



Licenciatura de Gestão em Saúde

Relatório de Estágio Profissionalizante em
Gestão em Saúde

**“Melhoria contínua na Consulta Externa e o Contributo que a
Telemedicina pode trazer na situação de pandemia no CHULN”**

Elaborado por: Sara Carolina Freitas Furtado

Nº de estudante: 20172149

Orientador: Prof. Dr. Paulo K. Moreira

Coorientador de estágio: Dr. Rui Cortes

Barcarena, setembro de 2020



Licenciatura de Gestão em Saúde

Relatório de Estágio Profissionalizante em
Gestão em Saúde

**“Melhoria contínua na Consulta Externa e o Contributo que a
Telemedicina pode trazer na situação de pandemia no CHULN”**

Elaborado por: Sara Carolina Freitas Furtado

Nº de estudante: 20172149

Orientador: Prof. Dr. Paulo K. Moreira

Coorientador de estágio: Dr. Rui Cortes

Barcarena, setembro de 2020

“o autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório”

Agradecimentos

Agradeço à minha mãe e à minha avó, que sempre me apoiaram nos meus sonhos, e ensinaram a ser justa e resiliente na vida.

Ao meu namorado, por estar sempre a meu lado e pela paciência nesta etapa.

Ao meu orientador Prof. Dr. Paulo Moreira, pela transmissão de conhecimentos e sugestões indispensáveis para a realização deste trabalho.

Aos meus professores e colegas do curso pela transmissão de conhecimentos e pela amizade e companheirismo.

Ao Dr. Rui Cortes e colegas pela transmissão de conhecimentos, pelo acompanhamento atento e pelas palavras de incentivo.

“It’s tough to make predictions, especially about the future.”

Yogi Berra

Resumo

O presente relatório pretende descrever o percurso que realizei no estágio do Curso Gestão em Saúde, na Universidade Atlântica. O estágio decorreu nos meses de maio a agosto de 2020 na empresa *Lean Health Portugal* no projeto realizado no Hospital de Santa Maria, concretamente no setor Consulta Externa, o relatório contém a descrição das atividades realizadas durante esse período.

Foi realizado um estudo descritivo com a finalidade de analisar as Consultas Externas do CHULN antes e durante a situação pandémica e ainda o contributo que a telemedicina pode gerar nestas situações imprevisíveis. A fonte da pesquisa para a revisão sistemática foi a base de dados da *PubMed* e para análise de dados fornecidos pelo Hospital.

Nota-se nos dados fornecidos que a pandemia gerou um impacto nas consultas externas realizadas no CHULN, levando a uma diminuição das consultas presenciais nos meses de janeiro a abril de -12,4% em relação ao ano homólogo. Houve um aumento da adesão das consultas não presenciais durante a pandemia, mas mesmo assim houve mais consultas presenciais (76%) que não presenciais (24%).

Conclui-se que a pandemia COVID-19 deu uma maior relevância à telemedicina, mostrando que esta apresenta várias vantagens para os profissionais de saúde e para os utentes. Apesar dos elevados custos materiais estes devem ser vistos como um investimento que traz melhoria na prestação de cuidados de saúde e “destrói” barreiras que poderão existir em futuras pandemias para o acesso de saúde.

Palavra-chave:

Telemedicina; Teleconsulta; PDCA; Hospital; COVID-19

Abstract

This report aims to describe the path I took during the Health Management Course internship at Universidade Atlântica. The internship took place from May to August 2020 at the company Lean Health Portugal in the project carried out at the Hospital de Santa Maria, specifically in the External Consultation sector, the report contains the description of the activities carried out during that period.

A descriptive study was carried out in order to analyze the External Consultations of CHULN before and during the pandemic situation and also the contribution that telemedicine can generate in these unpredictable situations. The source of the research for the systematic review was the PubMed database and for analysis of data provided by the Hospital.

It is noted in the data provided that the pandemic generated an impact on external consultations held in CHULN, leading to a decrease in face-to-face consultations in the months from January to April of -12.4% in relation to the same year. There was an increase in adherence to non-face-to-face consultations during the pandemic, but even so there were more face-to-face consultations (76%) than non-face-to-face consultations (24%).

It was concluded that the COVID-19 pandemic gave telemedicine a greater relevance, showing that it has several advantages for health professionals and users. Despite the high material costs, these must be seen as an investment that improves health care delivery and “destroys” barriers that may exist in future pandemics for health access.

Keyword:

Telemedicine; Teleconsultation; PDCA; Hospital; COVID-19

Índice

Resumo	I
Abstract	II
Introdução	1
1. Enquadramento Teórico.....	3
1.1. <i>Revisão Sistemática da Literatura</i>	7
2. Estágio no Hospital Santa Maria EPE.....	21
2.1. <i>Objetivos do Estágio</i>	21
2.2. <i>Descrição do Estágio</i>	21
2.3. <i>Caraterização da Lean Health Portugal</i>	22
2.4. <i>Enquadramento do CHULN</i>	22
2.7. <i>Análise PEST</i>	28
2.8. <i>Análise SWOT</i>	30
3. Metodologias	31
3.1. <i>Fonte de dados</i>	31
3.2. <i>Unidade de Observação</i>	32
3.3. <i>Tipo de Estudo</i>	32
4. Atividades Realizadas no Estágio.....	33
4.1 <i>Consultas Externas</i>	33
4.2 <i>Reabertura da Receção Central</i>	35
4.3 <i>Central de Colheitas</i>	36
4.4 <i>Tarefas dos AT's</i>	37
4.5 <i>Serviço Gastroenterologia</i>	39
4.6 <i>PDCA (PDSA).....</i>	42
5. Resultados	43
5.1 <i>Análise descritiva dos dados da Consulta Externa do CHLN</i>	43
6. Discussão	59
7. Conclusão	62
8. Referências Bibliográficas	64
9. Anexos.....	69

Índice de Figuras

Figura 1. Evolução Temporal da Telessaúde em Portugal	4
Figura 2. Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos.	9
Figura 3. Vertentes da Atividade Assistencial [31]	27
Figura 4. Análise PEST	29
Figura 5. Análise SWOT da CHULN.....	30
Figura 6. Fluxo do Termo de Responsabilidade no CHULN.....	40
Figura 7. Etapas da Metodologia 5S.....	41
Figura 8. Consultas Externas realizadas no HSM 2019-2020 (Jan-Abril)	44
Figura 9. Estado das 1ºConsultas no HSM (2020)	51
Figura 10. Estado das Consulta Subsequentes do HSM (2020)	52
Figura 11. Distribuição da Consulta Externa por Entidade Financeira Responsável no HSM (2019-2020)	54
Figura 12. Telemedicina a nível nacional 2020.....	54
Figura 13. Consultas no CHULN (2020)	55
Figura 14. Organograma CHULN	69
Figura 15. Visão Futura da Reabertura da Receção Central.....	72

Índice de Tabelas

Tabela 1. Valências do CHULN.....	26
Tabela 2. Variáveis utilizadas para o estudo.	33
Tabela 3. Evolução da consulta Externa no CHULN entre 2019 e 2020 (janeiro-abril)	43
Tabela 4. Consultas Externas realizadas no HSM nos meses janeiro-abril (2019-2020)	44
Tabela 5. Consultas Externas por Especialidades no CHULN.....	45
Tabela 6. 1º Consulta realizadas em janeiro-fevereiro no CHULN (2020).....	47
Tabela 7. Consultas Subsequentes Realizadas nos meses janeiro- fevereiro no CHULN (2020)	48
Tabela 8. 1º Consulta Realizadas em Mar-Abril no CHULN 2020	49
Tabela 9. Consulta Subsequentes Realizadas em Mar-Abril no CHULN (2020)	50
Tabela 10. Estado das 1º Consultas no HSM (2020).....	51
Tabela 11. Estado das Consultas Subsequentes 2020.....	52
Tabela 12. Estado das Consultas (2019-2020)	53
Tabela 13. Distribuição da Consulta Externa por Entidade Financeira Responsável no CHULN	53
Tabela 14. Distribuição da Consulta Externa por Entidade Financeira Responsável no HSM	53
Tabela 15. Teleconsultas a nível nacional 2020	54
Tabela 16. Consultas no CHULN 2020.....	55
Tabela 17- Especialidades com mais consultas sem presença do utente.....	56
Tabela 18. Especialidades do CHULN com menos consultas por teleconsulta	57
Tabela 19. Vantagens e desvantagens da Telemedicina.....	60
Tabela 20. Consultas Acumuladas a maio 2020.....	71
Tabela 21. Descrição dos Artigos Incluídos para o estudo.....	80

Lista de Abreviaturas

UE - União Europeia

SNS - Serviço Nacional de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

CNTS - Centro Nacional de Telessaúde

DGS - Direção Geral de Saúde

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ADSE - Instituto Público de Gestão Participada

EPE - Entidades Públicas Empresariais

RLVT - Região de Lisboa e Vale Tejo

CHULN - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

HSM - Hospital Santa Maria

APAH - Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares

PDCA - *Plan-Do-Check-Act*

BPMN - *Business Process Model and Notation*

GDH - Grupos de Diagnósticos Homogéneos

ATP - Associação Portuguesa de Telemedicina

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

AT - Técnico Administrativo

AO - Administrativo Operacional

TM - Telemedicina

UTG – Unidade de Técnicas de Gastroenterologia

Introdução

O trabalho é desenvolvido no âmbito do estágio do Curso Gestão em Saúde proporcionado pela empresa *Lean Health Portugal* no projeto de melhoria continua realizado no Hospital Santa Maria em Lisboa, concretamente no setor Consulta Externa, este estágio teve a coorientação do Dr. Rui Cortes. O estágio decorreu nos meses de maio a agosto de 2020.

O surgimento do COVID-19 em 2019 impulsionou significativamente a implementação em larga escala do suporte digital na medicina, podendo ser observadas experiências de vigilância populacional e monitorização de doenças.

O estudo tem como finalidade analisar o impacto que a situação pandémica causou no Hospital e o contributo que a telemedicina pode alocar ao Hospital nestas situações imprevisíveis.

Analisar os dados das consultas externas é crucial para assegurar um planeamento eficaz. Obtendo-se estes dados de produção, o gestor tem mais facilidade em implementar melhorias, planear de forma mais precisa, detetar os problemas e aumentar a competitividade.

Refere o Dr. João Ralha no seu livro “Da Gestão, em Saúde: casos práticos” [\[1\]](#) que a principal causa identificada para o *burnout* nos médicos, “são questões organizacionais que remetem para deficientes capacidades de gestão nas organizações públicas e privadas, onde os médicos desenvolvem a sua atividade.”

A correlação do desempenho organizacional com a procura da melhoria contínua de todos os hospitais do SNS, é uma abordagem do ciclo de *Deming* designado por ciclo Plan-Do-Check-Act (PDCA) no controlo interno hospitalar, na tentativa de resposta à aplicabilidade do ciclo na realidade diária de cada profissional.

Segundo dados dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), atualmente cerca de 2,25 milhões de portugueses já usam ferramentas digitais disponibilizadas pela Área do Cidadão para aceder aos seus registos de saúde, marcar consultas com o médico de família ou aceder ao seu boletim de vacinas. [\[2\]](#)

A Telemedicina é uma das práticas que se tornou uma mais valia para os profissionais de saúde, para os cidadãos e para as instituições hospitalares. Deve-se conhecer o impacto da Telemedicina através da avaliação da realidade social e da avaliação da sua operacionalização, bem como as suas consequências e resultados.

Para a revisão sistemática, foi colocada uma pergunta de investigação “Qual o contributo da telemedicina para o CHULN na situação pandemia?”.

O relatório é composto por seis capítulos. O primeiro capítulo inclui o enquadramento teórico ao tema de estudo. O segundo capítulo inclui o enquadramento e descrição do estágio. O terceiro capítulo, aborda as metodologias utilizadas para este estudo. No quarto capítulo, são descritas as atividades realizadas durante o estágio. No quinto capítulo são debatidos os resultados do estudo e no sexto capítulo são apresentados os principais contributos deste trabalho para o tema em estudo, bem como as suas limitações e futuras melhorias na investigação.

1. Enquadramento Teórico

Tanto a eSaúde, Telessaúde e Telemedicina têm sido conceitos com uma crescente relevância no setor da saúde a nível mundial.

A eSaúde compreende, através da utilização das TIC, a melhoria da promoção, educação e gestão de saúde, assim como todo o ciclo de saúde. (Matos, Santana, Mendes, Marques & Mestre, 2014; Gonçalves, Castelo-Branco & Campanella, 2018).[\[3\]](#)

A Telessaúde é a utilização das TIC para apoiar à distância a saúde nas vertentes da prestação de cuidados, da organização dos serviços e da formação de profissionais de saúde e cidadãos.

A telemedicina é a prestação de cuidados de saúde, remotamente, por médicos que utilizam as TIC para prevenção, avaliação, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Esta prestação materializa-se quer na vertente de pesquisa e avaliação, quer na educação continuada de prestadores de cuidados de saúde por forma a promover a saúde do cidadão e da sociedade (*World Health Organization*, 2009).[\[3\]](#)

O termo Telemedicina (TM) tem origem na palavra grega “tele”, que significa distância. Também é usada para formar palavras como por exemplo: telefone e televisão. A TM abrange toda a prática médica realizada à distância, independentemente da ferramenta utilizada para essa conexão.[\[4\]](#)

O conceito de telessaúde abrange, assim, o conceito de telemedicina e é incluído pelo conceito de eSaúde.

Telessaúde em Portugal

A primeira atividade de Telessaúde em Portugal, ocorreu em 1995 com adesão da telemedicina no Hospital Pediátrico de Coimbra. Esta necessidade deveu-se à impossibilidade de existir, em cada Hospital Distrital, um especialista de Cardiologia Pediátrica e de Cardiologia Fetal, fez com que o HPC decidisse, pelo Dr. Eduardo Castela e pelo Dr. Júlio Bilhota Xavier no ano de 1995, aderir à Telemedicina de uma forma empenhada, procurando contribuir para melhorar o apoio a todos os habitantes da Região Centro.[\[5\]](#)

A Telessaúde foi evoluindo ao longo do tempo, tendo a linha telefónica “Doi, dói? Trim, Trim” (1998) dado origem à atual linha Saúde 24. Atualmente a Telessaúde está em crescimento com vários projetos, sobretudo de âmbito local e na sua maioria em fase piloto. (Figura 1)

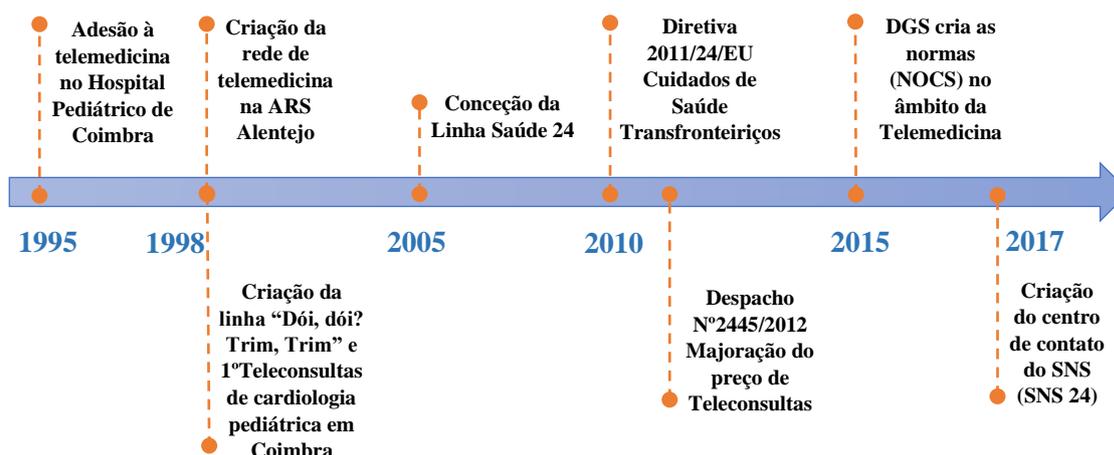


Figura 1. Evolução Temporal da Telessaúde em Portugal

(Fonte: <https://aptelemedicina.com/2020/05/01/telederes-precisam-se>)

A TM pode ser subdividida em alguns ramos:

– “Teleconsulta”: A teleconsulta consiste numa consulta realizada à distância, entre profissionais de saúde ou entre o profissional de saúde e o utente, com recurso às tecnologias de informação e comunicação. A Teleconsulta pode acontecer em tempo real (síncrona) ou diferido (assíncrona).

– “Telemonitorização”: É uma ferramenta que consiste na utilização de tecnologias de comunicação para monitorizar à distância parâmetros biométricos do cidadão. Tem como objetivo principal promover uma melhoria da prestação dos cuidados de saúde ao cidadão, esta ferramenta traz maior autonomia ao doente e ao cuidador para a noção dos sinais de alarme.[3]

– “Telerrastreio” é a procura à distância, com o recurso de tecnologias de informação e comunicação, de uma doença assintomática, de um fator de risco ou de uma condição prejudicial não percebida.[3]

– “Telediagnóstico” é o processo pelo qual um diagnóstico é feito através da transmissão eletrónica de dados entre centros médicos separados geograficamente, com recurso às tecnologias de informação e comunicação.[\[3\]](#)

– “Telereabilitação” definida como o método em que se utilizam tecnologias de comunicação para prover reabilitação à distância.[\[3\]](#)

– “Teleformação” o foco é habilitar o profissional de saúde que está distante, com o intuito de manter o profissional de saúde atualizar e preparar para diversas situações da prática médica.[\[3\]](#)

Além disto, a TM pode ser utilizada para: consulta e troca de informações entre estabelecimentos de saúde, informação de resultados de exames laboratoriais e de imagiologia, discussão de casos clínicos, situações de cirurgia robótica e assistência a determinados doentes.

O exercício da telemedicina encontra-se previsto nos artigos 46º e seguintes do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, que se encontra publicado em anexo ao Regulamento n.º 707/2016, de 21 de julho de 2016, publicado no Diário da República, 2ª série.

A SPMS e o CNTS

O SPMS do Ministério da Saúde presta serviços nas áreas de compras e logística, serviços financeiros, recursos e sistemas humanos e TICs, para entidades do Serviço Nacional de Saúde, por forma a centralizar, otimizar e racionalizar a aquisição de bens e serviços. [\[3\]](#)

O CNTS (Centro Nacional de Telessaúde) promove a inovação e o uso das TIC's, procura incentivar sinergias por meio de uma rede que aproxima os cidadãos dos provedores de saúde. Este apoia a prática regular de Telessaúde a nível nacional. O CNTS supervisiona a Rede de Promoção de Telessaúde, composta por Telessaúde Regional Coordenadores (das Administrações Regionais de Saúde) e Promotores Internos de Telessaúde (das unidades de atendimento). Os coordenadores promovem o uso da telessaúde nas unidades de saúde da sua região, procurando apoiar, coordenar e potencialmente supervisionar as transformações necessárias para o uso mais amplo de

telessaúde. Os Promotores incentivam as atividades de telessaúde nos prestadores de serviços de saúde de primeira linha. [\[3\]](#)

O SPMS e o CNTS também são responsáveis pela elaboração do Plano Estratégico Nacional para um TeleSaúde para discussão com o Ministério da Saúde. O Plano Estratégico Nacional de Telessaúde está alinhado com o Plano Nacional de Saúde, o Governo programa o quadro político e estratégico da Saúde 2020. [\[3\]](#)

O uso de telemedicina e telessaúde é ainda mais possível por meio de inúmeras estratégias, documentos e tecnologias, incluindo: a ENESIS (Estratégia Nacional para o Ecossistema de Informação em Saúde); a SIMPLEX e particularmente Simplex + Health (Programa Nacional de Modernização do Estado, no área de saúde); o RIS (Rede de Informática em Saúde); o PEM (Prescrição Eletrônica Médica); a RSE (Electronic Health Record), acessível aos cidadãos; um sistema de referência incorporado ao EHR; uma plataforma para teleconsultas em tempo real (EHR Live!); e o eBoletim (Registo Digital de Vacinas). [\[3\]](#)

Em Portugal, o Centro Nacional de Telessaúde fornece vários recursos para ajudar os profissionais de saúde na implementação e gestão de serviços de telessaúde, incluindo um “kit de ferramenta” com dicas para a implementação de teleconsultas e fichas técnicas dos serviços de telessaúde para disseminar boas práticas dos serviços de telessaúde existentes no país. [\[6\]](#)

1.1. Revisão Sistemática da Literatura

Introdução

Com esta situação pandémica no Mundo inúmeros países tiveram de elaborar estratégias para colmatar as necessidades das populações. Os hospitais tiveram de se adaptar à situação, recorrendo à diminuição das consultas presenciais nas instituições de saúde, por forma a não contribuir para o aumento do número de infetados pelo COVID-19.

A pandemia acelerou o investimento em tecnologias nos Hospitais, tais como a telemedicina que até ao momento ainda não tinha um papel de destaque na área da saúde, apesar de que em algumas áreas esta já seja utilizada há muitos anos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece desde a década de 1990, a importância da telemedicina na área médica, em especial para casos em que a distância é um fator crítico para a oferta de serviços ligados à saúde.

Segundo os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS), as teleconsultas melhoram a acessibilidade, levando o SNS a todos os cidadãos, o que revela ser uma mais-valia para todo o sistema de saúde.[\[7\]](#)

A Telemedicina traz muitos benefícios aos Hospitais, como por exemplo a facilidade de troca de informações, redução de custos e a diminuição de contato direto, em especial com a situação pandémica que vivemos. Apesar dos benefícios deste meio de comunicação, esta ainda possui algumas barreiras.

A revisão de literatura deste trabalho foi realizada no âmbito do Estágio Profissionalizante em Gestão em Saúde. Devido à situação de COVID-19 existiu a necessidade de alterar o tema do projeto, pois a empresa onde estava previsto o estágio estava em teletrabalho e decidiram não acolher o estágio. Assim, recorri a outra empresa, e uma vez que se tratava de outro contexto o tema não se identificava com o tema da revisão sistemática anterior.

O objetivo da pesquisa é a seleção de artigos científicos publicados que se correlacionam com o tema em estudo. O tema em estudo denomina-se de: “O Contributo da Telemedicina nos Hospitais para a pandemia Covid-19”, nesse tema foi colocada uma

pergunta de investigação: “Que contributo dá a telemedicina aos hospitais na pandemia COVID-19?”.

Metodologia

Neste estudo, foi realizada uma revisão sistemática de bibliografia, elaborada a partir de uma abordagem de pesquisa qualitativa. A fonte da pesquisa foi a base de dados da *PubMed*.

