentiam doentes, não recorreram aos serviços de saúde por medo e 692 000 viram as suas consultas canceladas.⁵

Uma das soluções alternativas, a única com algum peso, e que avançou para preencher a diminuição da acessibilidade, foi aquilo que se chamou “telemedicina” ou “TeleSaúde”, mas que com muito poucas exceções (pelo menos em Portugal e Espanha, segundo os dados que temos), não foram mais que chamadas telefónicas. Em Portugal, 775 000 doentes, informaram que tinham tido uma consulta médica neste formato e 90% fizeram-na. No entanto, 95% das situações das consultas foram por telefone e só 4% teve imagem (video-chamada).

Num conceito geral, era efetivamente telemedicina porque as pessoas falavam à distância utilizando uma telecomunicação de baixa tecnologia. No entanto, alguém que possua informação e conhecimentos em telemedicina, e sobretudo, que a defenda como um método válido e seguro, altamente promotor da equidade e facilidade de acesso, e da melhoria global do serviço prestado, não pode aceitar que este conceito de serviços de telemedicina seja aceite como correto e, o que é pior, que se converta *de facto* num método aplicado em todas as situações.

Entendemos bem que numa fase inicial e de emergência, o uso de telefone fosse melhor que nada, é necessário reconhecer que este procedimento tem uma legalidade duvidosa, carece de segurança e confidencialidade, é capaz de ajudar a fazer um diagnóstico e, finalmente, promove sentimentos de insegurança nos doentes. Não é nem pode ser um procedimento recomendado como rotina para substituir todas as formas de cuidados de saúde e para compensar a falta de acesso a consultas presenciais.

⁵ https://www.jn.pt/nacional/covid-19-210-mil-sentiram-se-doentes-mas-nao-procuraram-cuidados-de-saude-12770582.html?fbclid=IwAR2Huuubbnakh4Wt_at9sS8fYJZd3qIXqlr9ReTWVCu4Bzlg-WE8YFzP5U

2. A TeleSaúde no Hospital e no Domicílio

O Hospital Materno-Infantil de San Joan de Déu em Barcelona é um centro universidade privado de alta tecnologia que faz parte do sistema de saúde pública. A filosofia do tabalho expressa-se em três conceitos:

Flexível (fluindo para além das suas paredes. Adaptação ao ambiente local). Acessível (aberto e atento ao que dizem os doentes, aos outros centros e à sociedade) e colaborativo (colaborando com os doentes e outras instituições).

Conta com uma série de serviços de teleassistência, consulta online, teleconsulta, telemonitorização, telereabilitação e cuidados de saúde para a diabetes. Realizam-se video-conferências de telemedicina:

- 1) Melhorar os resultados dos doentes;
- 2) Racionalizar a colaboração dos especialistas e do pessoal do hospital para os cuidados aos doentes com comunicações de video em tempo-real;
- 3) Maximizar os nossos recursos.

Utilizando os recursos e o *hardware* que já temos e ampliando as capacidades e as soluções de telemedicina. Incrementar as nossas comunicações internas. Trabalhar com a colaboração e as reuniões e formação, com os participantes de qualquer parte do mundo.

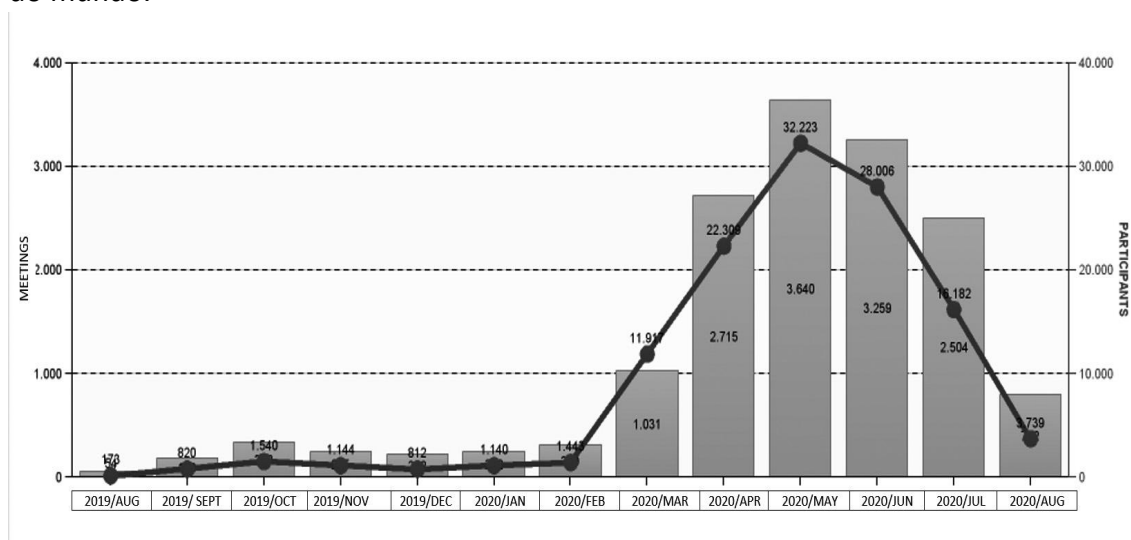


Figura 4 – Evolução de Telemedicina no Hospital de San Joan de Déu (HSJD). Source: <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es> (Setembro de 2020)