Estratégia de Pesquisa

A primeira etapa foi identificar artigos publicados em jornais relevantes realizados na Europa, na base de dados da *PubMed*. O primeiro acesso aos artigos foi a 9 de junho de 2020. Na segunda etapa, a identificação de palavras-chaves relevantes para o estudo, definindo assim a frase booleana para a realização da pesquisa. Foram utilizados filtros nos anos e *headings* através dos operadores booleanos: “OR” e “AND” que potenciou a pesquisa através da criação de novas variações da mesma palavra. A estratégia de pesquisa usada na base de dados *PubMed* (frase booleana e filtros ativados) é a seguinte:

PubMed: Frase booleana: (((telemedicine) AND (pandemic)) AND (hospital)) AND (europe)

Seleção do estudo

Na seleção dos artigos foram incluídos critérios de inclusão e exclusão.

Para inclusão, os artigos científicos tiveram que atender aos seguintes critérios:

- ✓ Artigos publicado na plataforma *PubMed*;
- ✓ Artigos de jornal;
- ✓ Publicados no ano 2020;
- ✓ Países Europeus;
- ✓ Estejam na língua inglesa.

Para exclusão, os critérios foram:

- ✗ Publicados antes do ano 2020;
- ✗ Países fora da Europa;
- ✗ Outros idiomas que não inglês.

Todos os resultados apresentados com as palavras-chave utilizadas para este estudo foram selecionados por título e resumo, com base nos critérios de seleção especificados para identificação de artigos potencialmente relevantes. Foram eliminados os estudos que não se relacionavam com o tema em questão.

Extração dos resultados

Todos os artigos selecionados foram agrupados. A lista completa dos resultados incluídos na revisão é descrita na Tabela 1 com as informações de cada artigo, por forma a fornecer uma imagem clara do contributo dos resultados obtidos nos estudos.

Estrutura do estudo

A pesquisa na base de dados da *PubMed* gerou um total 393 resultados de publicações, das quais 42 artigos foram selecionados nesta revisão, através das palavras-chave introduzidas na pesquisa e do ano de publicação. Todos os artigos identificados através da pesquisa do banco de dados foram publicados em inglês. Numa segunda fase, dos 42 artigos identificados foram selecionados 17 artigos após a revisão dos abstratos e conclusões destes artigos, pela envolvimento e elegibilidade no tema em estudo (Fig.2).

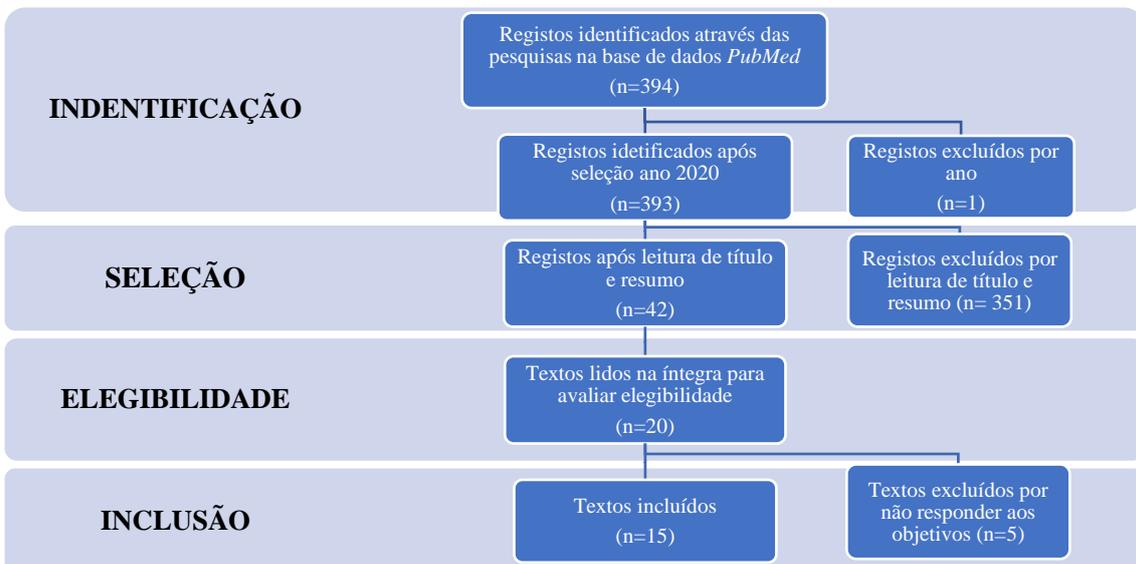


Figura 2. Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos.

Resultados

Entre os estudos incluídos, os períodos da realização da intervenção, o cenário, a população-alvo e/ou a metodologia varia entre os estudos. Na Tabela 21 nos anexos são apresentados todos artigos incluídos na revisão.

- Amerigo Giudice, Selene Barone, Danila Muraca, Fiorella Averta, Federica Diodati, Alessandro Antonelli e Leonzio Fortunato no seu trabalho de 2020 realizou o estudo piloto da telemedicina na prática odontológica durante a pandemia COVID-19. O estudo foi realizado no Departamento de Cirurgia e Patologia Oral - Magna Graecia University de Catanzaro, determinando dois grupos de paciente: paciente em condição urgente (Grupo U) e paciente em acompanhamento (Grupo F). Nos resultados do estudo, no grupo U teve um total de 34 fotos que foram coletadas de pacientes, todos os pacientes enviaram fotos na noite do 3º, 7º e 14º dia pós-operatório, mas dois pacientes enviaram duas fotos fora dos dias estabelecidos. No grupo F, 384 fotos foram coletadas por 52 pacientes. Nenhum deles enviou mais fotos do que o número estabelecido pelo protocolo. Concluem com este estudo que a telemedicina permitiu a monitorização de todos os pacientes, reduzindo custos e limitando o contacto humano, diminuindo o risco de disseminação do Covid-19.[\[8\]](#)
- Arani Nitkunan, Dominic Paviour, Tharani Nitkunan no seu presente estudo, em 2020, tem como objetivo deste artigo ajudar os neurologistas a conduzir consultas remotas, particularmente em relação às atuais circunstâncias do COVID-19, e ajudar a incorporar as consultas remotas como prática padrão após a pandemia. Para a iniciação de uma consulta virtual, esta tem de ser periódica e ao utente devem ser fornecidas informações sobre o horário e tipo de consulta. Em algumas consultas virtuais existem alguns problemas quando o utente tem dificuldades cognitivas e de comunicação, mas com programas adequados e com ajuda de familiares podem ser ultrapassados estes problemas. Os autores concluem que a avaliação de pacientes por meio de telefone / vídeo requer a abordagem sistemática usual para diagnóstico e tratamento. As consultas remotas não podem substituir todas as consultas presenciais; fora do contexto COVID-19, devemos considerar padrões individualizados para tais consultas.[\[9\]](#)

- Eric Renard, no trabalho publicado em 2020, o autor pretende com este estudo mostrar a sua perspetiva da telemedicina para tratamento da diabetes em situação COVID-19. Graças aos dados enviados usando os vários downloads FGM / CGM serviços (LibreView, Clarity e CareLink), poderíamos obter dos pacientes uma visão rápida e clara dos distúrbios da glicose. Além disso, pode ver-se como a combinação de CGM / FGM e terapia com bomba de insulina facilitou a avaliação dos distúrbios de glicose dos pacientes por meio de mensagens de e-mail, incluindo os últimos downloads de dados e a eficácia rápida dos ajustes de tratamento que recomendaram. Conclui que as tecnologias para a diabetes são frequentemente consideradas muito caras para serem prescritas a muitos pacientes, mas com o aparecimento do COVID-19 demonstra claramente que o tempo e o dinheiro gastos nas tecnologias, para que os pacientes alcancem um melhor controlo da glicose são investimentos.[\[10\]](#)
- Beatriz Minghelli, Ana Soares, Andreia Guerreiro, Antoine Ribeiro, Carolina Cabrita, Carlos Vitoria, Chloé Nunes, Claudia Martins, Diogo Gomes, Filipa Goulart, Raquel Marreiro Dos Santos and Rita Antunes, artigo de 2020. Este estudo tem como objetivo determinar o número de fisioterapeutas que interromperam os seus serviços no decorrer da pandemia do COVID-19 e verificar os procedimentos adotados pelos fisioterapeutas que estão a trabalhar. 453 (73,2%) fisioterapeutas interromperam as suas atividades laborais presencialmente por causa da pandemia e 166 (26,8%) continuaram a trabalhar presencialmente. As principais medidas adotadas pelos fisioterapeutas que continuaram a trabalhar presencialmente foram: lavagem das mãos (21,5%), uso de máscara (20,3%), desinfeção de materiais (19,3%) e uso de luvas (19,3%). Dos fisioterapeutas que não trabalham presencialmente (n = 453), 267 (58,9%) continuam acompanhando os seus pacientes à distância e 186 (41,1%) não acompanham os pacientes. As principais medidas utilizadas pelos fisioterapeutas para o acompanhamento à distância dos seus pacientes foram: prescrição de tratamento por escrito (38%), realização de vídeos explicativos (26,7%) e tratamento por videoconferência síncrona (23,5%). Os resultados revelam que a maioria dos fisioterapeutas interrompeu as suas práticas presenciais por conta da pandemia COVID-19, porém, por não acompanharem o tratamento dos seus pacientes presencialmente, a maioria deles adaptou-se ao acompanhamento dos seus pacientes à distância.[\[11\]](#)

- Vinidh Paleri, John Hardman, Theofano Tikka, Paula Bradley, Paul Pracy e Cyrus Kerawala no estudo publicado em 2020, o estudo demonstra uma implementação rápida de um sistema de triagem remota estruturado e baseado em evidências para avaliação de encaminhamentos suspeitos e pacientes com cancro que estão a ser acompanhados regularmente após o tratamento para HNC no Reino Unido. Nenhuma consulta remota foi recusada pelos pacientes. Dados preliminares de 511 episódios de triagem em 13 centros mostram que 77,1% dos pacientes receberam alta diretamente ou tiveram as suas consultas adiadas. Os autores concluem que com estrutura e orientação adequadas, o modelo de teleconsulta pode ser bem-sucedido. Uma redução significativa do nº de contaminados pelo COVID-19 pode ser alcançada usando um sistema de triagem estruturado. O refinamento adicional do HaNC-RC-V.2 é viável. [\[12\]](#)
- Anthony William Gilbert, Joe C T Billany, Ruth Adam, Luke Martin, Rebecca Tobin, Shiv Bagdai, Noreen Galvin, Ian Farr, Adam Allain, Lucy Davies, John Bateson, trabalho de 2020, o artigo descreve uma iniciativa de melhoria da qualidade para implementar rapidamente nas consultas virtuais no RNOH. Para apoio à implementação de clínicas virtuais foi criada uma equipa de ação do COVID-19, um grupo multidisciplinar de profissionais de saúde. O objetivo do projeto era atingir 80% de consultas virtuais, sendo esta valor atingido na 2ª semana. 87% das consultas foram realizadas virtualmente durante as primeiras 6 semanas. As pontuações de satisfação foram altas para consultas virtuais (90/100 para pacientes e 78/100 para médicos); mas a maioria dos pacientes que aderiu à consulta virtual prefere uma chamada telefónica a uma chamada de vídeo. Concluem com o estudo que as consultas virtuais podem ser implementadas rapidamente em resposta ao COVID-19 e que estas são aceites. São necessárias iniciativas para apoiar as consultas virtuais para que sejam adequadas e aceitáveis além do COVID-19. [\[13\]](#)

- Eleonora Cinelli, Gabriella Fabbrocini, Davide Fattore, Claudio Marasca, Giovanni Damiani, Maria Carmela Annunziata, trabalho de 2020, no artigo relatam os resultados de uma pesquisa da teledermatologia em 87 pacientes oncológicos, onde o estado de saúde de pacientes oncológicos encaminhados para clínica indicada foi avaliado durante a pandemia COVID-19. Entre 87 pacientes que participaram, muitos apresentavam condições estáveis ou melhorias (n = 53) e apenas alguns pacientes (n = 14) exigiram uma mudança ou aumento da dose da terapia previamente prescrita. Concluem que é fundamental que os pacientes oncológicos sejam acompanhados pelos seus dermatologistas, mesmo com as clínicas fechadas. A teledermatologia representa um meio de comunicação crucial. Os pacientes podem entrar em contacto com a equipa de dermatologia por e-mail e telefone, 24 horas por dia, 7 dias por semana, para videochamadas e consultas de dermatologia.[\[14\]](#)
- Kåre I. Birkeland, no trabalho realizado no ano 2020, o autor mostra as aprendizagens que aprendeu sobre a diabetes face ao COVID-19 na Noruega. A Associação Norueguesa de Diabetes desempenhou um papel importante na divulgação de informações relevantes e qualificadas para pessoas com diabetes. Juntamente com médicos especialistas e a direção de saúde fortaleceram os meios digitais para atender às necessidades dos pacientes com diabetes e controlar estes, isto fez com que houvesse um aumento de adesão dos pacientes a este meio de comunicação. No futuro, o autor prevê que a telemedicina será usada com mais amplitude no tratamento da diabetes, para que as informações ao público e os pacientes sejam simplificadas e reforçadas em todas as plataformas de mídia. As medidas de higiene e proteção aplicadas em geral e nos ambulatórios serão reforçadas para evitar infeções.[\[15\]](#)

- Giulio Perrone, Stefania Zerbo, Clio Bilotta, Ginevra Malta, Antonella Argo, trabalho publicado em 2020, os autores fazem um estudo da aplicação da telemedicina na situação pandemia num hospital em Itália. A telemedicina será essencial mesmo após a pandemia para agilizar as visitas de ambulatório, e ao mesmo tempo limitar os custos, com benefícios significativos para o orçamento do Serviço Nacional de Saúde Pública da Itália. Concluem, que a telemedicina pode oferecer um valioso suporte à atividade do médico, agilizando e facilitando o seu trabalho, mas deve ser vista como uma ferramenta de apoio à medicina tradicional. Nesse sentido, a pandemia Covid-19 representa um insumo positivo para a aceleração e o aprimoramento dessas ferramentas.[\[16\]](#)
- Alannah Smrke, Eugenie Younger, Roger Wilson, Olga Husson, Sheima Farag, Eve Merry, Aislinn Macklin-Doherty, Elena Cojocar, Amani Arthur, MBChB, Charlotte Benson, MBChB, Aisha B. Miah, Shane Zaidi, Spyridon Gennatas, and Robin L. Jones, no trabalho de 2020, o objetivo do estudo foi avaliar o impacto da telemedicina em pacientes, médicos e atendimento na Unidade de Sarcoma do Royal Marsden Hospital (RMH) durante a pandemia. De 379 consultas presenciais planeadas, 283 (75%) foram convertidas para telemedicina. As consultas presenciais permaneceram para os pacientes que precisavam de início urgente da terapia ou avaliação do desempenho. A satisfação do paciente (n = 108) com a telemedicina foi alta (média, 9/10), e apenas 48% (n = 52/108) não gostariam de ouvir más notícias através da telemedicina. A telemedicina pode revolucionar a prestação de cuidados contra o cancro, especialmente para pacientes com cancros raros que muitas vezes vivem longe de centros especializados. Autores demonstram que é necessário para o estudo uma avaliação dos benefícios do paciente e do médico sobre o impacto de longo prazo nos resultados do paciente e nos sistemas de saúde.[\[17\]](#)

- Rosa Capozzo, Stefano Zoccolella, Maria Elisa Frisullo, Roberta Barone, Maria Teresa Dell'Abate, Maria Rosaria Barulli, Marco Musio, Miriam Accogli, Giancarlo Logroscino, trabalho de 2020, no estudo fizeram a avaliação multidisciplinar de pacientes com DFT usando Telessaúde durante a pandemia de COVID-19. Foram realizadas vinte e oito entrevistas clínicas com cuidadores e quatro com ambos os pacientes / cuidadores. A maioria dos pacientes e os cuidadores ficaram satisfeitos com a entrevista neurológica e expressaram a sua vontade de continuar a ser incluídos nos programas de avaliação remota (90%). Cinquenta por cento dos pacientes pioraram significativamente no seu quadro clínico e na sua qualidade da vida desde o início do distanciamento social. A escala CDR-FTD revelou uma deterioração significativa do comportamento ($p = 0,01$) e funções da linguagem ($p = 0,009$), em comparação com a última avaliação presencial do centro. Um paciente apresentou sintomas de infecção por COVID-19 e foi confirmado como positivo para COVID-19 com esfregaço faríngeo. O estudo indica que a telemedicina é uma ferramenta válida para a triagem de pacientes com o FTD para aumentar o alcance e a eficiência da prática. [\[18\]](#)
- Stefano Negrini, Carlotte Kiekens, Andrea Bernetti, Marianna Capecci, Maria G Ceravolo, Susanna Lavezzi, Mauro Zampolini and Paolo Boldrini, publicado a 2020, o artigo relata o conteúdo do terceiro webinar da Sociedade Italiana de Medicina Física e de Reabilitação (SIMFER) sobre “experiências de campo” impacto de Covid-19 na reabilitação (“Covinars”). Foram relatadas como vantagens (luzes) da telemedicina a viabilidade, resultados, redução do isolamento, diminuição de custos, estímulo à inovação, satisfação de pacientes, familiares e profissionais além da desconfiança inicial. As desvantagens (sombras) incluíram que a telemedicina pode se integrar, mas nunca vai substituir a base da reabilitação cara a cara no encontro entre seres humanos; idade e barreiras tecnológicas (ausência de dispositivos, má conexão e desconfiança humana). Também foram relatados possíveis problemas que incluíam privacidade e consentimento informado, pagamentos, dificuldades culturais em entender a telemedicina na reabilitação. Chegaram ao consenso de que essa experiência será incorporada pelos participantes nos seus serviços futuros e que o grande desafio é a mudança de hábitos dos pacientes e médicos perante a tecnologia. [\[19\]](#)

- Lorenzo Giuseppe Luciani, Daniele Mattevi, Tommaso Cai, Guido Giusti, Silvia Proietti, Gianni Malossini, trabalho de 2020, o objetivo do artigo é avaliar a implementação e os resultados da telemedicina no Departamento de Urologia do norte da Itália durante o surto da pandemia de Covid-19. No geral, 415 de 928 (45%) pacientes agendados cancelaram sua consulta clínica ou foram cancelados por membros da equipa sem reagendamento. Os 523 (55%) casos restantes foram triados por meio de consulta telefónica em 295 (56%) e visita presencial em 228 (44%). Com a pandemia foi necessária reorganização e flexibilidade da prestação de cuidados de saúde. Embora uma porção mínima da visita cara a cara (<10% 1 mês após o bloqueio) tenha sido preservada, principalmente para suspeita de malignidade ou condições potencialmente fatais, a telemedicina provou ser uma abordagem pragmática permitindo uma triagem eficiente de casos e proteção adequada para pacientes e médicos.[\[20\]](#)
- Eirik Årsand, no trabalho de 2020, o autor refere a dificuldade de alguns países na distribuição do medicamento agora na situação COVID-19, como os EUA em que cada paciente necessita de seguro para ter cuidados de saúde e os medicamentos são muito caros. Mostra também a situação COVID-19 na Noruega. Atualmente existem monitores contínuos de glicose, monitores de atividade física, bombas de insulina e canetas que são capazes de recolher e partilhar dados, mas o problema é que eles são na sua maioria enviados para servidores diferentes devido à “abordagem de silo” dos fornecedores, tornando difícil ou impossível analisar esses dados juntos de maneira eficiente. Esta questão precisa de ser resolvida para fazer os melhores serviços e ajudar os pacientes. O autor conclui com a ideia que para pandemias futuras, apesar de ser algo negativo, deve ser visto como uma oportunidade de encorajamento para a continuação do trabalho em direção a melhores rotinas, melhores ferramentas e melhor uso de tecnologias.[\[21\]](#)

- Thomas Timmers Loes Janssen, Joep Stohr, J L Murk, M A H Berrevoets, artigo de 2020, o objetivo deste estudo observacional é avaliar o uso que as pessoas fazem de uma aplicação para apoiá-las na educação do COVID-19, na autoavaliação e na monitorização da própria saúde por um período de 7 dias. Como resultados deste estudo, entre 1º de abril e 20 de abril de 2020, um total de 6.194 pessoas fizeram download da aplicação. A funcionalidade de autoavaliação foi amplamente utilizada para verificar o estado de saúde de alguém. No total, 5.104 pessoas responderam à pergunta sobre sintomas graves, das quais 242 indicaram sofrer de sintomas graves. Um total de 4.929 pessoas responderam à pergunta sobre sintomas leves, dos quais 3.248 indicaram sofrer destes. Os dados foram aplicados com sucesso num mapa interativo que exhibe dados demográficos do utilizador e o seu status de saúde. Os utilizadores ficaram satisfeitos com a aplicação. No total, 102 utilizadores procuraram um provedor de saúde, levando a 91 contactos. Neste estudo, os autores demonstram o sucesso da implementação e o uso bem-sucedidos da aplicação. Com os dados da aplicação puderam vincular os dados aos resultados da triagem COVID-19 do laboratório de microbiologia do Hospital. Esses dados poderão apoiar os formuladores de políticas e prestadores de cuidados de saúde a obter informações valiosas sobre a distribuição regional da carga de infecção e do consumo de cuidados de saúde. [\[22\]](#)

Discussão

O contributo que a telemedicina fornecer aos Hospitais na pandemia COVID-19 são variados, conforme se pode constatar nos artigos selecionados ao tema em estudo, as vantagens mais referidas são: Evita o Contato Direto (COVID-19) (26%); Maior Acesso a Cuidados de Serviços de Saúde (14%); Diminuição das superlotações nos Hospitais (12%) e Redução de custos para o Sistema de Saúde (12%). Na leitura dos artigos da revisão da literatura, a promoção da telemedicina sobre orientações adotadas em cada país, apresenta várias barreiras/desvantagens nomeadamente: a Ausência de exame físico (25%); Elevado Custo das Tecnologias (13%); Proteção de Dados (13%); Necessidade de educação do paciente (13%).