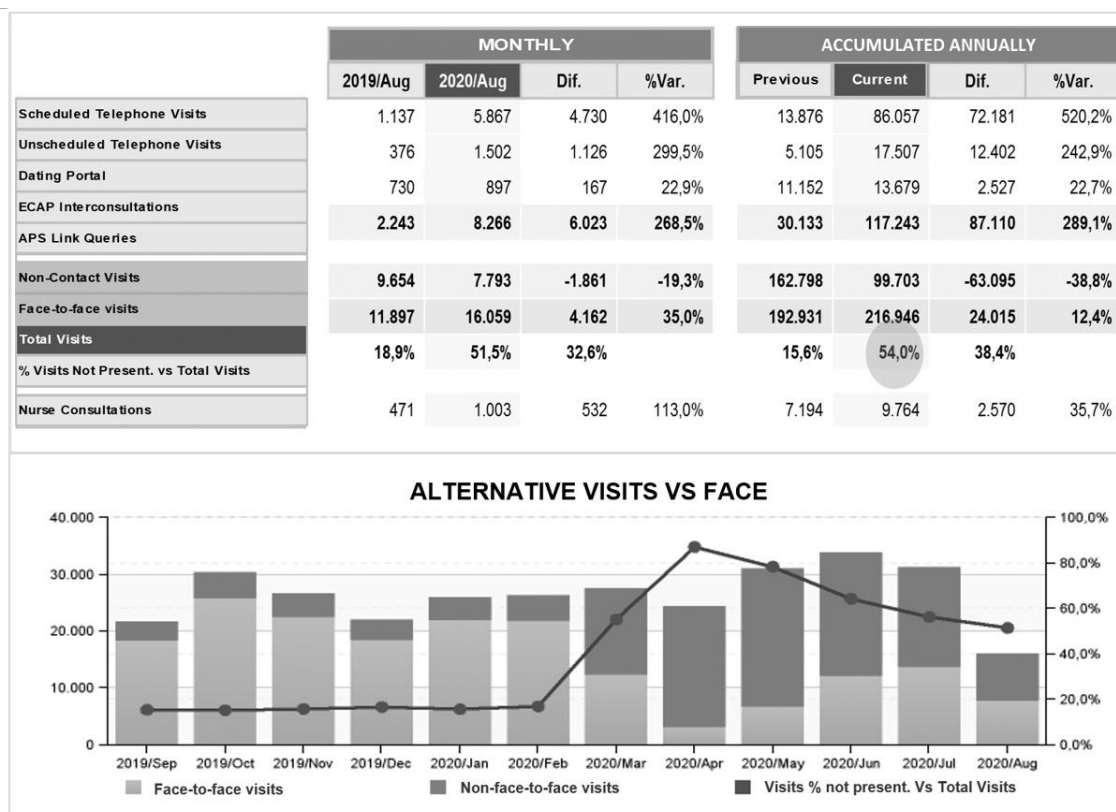


Figura 5 – TeleSaúde no HSJD Alternative site visits from September 2019 to August 2020. Source: <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es> (September 2020)

Durante a pandemia, as consultas só foram presenciais em casos especiais, delicados ou essenciais e a pedido do interessado. A maioria fez-se por contacto telefónico. A coordenação e a habilitação dos profissionais de saúde efetuaram-se principalmente através de sistemas de video-conferência instalados no equipamento informático individual dos profissionais ou no equipamento de telemedicina.

Desde 2003, o SES conta com um service de telemedicina que permite realizar consultas programadas e urgentes não presenciais através de um sistema de video-conferência e a possibilidade de partilhar imagens médicas não integradas na história clínica eletrónica do doente (imagens de retinografia, imagens dermatológicas, ecografias cardíacas, eletrocardiogramas, etc). O objetivo deste service é melhorar a acessibilidade dos cuidados de saúde especializados numa região dispersa, rural e muito envelhecida. Por isso realizam-se teleconsultas entre os centros de saúde, em que num se encontra o medico consultor e no outro o doente está acompanhado por um profissional de saúde que apoio ao processo de diagnostic, prescrição ou *follow-up*. Durante a pandemia, só se mantiveram através do service de telemedician as teleconsultas essenciais (teleictus), as teleconsultas com centros externos (lares para idosos, prisões e centros tutelares para menores) e a teleformação relacionada com

COVID-19. As teleconsultas programadas não essenciais transformaram-se em consultas telefónicas. Por outro lado, explorou-se o uso de ferramentas não institucionais para realizar consultas não presenciais que necessitavam de imagens, como a aplicação WhatsApp e o correio eletrónico.

Em Portugal, durante os primeiros meses da pandemia, os hospitais fizeram um esforço notável em termos organizativos para se adaptarem à realidade da pandemia quer nos serviços de urgência quer nos restantes. Os hospitais com serviços de urgência abertos ao exterior foram criados circuitos de circulação específicos para a observação inicial dos doentes e, no caso de ser necessária a hospitalização, realizou-se a prova de deteção do COVID-19 tornada obrigatória esperando o doente os resultados da prova em area designada para o efeito.

Os procedimentos cirurgicos de emergência foram realizados como de costume. Considerando o doente como “positivo” até que se obteve o resultado do exame e se adaptaram todas as medidas de segurança apropriadas. Os diferentes serviços e departamentos também se sub-dividiram em áreas específicas com a separação dos doentes infetados e não infetados não havendo comunicação na circulação do espaço das diferentes áreas. O acesso ao hospital estava (e continua a estar) restringido e estritamente vigiado, limitado ao pessoal e aos doentes com convocatórias para consultas ou procedimentos confirmados.

No entanto, a maioria das consultas e procedimentos eletivos interromperam-se durante algum tempo, com exceção de algumas especialidades (por exemplo oncologia). A telemedicina não está institucionalizada na maioria dos departamentos pelo que a gestão dos doentes externos se individualizou em cada um deles segundo a sua especialização, segundo os serviços de costumam prestart e os recursos técnicos e humanos disponíveis.