No documento disponível pela OCDE, *Tackling Wasteful Spending on Health* [23] são destacadas algumas estratégias usadas em países da UE para melhorar a utilização dos cuidados hospitalares como: Mudança organizacional (Noruega); Incentivos financeiros (Suécia) e Mudança Comportamental através da informação e da telemedicina (Inglaterra). Na última estratégia, no estudo realizado na Inglaterra, conclui-se que a telemedicina reduziu as admissões hospitalares em 20% e a procura de urgências em 15% por doentes com doenças crónicas. Pode-se constatar nos artigos essa última estratégia agora com a situação pandémica, em que houve a redução, nos vários países europeus, do número de consultas cara a cara, passando a ser utilizadas consultas remotas para transmissão de resultados e informações e para efetuar diagnósticos em várias especialidades.

Em resposta à pandemia COVID-19, a Associação Portuguesa de Telemedicina (ATP) em colaboração com duas médicas investigadoras lançaram um estudo sobre a utilização da teleconsulta no SNS, durante o período da pandemia COVID-19. O objetivo do estudo é analisar a opinião de médicos e utentes, por forma a averiguar a viabilidade da teleconsulta como alternativa regular à consulta presencial após a pandemia. Este estudo conta com o apoio da Ordem dos Médicos. [24]

Nos vários artigos selecionados, são referidas variadas estratégias de implementação da telemedicina nos seus hospitais, por exemplo no artigo *Rapid implementation of virtual clinics due to COVID-19: report and early evaluation of a quality improvement initiative* [13] realizado no Reino Unido, descreve uma iniciativa do *Institute for Healthcare Improvement* de melhoria da qualidade para implementar

rapidamente nas consultas virtuais. Foi utilizado o ciclo PDSA para esta iniciativa, havendo um processo de capacitação, redesenho de processos, suporte à entrega e avaliação, sustentado pelos princípios de melhoria. Obtiveram resultados positivos em relação à aceitação dos utentes às consultas virtuais, havendo uma preferência dos utentes pelas chamadas telefónicas em relação às chamadas por vídeo.

Um dos artigos selecionados é realizado em Portugal [\[11\]](#) e mostra o impacto da pandemia na fisioterapia, nos resultados do estudo, 453 (73,2%) fisioterapeutas interromperam as suas atividades laborais presencialmente por causa da pandemia e 166 (26,8%) continuaram a trabalhar presencialmente. Uma das principais medidas utilizadas por muitos fisioterapeutas foi o acompanhamento à distância dos seus pacientes como: prescrição de tratamento por escrito, realização de vídeos explicativos e tratamento por videoconferência síncrona.

No ponto 2 do artigo 46º “2 — Quando o doente pede ou se submete a uma consulta por telemedicina, esta não deve substituir a relação médico-doente e deve realizar-se em condições sobreponíveis a uma consulta presencial, e só será dada quando o médico tiver uma ideia clara e justificável da situação clínica.” define-se que a telemedicina não deve substituir o médico e só se pode realizar caso se garante condições sobreponíveis à de uma consulta presencial e que o médico tenha uma ideia clara e fundamentada da situação clínica do doente. Nas teleconsultas no exercício da Medicina, o médico tem a liberdade de prescrever medicamentos ou meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como outras declarações de saúde e/ou atestados.[\[25\]](#)

Portugal é um dos quatro países no mundo com um plano estratégico nacional dedicado à Telessaúde (2019-2022) e está mencionado na proposta de Orçamento do Estado para 2020.[\[26\]](#) O Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde, divulgado, propõe, sem especificar, novas linhas de serviço ao nível dos telecuidados no SNS 24, canal digital e de atendimento telefónico do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A OCDE faz referência ao papel que a SPMS tem desenvolvido em relação à Telessaúde como um bom exemplo de desenvolvimento da telemedicina. A SPMS e o Centro Nacional de TeleSaúde (CNTS) são ainda reconhecidos como as entidades responsáveis pela elaboração do Plano Estratégico Nacional para a TeleSaúde, que está alinhado com o programa governamental nacional e com a Estratégia Europeia Health 2020.[\[27\]](#)

Conclusão

Através dos artigos selecionados para o tema em estudo, podemos observar opiniões comuns entre autores europeus em relação às vantagens que a telemedicina pode gerar para a saúde. Pode-se constatar que foram realizadas estratégias em vários artigos para a introdução da telemedicina na prestação de serviços de saúde.

Observei durante a pesquisa dos artigos que existiu um aumento do número de artigos sobre a temática telemedicina durante a pandemia COVID-19, o que demonstra a relevância que este meio de comunicação terá no futuro, não só para pandemias, mas para áreas mais remotas, dando assim acesso a todos.

Apesar das várias vantagens observacionais da telemedicina referidas pelos vários autores, esta contém barreiras e desvantagens. Entende-se que uma das grandes desvantagens é a acessibilidade e educação das pessoas às tecnologias que pode levar a uma desigualdade de acesso à saúde por este meio. Desfavorecendo as classes baixas que ainda não possuem tecnologias para utilizarem a telemedicina. Outra barreira é o diagnóstico médico não ser muito fiável através da telemedicina, em algumas especialidades há a necessidade de consulta pessoal para esclarecer possíveis dúvidas que possam surgir na consulta à distância, pois apesar do utente possuir tecnologias estas podem não ter a qualidade necessária, seja através de fotos ou videochamada.

Este estudo pode contribuir para a melhoria da prestação de saúde em situações de pandemia futuras e para a introdução de recomendações dos artigos incluídos no estudo para hospitais com problemas similares, levando a uma melhor gestão de recursos sejam económicos, humanos e materiais.

2. Estágio no Hospital Santa Maria EPE

2.1. *Objetivos do Estágio*

Objetivos Gerais

1. Ter conhecimento de como funciona o local e contextos em que o estágio irá decorrer;
2. Aplicar e ampliar os conhecimentos teórico-científicos adquiridos durante a Licenciatura;
3. Identificar oportunidades para a melhoria contínua das prestações de serviços;
4. Análise e diagnóstico da Consulta Externa do Hospital Santa Maria;
5. Análise e diagnóstico da telemedicina no Hospital Santa Maria.

Objetivos Específicos

1. Descrever as atividades efetuadas sob a forma de um relatório;
2. Saber gerir informações, metodologias e recursos;
3. Identificar os desperdícios e as oportunidades para melhoria dos processos hospitalares;
4. Analisar os dados fornecidos e adquiridos relacionadas com a atividade hospitalar;
5. Identificar quais as especialidades médicas com maior afluência, por ano de acesso;
6. Determinar os tempos de espera para a realização das consultas, por ano de acesso;
7. Identificar quais são as especialidades que aderem à telemedicina;
8. Executar técnicas de melhoria continua;
9. Desenvolver um estudo na área das consultas externas na situação atual (pandemia).

2.2. *Descrição do Estágio*

2.2.1. *Local e duração do Estágio*

O estágio decorreu num projeto realizado no Hospital de Santa Maria, com a consultora *Lean Health Portugal*.

O estágio teve início a maio de 2020 e terminou em agosto de 2020.

2.2.2. *Orientadores*

O estágio decorreu sob orientação do Dr. Rui Cortes, diretor da empresa Lean Health Portugal.

2.3. *Caraterização da Lean Health Portugal*

A *Lean Health Portugal*, surge em 2013, resultado de uma necessidade sentida durante um projeto de doutoramento sobre a aplicação de *Lean* na articulação de cuidados de saúde primários-hospitais.

O fundador da *Lean Health Portugal* é o consultor Dr. Rui Cortes, que fez toda a sua formação de *Lean*, na Saúde, no *Virginia Mason Institute*, em *Seattle*, neste que foi o primeiro hospital a aplicar *Lean* na Saúde, onde o utente é genuinamente colocado no centro dos processos.

A empresa acredita que com o apoio das metodologias *Lean* e uma Liderança adequada, faz com que os profissionais se sintam envolvidos e ajudem a identificar uma sugestão de melhoria, criando assim uma cultura de melhoria contínua.

A *Lean Health Portugal* é constituída por 8 elementos e tem parcerias somente com hospitais públicos de Portugal.

Para a aplicação das metodologias de melhoria contínua, é usado o ciclo PDCA em cada projeto.

2.4. *Enquadramento do CHULN*

O Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E. (CHULN) está inserido na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e é responsável pela prestação direta de cuidados de saúde a uma população de 373 mil habitantes (Relatório e Contas 2017).[\[28\]](#)

O CHULN é uma reputada e reconhecida instituição de prestação de cuidados de saúde a nível nacional e internacional, pela sua confiança e credibilidade.

No ano 2004, o decreto-lei número 206/2004, de 19 de agosto, restitui ao “Hospital de Santa Maria” a designação de “Hospital Universitário”.

Em 2005, através do DL 233/2005, de 29/12, (com as alterações introduzidas pelo DL 244/2012 de 9/11 e DL 18/2017), são transformadas em entidades públicas empresariais 31 Unidades de Saúde (anteriormente Sociedades Anónimas com capitais exclusivamente públicos), designadamente, o Hospital de Santa Maria, EPE (com o capital estatutário de 133 000 000,00 euros) e o Hospital Pulido Valente, EPE (com o capital estatutário de 29 930 000,00 euros).

Em 2008, (DL 23/2008, de 8/2), surge o Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, doravante designado por CHULN, pela fusão do Hospital de Santa Maria e Hospital Pulido Valente.

2.4.1. Caracterização do Hospital Santa Maria

Fundado no ano de 1953, iniciando funções no ano seguinte, é um Hospital Central Universitário da região de Lisboa e Vale do Tejo, pertencente ao SNS e situa-se no concelho de Lisboa, freguesia do Campo Grande. Para além da prestação de cuidados de saúde, o HSM, enquanto hospital universitário, está integrado com o Centro Académico de Medicina de Lisboa, juntamente com a Faculdade de Medicina de Lisboa e o Instituto de Medicina Molecular para a formação de profissionais e na investigação científica na área da saúde.[\[29\]](#)

O HSM regista o maior volume assistencial da RLVT, a nível da urgência e da atividade programada, sendo referência no tratamento de patologias complexas ou raras. É uma das unidades que pertence ao Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE juntamente com o Hospital Pulido Valente. A CHULN faz parte do grupo E de Hospitais.[\[29\]](#)

Área de Intervenção

As áreas de referência direta (reportadas ao ano de 2018) são as do Centro de Saúde de Alvalade, Avenidas Novas, Benfica, Campolide, Carnide, Lumiar, Coração de Jesus, São Domingos de Benfica, Santa Clara e Sete Rios, e constitui-se como referência indireta a toda a zona sul do país e às Regiões Autónomas dos Açores e Madeira.[\[28\]](#)

Para além daquelas áreas de influência, dá resposta a pontuais necessidades a nível nacional, à maioria das evacuações dos PALOP's e Timor Leste, assim como, aos cidadãos estrangeiros.[\[28\]](#)

Missão

A missão do CHULN é a prestação de cuidados de saúde na formação pré e pós-graduada e treino de especialistas em diferentes áreas das Ciências da Saúde, sendo uma unidade essencial e de referência no Serviço Nacional de Saúde português.

O CHULN, enquanto estabelecimento hospitalar público, geral, central e altamente diferenciado em tecnologias e saberes, presta cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade.

Fruto de uma simbiose histórica, lógica e natural, com a Faculdade de Medicina de Lisboa, com a qual partilha instalações, recursos humanos e conhecimentos, o ensino e a formação pré e pós-graduada constituem-se como outro eixo fundamental da missão, sem prejuízo de parcerias com outras instituições académicas nacionais e internacionais.

Para além da prestação direta de cuidados de saúde e da formação, a missão do CHULN comporta ainda as vertentes da inovação, do desenvolvimento científico e da investigação, como corolário lógico e aproveitamento natural das sinergias resultantes dos eixos da prestação e da formação.[\[30\]](#)

Valores [\[30\]](#)

No cumprimento da sua missão, o CHULN e os seus profissionais partilham os seguintes valores e princípios:

- a) Serviço público com primado no doente;
- b) Respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e religiosa e pelos direitos dos doentes;
- c) Equidade do acesso a cuidados de saúde;
- d) Rigor, integridade e responsabilidade;
- e) Elevados padrões de humanização, de competência técnica e científica dos serviços prestados;
- f) Cultura institucional e espírito de equipa;
- g) Ambição e empenho na melhoria contínua da qualidade;

- h) Valorização, motivação e envolvimento dos profissionais;
- i) Desempenho e sustentabilidade;
- j) Responsabilidade social e ambiental;
- k) Respeito pelos princípios éticos e deontológicos na atividade assistencial, formação pré e pós-graduada e investigação.

Visão

A visão do CHLN privilegia a qualidade e segurança dos atos clínicos que pratica, a inovação dos seus processos gestionários, a excelência e competitividade nos serviços prestados, a sustentabilidade e criação de valor da sua atividade, assim como a capacidade de atrair novas competências e novos utentes, nomeadamente no âmbito de um processo integrado de contratualização de serviços com o exterior e de internacionalização.

No âmbito do Centro Académico de Medicina de Lisboa, desenvolver-se-ão projetos conjuntos de prestação de cuidados, de formação e ensino e de investigação, a nível nacional e internacional.

Esta visão integrada tem como objetivo o crescimento e desenvolvimento sustentado do CHLN, assumindo-se esta instituição como um exemplo na prestação de cuidados de saúde, centrada na mudança e diferenciação, reforçando-se a sua marca de referência no sistema nacional de saúde.[\[30\]](#)

2.4.2. Especialidades do CHULN

A tipologia de cuidados hospitalares pode ser descrita tendo em conta os vários departamentos definidos na estrutura organizacional (Tabela 1) e os vários serviços contemplados, dos quais se destacam:

Valências do CHULN	
Departamento de Cirurgia Vascular e Endovascular	Cirurgia Vascular I Cirurgia Vascular II
Departamento de Medicina	Dermatologia Endocrinologia, diabetes e metabolismo Gastrenterologia e Hepatologia Imuno-Alergologia Medicina I Medicina II Medicina III Nefrologia e Transplantação Renal Reumatologia
Departamento de Cirurgia	Cirurgia I Cirurgia II Cirurgia Plástica Estomatologia Ortopedia Transplantação Urologia Bloco Operatório Central Central de Esterilização Cirurgia de Ambulatório Cirurgia Experimental
Departamento da Criança e Família	Cirurgia Pediátrica Serviço de Genética Neonatologia Pediatria
Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução	Ginecologia Obstetrícia
Departamento de Neurociências	Neurocirurgia Neurologia Oftalmologia Psiquiatria e Saúde Mental
Departamento de Métodos Complementares de Diagnóstico	Anatomia Patológica Imagiologia Geral I Imagiologia Geral II Imagiologia Neurológica Imuno-Hemoterapia Medicina Física e de Reabilitação Patologia Clínica
Departamento de Oncologia	Hematologia e Transplantação de Medula Oncologia Médica Radioterapia
Departamento de Otorrinolaringologia, Voz e Perturbações da Comunicação	Otorrinolaringologia, Voz e Perturbações da Comunicação Otorrinolaringologia
Departamento do Tórax	Cardiologia I Cardiologia II Cirurgia Cardio-Torácica Cirurgia Torácica Pneumologia I Pneumologia II
Departamento de Urgência e Cuidados Intensivos	Medicina Intensiva Urgência Central
Outros Serviços Clínicos	Serviço de Anestesia

Tabela 1. Valências do CHULN

Atividade Assistencial

A atividade assistencial do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte abrange áreas funcionais do Internamento, da Consulta Externa, da Urgência, da Atividade Cirúrgica, do Hospital de Dia, dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, que são reportados através dos indicadores clássicos, na globalidade e por Departamento, Serviço ou Especialidade.

As principais linhas de atividade assistencial e modalidades de pagamento agrupam-se em 3 vertentes:

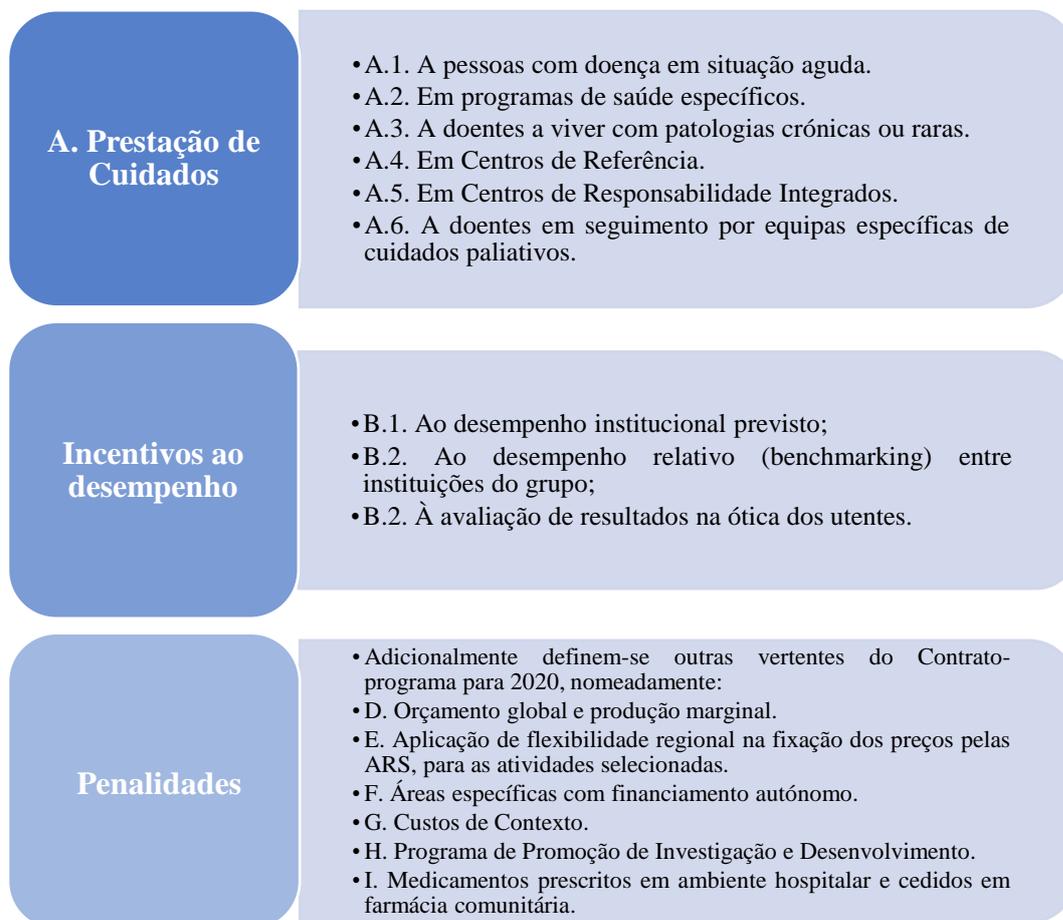


Figura 3. Vertentes da Atividade Assistencial [31]

2.4.3. Estrutura Organizacional (ver Anexos, Figura 14)[30]

2.5. *Modelo de Financiamento Subjacente à Prestação de Serviço Público*

As atividades do Hospital são remuneradas em função da valorização dos atos e serviços efetivamente prestados, tendo por base a tabela de preços constante do Contrato-Programa.

A produção do internamento e do ambulatório médico e cirúrgico, classificada em GDH, é ajustada pelo índice case-mix constante no Contrato-Programa.

A remuneração e pagamento da produção contratada regem-se por Circular Normativa a publicar pela ACSS.[\[30\]](#)

2.6. *Projetos Co-Financiados pela EU*

No CHULN existem futuros projetos para implementação de novas estratégias para a melhoria da sua prestação de serviços ao utente, destaque, por exemplo, o projeto “Citizen Care - Implementação de um novo modelo de atendimento e prestação de cuidados de saúde ao Cidadão”. Este projeto tem como objetivo principal melhorar a gestão do atendimento, otimizar a comunicação e a interação do Utente com o CHLN.

Dentro das várias soluções do *Citizen Care*, na II solução - *Health Anywhere*, estará disponível a realização de consultas remotas, sem a necessidade de o doente se deslocar ao CHLN. Esta solução possui duas vertentes: Utente – CHLN (em que o Utente tem autonomia para realizar a consulta de Telemedicina no local que quiser de forma remota) e Cuidados de Saúde Primários (CSP) – CHLN, ambos com o objetivo de contribuir para a igualdade dos cidadãos no que se refere ao acesso aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição económica e do local onde residam. [\[30\]](#)

2.7. *Concorrência*

Após a análise da concorrência do CHULN, percebi que o setor privado é a concorrência, pela proximidade, o Hospital da Luz e o Hospital Lusíadas. Penso que os hospitais privados devem ser vistos como auxiliares dos hospitais públicos, pois o hospital público não tem capacidade para atender todos os utentes.

O setor privado contém tecnologias mais recentes que podem ajudar a resolver lacunas que existem nos hospitais públicos, uma vez que não tem tanta flexibilidade de investimento em tecnologias inovadoras. Quando a concorrência é leal e transparente só estimula a qualidade em todos os hospitais, sejam eles públicos ou privados.

2.8. Análise PEST

O ambiente externo da organização é importante para se identificar as grandes tendências a nível macro ambiente que não estão no controlo da esfera da instituição. É através do modelo PEST que conseguimos ter esse conhecimento. No quadro que se segue é descrita a análise PEST de Portugal.



Figura 4. Análise PEST

2.9. Análise SWOT

A análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats) é uma técnica que auxilia a elaboração do planeamento estratégico das Organizações.

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oferta de cuidados em todas as áreas da Medicina [32]; ✓ Elevada diferenciação no diagnóstico e tratamento [32]; ✓ Abertura à inovação; ✓ Acessibilidade a todos; ✓ Custo menor para os doentes em comparação com os hospitais privados; ✓ Reconhecida instituição de prestação de cuidados de saúde a nível nacional e internacional, pela sua confiança e credibilidade; ✓ É um Hospital Universitário integrado com o Centro Académico de Medicina de Lisboa, juntamente com a Faculdade de Medicina de Lisboa e o Instituto de Medicina Molecular; ✓ A política da qualidade do SSGC. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estrutura de gestão muito centralizada e baseada em processos muito burocratizados; ✓ Quadro de pessoal não adequado à prestação de cuidados e muito dependente de prestadores de Serviço (essencialmente médicos); ✓ Baixo nível de controlo de gestão, nomeadamente no que respeita a prescrições e custos com Recursos Humanos; ✓ Instalações desajustadas que condicionando a eficiência energética, caso não acontece aos Hospitais Privados; ✓ Processo de contratualização assente em processos e não em ganhos de saúde; ✓ Deficiente integração da informação clínica e de gestão [32]
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolver a oferta de prestação de cuidados de saúde centrada no doente [32]; ✓ Apostar no esforço da qualidade e da excelência de resultados versus a quantidade de produção [32]; ✓ Promover o desenvolvimento integrado de tecnologias de informação [32]; ✓ Priorizar a inovação que permita minorar custos, ter maior qualidade e melhor acessibilidade, modernizando a organização e governação [32]; ✓ Promover uma política de recursos humanos adequados à oferta e apostar na formação [32]; ✓ Dinamizar a relação com a comunidade e implementar uma política de responsabilidade social [32]; ✓ Clientes mais informados e exigentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contexto económico desfavorável; ✓ Forte concorrência em ascensão (Hospitais Privados, como o Hospital Lusíadas e LUZ); ✓ Maior flexibilidade na gestão de recursos humanos nos Hospitais Privados; ✓ Falta de financiamento que lhe permita encetar acordos/negociações com fornecedores; ✓ Dependência de serviços externos (ACSS e SPMS); ✓ Risco de os sistemas informáticos não acompanharem a evolução da tecnologia, caso não acontece no setor privado; ✓ Rápido atendimento no setor privado; ✓ Tecnologias mais recentes no setor privado; ✓ Deficiente utilização das tecnologias de informação com impacto na duplicação de esforços e de custos [32]; ✓ Ausência de planeamento estratégico da oferta [32].