Na fase inicial as equipas de recursos humanos foram divididas de maneira a permitir um reforço se fosse necessário. Os serviços e departamentos de medicina interna foram os mais expostos em todos os aspetos e os que receberam mais doentes na fase mais crítica. Quanto aos cuidados prestados individualmente aos doentes externos cada medico e a sua equipa utilizou meios simples de comunicação direta e remota com os seus doentes quer fosse por telefone/WhatsApp/video-chama ou inclusive por correio eletrónico.

Depois da primeira fase, toda a atividade de cuidados de saúde hospitalares está a voltar a uma “nova normalidade”, com instalações logistica e organizacionais diferentes, mas um pouco mais preparada para tratar de supercar com exito uma nova crise. No entanto, criar as condições para que a telemedicina se isntale realmente com todas as suas potencialidades na rede de saúde dos hospitais deveria ser um objetivo importante neste processo.

Nos hospitais universitários colocou-se um problema adicional durante o period escolar: a manutenção do ensino e a evolução dos conhecimentos. No entanto, na

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, com o pleno compromisso da equipa dos audiovisuais e de todo o pessoal docente se estabeleceu muito rapidamente uma estratégia adequada para manter o ensino médico à distância que também está a funcionar bem no novo ano académico.

Diferentes áreas de cuidados de saúde hospitalares demonstraram o que aconteceu e o que não aconteceu no service de saúde português durante este period.

2.1. Telemonitorização de doentes com DPOC

Esta pandemia trouxe uma nova realidade sem precedents a Portugal e o Serviço Nacional de Saúde que teve um impacto grande quern as atividades hospitalares quer nos cuidados primários de saúde, como na vida dos doentes, em particular aqueles que sofrem de doenças respiratórias crónicas (DPOC). O confinamento obrigatório das pessoas juntou uma inadaptação alimentar com uma menor atividade física associada da suspensão da reabilitação respiratória e sem dúvida o menor cumprimento da terapia de manutenção tendo tudo contribuído para uma maior falta de controlo da doença.

Na Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), através do programa de telemonitorização da DPOC que se iniciou em 2014 e que atualmente inclui 100 doentes foi possível a vigilância clínica de todos os doentes. A vigilância remota dos dados e intervenções clínicas em tempo real (medicos e enfermeiros) permitiram controlar a maioria das situações sem casos positivos de COVID-19. Aconteceram três mortes por diferentes patologias (1 por AVC, 1 por neoplasia gastrica e 1 por doenças cardiaca descompensada).

Além de todo o trabalho de telemonitorização que permitiu controlar a doença crónica, a equipa de saúde também levou a cabo uma campanha de consciencialização à distância para todos os doentes telemonitorizados, centradas nas medidas de contenção.

Os insuficientes conhecimentos de saúde e o baixo nível de educação criaram inicialmente uma certa apreensão que se superou rapidamente devido à intervenção da equipa multidisciplinar do projeto, promovendo uma realção de confiança com o doente e familia/cuidadores. A adaptação da tecnologia ao paciente e não ao contrário, assim como a relação humana que se estabeleceu entre ambas as partes facilitou todo o processo de integração, com uma adesão de 100% e contactos frequentes dos doentes com a equipa clínica. Os doentes são instruídos para que façam uma avaliação diária obrigatória dos parametros vitais disponíveis. Se se produz um agravamento da sua situação clínica o doente pode controlar-se a si mesmo com a frequência necessária para vigiar o episódio que provocou a instabilidade. A equipa de saúde encarrega-se de vigiar os diferenets doentes nas 24 horas do dia e de

estabelecer contacto telefónico com o doente/cuidador em caso de alarme. Após avaliar a situação, a equipa de saúde procede ou não a uma indicação terapéutica segundo o prescrito no protocolo terapêutico do doente e quando necessário com a intervenção de médico. Este modelo mostrou ser muito eficaz na primeira fase da pandemia COVID-19, pode ser crucial no período que se avizinha nos meses de outono/inverno quando a pandemia COVID-19 se somará aos efeitos da gripe sazonal e uma maior instabilidade da DPOC com exacerbações mais frequentes.

Em Portugal, durante a primeira fase de pandemia, produziu-se um agravamento do estado de saúde dos doentes crónicos de uma forma geral, devido ao medo de irem às instituições de saúde e há diminuição de capacidade de resposta dos mesmos.

Se se comparar a atividade do programa de telemonitorização de DPOC com o período de contenção (2 de março a 30 de junho de 2020) com o mesmo período de 2019, observou-se uma redução das intervenções clínicas (46 em 2019 e 43 em 2020), do número de episódios de urgência (26 em 2019 e 15 em 2020), do número de internamentos hospitalares (4 em 2019 e 3 em 2020) e do número de dias de hospitalização (25 em 2019 e 21 em 2020). Estes resultados reforçam a importância deste programa tendo sido possível manter o nível de atenção clínica aos doentes telemonitorizados e orientá-los sempre que foi necessário. Durante o período pandémico houve doentes no programa que foram enviados, quando necessário, aos serviços de urgência da mesma maneira que durante o período não pandémico.