Figura 5. Análise SWOT da CHULN

No ambiente interno são englobados os pontos fracos e fortes, que incluem experiências, capacidades, conhecimentos e habilidades; os recursos organizacionais (estratégias, estrutura, cultura, etc.); e os recursos físicos.

No ambiente externo e não controláveis são elencadas as oportunidades e ameaças. Nas oportunidades são situações propícias a serem aproveitadas, podendo ter uma influência positiva. Quanto às ameaças são situações atuais ou futuras que, se não forem eliminadas, minimizadas ou evitadas, podem afetar negativamente.

3. Metodologias

Neste estudo, foi realizada uma revisão sistemática de bibliografia, elaborada a partir de uma abordagem de pesquisa qualitativa. A fonte da pesquisa para a revisão sistemática foi a base de dados da *PubMed* e a análise de dados foi sustentada em documentos fornecidos pelo Hospital, de seguida procedeu-se à definição das variáveis, efetuou-se o tratamento e a análise dos dados e por fim à enunciação de algumas conclusões e recomendações.

3.1. Fonte de dados

- **Pesquisa documental**

A base de dados recolhida para este estudo diz respeito a todas as consultas realizadas na consulta externa pelas diversas especialidades, ocorridos no ano 2019 e 2020 nos meses janeiro a abril e ao questionário realizado aos médicos dos Hospital. A sua disponibilização decorre do contacto com a administração do CHULN e dos serviços informáticos, acerca da temática e dos objetivos do estudo, bem como dos dados necessários para a realização deste estudo.

- **Observação Direta**

A observação direta é um método de observação visual, que permite a captação dos comportamentos quando ocorrem, sem a mediação de um documento ou depoimento. Através da observação direta é possível esclarecer alguns aspetos que não tenham ficado claros ou explorar novos aspetos.

3.2. Unidade de Observação

Foram consideradas para estudo, todas as consultas externas, nomeadamente 1º consultas e subsequentes no Hospital Santa Maria.

3.3. Tipo de Estudo

Estudo descritivo com o intuito de determinar a distribuição de Consulta Externa seja presencial ou por telemedicina do CHULN de acordo com as variáveis definidas.

O tratamento de dados foi efetuado através da utilização do Excel.

3.4. Variáveis do Estudo

As variáveis podem ser classificadas como quantitativas e qualitativas.

- Variáveis Quantitativas podem ser descritas por números, sendo estas classificadas como contínuas ou discretas.
- Variáveis Qualitativas são as características que não possuem valores quantitativos, mas que podem ser definidas por categorias, podem ser nominais ou ordinais.

Das variáveis consideradas para este estudo na análise dos dados relativos à Consulta Externa e da Telemedicina no CHULN estas encontram-se descritas na Tabela abaixo.

Variável	Descrição	Escala de Medida e Valor	
Tipologia da Consulta	Refere-se ao tipo de consulta externa prestada ao utente.	Nominal	1- 1º Consulta 2- Subsequente
Especialidade Médica	Refere-se à especialidade médica da consulta externa prestada	Nominal	
Estado da Consulta	Refere-se em que situação se encontra a consulta.	Nominal	1- Falta de Médico 2- Falta de Doente 3- Não Realizado 4- Anulado 5- Cancelado 6- Realizado 7- Marcado 8- Remarcado
Teleconsulta	Nº de consultas por teleconsulta realizados no CHULN	Ordinal	

Entidade Financeira Responsável	Entidade responsável que financia a prestação dos cuidados de saúde.	Nominal	1- ADSE 2- ADM, Forças Armadas 3- Companhia Seguro 4- SNS 5- SRS 6- SAD, GNR, PSP 7- Particulares 8- Outras
---------------------------------	--	---------	--

Tabela 2. Variáveis utilizadas para o estudo.

4. Atividades Realizadas no Estágio

Durante o estágio tive a oportunidade de participar em diversas atividades da empresa *Lean Health Portugal* no projeto de melhoria contínua na Consulta Externa no Hospital Santa Maria, EPE. Na melhoria continua na Consulta Externa são aplicadas metodologias do Lean, identificação dos desperdícios que existem nas tarefas e na possível eliminação destes desperdícios. Estive envolvida em observações no terreno e em atividades em conjunto com as colegas do trabalho, em algumas especialidades e serviços.

4.1 Consultas Externas

Para a primeira fase deste projeto, foi necessário o mapeamento dos pisos do Hospital Santa Maria, local das especialidades, locais de consulta externa (central e periféricas) e Hospital de Dia. Fui integrada nesta atividade, acompanhando as colegas na averiguação dos locais das especialidades e elevadores com as plantas do hospital que nos foram facultadas. Devido ao COVID-19 houve alterações dos locais das especialidades. Ainda nesta fase do projeto procedeu-se ao levantamento de:

- ✓ Número de quiosques por especialidade;
- ✓ Tipos de quiosques por especialidade;
- ✓ Funcionalidades dos quiosques;
- ✓ Funcionamento dos quiosques (ativo ou inativo) em cada especialidade;
- ✓ Os percursos habituais e alternativos dos utentes;
- ✓ O número de AT por especialidade (Nº de AT em *back office* e *front office*);
- ✓ As entradas onde existe triagem.

Em relação aos quiosques no hospital Santa Maria, existem 3 tipos de quiosques:

- Quiosque *Touch*;
- Quiosque de pagamento;
- Quiosque Dispensador de senha.

Em algumas especialidades existem quiosques que não estão a ser utilizados, por motivo de avaria ou situação atual COVID-19, observa-se assim o desperdício de recursos materiais.

Nos percursos dos utentes, constata-se a dificuldade de “encontrar” algumas especialidades, e verificou-se que a maioria das pessoas que trabalham no hospital não conseguem indicar o local das especialidades quando questionadas, só no posto de informação sabiam indicar os pisos e elevadores para acesso a cada especialidade. As possíveis causas da desorientação dos utentes são:

- Dimensão e estrutura do Hospital;
- Imensas valências que o Hospital possui;
- Escassa sinalização e a existente desatualizada e pouco precisa;
- Funcionários do Hospital sem conhecimento dos locais;
- Situação pandemia COVID-19.

Acompanhei os mapeamentos dos percursos realizados pela colega de trabalho, Maria Lopes, que utilizou o programa *Business Process Model and Notation* (BPMN). Neste programa realiza-se diagramas com percursos de tarefas.

As triagens realizadas às pessoas nas entradas do Hospital, no momento eram realizadas em duas entradas, mas com expectativas futuras para todas as entradas. Por exemplo, na Radioterapia a triagem é feita numa sala após os utentes entrarem e estarem na sala de espera. Os enfermeiros são os responsáveis pela triagem dos utentes, através de perguntas e verificação da medição da temperatura timpânica ($T > 37,5^{\circ}\text{C}$ são colocadas em isolamento na zona COVID-19). As perguntas efetuadas ao utente são:

- Se esteve em contacto com casos de COVID-19 confirmados?
- Tem ou teve algum problema respiratório, nomeadamente tosse, nos últimos 14 dias?

- Se tem outros sintomas de infecção respiratória alta (coriza, odinofagia, cefaleia, mialgias...)?
- Se esteve em contato direto com indivíduos com sintomatologia respiratória?
- Qual o motivo para se deslocar ao Hospital (Hospital de Dia; Serviço de Urgência (SU); Ambulatório)?
- Se vem com acompanhante?

O hospital concedeu-nos os dados relativos às consultas externas efetuadas no ano 2019 e 2020 (janeiro a abril), dados estes que foram necessários para a concretização da melhoria contínua. Através destes dados fui desafiada a fazer o estudo da telemedicina no Hospital Santa Maria. O foco do meu estudo incide na telemedicina e na capacidade instalada do Hospital Santa Maria na situação pandemia. No estudo procedi à comparação dos anos 2019 e 2020, nos meses janeiro a abril, que no ano 2020 coincidiu com a situação COVID-19.

4.2 Reabertura da Recepção Central

Observei as colegas a realizarem as várias alternativas de visão futura – Elaboração do layout da recepção central do Hospital Santa Maria (Piso 1). Estas visões futuras demonstram:

- As disposições dos quiosques, dos balçães de atendimento e informação, das cadeiras de espera, *back office*;
- Os fluxos de entradas e saídas dos utentes e das macas;
- As paredes que devem ser eliminadas para a execução desta visão.

Após a criação das visões futuras, estas foram propostas e discutidas com a comissão do hospital com intuito de determinar qual é a melhor visão para a recepção central. Deverão ser validadas e calculadas:

- Número e tipologia de cadeiras de espera;
- Dimensionamento de AT's;
- Dimensionamento de quiosques e tipologia de quiosques (*check-in e check-out*);
- Novas placas indicativas;
- Fluxos de setas de percursos no chão (exterior e interior do HSM);
- Número de EDU's (pessoas que ajudam os utentes);

- Localização do *Contact Center*.

Elaborou-se uma tabela com perguntas para os AT's preencherem, para se perceber se este está apto ou não, ou se pretende aprender a executar a tarefa. Os resultados das tabelas são essenciais para a seleção de AT's mais habilitados para execução das tarefas na Receção Central e quais as formações necessárias.

4.3 Central de Colheitas

Participei em observações na Central de Colheitas e Farmácia de Ambulatório, recolhendo dados observáveis como:

- ✓ Contagem de técnicos administrativos (AT);
- ✓ Contagem de administrativos operacionais (AO);
- ✓ Horas de entrada e saída de técnicos de saúde;
- ✓ O número de utentes sem marcação para colheita.

Durante esta observação, analisei os comportamentos dos utentes e funcionários, como:

- ✓ Os utentes não respeitavam a distância de segurança entre si;
- ✓ Alguns utentes que tinham marcação iam, por falta de orientação, para a fila dos utentes sem marcação;
- ✓ Entre os utentes sem marcação havia pessoas idosas, grávidas e estes estavam em pé e expostos às condições atmosféricas (apesar de existir bancos esses não abrangem a quantidade de pessoas que estão na fila);
- ✓ Constatei que os técnicos de saúde não esperam pela entrada dos colegas para a rotação;
- ✓ Algumas discussões entre os utentes e os seguranças das salas de colheita.

Procedeu-se à análise periódica do total de agendados e não agendados e doentes que vão à colheita sem fazer a colheita (entrega de produtos). Para responder ao problema das filas nas colheitas recomendou-se a colocação de um AT na fila das colheitas com tablet, aumentar o número de técnicos de saúde de manhã nas colheitas e agendamento de todas as consultas.

Foi proposto a criação de um SMS aos utentes para informar como devem fazer o agendamento para a colheita e informar o utente, que este, não vai ser atendido sem marcação para a colheita, com o intuito de diminuir as filas de utentes sem marcação.

A colega Maria Lopes realizou uma apresentação sobre os encargos do utente para se deslocar para o Hospital e concluiu-se que os utentes que vivem nos arredores de Lisboa têm mais custos na deslocação desde a sua residência até ao hospital para a realização da colheita, do que o valor pago pela colheita. Também se concluiu que para os utentes que vivem nas proximidades de Lisboa seria mais benéfico e menos dispendioso fazerem a colheita numa clínica de referenciação interna perto da sua zona de residência, dando mais conforto e um atendimento mais célere ao utente.

4.4 Tarefas dos AT's

Fomos observar o trabalho dos AT em relação ao:

- ✓ Pedido de transporte de utentes;
- ✓ Termos de responsabilidade;
- ✓ Referenciação Interna.

Simulou-se com a ajuda de uma AT o circuito normal do utente para o pedido de transporte feito pessoalmente com a finalidade de se registar o tempo que o utente demora a fazer esta tarefa. O tempo dispensado pelos AT nesta tarefa também foi contabilizado.

O Transporte não Urgente de Doentes está associado à realização de uma prestação de saúde, cuja origem ou destino sejam os estabelecimentos e serviços que integram o SNS ou as entidades de natureza privada ou social com acordo, contrato ou convenção para a prestação de cuidados de saúde. (Fonte: <http://www.acss.min-saude.pt/2016/09/15/transporte-nao-urgente-de-doentes/>).

De acordo com o regime legal vigente, o transporte não urgente de doentes exige sempre uma prescrição efetuada por um médico do Serviço Nacional de Saúde onde se encontram justificadas as razões clínicas que determinam a necessidade de transporte. Estes pedidos de transporte podem ser solicitados por três modalidades:

- ✓ Presencialmente;
- ✓ Via email;
- ✓ *Contact Center*.

Apesar do utente requerer o pedido de transporte este pode ser negado pelo médico se achar que este não reúne as condições necessárias para usufruir desse direito. Um doente pode beneficiar de isenção de taxas moderadoras se comprovar a sua situação de insuficiência económica ou em razão de, por exemplo, possuir uma incapacidade igual ou superior a 60%, ou se se encontrar numa das outras situações previstas no artigo 4º do Decreto-lei nº113/2011 de 29 de Novembro.

Os AT fazem a gestão destes pedidos de transporte e realizam a validação dos registos da plataforma Sistema de Gestão do Transporte de Doente (SGTD). Verificou-se também que o número de pedidos diminuiu para o que normalmente recebiam antes do COVID-19.

Em relação ao termo de responsabilidade, o Hospital de origem é quem emite o termo de responsabilidade, responsabilizando-se perante a instituição de saúde que recebe o utente, pelo pagamento dos serviços de saúde prestados por sua requisição. Independentemente de o utente ser tratado no hospital de destino em regime de ambulatório ou de internamento, o hospital de origem é quem dá alta ao utente e efetua a sua transferência para a instituição de destino que realizará a respetiva prestação de cuidados. [\[33\]](#)

Os AT's partilharam a sua opinião para melhoria das suas tarefas e as dificuldades que sentem quando as realizam. Com estas opiniões e observações nesta área, executou-se um esquema com descrição das tarefas executadas em cada fase e o tempo que se despende em cada e por fim identificaram-se os desperdícios que sucedem nestas tarefas. Sugeriu-se que colocassem um AT na saída para orientar os utentes.

Na referenciação interna os AT's de *back office* fazem a inserção dos pedidos de referenciação interna e elaboração do protocolo para envio aos respetivos serviços. A referenciação interna é realizada pelo médico e esta é dada ao utente, este depois tem que se deslocar para a especialidade da referenciação interna para a entregar. Com a situação do COVID-19 os AT's digitalizam as referências e enviam para a especialidade da referenciação interna. O segurança não pode recolher as referenciações internas pois contém informações confidenciais dos utentes.

Fiquei responsável para a investigação de tipos de quiosques e funcionalidades destes. Pesquisei através da empresa PARTTEAM que fabrica quiosques para hospitais, destacando-se os quiosques Multimédia e *Mupis* Digitais.

Para se melhorar um processo é necessário analisar se existe alguma tarefa que possa ser eliminada, simplificada ou externalizada. É mais difícil eliminar uma tarefa. Objetiva-se que o utente saia do circuito na entrega do termo de responsabilidade.

O Dr. Rui Cortes propôs a criação do “Espaço do Cidadão”, com o propósito de realizar tarefas rápidas evitando a existência de filas de espera. Neste “Espaço do Cidadão” os utentes poderão realizar o pagamento de taxas moderadoras; formulário de pedido de relatório clínico que poderá estar disponível neste espaço (on-line e em papel) ficando os profissionais deste espaço com a responsabilidade de aceitar o pedido e esclarecer dúvidas de preenchimento e dar informações aos utentes/familiares sobre agendamentos do transporte do doente.

4.5 Serviço Gastroenterologia

Numa visita à especialidade para deteção das tarefas que podem ser eliminadas ou simplificadas fomos validar o circuito que tinha sido executado por uma colega de equipa e discutir soluções para problemas verificados em certas tarefas realizadas pelos AT's e médicos.

Exemplo: quando numa consulta o médico prescriptor imprime as prescrições para os utentes. O médico também deveria solicitar o pedido para o teste COVID-19 para evitar que os AT's devolvam aos médicos as prescrições através do email, sendo que a maioria desses emails não são respondidos. A tarefa do médico de imprimir as prescrições para um utente é considerada uma tarefa supérflua. A solução passa pela supressão desta tarefa, havendo assim a eliminação de desperdícios de tempo, deslocamento do utente para a entrega da prescrição e sobreprocesso (a tarefa não acrescenta valor).

O consentimento e a preparação para os exames são enviados para casa do utente, este assina em casa e traz consigo no dia do exame.

Os AT's explicam a necessidade de um programa informático exclusivo só para eles para facilitar as suas tarefas.

Em relação aos exames que são realizados fora do hospital a colposcopia é o exame com maior realização externa ao hospital. Para a prescrição de exame externo o utente faz a triagem com o médico e depois é realizado o termo de responsabilidade e imprimido pelos AT's, sendo depois colocado no livro de protocolo. O termo de responsabilidade tem que ser assinado pelo Conselho Administrativo e Administrador Hospitalar.

Elaborei também o fluxo dos Termos de Responsabilidade da Unidade de Técnicas de Gastroenterologia (UTG) (Figura.6)

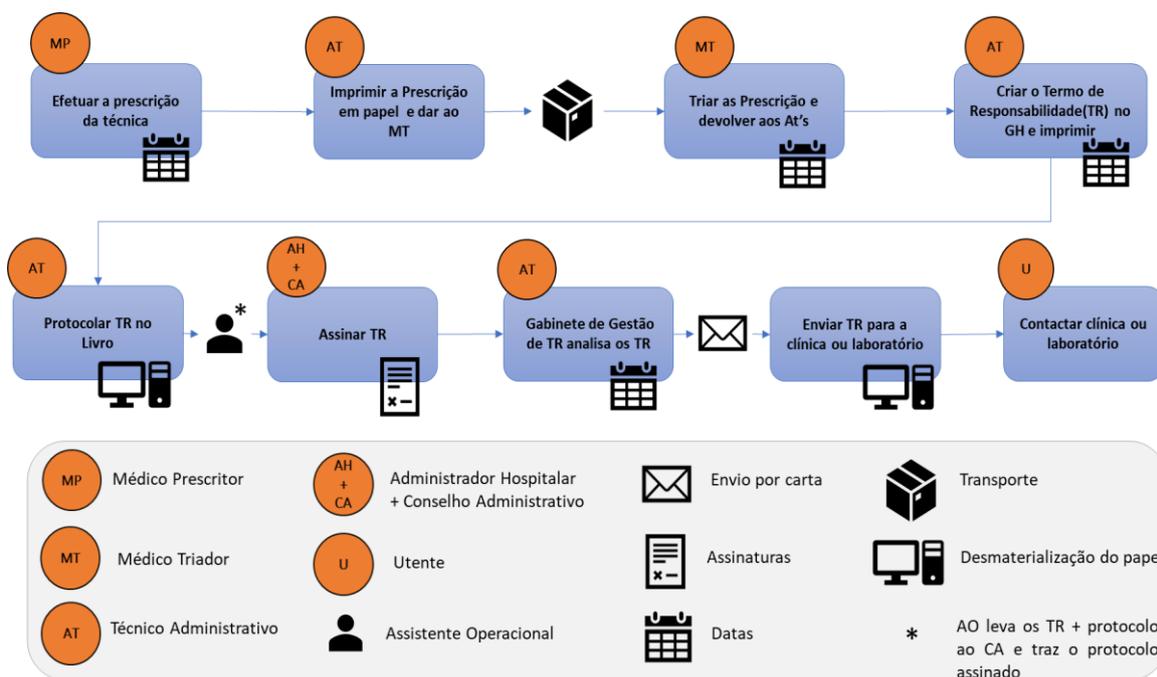


Figura 6. Fluxo do Termo de Responsabilidade no CHULN.

Para menor movimentação dos termos de responsabilidade a solução passa por introduzir assinaturas digitais, esta inovação vai ser testada pelo médico e pelo administrador hospitalar. O Dr. Rui sugeriu a metodologia do 5S neste serviço para melhorar o ambiente de trabalho, motivar os funcionários que trabalham nesta especialidade e também para melhorar os circuitos dos utentes na especialidade.

A 5S é uma metodologia voltada para a manutenção da ordem e otimização do contexto organizacional. A ferramenta 5S foi criada por Dr. Kaoru Ishikawa no Japão para ser aplicada em todas as organizações, principalmente em ambiente industrial. É dividida em 5 palavras de origem japonesa: *seiri*, *seiton*, *seiso*, *seiketsu* e *shitsuke*. É uma das técnicas do *Lean* mais económica comparadas com outros princípios do *Lean*.