2.2. Perspetivas da Cardiologia

A crise pandémica devido à COVID-19 provocou uma mudança abrupta na organização dos cuidados de saúde, dando lugar a um deslocamento de recursos para os doentes “agudos” com suspeita de infeção e atrasou as consultas médicas presenciais dos doentes crónicos considerados “estáveis”. Além disso, o isolamento social considerado necessário e protetor, e um medo da contaminação dos hospitais também contribuíram para este resultado. No que respeita a insuficiência cardíaca crónica (IC), uma condição com especial vulnerabilidade à infeção e a consequente descompensação do síndrome devido à idade dos doentes, às comorbilidades, às doenças cardiovasculares subjacente e a particular suscetibilidade pulmonar às doenças respiratórias⁶ — a vigilância foi na experiência do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN), um valor acrescentado que permitiu manter a qualidade dos cuidados médicos durante a fase pandémica. Estabelecido em finais de 2017 e

⁶ Mehra MR, Ruschitzka F. Covid-19 illness and heart failure. Is a link missing? JACC 2020 Heart Failure; 8 (6): 512-4. Doi : 10.1016 / j.jchf.2020.03.004 .
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151428/>

atualmente com 30 doentes no programa ativo (doentes com IC), não houve nenhum aumento na descompensação nem internamentos hospitalares entre fevereiro de 2020 e julho de 2020, e não houve casos de infeção por COVID-19. O acesso e a qualidade aos cuidados de saúde não mudou nesta população precisamente devido à organização do programa que permite a vigilância contínua dos doentes com IC crónica. O uso das novas tecnologias disponíveis para a vigilância à distância permitiu o contacto entre profissionais de saúde e os doentes, assegurando a educação sobre a doença e promovendo medidas de auto-vigilância e auto-controlo. Esta metodologia demonstrou ser efetiva para reduzir os internamentos hospitalares e a mortalidade em doentes com o IC crónica com maior risco de descompensação^{7,8,9}. Durante uma situação de pandemia como a que vivemos atualmente a telemonitorização pode ser particularmente útil para a deteção rápida de um agravamento clinic da hemodinâmica, o que conduz a uma intervenção precoce e eficaz dos internamentos hospitalares.

As cardiopatias isquémicas continuam a ser a principal causa de morte em todo o mundo¹⁰ e a sobrecarga que representam para os sistemas de saúde obriga a que seja cada vez mais necessário melhorar as estratégias de prevenção secundária. A telemonitorização dos sintomas, a eletrocardiograma, parametros como a pressão arterial, a frequência cardíaca e a glicémia, permitiram melhorar os cuidados de saúde com a correção dos fatores de risco modificaveis e a deteção mais precoce das exacerbações, em particular em determinados doentes de alto-risco. A telemedicina também pode desempenhar um papel importante nos programas de reabilitação cardíaca, aproximando-os aos domicílios e às estruturas comunitárias.¹¹

Os planos de contingência derivados da atual pandemia de SARS-CoV-2 limitaram consideravelmente a vigilância cuidada que muitos destes doentes requerem, em

⁷ Home-care IT solutions and commercial offers are too expensive, governmental and non-governmental consortiums could be created to offer low-cost high-tech home-care solutions to selected groups of risk patients/families.

⁸ Nunes-Ferreira A, Agostinho JR, Rigueira J, et al. Non-invasive telemonitoring improves outcomes in heart failure with reduced ejection fraction: a study in high-risk patients. ESC Heart Fail. 2020. doi:10.1002/ehf2.12999. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ehf2.12999>

⁹ Volterrani M, Married B. Remote control and telemedicine. Eur Heart J Supplement.2019; M54-M56 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/suz266>

¹⁰ Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, et al. Statistical Update on Heart Disease and Stroke-2019: A Report from the American Heart Association . Circulation 139: e56–e528 <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659>

¹¹ Rawstorn JC, Gant N, Right A, et al. Cardiac rehabilitation based on telehealth exercises: a systematic review and meta-analysis. Cor 2016; 102: 1183–1192. DOI: [10.1136/heartjnl-2015-308966](https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308966)

particular no período inicial do status pós-enfarto do miocárdio. O programa de telemonitorização do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) garantiu um nível de cuidados adequados para os doentes identificados como de alto-risco. Com um total de 15 doentes seguidos a qualquer altura, esta vigilância domiciliária combinada com uma conexão estreita com os profissionais de saúde permitiu não só um controlo dos fatores de risco cardiovascular, mas também a identificação precoce de alterações clínicas ou eletrocardiográficas para uma deteção mais rápida das possíveis descompensações. Durante o estado de emergência registaram-se várias possíveis situações de “alarme” que foi possível resolver à distância, evitando deslocações desnecessárias às estruturas hospitalares e reduzindo ao mínimo o risco de exposição à infeção de doentes particularmente vulneráveis, dado o maior risco de episódios agudos que apresentam os doentes com cardiopatia coronária (e com comorbilidades associadas) com uma infeção por SARS-CoV-2¹².

2.3. Perspetivas da Dermatologia

Houve uma restrição das consultas de dermatologia presenciais em todo o mundo.^{13,14} Como tal e para evitar uma deterioração mais rápida de lesões mais graves da pele o nosso departamento implementou medidas rígidas de teletriagem para priorizar adequadamente a nossa atividade clínica.

Para os doentes externos, desenvolvemos um novo sistema de consulta de dermatologia baseado em dados clínicos e fotográficos recolhidos nos centros de saúde por médicos locais. De seguida essa informação foi analisada à distância pelo nosso departamento e os doentes selecionados foram teletratados (evitando uma maior exposição potencial a COVID-19), o que garantiu que as observações presenciais fossem reservadas a casos muito graves e urgentes. Quanto aos nossos doentes, foram adotadas melhores medidas de *follow-up* permitindo a renovação da teleprescrição para os crónicos e a telecomunicação dos resultados das provas diagnósticas. Estas

¹² Maddox TM, Stecker EC, Bozkurt B, et al. ACC Clinical bulletin COVID-19 – Clinical guidance for the CV care team. <https://www.acc.org/~media/Non-Clinical/Files-PDFs-Excel-MS-Word-etc/2020/02/S20028-ACC-Clinical-Bulletin-Coronavirus.pdf>