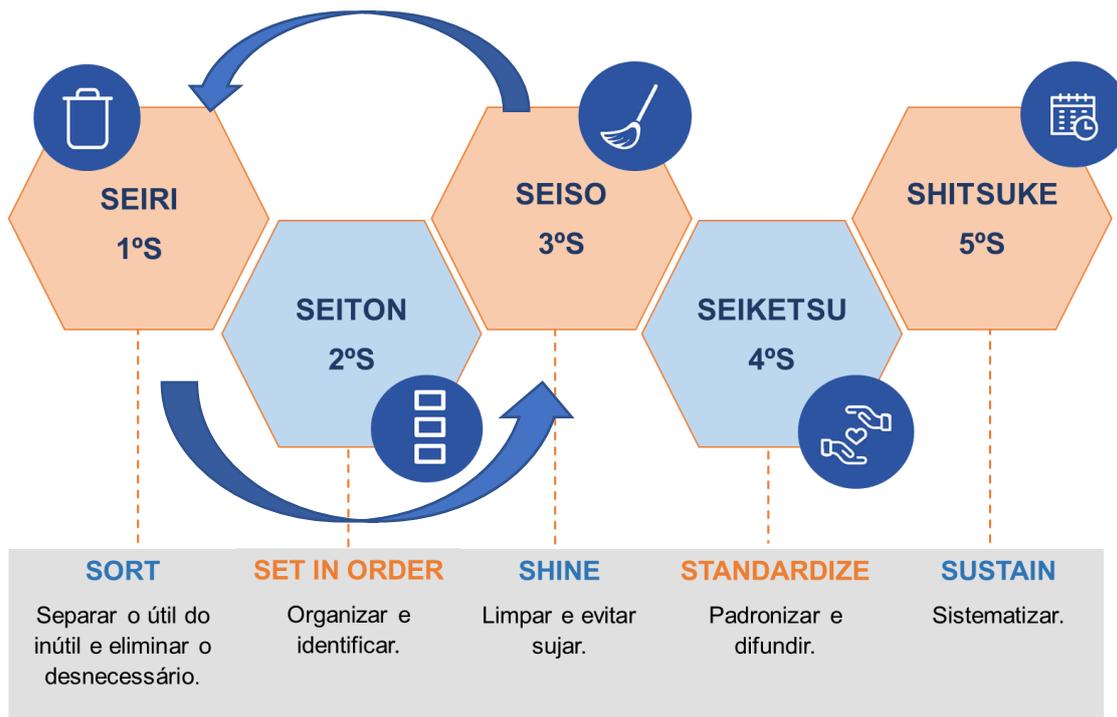


Figura 7. Etapas da Metodologia 5S.

Cada uma das etapas acima complementa-se (Figura.7), tendo cada uma a sua própria relevância e valor. Para a implementação é necessária uma preparação inicial, seguido da execução e, posteriormente, da manutenção. A metodologia PDCA pode auxiliar a implementação dos 5S.

Implementação do 5S numa organização:

Para a implementação desta metodologia é necessário passar por uma preparação inicial, seguido da execução e, posteriormente, da manutenção.

1º Identificar o que é necessário para execução das tarefas e descartar o que é desnecessário;

2º Definir onde e como dispor os itens necessários para a execução das tarefas;

3º Identificar as fontes e as causas de sujidade e planear a eliminação dessas fontes;

4º Identificar os fatores de risco no ambiente de trabalho e planear ações para eliminá-los;

5º Identificar não-conformidades existentes e as oportunidades de melhoria para os 4 sentidos anteriores.

4.6 PDCA (PDSA)

Ao longo do tempo o ciclo foi evoluindo, *Deming*, em 1993, modificou-o e chamou-lhe ciclo PDSA, isto porque a palavra “Check” foi substituída pela palavra “Study”, pois esta traduz melhor o que era pretendido nesta fase do ciclo, e foca-se na aprendizagem, ou seja, as mais-valias retidas da aplicação do ciclo em determinado processo da organização, exponenciando a construção de novos conhecimentos.

Neste tema procedo à distinção das fases do PDSA no projeto Consulta Externa no HSM, sendo que alguns passos já foram referidos anteriormente.

A fase do PLAN normalmente dura 50% do tempo do projeto. Só se avança para o DO quando o PLAN está concluído tendo definido o plano de ação com os objetivos bem delineados e concretos. Na execução desta fase, observei a matriz de prioridades de tarefas realizada pela colega de equipa que possui os objetivos que são alinhados conforme esforço necessário e com mais ou menos impacto.

Para a fase do DO, foram realizadas propostas dos serviços em que as tarefas administrativas do checkout passam a ser realizadas na receção central; alternativas para visões futuras de Layout da receção central e tabelas com as atividades que o AT normalmente realiza e se estes estão aptos a fazer e a aprender. Conforme as respostas dadas pelos AT, estas são discutidas com o Conselho Administrativo (CA) para se decidir quem poderá exercer os cargos para a reabertura da receção central no piso 1.

No caso da abertura da receção central, não cheguei a verificar a fase Check e Act, pois o projeto é mais longo que a duração do estágio, tendo em conta que serão necessárias obras no local da receção central.

5. Resultados

Produção do CHULN ano 2019:

763 294 consultas realizadas /ano (com ato médico)

256 906 consultas realizadas de janeiro a abril (com ato médico)

Produção do CHULN 2020 (jan-abril):

225034 consultas realizadas de janeiro a abril (com ato médico)

5.1 Análise descritiva dos dados da Consulta Externa do CHLN

Tipologia das Consultas

Nas consultas externas podem ser como primeiras consultas ou como consulta subsequente. Existem dois tipos de consultas externas: presencial e não presencial.

As 1º Consultas médicas são as consultas externas em que o utente é examinado pela primeira vez num serviço de especialidade, referente a um episódio clínico.

As Consultas Subsequentes são as consultas médicas para verificação da evolução do estado de saúde do doente, prescrição terapêutica e/ou preventiva, tendo como referência a primeira consulta.

De acordo com os dados obtidos (Tabela 3), a evolução do número total de consultas externas no CHULN nos meses de janeiro a abril (com ato médico) registou um decréscimo de 12,4%, entre 2019 e 2020. O número de primeiras consultas diminuiu 6,7% entre 2019 e 2020, tal como o número de consultas subsequentes, onde se verifica uma descida de 14,5%, em 2020, face a 2019.

Tabela 3. Evolução da Consulta Externa no CHULN entre 2019 e 2020 (janeiro-abril)			
Tipologia	2019	2020	Δ % 20/19
1º Consulta	68 408	63 846	- 6,7%
Subsequente	188 498	161 188	- 14,5%
Total	256 906	225 034	- 12,4%

Tabela 3. Evolução da consulta Externa no CHULN entre 2019 e 2020 (janeiro-abril)

No Hospital Santa Maria os dados demonstram a diminuição de -6,2% e -14% nas 1º consultas e subsequentes respetivamente, do ano 2020 face ao ano 2019. (Tabela 4)

Tabela 4. Consultas Externas realizadas no HSM nos meses janeiro-abril (2019-2020)			
Tipologia	2019	2020	$\Delta\%$ 20/19
1º consulta	60074	5657	-6,2%
Subsequente	165500	142300	-14,0%
Total	225574	198657	-11,9%

Tabela 4. Consultas Externas realizadas no HSM nos meses janeiro-abril (2019-2020)

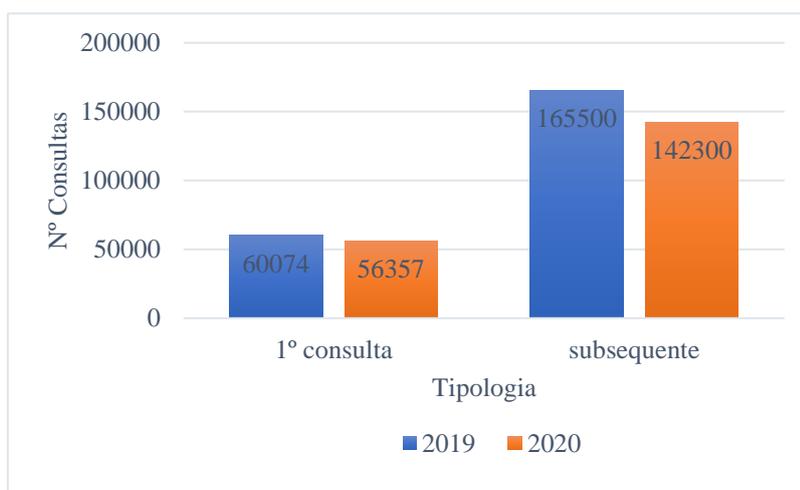


Figura 8. Consultas Externas realizadas no HSM 2019-2020 (Jan-Abril)

A causa desta diminuição das consultas nestes meses, do ano 2020, face ao ano homólogo deve-se à situação pandémica, a 16 de março, em que o governo português decidiu suspender a atividade programada para se concentrarem os esforços no combate à pandemia de COVID-19, tendo em conta a dimensão do que foi adiantado.

Consultas Externas Realizadas no CHULN

Serviços	Tabela 5. Consultas Externas Realizadas no CHULN					
	1º consulta			Subsequente		
	2019	2020	Δ% 20/19	2019	2020	Δ% 20/19
Departamento de Cirurgia	2 405	1596	-51%	5286	4053	-30%
Serviço de Cirurgia Plástica	1 094	762	-44%	3519	2923	-20%
Serviço de Estomatologia	1 936	1134	-71%	3428	1935	-77%
Serviço de Ortopedia	2 140	1597	-34%	4299	2997	-43%
Serviço de Urologia	1 080	959	-13%	3986	3483	-14%
Serviço de Cirurgia Vascular	2 012	1682	-20%	3494	2264	-54%
Serviço de Dermatologia	4 789	4072	-18%	6363	5127	-24%
Serviço de Doenças Infecciosas	798	1458	45%	3958	3303	-20%
Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo	1 436	1234	-16%	6155	5316	-16%
Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia	1 370	1478	7%	7000	6688	-5%
Serviço de Imuno-Alergologia	1 618	3408	53%	6196	4658	-33%
Serviço de Medicina I	603	500	-21%	2586	1960	-32%
Serviço de Medicina II	304	226	-35%	1111	803	-38%
Serviço de Medicina III	342	339	-1%	817	702	-16%
Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal	752	916	18%	4572	3817	-20%
Serviço de Reumatologia	2 782	4026	31%	7296	6234	-17%
Serviço de Neurocirurgia	2 293	1711	-34%	3811	3668	-4%
Serviço de Neurologia	2 346	2345	0%	7025	7315	4%
Serviço de Oftalmologia	3 116	2479	-26%	7782	6241	-25%
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental	2 086	1689	-24%	8592	7954	-8%
Serviço de Genética	996	1428	30%	577	596	3%
Serviço de Cirurgia Pediátrica	1 151	1084	-6%	1222	987	-24%
Serviço de Neonatologia	100	90	-11%	290	212	-37%
Serviço de Pediatria Médica	2 671	2586	-3%	10148	10341	2%
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência	239	450	47%	1577	1759	10%
Serviço Médico Cirúrgico de Cardiologia Pediátrica	362	510	29%	332	312	-6%
Serviço de Obstetrícia	1 745	1402	-24%	3541	2640	-34%
Serviço de Ginecologia	3 126	3620	14%	7671	5313	-44%
Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula	846	936	10%	8225	7449	-10%
Serviço de Oncologia Médica	1 695	1503	-13%	9105	8561	-6%
Serviço de Radioterapia	1 746	1649	-6%	3522	3342	-5%
Serviço de Otorrinolaringologia	4 909	3541	-39%	6343	4365	-45%
Serviço de Cardiologia	2 101	1453	-45%	8627	6151	-40%
Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica	493	299	-65%	536	470	-14%
Serviço de Cirurgia Torácica	276	252	-10%	744	569	-31%
Serviço de Pneumologia	3 406	3998	15%	11052	10643	-4%
Serviço de Imagiologia Geral I	759	433	-75%	455	413	-10%
Serviço de Imagiologia Neurológica	24	10	-140%	30	32	6%
Serviço de Imuno-Hemoterapia	986	825	-20%	8517	8793	3%
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	2 090	1948	-7%	4408	3162	-39%
Serviço de Anestesiologia	2 514	1545	-63%	1299	887	-46%
Serviço de Saúde Ocupacional	595	414	-44%	1820	1189	-53%
Unidade de Cuidados Paliativos	239	215	-11%	971	1290	25%
Centro de Investigação Clínica (CIC)	37	44	16%	210	271	23%
Total	68 408	63846		188498	161188	

Tabela 5. Consultas Externas por Especialidades no CHULN

Ao observar-se a Tabela 5, verifica-se que as especialidades com realização de mais 1º consultas nos meses janeiro a abril no ano 2020 são: Serviços de Dermatologia (4072); Serviço de Reumatologia (4026) e Serviço de Pneumologia (3998). Nas Consultas Subsequentes foram os serviços de Pneumologia (10643); Pediatria Médica (10341) e Imuno-Hemoterapia (8793).

As especialidades que sofreram um crescimento do número de consultas no ano 2020 face a 2019 são: Serviço de Reumatologia; Serviço de Genética; Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência e Centro de Investigação Clínica (CIC). Houve “quebra” das consultas nas restantes especialidades.

Situação antes da pandemia no CHULN 2020 (janeiro a fevereiro)

Nas 1ª consultas houve diminuição do número de consultas realizadas no mês fevereiro em relação ao mês janeiro, exceto nos serviços de Medicina I (13,2%), Serviço de Neurocirurgia (4,8%), Serviço de Cirurgia Torácica (4,4%), Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental (4,1%), Serviço Médico Cirúrgico de Cardiologia Pediátrica (1,4%), Serviço de Reumatologia (1,1%). Em ambos os meses de janeiro e fevereiro os serviços com mais 1ª consulta foram os Serviços de Otorrinolaringologia, Dermatologia e Pneumologia. (Tabela 6)

Tabela 6. 1º Consulta realizadas em janeiro – fevereiro no CHULN (2020)

Especialidades	janeiro	fevereiro	Δ%
Departamento de Cirurgia	617	549	-11,0%
Serviço de Cirurgia Plástica	316	239	-24,4%
Serviço de Estomatologia	466	418	-10,3%
Serviço de Ortopedia	566	495	-12,5%
Serviço de Urologia	336	288	-14,3%
Serviço de Cirurgia Vascular	570	522	-8,4%
Serviço de Dermatologia	1479	1402	-5,2%
Serviço de Doenças Infeciosas	277	239	-13,7%
Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo	387	350	-9,6%
Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia	453	363	-19,9%
Serviço de Imuno-Alergologia	481	383	-20,4%
Serviço de Medicina I	167	189	13,2%
Serviço de Medicina II	80	75	-6,3%
Serviço de Medicina III	118	68	-42,4%
Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal	230	177	-23,0%
Serviço de Reumatologia	874	884	1,1%
Serviço de Neurocirurgia	606	635	4,8%
Serviço de Neurologia	712	688	-3,4%
Serviço de Oftalmologia	956	899	-6,0%
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental	488	508	4,1%
Serviço de Genética	322	299	-7,1%
Serviço de Cirurgia Pediátrica	329	225	-31,6%
Serviço de Neonatologia	28	26	-7,1%
Serviço de Pediatria Médica	729	632	-13,3%
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência	79	69	-12,7%
Serviço Médico Cirúrgico de Cardiologia Pediátrica	140	142	1,4%
Serviço de Obstetrícia	448	391	-12,7%
Serviço de Ginecologia	804	708	-11,9%
Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula	310	234	-24,5%
Serviço de Oncologia Médica	437	362	-17,2%
Serviço de Radioterapia	424	409	-3,5%
Serviço de Otorrinolaringologia	1343	1297	-3,4%
Serviço de Cardiologia	565	543	-3,9%
Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica	120	119	-0,8%
Serviço de Cirurgia Torácica	68	71	4,4%
Serviço de Pneumologia	916	871	-4,9%
Serviço de Imagiologia Geral I	155	139	-10,3%
Serviço de Imagiologia Neurológica	7	3	-57,1%
Serviço de Imuno-Hemoterapia	306	284	-7,2%
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	558	465	-16,7%
Serviço de Anestesiologia	688	573	-16,7%
Serviço de Saúde Ocupacional	157	128	-18,5%
Unidade de Cuidados Paliativos	98	78	-20,4%
Centro de Investigação Clínica (CIC)	12	12	0,0%

Tabela 6. 1º Consulta realizadas em janeiro-fevereiro no CHULN (2020)

Nas consultas subsequentes observa-se a diminuição do número das consultas no mês fevereiro, exceto nos serviços de Imagiologia Neurológica (18%); Anestesiologia (10%) Medicina III (3%); Unidade de Cuidados Paliativos (1%); Neurocirurgia e Psiquiatria e Saúde Mental (0%). (Tabela 7)

Tabela 7. Consultas Subsequentes Realizadas nos meses janeiro- fevereiro no CHULN (2020)			
Especialidades	janeiro	fevereiro	Δ%
Departamento de Cirurgia	1514	1283	-15%
Serviço de Cirurgia Plástica	1133	1003	-11%
Serviço de Estomatologia	836	702	-16%
Serviço de Ortopedia	1103	1043	-5%
Serviço de Urologia	1256	1022	-19%
Serviço de Cirurgia Vascular	815	709	-13%
Serviço de Dermatologia	1777	1513	-15%
Serviço de Doenças Infecciosas	1060	890	-16%
Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo	1497	1295	-13%
Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia	1907	1681	-12%
Serviço de Imuno-Alergologia	1749	1433	-18%
Serviço de Medicina I	749	667	-11%
Serviço de Medicina II	345	311	-10%
Serviço de Medicina III	193	198	3%
Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal	1324	1091	-18%
Serviço de Reumatologia	2016	1831	-9%
Serviço de Neurocirurgia	953	955	0%
Serviço de Neurologia	2116	1911	-10%
Serviço de Oftalmologia	2360	2295	-3%
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental	2273	2269	0%
Serviço de Genética	240	213	-11%
Serviço de Cirurgia Pediátrica	365	258	-29%
Serviço de Neonatologia	78	58	-26%
Serviço de Pediatria Médica	2916	2297	-21%
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência	476	414	-13%
Serviço Médico Cirúrgico de Cardiologia Pediátrica	88	63	-28%
Serviço de Obstetrícia	877	718	-18%
Serviço de Ginecologia	1880	1657	-12%
Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula	2450	2002	-18%
Serviço de Oncologia Médica	2763	2190	-21%
Serviço de Radioterapia	945	793	-16%
Serviço de Otorrinolaringologia	1849	1651	-11%
Serviço de Cardiologia	2359	2150	-9%
Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica	194	159	-18%
Serviço de Cirurgia Torácica	188	180	-4%
Serviço de Pneumologia	2985	2621	-12%
Serviço de Imagiologia Geral I	166	122	-27%
Serviço de Imagiologia Neurológica	11	13	18%
Serviço de Imuno-Hemoterapia	2624	2368	-10%
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	1207	1106	-8%
Serviço de Anestesiologia	303	333	10%
Serviço de Saúde Ocupacional	452	407	-10%
Unidade de Cuidados Paliativos	248	250	1%
Centro de Investigação Clínica (CIC)	90	59	-34%

Tabela 7. Consultas Subsequentes Realizadas nos meses janeiro- fevereiro no CHULN (2020)

Situação durante pandemia no ano 2020 (março a abril)

Tabela 8. 1º Consulta Realizadas em Mar-Abril no CHULN 2020			
	Março	Abril	Δ%
Departamento de Cirurgia	317	113	-64%
Serviço de Cirurgia Plástica	153	54	-65%
Serviço de Estomatologia	203	47	-77%
Serviço de Ortopedia	388	148	-62%
Serviço de Urologia	200	135	-33%
Serviço de Cirurgia Vascolar	411	179	-56%
Serviço de Dermatologia	833	358	-57%
Serviço de Doenças Infeciosas	489	453	-7%
Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo	316	181	-43%
Serviço de Gastreterologia e Hepatologia	314	348	11%
Serviço de Imuno-Alergologia	1387	1157	-17%
Serviço de Medicina I	107	37	-65%
Serviço de Medicina II	44	27	-39%
Serviço de Medicina III	81	72	-11%
Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal	312	197	-37%
Serviço de Reumatologia	1175	1093	-7%
Serviço de Neurocirurgia	325	145	-55%
Serviço de Neurologia	575	370	-36%
Serviço de Oftalmologia	539	85	-84%
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental	364	329	-10%
Serviço de Genética	402	405	1%
Serviço de Cirurgia Pediátrica	350	180	-49%
Serviço de Neonatologia	28	8	-71%
Serviço de Pediatria Médica	769	456	-41%
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência	184	118	-36%
Serviço Médico Cirúrgico de Cardiologia Pediátrica	123	105	-15%
Serviço de Obstetrícia	341	222	-35%
Serviço de Ginecologia	1504	604	-60%
Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula	184	208	13%
Serviço de Oncologia Médica	382	322	-16%
Serviço de Radioterapia	522	294	-44%
Serviço de Otorrinolaringologia	693	208	-70%
Serviço de Cardiologia	283	62	-78%
Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica	47	13	-72%
Serviço de Cirurgia Torácica	69	44	-36%
Serviço de Pneumologia	1199	1012	-16%
Serviço de Imagiologia Geral I	75	64	-15%
Serviço de Imagiologia Neurológica	0	0	0%
Serviço de Imuno-Hemoterapia	187	48	-74%
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	528	397	-25%
Serviço de Anestesiologia	282	2	-99%
Serviço de Saúde Ocupacional	58	71	22%
Unidade de Cuidados Paliativos	31	8	-74%
Centro de Investigação Clínica (CIC)	7	13	86%

Tabela 8. 1º Consulta Realizadas em Mar-Abril no CHULN 2020

Observa-se na Tabela 8 uma diminuição de 1º consultas realizadas no mês de abril em relação ao mês anterior na maioria dos serviços, com exceção nos serviços de CIC (86%); Serviço de Saúde Ocupacional (22%); Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula (13%); Serviço de Gastreterologia e Hepatologia (11%); Serviço de Genética (1%) e Serviço de Imagiologia Neurológica (0%).

Tabela 9. Consulta Subsequentes Realizadas em Mar-Abril no CHULN (2020)			
	março	Abril	Δ%
Departamento de Cirurgia	808	448	-45%
Serviço de Cirurgia Plástica	585	202	-65%
Serviço de Estomatologia	373	24	-94%
Serviço de Ortopedia	691	160	-77%
Serviço de Urologia	730	475	-35%
Serviço de Cirurgia Vascular	507	233	-54%
Serviço de Dermatologia	1022	815	-20%
Serviço de Doenças Infecciosas	874	479	-45%
Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo	1207	1317	9%
Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia	1487	1613	8%
Serviço de Imuno-Alergologia	929	547	-41%
Serviço de Medicina I	372	172	-54%
Serviço de Medicina II	112	35	-69%
Serviço de Medicina III	169	142	-16%
Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal	848	554	-35%
Serviço de Reumatologia	1150	1237	8%
Serviço de Neurocirurgia	877	883	1%
Serviço de Neurologia	1810	1478	-18%
Serviço de Oftalmologia	1211	375	-69%
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental	1734	1678	-3%
Serviço de Genética	109	34	-69%
Serviço de Cirurgia Pediátrica	210	154	-27%
Serviço de Neonatologia	46	30	-35%
Serviço de Pediatria Médica	2655	2473	-7%
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência	452	417	-8%
Serviço Médico Cirúrgico de Cardiologia Pediátrica	76	85	12%
Serviço de Obstetrícia	681	364	-47%
Serviço de Ginecologia	1201	575	-52%
Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula	1538	1459	-5%
Serviço de Oncologia Médica	2025	1583	-22%
Serviço de Radioterapia	829	775	-7%
Serviço de Otorrinolaringologia	804	61	-92%
Serviço de Cardiologia	1212	430	-65%
Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica	87	30	-66%
Serviço de Cirurgia Torácica	131	70	-47%
Serviço de Pneumologia	2662	2375	-11%
Serviço de Imagiologia Geral I	69	56	-19%
Serviço de Imagiologia Neurológica	8	0	-100%
Serviço de Imuno-Hemoterapia	2289	1512	-34%
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	610	239	-61%
Serviço de Anestesiologia	214	37	-83%
Serviço de Saúde Ocupacional	243	87	-64%
Unidade de Cuidados Paliativos	403	389	-3%
Centro de Investigação Clínica (CIC)	69	53	-23%

Tabela 9. Consulta Subsequentes Realizadas em Mar-Abril no CHULN (2020)

Na tabela 9, existe diminuição do número de consultas nas especialidades no geral do mês março para o mês de abril, menos nos serviços de Médico Cirúrgico de Cardiologia Pediátrica (12%); Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (9%); Gastrenterologia e Hepatologia (8%); Reumatologia (8%); Neurocirurgia (1%).