¹³ Lichtman, G. and Rigel, D., 2020. The immediate impact of COVID-19 on U.S. dermatology practices. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 83 (2), pp.685-686. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228885/>

¹⁴ Gisondi, P., Piaserico, S., Conti, A. and Naldi, L., 2020. Dermatologists and SARS - CoV - 2: the impact of the pandemic on daily practice. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 34 (6), pp.1196-1201. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7264567/>

medidas, ainda que adotadas num contexto muito específico, demonstrou que a telemedicina pode melhorar a nossa experiência sem colocar em perigo a qualidade da nossa prática médica. À medida que a nossa atividade eletiva presencial começa a reabrir continuaremos a integrar a teledermatologia nos nossos cuidados de saúde para construir um departamento de dermatologia renovado que satisfaça verdadeiramente as necessidades dos nossos doentes.

2.4. Perspetivas de Reabilitação

Esta pandemia obrigou a mudar, atrasar ou interromper os cuidados de saúde de reabilitação em Portugal como no resto da Europa. Segundo um questionário que se enviou a países europeus entre 31 de março e 3 de abril, durante o confinamento, por volta de 2,2 milhões de pessoas viram-se privadas de cuidados de reabilitação ambulatoriais por dia.¹⁵ Também se registou uma diminuição nas admissões para a reabilitação de doentes e internos não urgentes assim como um atraso médio dos doentes que necessitavam de reabilitação urgent.¹⁶

Esta realidade tem implicações para o presente e para o futuro: deteiorização da funcionalidade das pessoas que já sofriam uma incapacidade e um aumento do número de pessoas com incapacidade, quer dizer, os sobreviventes de COVID-19 nas suas variants mais graves o que significa que a curto, médio prazo um maior número de pessoas vai necessitar de reabilitação. As limitações impostas pelo distanciamento social e as normas de funcionamento nos centros de tratamento dificultam o aumento de resposta da reabilitação convencional (de pessoa-a-pessoa). É urgente encontrar outras alternativas que tenham por objetivo complementar a reabilitação convencional. Nos últimos meses as recomendações sobre a inclusão da TeleSaúde do futuro da reabilitação tornaram-se comuns.¹⁷

Durante o estado de emergência, a maioria das consultas de reabilitação fizeram-se só por telefone, sem video. A telereabilitação em todas as suas formas (avaliação,

¹⁵ Negrini S, Grabljevec K, Boldrini P, et al. Up to 2.2 million people with disabilities suffer collateral damage every day from the Covid-19 blockade in Europe. Cover - 10.23736 / S1973-9087.20.06361-3 [doi]. 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32383576/>

¹⁶ Prvu Bettger JA-O, Thoumi A, Marquovich V, et al. Covid-19: maintenance of services essential to rehabilitation in the continuum of care. Tapa - e002670 [pii] Tapa doi: 10.1136 / bmjgh-2020-002670 FAU - Prvu Bettger, Janet. 2020. https://www.researchgate.net/publication/341182378_COVID-19_Maintaining_essential_rehabilitation_services_across_the_care_continuum

¹⁷ Ceravolo MG, De Sire A, Andrenelli E, et al. Rapid “life” systematic review of COVID-19 rehabilitation needs update to 31 March 2020. LID - doi: 10.23736 /S1973-9087.20.06329-7. 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32316718/>

intervenção, monitorização, educação) não foi implementado ainda em Portugal apesar dos muitos avanços efetuados quanto às tecnologias de informação e comunicação, como por exemplo a recente implantação da RSE Live, plataforma informática que permite realizar consultas com os doentes no domicílio.

A Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação criou uma área para os doentes no seu *website*, com vários folhetos de exercícios para realizar no domicílio, mas há que fazer mais para complementar/melhorar o acesso aos cuidados de e melhorar a sua integração assegurando a sua continuidade, um direito fundamental para a vida dos cidadãos. Para isto será necessária a contribuição dos médicos, dos cidadãos e os encarregados de formular políticas. A interoperabilidade entre os sistemas, a cibersegurança e a proteção da privacidade são requisitos básicos. A investigação académica, juntamente com os profissionais de saúde, é fundamental para o desenvolvimento de soluções fáceis de usar que permitam a escalabilidade do nível de dificuldade e a adaptabilidade às necessidades e preferências dos doentes. Por último, a formação dos médicos será crucial para o sucesso da aplicação, já que disso dependerá a formação dos doentes e dos seus cuidadores informais.

A pandemia do COVID-19 colocou às pessoas o perigo da inatividade física e o comportamento sedentário devido à obrigação de ficar em casa.¹⁸ Para os doentes com enfermidades pulmonares crónicas, a reabilitação pulmonar (RP) é uma parte integrante da atuação clínica e para a manutenção da saúde com benefícios tanto psicológicos como físicos, reduzindo os sintomas de ansiedade, melhorando a dispneia, o estado de saúde e a tolerância ao exercício.¹⁹ No entanto, o impacto da pandemia é ainda maior para estes doentes já que pertencem a uma das principais doenças de risco para COVID-19. O medo dos doentes de contraírem o coronavírus faz com que muitos fiquem afastados dos hospitais inclusive em caso de exacerbações agudas.