Na observação do antes e durante a pandemia COVID-19 existe uma diminuição das consultas mês a após mês, isto deve-se à diminuição do número de consultas presenciais nos hospitais para diminuição do risco de contágio.

Estado da consulta

Na tabela dinâmica de Excel do documento de consultas ao 2020 contém o filtro “Estado”, neste, foi definido o estado da consulta, num dos filtros contém “Não Realizado”, devido à dúvida que surgiu, deste não estar discriminado com o “Falta de Médico” e “Falta de Doente” questionou-se e responderam que este aplica-se a casos com descrição muito extensa para descrever esta não realização, aplicando assim a “Não Realizado” a outros assuntos que não falta de médico ou doente.

Nesta secção são analisados os dados das consultas externas “não realizadas” no HSM. Elencam-se alguns dos motivos que colocaram em causa a não realização da consulta.

1º Consulta

Na tabela 10 podemos constatar que apesar de existirem mais 1ª consultas Realizadas no HSM nos meses janeiro a abril do ano 2020, há 1ª consultas que foram remarçadas e consultas que não foram realizadas por falta do doente. Podemos supor que o doente pode não ter recebido o aviso com antecedência ou na véspera da consulta, por esquecimento ou por não ter meios de comunicação, como telemóvel ou email.

Tabela 10. Estado das 1º Consultas no HSM (2020)	
Estado	Nº consultas
Falta de Médico	55
Falta de Doente	9080
Não Realizado	474
Anulado	6736
Cancelado	125
Realizado	56357
Marcado	4847
Remarcado	23790
Total	101464

Tabela 10. Estado das 1º Consultas no HSM (2020)

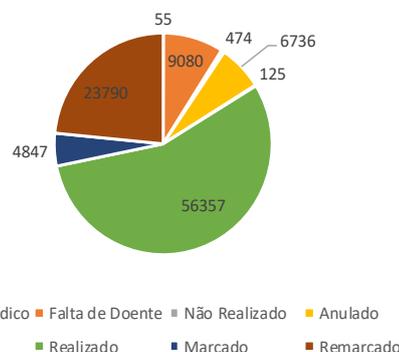


Figura 9. Estado das 1º Consultas no HSM (2020)

Relativamente às 1ª consultas não realizadas por “falta de médico” contatei que houve 55 consultas que não foram realizadas, destacando o serviço de psiquiatria e saúde mental, serviço de gastroenterologia e hepatologia e serviço reumatologia. Não há dados do mês de abril relativamente à falta do médico, logo ou não houve 1º consultas não realizadas por falta de médico ou estes dados ainda não foram atualizadas na altura.

A não realização da 1ª consulta por “falta do doente” nota-se que existe mais serviços com esta falta em analogia à “falta de médico”. Este fator diminui no mês de abril comparativamente aos meses anteriores.

Consulta Subsequente

Em relação às consultas subsequentes, houve mais consultas realizadas (142300), mas existiu consultas subsequentes que foram remarçadas (78365) e não realizadas por falta de doente (20252) (tabela 11).

Nos dados nos facultados observa-se o que acontece nas 1º consultas verifica-se nas subsequentes, maior número de consultas não realizadas pelo motivo falta de doente que pela falta do médico. Não há dados do mês de abril da falta de médico nos serviços, exceto no Serviço de Neurocirurgia (4 consultas).

Tabela 11. Estado das Consultas Subsequentes (2020)	
Estado	Nº consultas
Falta de Médico	668
Falta de Doente	20252
Não Realizado	2913
Anulado	16295
Cancelado	317
Realizado	142300
Marcado	13892
Remarcado	78365
Total	275002

Tabela 11. Estado das Consultas Subsequentes 2020 (2020)

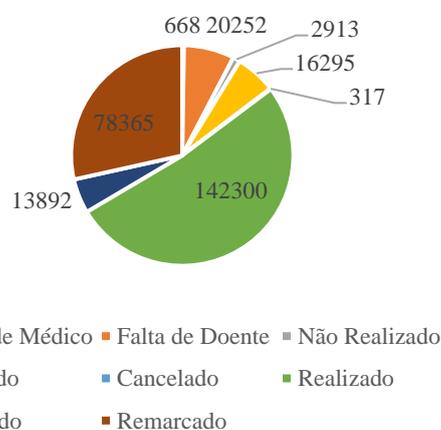


Figura 10. Estado das Consulta Subsequentes do HSM

Comparando os anos 2019 e 2020, na tabela 12, nota-se a diminuição das consultas não realizadas por falta do doente e por falta do médico no ano 2020. Existe aumento no ano 2020 tanto em 1º consulta como subsequentes nos estados não realizado, anulado, cancelado, marcado e remarçado.

Tabela 12. Estado das Consultas (janeiro-abril)				
Estado	1º consultas 2019	1º consulta 2020	subsequente 2019	subsequente 2020
Falta de Médico	88	55	1129	668
Falta de Doente	13903	9080	28470	20252
Não Realizado	264	474	1059	2913
Anulado	2982	6736	7789	16295
Cancelado	13	125	54	317
Realizado	60074	56357	165500	142300
Marcado	5	4847	14	13892
Remarcado	13935	23790	47080	78365
Total	91264	101464	251095	275002

Tabela 12. Estado das Consultas (2019-2020)

Entidade Financiadora Responsável

Na tabela 13 a principal entidade financeira responsável no CHULN é SNS em ambos os anos nos meses de janeiro a abril. Houve um aumento (66,8%) nos particulares do ano 2019 para 2020. A nível geral houve uma diminuição de -12,4% das Consultas Externas no CHULN.

Tabela 13. Distribuição da Consulta Externa por Entidade Financeira Responsável no CHULN			
Entidade Financeira Responsável	2019	2020	Δ% 20/19
ADSE	18265	15407	-15,6%
ADM, Forças Armadas	1003	783	-21,9%
Companhia Seguro	653	470	-28,0%
SNS	233843	205135	-12,3%
SRS	999	934	-6,5%
SAD, GNR, PSP	1043	849	-18,6%
Particulares	767	1279	66,8%
Outras	333	177	-46,8%
Total	256906	225034	-12,4%

Tabela 13. Distribuição da Consulta Externa por Entidade Financeira Responsável no CHULN

Nota-se, no Hospital Santa Maria, uma diminuição das 1º consultas e subsequentes no ano 2020 face a 2019, exceto os particulares, observando-se que a maior entidade financeira responsável é o SNS e a seguir ADSE. (Tabela 14). Constata-se o aumento das 1º consultas e subsequentes no ano 2020 no particular.

Tabela 14. Distribuição da Consulta Externa por Entidade Financeira Responsável no HSM				
Entidade Financeira Responsável	2019		2020	
	1ºconsulta	subsequente	1ºconsulta	Subsequente
ADSE	3207	12250	3075	10025
ADM, Forças Armadas	199	687	161	517
Companhia Seguro	161	411	110	305
SNS	55597	150289	52036	129560
SRS	294	611	277	595
SAD, GNR, PSP	184	722	162	567
Particulares	311	367	481	629
Outras	121	163	55	102
Total	60074	165500	56357	142300

Tabela 14. Distribuição da Consulta Externa por Entidade Financeira Responsável no HSM

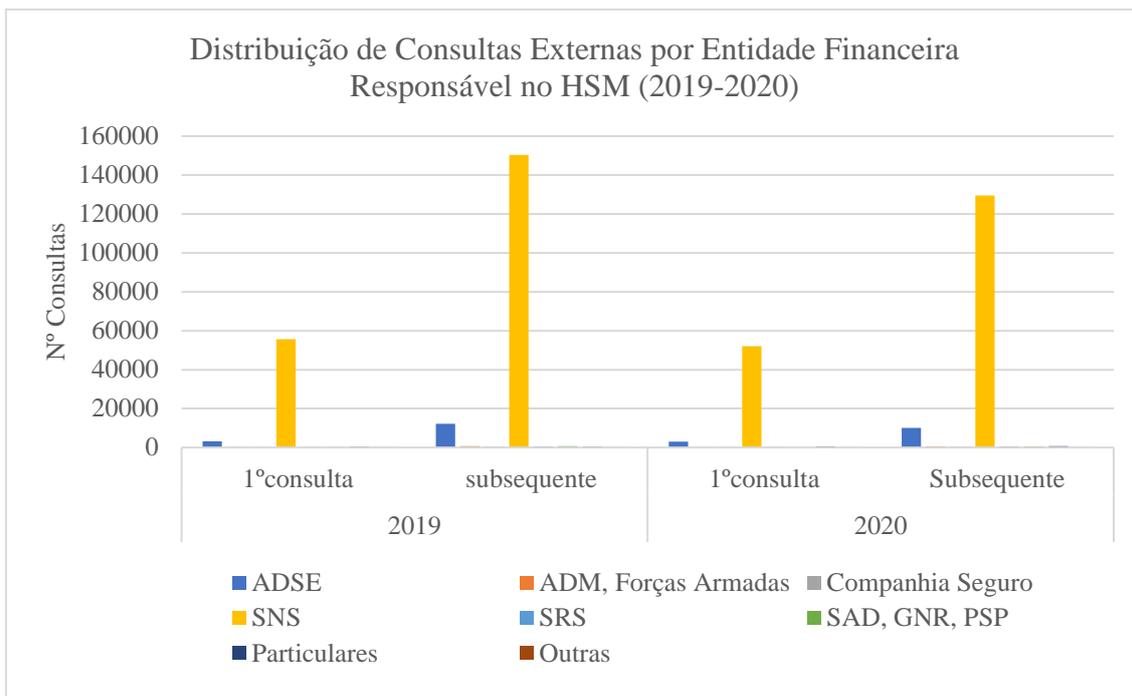


Figura 11. Distribuição da Consulta Externa por Entidade Financeira Responsável no HSM (2019-2020)

Telemedicina

Para o estudo da temática teve em conta dados da modalidade teleconsulta. A teleconsulta pode ser realizada para qualquer especialidade clínica à distância. Este tipo de telemedicina conecta dois ou mais profissionais de saúde, através de uma conexão remota normalmente estabelecida com um médico especialista da clínica, com o objetivo de trocar informação.

A nível nacional (tabela 15), através dos dados obtidos do SNS denota-se um aumento das teleconsultas no ano 2020 em relação ao ano homólogo, sendo 40,5% e 18,4% para 1ª consultas e subsequentes respetivamente.

Tabela 15. Teleconsultas a nível nacional 2020 (janeiro-abril)			
Tipologia	2019	2020	Δ % 20/19
1º consulta	11247	15799	40,5%
Subsequente	12317	14581	18,4%
Total	23564	30380	28,9%

Tabela 15. Teleconsultas a nível nacional 2020

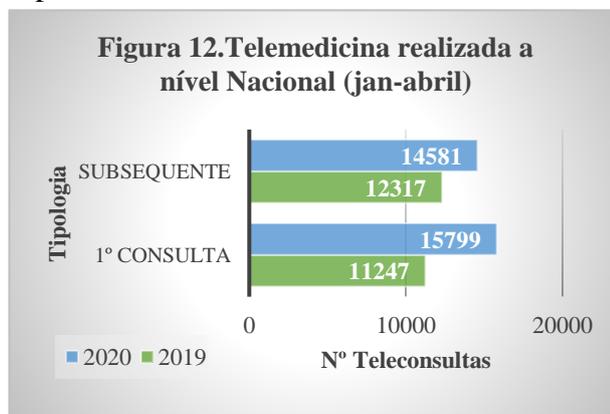


Figura 12. Telemedicina a nível nacional 2020

No SNS Transparência os dados das teleconsultas no CHULN acima mencionados não correspondem aos dados que o CHULN nos facultou, havendo assim uma desatualização dos dados na plataforma do SNS. Apesar dos dados no SNS Transparência estarem desatualizados, estes mostram o aumento do uso de teleconsultas em 2020, entre os meses janeiro a abril.

Segundo o documento da SPMS “Consultas de Telemedicina no SNS 2017 – 2019” o CHULN efetuou 3.592 teleconsultas no ano 2019.

As teleconsultas são registadas como consultas “sem presença do utente”. Foram realizadas 63 323 consultas sem presença do utente. As teleconsultas executadas no CHULN são chamadas telefónicas. Em relação aos dados do CHULN (tabela 16) nos meses janeiro a maio de 2020, observa-se que 76% são consultas presenciais e 26% não presenciais.

Tabela 16. Consultas no CHULN janeiro-maio (2020)	
Modalidade da Consulta	Nº Consultas
Com Presença do Utente	200 969
Sem Presença do Utente	63 323
Total	264 292

Tabela 16. Consultas no CHULN 2020

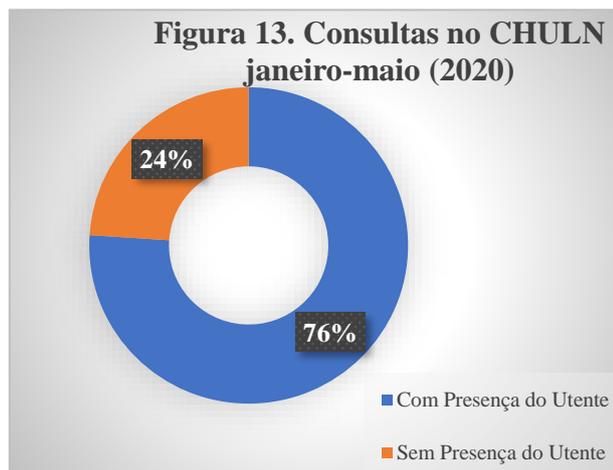


Figura 13. Consultas no CHULN (2020)

Ainda em relação aos dados de 2020 no CHULN (Tabela 20 nos Anexos), observa-se um aumento das teleconsultas realizadas em ambas as tipologias de consultas nos meses durante situação pandémica (março e abril), a partir de maio começou a diminuir o número de consultas não presenciais.

Dos resultados dos dados de telemedicina podemos supor que para a atual situação de pandemia COVID-19 este tipo de consulta foi uma das soluções.

Das consultas externas realizadas, foram considerados os 10 serviços com maior percentagem de consultas sem presença do utente (teleconsultas) (Tabela 17). Desses, os serviços de Unidade de Cuidados Paliativos (68%), Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência (49%), Genética (48%), Radioterapia (45%) e Médico Cirúrgico de Cardiologia Pediátrica (45%) registaram uma percentagem mais elevada de consultas externas por teleconsultas em relação aos outros serviços.

Tabela 17. Especialidades com mais consultas sem presença do utente			
Serviços	c/presença do Utente	s/presença do utente	% Teleconsultas por Especialidade
Unidade de Cuidados Paliativos	495	1 059	68%
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência	1 310	1 267	49%
Serviço de Genética	1 283	1 174	48%
Serviço de Radioterapia	3 258	2 637	45%
Serviço Médico Cirúrgico de Cardiologia Pediátrica	432	348	45%
Serviço de Pneumologia	10 360	7 427	42%
Serviço de Cirurgia Pediátrica	1 397	999	42%
Serviço de Imuno-Alergologia	5 878	3 862	40%
Serviço de Medicina III	808	506	39%
Serviço de Pediatria Médica	9772	5966	38%

Tabela 17- Especialidades com mais consultas sem presença do utente

No caso do Serviço de Imagiologia Geral I, a TM é utilizada para informação de resultados de exames de imagiologia especialmente para doentes crónicos, grávidas de alto risco e idosos.

Apesar do Serviço de Imagiologia Geral I conter 100% consultas sem presença do utente, esta não pratica a teleconsulta, só envia as informações de resultados de imagiologia para o utente, não fazendo uso da videochamada. Esta especialidade não foi considerada para as 10 especialidades com maior percentagem de consultas sem presença do utente das especialidades.

Das consultas externas realizadas, foram considerados os 10 serviços com menor percentagem de consultas sem presença do utente (teleconsulta) (Tabela 18).

Os serviços com menor percentagem de consultas sem presença do utente (teleconsulta) (Tabela) são: Cirurgia Plástica (0%), Ortopedia (0%), Estomatologia (1%), Cirurgia Cardio-Torácica (2%) e Oftalmologia (2%).

Tabela 18. Especialidades do CHULN com menos consultas por teleconsulta				
Serviços	c/presença do Utente	s/presença do utente	Total	% Teleconsultas por Especialidade
Serviço de Cirurgia Plástica	4 045	6	4051	0%
Serviço de Ortopedia	5 302	10	5312	0%
Serviço de Estomatologia	3 496	29	3525	1%
Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica	895	20	915	2%
Serviço de Oftalmologia	9 593	233	9826	2%
Serviço de Otorrinolaringologia	8 006	298	8304	4%
Serviço de Obstetria	4371	311	4682	7%
Serviço de Anestesiologia	1890	170	2060	8%
Serviço de Cardiologia	7764	769	8533	9%
Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula	9698	999	10697	9%

Tabela 18. Especialidades do CHULN com menos consultas por teleconsulta

No Serviço de Saúde Ocupacional, Serviço de Imagiologia Neurológica, Departamento de Cirurgia, no Centro de Investigação Clínica (CIC), no Serviço de Imagiologia Neurológica, é realizado telemedicina.

Nota-se que algumas das especialidades com menor percentagem de consultas por teleconsulta têm potencial para beneficiar mais deste tipo de consulta, como a Oftalmologia, Dermatologia, Cardiologia, Neurologia e serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Apesar destas especialidades necessitarem de uma observação pessoal com o utente para concluir o diagnóstico, devido ao facto de alguns utentes não possuírem tecnologia com boa qualidade, podendo fazer com que o diagnóstico por via teleconsulta seja pouco fiável.

Contudo, ao longo do período em análise, registou-se quase sempre um aumento do número de consultas sem presença de utente nos meses de março, abril e maio para cada uma das especialidades na situação pandemia.

Em relação aos dados que o Hospital nos forneceu, estes não eram muito discriminados, não havendo diferenciação de consultas (1º consulta ou subsequente) e não possuía informações dos utentes (sexo, idade) que utilizaram este meio de comunicação. Não podendo assim fazer uma análise mais específica. Para além disso, a teleconsulta realizada no CHULN é através de chamada telefónica, não aplicando as videochamadas.

No documento do CNTS realizou-se um cálculo para aferir o valor estimado de poupança em deslocações com as teleconsultas a nível nacional, tendo como referência, que a duração da teleconsulta é de 10 minutos e a consulta presencial é de pelo menos de 20 minutos. E que o custo mínimo de deslocação do utente ao hospital seja 12€. Realizei esse cálculo para a teleconsultas realizada pelo CHULN com o mesmo valor de deslocamento (tabela...)

DESLOCAÇÕES EVITADAS	2020
Nº DE TELECONSULTAS	63 323
VALOR ESTIMADO DE POUPANÇA EM DESLOCAÇÕES	759 876 €

Com este valor estimado de poupança em deslocações (759 876€) conclui-se que quanto mais teleconsultas forem realizadas maior será este valor, o que pode se dizer que é positivo não só para o doente, mas também o Hospital. Poupa-se tempo de deslocação, custo de transporte e evita-se a sobrelotação do Hospital. Com a situação pandemia atual ainda se pode dizer que ajuda para a diminuição do contágio.

Os novos valores e regras de apuramento e cobrança de taxas moderadoras que foram determinados pela Portaria n.º 64-C/2016, de 31 de março, entraram em vigor a 1 de abril de 2016. Portanto, a taxa moderadora aplicada no SNS na consulta de especialidade é de 7€ e na consulta médica sem a presença do utente é de 2,5€, logo as consultas remotas para além de terem a vantagem nos custos de deslocamento do utente, esta também tem um custo menor para o utente, comparativamente à consulta presencial.

6. Discussão

Na análise de dados das consultas externas do CHULN é notável o impacto da pandemia nas consultas externas realizadas, realidade que não se passa só em Portugal, mas também em todos os países dos artigos selecionados para a revisão sistemática. As organizações internacionais e nacionais recomendam que sejam reduzidas as deslocações às instituições de saúde sempre que estas possam ser evitadas, e por esse motivo, constatou-se a diminuição das consultas externas antes e durante a pandemia COVID-19.

É visível um aumento do número das consultas não presenciais durante a pandemia o que demonstra que esta se tornou mais revelante com a pandemia, conforme demonstrado nos artigos internacionais.

Recentemente, a APAH com parceria com a SPMS, criou o “Programa de Aceleração Tecnológica na Saúde” que “aposta na partilha de conhecimento e boas práticas, como forma de capacitar todos os intervenientes na área da saúde para a utilização das ferramentas digitais», referem os promotores da iniciativa.” O programa teve início em junho, contém 2 mesas redondas digitais e 2 Programas formativos e-learning dirigidos a profissionais de saúde e que serão disponibilizados na ACADEMIA APAH Digital. [34]

Semelhante a este tipo de programa, no artigo *Telemedicine from research to practice during the pandemic. “Instant paper from the field” on rehabilitation answers to the Covid-19 emergency* [19], são relatados conteúdos abordados no webinar que a Sociedade Italiana de Medicina Física e de Reabilitação realizou sobre o impacto da pandemia na reabilitação. No fim deste webinar, concluem que essa experiência com a telemedicina em época de pandemia será incorporada pelos participantes nos seus serviços futuros e que o grande desafio é a mudança de hábitos dos pacientes e médicos perante a tecnologia.

Através desta iniciativa em Portugal, demonstra-se, tal como nos outros países, que há a perceção do contributo das consultas por telemedicina com o surgimento da pandemia COVID-19. Afirmam que o programa vai potenciar a partilha entre os profissionais, criando assim várias sinergias.

Para síntese das vantagens (símbolo +) e desvantagens/barreiras (símbolo -) da Telemedicina que detetei durante a revisão sistemática e durante o meu estágio, estas encontram-se representadas na tabela abaixo. (Tabela 19)



<p>Utente:</p> <ul style="list-style-type: none">- Generaliza o acesso aos cuidados de saúde;- Apoio médico e acesso a informações 24 horas por dia;- Melhoria do atendimento das comunidades carentes e rurais;- Suavização do facto isolamento;- Menos deslocações. <p>Médico:</p> <ul style="list-style-type: none">- Partilha de conhecimentos entre os profissionais de saúde;- Maior mobilidade aos médicos;- Faculta acesso 24/24 horas pelo médico a dados sobre o doente, qualquer que seja o local em que este se encontre;- Acesso a formação e informação. <p>Instituição:</p> <ul style="list-style-type: none">- Menor sobrecarga das unidades de saúde;- Racionalizar recursos humanos e materiais;- Melhor articulação entre níveis de cuidados;- Custo mais baixo que uma consulta presencial (menos custos para o SNS);- Redução dos custos de transporte de doentes.	<p>Social:</p> <ul style="list-style-type: none">- Preconceito à tecnologia;- Pacientes com deficiência sensorial e déficits cognitivos;- Resistência a mudanças organizacionais e comportamentais relevantes nos serviços de saúde. <p>Ético-Legais:</p> <ul style="list-style-type: none">- Definição de Responsabilidade clínica;- Pode afetar a relação médico-doente;- Licença e creditação. <p>Segurança e Confiança:</p> <ul style="list-style-type: none">- Segurança no meio de comunicação (internet);- Garantir ao utente a privacidade e confidencialidade <p>Económicos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Elevado investimento na tecnologia;- Necessidade de formação dos profissionais (para utilização das aplicações tecnológicas);- Necessita de internet para se realizar.
---	---

Tabela 19. Vantagens e desvantagens da Telemedicina.

É necessário estudar os benefícios reais da telemedicina, através da satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde em relação às consultas remotas, como refere o artigo *Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: Impact on Care for Rare Cancers*^[17] “é necessária uma avaliação importante dos benefícios do paciente e do médico sobre o impacto a longo prazo nos resultados do paciente e nos sistemas de saúde”.

No caso do Hospital Santa Maria, afirmo que as consultas por videochamadas poderiam ser benéficas, pois trata-se de um hospital com muitas valências e que possui uma grande área de influência. Atualmente a realização das teleconsultas no HSM são por via telefónica, não havendo assim tanta interação doente com o médico, nesta situação de pandemia. É de salientar ainda a situação das consultas não serem realizadas por falta do doente que pode ser um ponto a melhorar na comunicação com os doentes através da telemedicina.

7. Conclusão

Durante esta pandemia as instituições de saúde procuraram garantir circuitos separados para doentes com COVID-19 e sem COVID-19, com o intuito de minimizar os riscos de contágio, por forma a assegurar o bem-estar / segurança da comunidade.

Através dos motivos das consultas externas que não foram realizadas, como falta de médico, falta de utente podemos concluir que a telemedicina pode colmatar esses motivos, diminuindo assim as listas de espera ou as remarcações. Apesar de existirem impasses na introdução de telemedicina nos hospitais, as teleconsultas combatem o isolamento e dá acesso aos serviços e exames.

Na atual e futuras pandemias esta telemedicina poderá ser um aliado para o combate a esta pandemia, evitando-se as remarcações de consultas e melhorar a resposta nacional da saúde pública, não esquecendo as barreiras desta tecnologia, para que não se torne algo negativo para a prestação de serviços de saúde à população.

A difusão dos serviços à distância permite reduzir os custos e limitar as admissões hospitalares. Apesar de atualmente a telemedicina ser utilizada mais frequentemente, alguns autores pensam que a prestação à distância pode resultar em relações mais fragmentadas e desumanizadas. Poderá a telemedicina salientar mais as desigualdades na saúde ou aumentar a tendência de privatização de serviços de saúde?!

Na minha perspetiva, sou da opinião de que a telemedicina não vai resultar em relações mais fragmentadas e desumanizadas, uma vez que existem estudos que provam que os doentes reclamam da consulta presencial, como a falta de cortesia e desrespeito no trato interpessoal. Podendo assim, a consulta por videochamada bloquear estes problemas sentidos pelos doentes nas consultas presenciais.

O documento da PENTS é uma boa iniciativa, na medida em podem todos concordar em investir na Telessaúde, porém, por si só, a introdução de novas tecnologias em processos administrativos e nos cuidados não é suficiente. É necessário o esforço de todos e vontade de mudar. Deve-se procurar introduzir uma cultura de partilha, mudar a forma como as instituições, profissionais, prestadores de cuidados e pacientes se relacionam uns com os outros.

O documento da OECD refere que os pacientes estão cada vez mais interessados em tecnologias digitais de saúde e são amplamente a favor de que os seus dados de saúde sejam usados para criar conhecimentos para melhores tratamentos e gestão dos sistemas de saúde, desde que a sua privacidade seja protegida. Isto poderá ser um motivo para a adesão à telemedicina.

Ao longo do estágio deparei-me com demoras no fornecimento de dados por parte do Hospital, nomeadamente em relação à telemedicina e a tempos de espera para consulta, não obstante, os dados facultados são pouco detalhados, não podendo assim realizar a análise como tinha idealizado.

Nos projetos que participei não vim a observar a implementação total, devido a atrasos por parte do Hospital para a remodelação de espaços como a receção central e o secretariado da UTG. Tendo o estágio uma duração de apenas 3 meses não é suficiente para se observar a implementação destes projetos.

Concluí que a pandemia COVID-19 fez com houvesse uma maior relevância à telemedicina, apresentando várias vantagens para os profissionais de saúde e para os utentes. Apesar dos seus custos elevados materiais deve-se ter em conta como um investimento que traz melhoria na prestação de cuidados de saúde e “destrói” barreiras que futuras pandemias possam colocar para o acesso de saúde.

Em suma, o trabalho teórico ajudou-me na obtenção de conhecimentos sobre a telemedicina a nível internacional e nacional. O estágio deu-me a possibilidade de trabalhar em terreno num Hospital muito reconhecido e com muitas valências, de ter contato com as pessoas que lá trabalham, considerando esta a mais valia deste estágio. Quanto aos objetivos propostos para o plano de estágio e desenvolvimento pessoal, penso que todos foram alcançados com sucesso. Para um melhor estudo sobre o tema, sugere-se para futuros estudos que seja avaliada a eficácia da realização de sessões à distância e comparem os seus resultados com os obtidos em sessões presenciais.

8. Referências Bibliográficas

- [1] Ralha, J (2020). *Da Gestão, em Saúde – Casos Prático*. (1º Edição). Lisboa: Edições Sílabo,Lda.
- [2] Costa, A. (2020, 17 de abril). *Telemedicina será parte do futuro, quer se goste mais ou menos*. Consultado a 30 de julho, 2020. Disponível em: <https://www.veterinaria-atual.pt/destaques/telemedicina-sera-parte-do-futuro-quer-se-goste-mais-ou-menos/>
- [3] SPMS (2019). *Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022*. Consultado a 22 de julho, 2020. Disponível em https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS_portugu%C3%AAs.pdf
- [4] Guerra, I (2018, 1 de junho). *Telemedicina, relação médico-doente e aspectos deontológicos*. Consultado a 10 de julho, 2020 em: <https://ordemosmedicos.pt/telemedicina-relacao-medico-doente-e-aspectos-deontologicos/>
- [5] CNTS (2019). *Ficha Técnica: Telecardiologia Pediátrica*. Consultado a 10 de julho de 2020. Disponível em <http://www.cnts.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/07/Ficha-Tecnica-de-Teleconsulta-de-Cardiologia-Pediatrica.pdf>
- [6] CNTS (2020, junho). *Tool Kit TeleConsulta*. Consultado a 25 de julho de 2020. Disponível em: http://www.cnts.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/03/Tool-Kit_Teleconsulta_V08_2020.pdf
- [7] SNS (2020). *Telessaúde*. Consultado a 23 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/02/06/telessaude/>
- [8] Giudice, A., Barone, S., Muraca, D., Averta, F., Diodati, F., Antonelli, A., & Fortunato, L. (2020). Can Teledentistry Improve the Monitoring of Patients during the Covid-19 Dissemination? A Descriptive Pilot Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 3399. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103399>
- [9] Nitkunan, A., Paviour, D., & Nitkunan, T. (2020). COVID-19: switching to remote neurology outpatient consultations. *Practical neurology*, 20(3), 222–224. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2020-002571>

- [10] Renard E. (2020). Personal Experience With COVID-19 and Diabetes in the South of France: Technology Facilitates the Management of Diabetes in Disruptive Times. *Journal of diabetes science and technology*, 14(4), 772–773. <https://doi.org/10.1177/1932296820929370>
- [11] Minghelli, B., Soares, A., Guerreiro, A., Ribeiro, A., Cabrita, C., Vitoria, C., Nunes, C., Martins, C., Gomes, D., Goulart, F., Santos, R., & Antunes, R. (2020). Physiotherapy services in the face of a pandemic. *Revista da Associação Medica Brasileira* (1992), 66(4), 491–497. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.4.491>
- [12] Paleri, V., Hardman, J., Tikka, T., Bradley, P., Pracy, P., & Kerawala, C. (2020). Rapid implementation of an evidence-based remote triaging system for assessment of suspected referrals and patients with head and neck cancer on follow-up after treatment during the COVID-19 pandemic: Model for international collaboration. *Head & neck*, 42(7), 1674–1680. <https://doi.org/10.1002/hed.26219>
- [13] Gilbert, A. W., Billany, J. C. T., Adam, R., Martin, L., Tobin, R., Bagdai, S., Galvin, N., Farr, I., Allain, A., Davies, L., & Bateson, J. (2020). Rapid implementation of virtual clinics due to COVID-19: report and early evaluation of a quality improvement initiative. *BMJ Open Quality*, 9(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-000985>
- [14] Cinelli, E., Fabbrocini, G., Fattore, D., Marasca, C., Damiani, G., & Annunziata, M. C. (2020). Safe distance, safe patients! Therapeutic management of oncological patients affected by cutaneous and mucosal adverse events during the COVID-19 pandemic: an Italian experience. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(9), 3991–3993. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05563-1>
- [15] Birkeland K. I. (2020). Some Lessons Learned About Diabetes and COVID-19 During the Early Stage of the Epidemic in Norway. *Journal of diabetes science and technology*, 14(4), 718–719. <https://doi.org/10.1177/1932296820929371>
- [16] Perrone, G., Zerbo, S., Bilotta, C., Malta, G., & Argo, A. (2020). Telemedicine during Covid-19 pandemic: Advantage or critical issue?. *The Medico-legal journal*, 88(2), 76–77. <https://doi.org/10.1177/0025817220926926>

- [17] Smrke, A., Younger, E., Wilson, R., Husson, O., Farag, S., Merry, E., Macklin-Doherty, A., Cojocar, E., Arthur, A., Benson, C., Miah, A. B., Zaidi, S., Gennatas, S., & Jones, R. L. (2020). Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: Impact on Care for Rare Cancers. *JCO global oncology*, 6, 1046–1051. <https://doi.org/10.1200/GO.20.00220>
- [18] Capozzo, R., Zoccolella, S., Frisullo, M. E., Barone, R., Dell'Abate, M. T., Barulli, M. R., Musio, M., Accogli, M., & Logroscino, G. (2020). Telemedicine for Delivery of Care in Frontotemporal Lobar Degeneration During COVID-19 Pandemic: Results from Southern Italy. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 76(2), 481–489. <https://doi.org/10.3233/JAD-200589>
- [19] Negrini, S., Kiekens, C., Bernetti, A., Capecci, M., Ceravolo, M. G., Lavezzi, S., Zampolini, M., & Boldrini, P. (2020). Telemedicine from research to practice during the pandemic. "Instant paper from the field" on rehabilitation answers to the COVID-19 emergency. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 56(3), 327–330. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06331-5>
- [20] Luciani, L. G., Mattevi, D., Cai, T., Giusti, G., Proietti, S., & Malossini, G. (2020). Teleurology in the Time of Covid-19 Pandemic: Here to Stay?. *Urology*, 140, 4–6. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2020.04.004>
- [21] Årsand E. (2020). The COVID-19 Pandemic Revealed the Importance and Shortcomings of Technologies for Diabetes Support. *Journal of diabetes science and technology*, 14(4), 712–713. <https://doi.org/10.1177/1932296820929721>
- [22] Timmers, T., Janssen, L., Stohr, J., Murk, J. L., & Berrevoets, M. (2020). Using eHealth to Support COVID-19 Education, Self-Assessment, and Symptom Monitoring in the Netherlands: Observational Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(6), e19822. <https://doi.org/10.2196/19822>
- [23] OECD (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: OECD Publishing. Disponível em: (https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en#page1)

- [24] APT (2020). *A Associação Portuguesa de Telemedicina lança estudo sobre a teleconsulta no SNS*. Consultado a 5 de julho de 2020. Disponível em: <https://aptelemedicina.com/a-associacao-portuguesa-de-telemedicina-lanca-estudo-sobre-a-teleconsulta-no-sns/>
- [25] Ordem dos Médicos (2018) . *Informação jurídica – condições para exercício da telemedicina*. Consultado a 11 de julho de 2020. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/informacao-juridica-condicoes-para-exercicio-da-telemedicina/>
- [26] DN (2020). *Telessaúde é uma prioridade, mas o número de consultas já foi maior*. Consultado a 13 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.dn.pt/edicao-do-dia/10-jan-2020/telessaude-e-uma-prioridade-mas-o-numero-de-consultas-ja-foi-maior-11683618.html>
- [27] Hashiguchi, T. *Bringing health care to the patient: An overview of the use of telemedicine in OECD countries* (2020). Pág.40. OECD Publishing. DOI: <https://doi.org/10.1787/8e56ede7-en>
- [28] CHULN (2017). *Relatório e Contas 2017 - CHULN*. Consultado a 28 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.chln.pt/media/k2/attachments/administracao/Relatorio%20e%20Contas%202017.pdf>
- [29] Ferreira, M (2015). *Estágio no Centro Hospitalar de Lisboa Norte - Pólo: Hospital de Santa Maria - Serviço de Dietética e Nutrição*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Consultado a 29 de maio de 2020. Disponível em : https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23566/1/10888_Tese.pdf
- [30] CHULN. (2020). *Missão e Valores*. Consultado a 23 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/missao-e-valores>
- [31] ACSS. (2020) Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2020. Consultado a 28 de maio de 2020. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/ACSS-Termos_Referencia-Contratualizacao_SNS_2020.pdf

[32] CHULN (2018). Plano de Atividades e Orçamento 2018. Consultado a 22 de junho de 2020. Disponível em: [http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20Normativa%20n.%C2%BA%2016.2015%20\(15.10.2015\).pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20Normativa%20n.%C2%BA%2016.2015%20(15.10.2015).pdf)

[33] ACSS (2015). Circular Normativa. Consultado a 26 de junho de 2020. Disponível em: [http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20Normativa%20n.%C2%BA%2016.2015%20\(15.10.2015\).pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20Normativa%20n.%C2%BA%2016.2015%20(15.10.2015).pdf)

[34] APAH (2020). *APAH promove “Programa de Aceleração Tecnológica na Saúde”*. Consultado a 30 de julho de 2020. Disponível em: <https://apah.pt/noticia/apah-promoveprograma-de-aceleracao-tecnologica-na-saude/>

9. Anexos

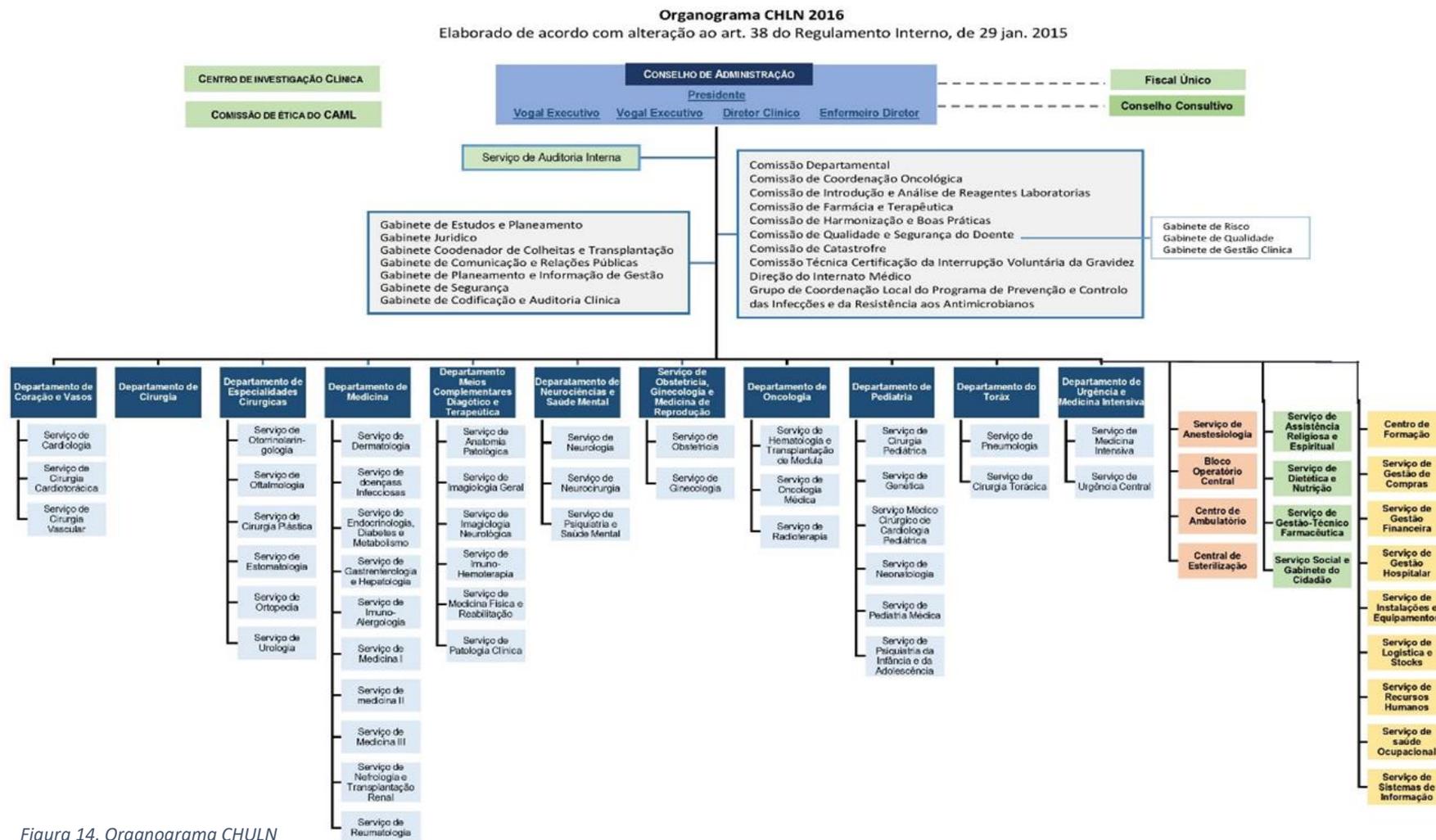


Figura 14. Organograma CHULN

Tabela 20. Consultas Acumuladas a maio 2020

Serviços	Com Presença do Utente						Sem Presença do utente						Total Consultas
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Acum Maio	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Acum Maio	
Departamento de Cirurgia	2 127	1 831	1 080	380	695	6 113	0	0	46	181	195	422	6 535
Serviço de Anestesiologia	764	672	351	3	100	1 890	6	6	53	35	70	170	2 060
Serviço de Cardiologia	2 779	2 627	1 284	184	890	7 764	9	1	165	288	306	769	8 533
Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica	305	261	138	47	144	895	0	0	9	9	2	20	915
Serviço de Cirurgia Pediátrica	625	431	238	28	75	1 397	47	26	282	266	378	999	2 396
Serviço de Cirurgia Plástica	1 445	1 238	735	256	371	4 045	0	0	0	0	6	6	4 051
Serviço de Cirurgia Torácica	243	238	172	74	85	812	13	13	30	40	108	204	1 016
Serviço de Cirurgia Vascular	1 378	1 226	766	125	547	4 042	0	0	152	293	206	651	4 693
Serviço de Dermatologia	2 957	2 634	1 629	569	1 305	9 094	284	264	224	674	299	1 745	10 839
Serviço de Doenças Infecciosas	1 235	1 028	835	279	430	3 807	99	100	529	651	535	1 914	5 721
Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo	1 842	1 604	947	129	880	5 402	9	1	585	1 366	526	2 487	7 889
Serviço de Estomatologia	1 284	1 102	568	70	472	3 496	0	0	3	0	26	29	3 525
Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia	2 358	2 041	1 600	459	503	6 961	0	0	205	1 542	1 165	2 912	9 873
Serviço de Genética	505	466	215	15	82	1 283	45	35	285	420	389	1 174	2 457
Serviço de Ginecologia	2 307	2 046	1 187	416	1 162	7 118	367	312	1 512	758	652	3 601	10 719
Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula	2 749	2 207	1 874	1 449	1 419	9 698	9	20	32	547	391	999	10 697
Serviço de Imagiologia Geral I	0	0	0	0	0	0	295	255	142	117	96	905	905
Serviço de Imagiologia Neurológica	18	16	8	0	1	43	0	0	0	0	0	0	43
Serviço de Imuno-Alergologia	2 227	1 803	1 010	348	490	5 878	2	8	1 308	1 359	1 185	3 862	9 740
Serviço de Imuno-Hemoterapia	2 749	2 463	1 988	945	1 496	9 641	145	149	459	614	539	1 906	11 547
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	1 189	1 089	511	26	235	3 050	0	0	251	250	317	818	3 868
Serviço de Medicina I	913	851	466	117	74	2 421	1	3	25	115	355	499	2 920
Serviço de Medicina II	423	385	148	10	44	1 010	0	0	8	53	151	212	1 222
Serviço de Medicina III	294	260	148	47	59	808	17	6	124	180	179	506	1 314
Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal	1 523	1 253	958	563	633	4 930	7	3	204	207	198	619	5 549
Serviço de Neonatologia	104	84	67	15	26	296	2	0	7	23	28	60	356
Serviço de Neurocirurgia	1 554	1 589	722	66	341	4 272	0	0	480	1 007	524	2 011	6 283
Serviço de Neurologia	2 786	2 537	1 463	291	1 025	8 102	4	20	909	1 556	696	3 185	11 287
Serviço de Obstetrícia	1 321	1 108	961	454	527	4 371	0	1	61	132	117	311	4 682
Serviço de Oftalmologia	3 202	3 106	1 680	397	1 208	9 593	40	37	23	42	91	233	9 826
Serviço de Oncologia Médica	2 669	2 180	1 984	1 528	1 745	10 106	476	352	409	384	304	1 925	12 031
Serviço de Ortopedia	1 661	1 526	1 072	304	739	5 302	0	5	1	4	0	10	5 312
Serviço de Otorrinolaringologia	3 133	2 886	1 457	191	339	8 006	0	4	38	121	135	298	8 304