Os programas no domicílio são as opções mais seguras mas os doentes devem fazer frente a condições para que não estavam preparados incluindo os fatores ambientais,

¹⁸ Hall G, Laddu DR, Phillips SA, et al. A tale of two pandemics: How will COVID-19 and global trends in physical inactivity and sedentary behavior affect one another? *Prog Cardiovasc Dis* 2020; S0033-0620(0020)30077-30073. doi: 10.1016/j.pcad.2020.04.005. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32277997/>

¹⁹ Singh D, Agusti A, Anzueto A, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: the GOLD science committee report 2019. *Eur Respir J* 2019; 53 2019/03/09. doi : 10.1183/13993003.00164-2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30846476/>

a angustia, a frustração e o stress.²⁰ A motivação para as relações públicas habitualmente é baixa assim como o cumprimento dos doentes. A TeleSaúde poderia ser uma opção para aumentar a motivação, mas ainda falta uma rede bem planeada, estruturada e organizada para proporcionar telereabilitação personalizada segundo o perfil motivacional e as necessidades do doente tendo em conta outros fatores determinants como o apoio social, as práticas culturais e fatores ambientais. Este deverá ser o caminho no futuro.

3. O que deveria ter acontecido e deverá acontecer a curto prazo?

No entanto, dadas as tecnologias, sistemas, dispositivos e aplicações disponíveis, hoje em dia para que as teleconsultas sejam mais avançadas e conclusivas e a possibilidade de telemonitorizar os doentes crónicos em geral, seria muito desejável aproveitar a experiência atual e sem perder tempo, implementar equipamentos, aplicações, programas de ação e articulação que, ao contrário do que aconteceu até agora, beneficiem significativamente o potencial tecnológico e organizativo existente.

O que deveria ter acontecido?

O procedimento de atuação integrado sobre o doente com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), que já é uma realidade no Alto Minho, e que é uma consequência direta do programa de teleassistência domiciliária com telemonitorização permite a abertura em condições de intervenção no habitat natural do doente através de equipas da Unidade de Cuidados de Saúde Comunitário, ECCL e o Centro de Saúde.

Promovendo boas práticas clínicas para o controlo e tratamento da DPOC, a reabilitação respiratória pode manter-se no domicílio, salvaguardando sempre as condições de segurança do doente e do profissional de saúde evitando assim uma maior exposição a fatores de risco inerentes às viagens dos doentes aos centros de reabilitação.

²⁰ Russell KL and Bray SR. Self-determined motivation predicts independent, home-based exercise following cardiac rehabilitation. *Rehabil Psychol* 2009; 54: 150-156. 2009/05/28 doi: 10.1037/a0015595. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19469604/>

Outras intervenções não menos importantes também podem ser realizadas por profissionais e saúde no domicílio do doente, como por exemplo, ensinar, fomentar e certificar o uso correto dos inaladores, realizar algumas técnicas como a vacinação ou a colheita de amostras de sangue para a sua análise no laboratório. Também é possível a avaliação médica. A formação e a sensibilização dos doentes respiratórios e suas famílias, sobre a proteção em interiores contra a queima de biomassa, e a alimentação adequada para aproveitar os recursos existentes.

O que deveria acontecer num futuro próximo?

Perspetivas técnicas e de processo

No que respeita à tecnologia, existem muitas aplicações de telecomunicações seguras, adaptadas e projetadas a pôr em contacto os profissionais e os doentes em casa ou em qualquer lugar que os doentes desejem (através de smartphones). São fáceis de instalar, baratos, e estão disponíveis no SNS português. Inclusivamente há uma aplicação dedicada, em conjunto com os artigos eletrónicos do SNS que foi colocada à disposição pelo Ministério da Saúde (RSE Live). Nas regiões espanholas igualmente há serviços de *software* disponíveis.

Por outro lado, a telemonitorização, que consiste na avaliação regular e programada dos dados biofisiológicos dos doentes, como a tensão arterial, a glicémia, o peso, a percentagem de gordura, a hidratação, o eletrocardiograma, o nível de oxigénio, a avaliação do movimento e outros parâmetros, já está disponível em Portugal para o controlo de doentes de risco. Alguns hospitais do SNS já o fazem de forma rotineira ainda que só em número limitado de casos, principalmente em doentes cardíacos e doentes com casos respiratórios graves. No futuro também deveria ser utilizado nos cuidados primários para doentes diabéticos, hipertensos, obesos ou hipocoagulados. Este futuro deveria ser entre este outono de 2020 e o inverno de 2021 e não dentro de muitos anos. Já existem vários dispositivos comercializados que permitem a auscultação cardíaca e pulmonar, o eletrocardiograma, a observação dos olhos, dos ouvidos e da garganta em tempo real, a medição da temperatura e as macroimagens da pele em tempo real. Pode ser que não se justifique ainda trivializá-lo para o cidadão comum nos seus domicílios mas sabendo o que está a ocorrer nas residências de idosos e nos centros de cuidados continuados e paliativos seria um investimento importante nesse locais, altamente vantajoso, e cuja utilização adequada seria facilmente aprendida pelos cuidadores locais.

A utilização destas tecnologias pode e deve ser um fator relevante para o controlo real, o apoio, o diagnóstico e a prevenção em muitas situações. Não substituirá os contactos presenciais, mas é capaz de evitar muitos deles sem aumentar o risco de prejudicar os doentes, expondo-os a viagens e presenças desnecessárias em locais infetados (não só o risco de infeção por COVID-19, mas também infeções nosocomiais e relacionadas com doenças infecciosas de evolução longa nos serviços de saúde).

Em muitos casos, como na telemonitorização, há ainda vantagens adicionais já que os dados podem ser examinados em tempo real e com uma frequência muito maior do que aquilo que

se faria em consultas médicas programadas. Na atual situação de pandemia estas necessidades tornam-se mais evidentes e não podem ser ignoradas.

Temos as tecnologias e técnicas necessárias, o conhecimento e alguns dispositivos. Temos uma circunstância que justifica e reforça em grande medida a necessidade. Temos o apoio formal das autoridades sanitárias e as autoridades de saúde. O que é que falta? Além da habitual resistência a mudança e dos interesses corporativos e económicos, cuja melhor luta é a corrosão ao longo do tempo e a progressiva explosão de quem se nega a cooperar, há outras causas mais relevantes em que devemos intervir o quanto antes: agora!

Metodologia de Trabalho

Ainda que com muitos anos de experiência e éxitos, os sistemas de saúde, em particular o SNS, nunca implementaram a telemedicina no mesmo paradigma incorporando na organização tradicional de trabalho dos centros de saúde. As instituições de saúde e os seus serviços que estão geralmente, organizados segundo um esquema projetado para os cuidados presenciais. A financiamento e as medidas de produtividade só consideram este tipo de consultas e atos médicos. Situações como o *follow-up* de doentes no domicílio, as consultas e prescrições à distância, a consulta à distância entre pares de casos clínicos ou o reenvio para serviços eletrónicos continuam a causar grandes transtornos administrativos, financeiros e estatísticos.

Atividade programa e de rotina deve incluir a TeleSaúde. Com horários, profissionais, áreas e circuitos dedicados, e resultados estatísticos/de produção própria, tornando possível a telemedicina de uma maneira profissional, séria e responsável.

Provavelmente como é costume nas etapas iniciais de qualquer novo procedimento, é necessário compensar e reconhecer o trabalho realizado, por exemplo, recompensando a produtividade, prestando serviço de apoio e reafirmando as vantagens. O pagamento de prémios por teleconsultas já existe em Portugal ou devem manter-se outros incentivos financeiros, mas com mais rigor e sem excluir os cuidados primários de saúde.

Por último, devemos considerar o verdadeiro motor de todas as mudanças importantes nos procedimentos e relações entre os diferentes serviços de saúde dirigidos ao público. A população deve estar consciencializada destes serviços, deve aperceber-se da sua utilidade e confiar na sua segurança e avaliar positivamente a sua comodidade. Ainda mais importante é fazer compreender ao cidadão que a TeleSaúde já não é uma experiência para alguns mas sim um direito de todos na nossa busca de uma melhor Saúde.

Perspetivas políticas

Necessita-se urgentemente de uma estratégia de Telemedicina e TeleSaúde, com especificidades para os desafios colocados pela COVID-19. Esta estratégia deveria estabelecer os modelos organizativos e as ferramentas válidas da Telemedicina e TeleSaúde em diversos cenários:

- 1) Cenário de pandemia. Projeto e desenvolvimento de modelos organizativos e tecnológicos que permitam cuidados de saúde não presenciais para toda a população ou

semi-presenciais com contactos mínimos e controlados cara-a-cara. Os modelos devem garantir a segurança dos doentes e dos profissionais e a qualidade das consultas, colocando à disposição dos profissionais a maior quantidade de informação possível (video-conferência, telemonitorização, imagens e arquivos na história clínica do doente, histórias clínicas eletrónicas acessíveis para o doente, etc). Acima de tudo, os modelos de TeleSaúde devem garantir a equidade no acesso ao sistema de saúde, quer dizer, os modelos de cuidados de saúde não presenciais não devem estabelecer nem ampliar a desigualdade digital e económica que existe na população.

- 2) Cenário de “nova-normalidade”. Projeto e desenvolvimento de modelos organizativos e tecnológicos que permitam cuidados de saúde de tipo misto. Neste novo modelo, os cuidados de saúde não presenciais devem ocupar o lugar de relevância que devem ter numa sociedade digitalizada, garantido standards de segurança, qualidade e equidade.

A estratégia deve contemplar a melhoria da saúde nos centros com populações institucionalizadas (centros de cuidados a idosos, centros de cuidados a incapacitados, prisões, centros de menores, etc) mediante o uso de sistemas de Telemedicina e TeleSaúde. Estes sistemas contribuem para a continuidade dos cuidados ao doente, à sua difusão e atualização, e à comunicação e coordenação contínuas entre os gestores quer de saúde quer da parte social.

Outro aspeto que deve ser incluído na estratégia regional poderia ser a telereabilitação e a telemonitorização dos doentes. A televigilância deve servir em particular a populações específicas de alto risco, de acordo com objetivos pré-definidos, já que não é possível (e provavelmente não é desejável nem para o sistema nem para os doentes) telemonitorizar a todos. Alias, a periodicidade da telemonitorização deve realizar-se em função do perfil clinic de cada um dos doentes.

4. Perspetivas dos doentes sobre a pandemia COVID-19 e as oportunidades em TeleSaúde

As Associações de Doentes que participaram neste relatório expressaram as suas experiências: uma sensação de perda! Que a telemedicina não era apresentada como solução, mas sim que as chamadas telefónicas eram uma espécie de “último recurso” nem sempre disponível, mas melhor que nenhum contacto. As Associações de Doentes nunca se sentiram envolvidas desde o início da crise pelas autoridades de saúde. Isto aconteceu quer em Portugal quer em Espanha, ainda que progressivamente mais informadas e envolvidas em Espanha do que em Portugal. As associações são capazes de comunicar eficazmente com um grande número de doentes e pensam que deveria ter sido utilizado como recurso “tele”. Além disso não se lhes deu a conhecer os esforços ou iniciativas de telemedicina disponíveis. Não os riscos, ou as alternativas de

bom uso ou mau uso de soluções de consumo geral, como o WhatsApp/ZOOM para a realização de teleconsultas.

Quanto à telemonitorização, a associação de pacientes de DPOC refere que esta deveria ter sido utilizada mais amplamente e como uma ferramenta efetiva que poderia preparar melhor os doentes para o inverno que se avizinha. No seminário online realizado pela Associação RESPIRA e pela SITT, no passado dia 30 de setembro, para obter retroalimentação e participação dos doentes em relação a estes sistemas, exteriorizou um forte apoio à ideia de expandir as boas experiências nos diferentes hospitais envolvidos num programa de teleassistência nacional em rede.

5. Recomendações

1. Por a funcionar com urgência estratégias e planos de aplicação organizados para a teleassistência;
2. Envolver as associações de doentes nas atividades de alfabetização e investir fortemente em consciencializar os cidadãos, doentes e famílias, sobre o que é uma telemedicina “adequada” e dizer não a soluções rápidas para respostas urgentes imediatas que não cumprem com a regulamentação e as boas práticas da TeleSaúde;
3. Terminar a atualização da infraestrutura do SNS urgentemente nas próximas 6 semanas instalando em todos os pcs que devem ter câmara web, microfone e colunas de som, para se poderem converter em pontos de contacto de TeleSaúde/teleconsulta;
4. O uso de soluções de baixa tecnologia, como as chamadas telefónicas, deve ser sempre uma segunda alternativa e não se converter na forma “principal” de oferecer TeleSaúde;
5. Não se aconselha a substituição total de consultas presenciais por teleconsultas, sendo os modelos híbridos mais seguros, inclusivamente em pandemia. Se se implementação amplamente reduzem significativamente o número de doentes que vão para centros ambulatoriais;
6. As soluções das TICs para os cuidados de saúde domiciliários e as ofertas comerciais são demasiado onerosas, pelo que devem criar-se consorcios governamentais e não-governamentais para oferecer soluções de assistência domiciliária de alta tecnologia e baixo-custo a grupos selecionados de doentes/famílias de alto risco;
7. A TeleSaúde deve incorporar todos os níveis de cuidados de saúde de maneira integrada, durante a crise e depois, quer nos hospitais quer nos cuidados primários de saúde. Isto está a acontecer em algumas regiões da Península Ibérica, mas deve generalizar-se;

8. Quando se revejam as diretrizes para as doenças convencionais ou para os planos de cuidados de saúde, a TeleSaúde deve ser um componente integrado. As diretrizes técnicas de teledermatologia ou teleradiologia fazem sentido, mas o facto de haver componentes de telemedicina em todas as especialidades clínicas, torna fundamental para a participação dos profissionais no processo de cuidados de saúde em vez de que seja considerada somente uma só tecnologia.

6. Conclusões

A pandemia colocou em primeiro lugar dois temas larvares e latentes, como resultado da inércia providada por interesses económicos e financeiros que bloqueiam a transformação da Saúde, considerando-a como mais um negócio e não como um direito da cidadania. Estes sistemas são a saúde pública e a eSaúde (TeleSaúde).

Se comprovou que é fundamental que os Estados Sociais com sistemas de saúde pública que permitem enfrentar esta pandemia assim como outras, de maneira mais efetiva são fundamentais para a cidadania universal. Isto ajuda a evitar exemplos devastadores como o dos Estados Unidos da América (inexistência de um Estado Social e ineficiencia da Saúde Pública) e no Brasil (incapacidade do SUS e prevalencia de serviços de saúde privados que dão cuidados de saúde a poucas pessoas pois são aquelas que têm os podem pagar). A saúde eletrónica demonstrou ser um vetor decisivo para a aproximar os doentes aos serviços de saúde sendo um bom exemplo a vigilância dos doentes crónicos, mais frágeis e de idade avançada, mediante processos de telemonitorização, mantendo-os nos seus domicilios evitando deslocamentos desnecessários aos hospitais o que os expoe mais a contactos indesejaveis no context de uma pandemia ou também numa situação habitual para evitar as doenças bacterianas, não esquecendo que as doenças crónicas são prevalentes nos sistemas nacionais de saúde.

A telemedicina apoia a medicina tradiocional/presencial proporcionando serviços clínicos quando a distância é um fator crítico. Ainda que esta ferramenta não substituia na totalidade um exame medico, durante a pandemia contribuiu para reduzir a dissiminação tornando desnecessário as visitas presenciais dos doentes. Inclusive após a emergência do COVID-19, a telemedicina sera decisiva para agilizar as visitas ambulatorias, limitando simultaneamente os custos, tanto para o doente como para o sistema de saúde, o que é fundamental já que a diminuição dos orçamentos para os serviços nacionais de saúde pública acontecerá muito provavelmente como consequência desta pandemia e da crise económica subjacente.

A TeleSaúde e a Telemedicina em particular podem oferecer um valioso apoio à atividade do médico e racionalizar e facilitar o seu trabalho. Nesse sentido a pandemia representa uma vantagem positiva para a aceleração e a melhoria dos instrumentos que constituem a telemedicina.

Esboçou-se um conjunto de recomendações que irão ser apresentadas às entidades governamentais de ambos os países.

Os profissionais portugueses propuseram uma estratégia nacional de teleassistência domiciliária que foi apoiada pelos doentes.

Em Espanha, se afirma que é necessário proporcionar o melhor equipamento aos profissionais, nos programas existentes, como na Extremadura, é considerado uma boa prática no futuro. Na Catalunha, foram desenvolvidos os projetos já em curso em alguns hospitais catalães, o que por enquanto não é tão óbvio em Portugal.

(Como citar este relatório: *GT3D SITT (2020) "GT3D SITT Relatório de Outono: Oportunidades da TeleSaúde nos primeiros tempos da Pandemia COVID-19", disponível em: <https://www.sittiberica.org/>)*