Serviço de Pediatria Médica	3 224	2 572	2 435	584	957	9 772	397	320	976	2 339	1 934	5 966	15 738
Serviço de Pneumologia	3 578	3 160	1 995	767	860	10 360	306	324	1 846	2 686	2 265	7 427	17 787
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental	2 692	2 722	1 607	395	1 019	8 435	0	0	457	1 695	1 431	3 583	12 018
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência	451	407	341	29	82	1 310	94	72	291	501	309	1 267	2 577
Serviço de Radioterapia	939	795	598	464	462	3 258	377	372	720	626	542	2 637	5 895
Serviço de Reumatologia	2 667	2 531	1 281	583	968	8 030	171	138	1 013	1 831	1 724	4 877	12 907
Serviço de Saúde Ocupacional	609	535	301	160	352	1 957	0	0	0	0	0	0	1 957
Serviço de Urologia	1 578	1 288	895	502	629	4 892	11	16	33	158	462	680	5 572
Serviço Médico Cirúrgico de Cardiologia Pediátrica	138	119	51	23	101	432	31	42	98	125	52	348	780
Unidade de Cuidados Paliativos	163	155	98	10	69	495	85	95	265	329	285	1 059	1 554
Centro de Investigação Clínica (CIC)	102	70	79	60	71	382	0	0	0	10	7	17	399
Total Geral	66 810	59 142	37 943	13 362	23 712	200 969	3 349	3 000	14 260	23 534	19 180	63 323	264 292

Tabela 20. Consultas Acumuladas a maio 2020

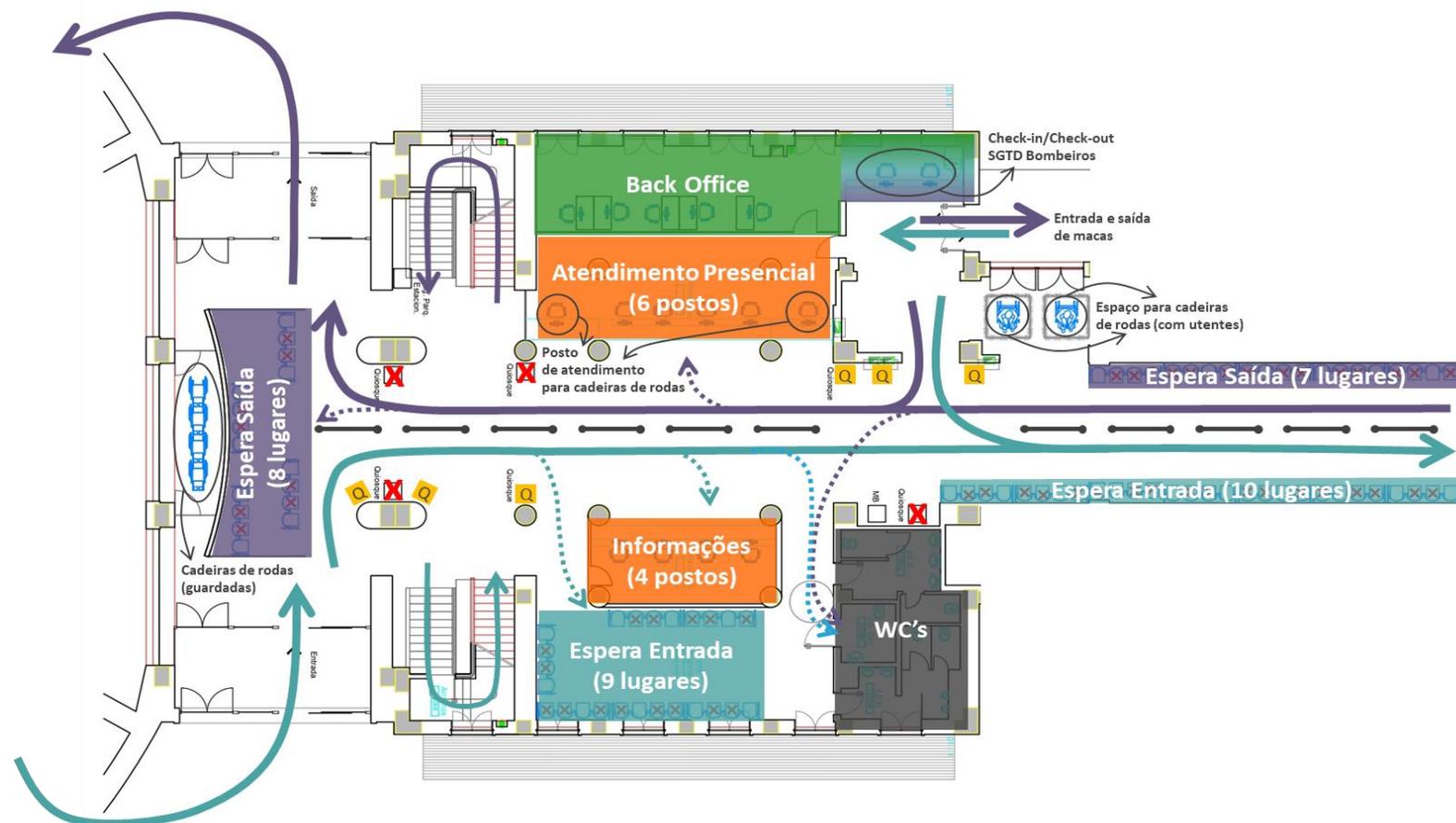


Figura 15. Visão Futura da Reabertura da Recepção Central

Tabela 21. Descrição dos Artigos Incluídos para o estudo

Autores	Título do Estudo	Ano	Objetivos	Resultados	Conclusões
<p>Amerigo Giudice, Selene Barone, Danila Muraca, Fiorella Averta, Federica Diodati, Alessandro Antonelli and Leonzio Fortunato</p>	<p><i>Can Teledentistry Improve the Monitoring of Patients during the Covid-19 Dissemination? A Descriptive Pilot Study</i></p>	<p>2020</p>	<p>O artigo tem como objetivo o estudo piloto da telemedicina na prática odontológica durante a pandemia COVID-19. O estudo foi realizado no Departamento de Cirurgia e Patologia Oral - Magna Graecia University de Catanzaro, determinando dois grupos de paciente: paciente em condição urgente (Grupo U) e paciente em acompanhamento (Grupo F).</p>	<p>Nos resultados do estudo, no grupo U teve um total de 34 fotos que foram coletadas de pacientes, todos os pacientes enviaram fotos na noite do 3º, 7º e 14º dia pós-operatório, mas dois pacientes enviaram duas fotos fora dos dias estabelecidos. No grupo F, 384 fotos foram coletadas por 52 pacientes. Nenhum deles enviou mais fotos do que o número estabelecido pelo protocolo.</p>	<p>Concluem com este estudo que a telemedicina permitiu a monitorização de todos os pacientes, reduzindo custos e limitando o contato humano, diminuindo o risco de disseminação do Covid-19.</p>
<p>Arani Nitkunan, Dominic Paviour, Tharani Nitkuna</p>	<p><i>COVID-19: switching to remote neurology outpatient consultations</i></p>	<p>2020</p>	<p>O objetivo deste artigo é ajudar os neurologistas a conduzir consultas remotas, particularmente em relação às atuais circunstâncias do COVID-19, e ajudar a incorporar as consultas remotas como prática padrão após a pandemia</p>	<p>Para a iniciação de uma consulta virtual, esta tem de ser registadas com usualmente e ao utente deve ser fornecido informações sobre o horário e tipo de consulta. Em algumas consultas virtuais existe alguns problemas quando o utente tem dificuldades cognitivas e de comunicação, mas com programas adequados e com ajuda de familiares podem ser ultrapassadas estes problemas</p>	<p>Os autores concluem que a avaliação de pacientes por meio de telefone / vídeo requer a abordagem sistemática usual para diagnóstico e tratamento. As consultas remotas não podem substituir todas as consultas presenciais; fora do contexto COVID-19, devemos considerar padrões individualizados para tais consultas.</p>

<p>Eric Renard</p>	<p><i>Personal Experience With COVID-19 and Diabetes in the South of France: Technology Facilitates the Management of Diabetes in Disruptive Times</i></p>	<p>2020</p> <p>O autor pretende com este estudo mostrar a sua perspectiva da telemedicina para tratamento de diabetes em situação COVID-19.</p>	<p>Graças aos dados enviados usando os vários downloads FGM / CGM serviços (LibreView, Clarity e CareLink), poderíamos obter de nossos pacientes uma visão rápida e clara dos distúrbios da glicose. Além disso, pode-se ver como a combinação de CGM / FGM e terapia com bomba de insulina facilitou a avaliação dos distúrbios de glicose de nossos pacientes por meio de mensagens de e-mail, incluindo os últimos downloads de dados e a eficácia rápida dos ajustes de tratamento que recomendamos.</p>	<p>Conclui que as tecnologias para a diabetes são frequentemente consideradas muito caras para serem prescritas a muitos pacientes, a experiência atual com o COVID-19 demonstra claramente que o tempo e o dinheiro gastos para permitir que os pacientes alcancem um melhor controle da glicose e para uma maior confiança no enfrentamento da adversidade são investimentos. Isso é verdade tanto para a redução dos atendimentos de emergência quanto para uma melhor aceitação de conviver com uma doença crônica mais exigente sob uma epidemia destas.</p>
<p>Beatriz Minghelli, Ana Soares, Andreia Guerreiro, Antoine Ribeiro, Carolina Cabrita, Carlos Vitoria, Chloé Nunes, Claudia Martins, Diogo Gomes, Filipa Goulart, Raquel Marreiro Dos Santos and Rita Antunes</p>	<p><i>Physiotherapy services in the face of a pandemic</i></p>	<p>2020</p> <p>O objetivo deste estudo foi determinar o número de fisioterapeutas que interromperam seus serviços em decorrência da pandemia do COVID-19 e verificar os procedimentos adotados pelos fisioterapeutas que estão a trabalhar.</p>	<p>453 (73,2%) fisioterapeutas interromperam suas atividades laborais presencialmente por causa da pandemia e 166 (26,8%) continuam a trabalhar presencialmente. As principais medidas adotadas pelos fisioterapeutas que continuam a trabalhar presencialmente foram: lavagem das mãos (21,5%), uso de máscara (20,3%), desinfecção de materiais (19,3%) e uso de luvas (19,3%). Dos fisioterapeutas que não trabalham presencialmente (n = 453), 267 (58,9%) continuam acompanhando seus pacientes à distância e 186 (41,1%) não acompanham os pacientes. As principais medidas utilizadas pelos fisioterapeutas para o acompanhamento à distância de seus pacientes foram: prescrição de tratamento por escrito (38%), realização de vídeos explicativos (26,7%) e tratamento por videoconferência síncrona (23,5%).</p>	<p>Os resultados revelam que a maioria dos fisioterapeutas interrompeu suas práticas presenciais por conta da pandemia COVID-19, porém, por não acompanharem o tratamento dos seus pacientes pessoalmente, a maioria deles adaptou-se ao acompanhamento de seus pacientes à distância.</p>

<p>Vinidh Paleri, John Hardman, Theofano Tikka, Paula Bradley, Paul Pracy and Cyrus Kerawala</p>	<p><i>Rapid implementation of an evidence-based remote triaging system for assessment of suspected referrals and patients with head and neck cancer on follow-up after treatment during the COVID-19 pandemic: Model for international collaboration</i></p>	<p>2020</p> <p>O objetivo deste estudo é demonstrar uma implementação rápida de um sistema de triagem remota estruturado e baseado em evidências para avaliação de encaminhamentos suspeitos e pacientes com cancro que estão a ser acompanhados regularmente após o tratamento para HNC no Reino Unido.</p>	<p>Nenhuma consulta remota foi recusada pelos pacientes. Dados preliminares de 511 episódios de triagem em 13 centros mostram que 77,1% dos pacientes receberam alta diretamente ou tiveram suas consultas adiadas.</p>	<p>Os autores concluem que com estrutura e orientação adequadas, um modelo de teleconsulta pode ser bem-sucedido. Uma redução significativa na pegada pode ser alcançada usando um sistema de triagem estruturado. O refinamento adicional do HaNC-RC-V.2 é viável.</p>
<p>Anthony William Gilbert, Joe C T Billany, Ruth Adam, Luke Martin, Rebecca Tobin, Shiv Bagdai, Noreen Galvin, Ian Farr, Adam Allain, Lucy Davies, John Bateson</p>	<p><i>Rapid implementation of virtual clinics due to COVID-19: report and early evaluation of a quality improvement initiative</i></p>	<p>2020</p> <p>Este artigo descreve uma iniciativa de melhoria da qualidade para implementar rapidamente nas consultas virtuais no RNOH. Para apoio à implementação de clínicas virtuais foi criada uma equipa de ação do COVID-19, um grupo multidisciplinar de profissionais de saúde.</p>	<p>O objetivo do projeto era de 80% de consultas virtuais e foi atingido da 2 semana, 87% das consultas foram realizadas virtualmente durante as primeiras 6 semanas. As pontuações de satisfação foram altas para consultas virtuais (90/100 para pacientes e 78/100 para médicos); mas a maioria dos pacientes que aderiu à consulta virtual prefere uma chamada telefônica do que uma chamada de vídeo.</p>	<p>Concluem com o estudo que as consultas virtuais podem ser implementadas rapidamente em resposta ao COVID-19 e que estas são aceitáveis. São necessárias iniciativas para apoiar as consultas virtuais para que sejam adequadas e aceitáveis além do COVID-19.</p>

Eleonora Cinelli,
Gabriella
Fabbrocini,
Davide Fattore,
Claudio Marasca,
Giovanni
Damiani, Maria
Carmela
Annunziata

Safe distance, safe patients! Therapeutic management of oncological patients affected by cutaneous and mucosal adverse events during the COVID-19 pandemic: an Italian experience

2020

No artigo relatam os resultados de uma pesquisa da tele dermatologia em 87 pacientes oncológicos, onde o estado de saúde de pacientes oncológicos encaminhados para clínica indicada foi avaliado durante a pandemia COVID-19.

Entre 87 pacientes que participaram, muitos apresentavam condições estáveis ou melhorias (n = 53) e apenas alguns pacientes (n = 14) exigiu uma mudança ou aumento da dose da terapia previamente prescrita.

Concluem que é fundamental que os pacientes oncológicos sejam acompanhados por seus dermatologistas, mesmo com as clínicas fechadas. A tele dermatologia representa um meio de comunicação crucial. Os pacientes podem entrar em contato com a equipa de dermatologia por e-mail e telefone, 24 horas por dia, 7 dias por semana, para videochamadas e consultas de dermatologia.

Kåre I. Birkeland

Some Lessons Learned About Diabetes and COVID-19 During the Early Stage of the Epidemic in Norway

2020

Neste artigo, o autor mostra as aprendizagens que aprendeu sobre o diabetes face ao COVID-19 na Noruega.

A Associação Norueguesa de Diabetes desempenhou um papel importante na divulgação de informações relevantes e qualificadas para pessoas com diabetes. Juntamente com médicos especialistas e a diretoria da saúde fortaleceram os meios digitais para atender às necessidades dos pacientes com diabetes e controlar estes, isto fez com que houvesse um aumento de adesão dos pacientes a este meio de comunicação.

No futuro, o autor prevê que a telemedicina será mais amplamente usada no tratamento do diabetes, para que as informações ao público e os pacientes será simplificado e reforçado em todas as plataformas de mídia e as medidas de higiene e proteção aplicadas em geral e nos ambulatórios serão fortalecidas para evitar infeções.

Giulio Perrone,
Stefania Zerbo,
Clio Bilotta,
Ginevra Malta,
Antonella Argo

*Telemedicine during
Covid-19 pandemic:
Advantage or critical
issue?*

2020

No artigo, os autores fazem um estudo da aplicação da telemedicina na situação pandemia num hospital em Itália.

A telemedicina será essencial mesmo após a pandemia para agilizar as visitas de ambulatório, e ao mesmo tempo limitar os custos, com benefícios significativos para o orçamento do Serviço Nacional de Saúde Pública da Itália.

Concluem, que a telemedicina pode oferecer um valioso suporte à atividade do médico, agilizando e facilitando seu trabalho. Apesar das suas vantagens, deve ser vista ferramenta para apoio à medicina tradicional. Nesse sentido, a pandemia Covid-19 representa um insumo positivo para a aceleração e o aprimoramento dessas ferramentas.

Alannah Smrke,
Eugenie Younger,
Roger Wilson,
Olga Husson,
Sheima Farag,
Eve Merry,
Aislinn Macklin-
Doherty, Elena
Cojocar, Amani
Arthur, MBChB,
Charlotte Benson,
,Aisha B. Miah,
Shane Zaidi,
Spyridon
Gennatas, and
Robin L. Jones

*Telemedicine During
the COVID-19
Pandemic: Impact on
Care for Rare Cancers*

2020

O objetivo do estudo foi avaliar o impacto da telemedicina em pacientes, médicos e atendimento na Unidade de Sarcoma do Royal Marsden Hospital (RMH) durante a pandemia.

De 379 consultas presenciais planejadas, 283 (75%) foram convertidas para telemedicina. As consultas presenciais permaneceram para os pacientes que precisavam de início urgente da terapia ou avaliação do desempenho. A satisfação do paciente (n = 108) com a telemedicina foi alta (média, 9/10), e apenas 48% (n = 52/108) não gostariam de ouvir más notícias através da telemedicina

A telemedicina pode revolucionar a prestação de cuidados contra o cancro, especialmente para pacientes com câncros raros que muitas vezes vivem longe de centros especializados. Autores demonstra que é necessária para o estudo uma avaliação dos benefícios do paciente e do médico sobre o impacto de longo prazo nos resultados do paciente e nos sistemas de saúde.

Rosa Capozzo,
Stefano
Zoccolella, Maria
Elisa Frisullo,
Roberta Barone,
Maria Teresa
Dell'Abate,
Maria Rosaria
Barulli, Marco
Musio, Miriam
Accogli,
Giancarlo
Logroscino

*Telemedicine for
Delivery of Care in
Frontotemporal Lobar
Degeneration During
COVID-19 Pandemic:
Results from Southern
Italy*

2020

Para o estudo fizeram a avaliação multidisciplinar de pacientes com DFT usando Telessaúde durante a pandemia de COVID-19.

Vinte e oito entrevistas clínicas foram realizadas com cuidadores e quatro com ambos os pacientes / cuidadores. A maioria dos pacientes e os cuidadores ficaram satisfeitos com a entrevista neurológica e expressaram sua vontade de continuar a ser incluídos nos programas de avaliação remota (90%). Cinquenta por cento dos pacientes experimentaram piora significativa do quadro clínico e da qualidade da vida desde o início do distanciamento social. A escala CDR-FTD revelou uma piora significativa do comportamento ($p = 0,01$) e funções da linguagem ($p = 0,009$), em comparação com a última avaliação presencial do centro.

O estudo indica que a telemedicina é uma ferramenta válida para a triagem de pacientes com o FTD para aumentar o alcance e a eficiência da prática

Stefano Negrini,
Carlotte Kiekens,
Andrea Bernetti.
Marianna
Capecchi, Maria G
Ceravolo,
Susanna Lavezzi,
Mauro Zampolini
and Paolo
Boldrini

*Telemedicine from
research to practice
during the pandemic.
“Instant paper from
the field” on
rehabilitation answers
to the Covid-19
emergency*

2020

Este artigo relata o conteúdo do terceiro webinar da Sociedade Italiana de Medicina Física e de Reabilitação (SIMFER) sobre “experiências de campo” impacto de Covid-19 na reabilitação (“Covinars”).

Foram relatadas como vantagens (luzes) da telemedicina a viabilidade, resultados, redução do isolamento, diminuição de custos, estímulo à inovação, satisfação de pacientes, familiares e profissionais além da desconfiança inicial. As desvantagens (sombrias) incluíram que a telemedicina pode se integrar, mas nunca vai substituir a base da reabilitação face a face no encontro entre seres humanos; idade e barreiras tecnológicas (ausência de dispositivos, má conexão e desconfiança humana). Também foram relatados possíveis problemas que incluíam privacidade e consentimento informado, pagamentos, dificuldades culturais em entender que a telemedicina na reabilitação.

Chegaram ao consenso final de que essa experiência será incorporada pelos participantes em seus serviços futuros e que o grande desafio é a mudança de hábitos dos pacientes e médicos perante a tecnologia.

Lorenzo Giuseppe Luciani, Daniele Mattevi, Tommaso Cai, Guido Giusti, Silvia Proietti, Gianni Malossini

Teleurology in the Time of Covid-19 Pandemic: Here to Stay?

2020

O objetivo do artigo é avaliar a implementação e os resultados da telemedicina no Departamento de Urologia do norte da Itália durante o surto da pandemia de Covid-19.

No geral, 415 de 928 (45%) pacientes agendados cancelaram sua consulta clínica ou foram cancelados por membros da equipa sem reagendamento. Os 523 (55%) casos restantes foram triados por meio de consulta telefônica em 295 (56%) e visita presencial em 228 (44%).

Com a pandemia foi necessário reorganização e flexibilidade da prestação de cuidados de saúde. Embora uma porção mínima da visita cara a cara (<10% 1 mês após o bloqueio) tenha sido preservada, principalmente para suspeita de malignidade ou condições potencialmente fatais, a telemedicina provou ser uma abordagem pragmática permitindo uma triagem eficiente de casos e proteção adequada para pacientes e médicos.

Eirik Årsand

The COVID-19 Pandemic Revealed the Importance and Shortcomings of Technologies for Diabetes Support

2020

O autor refere a dificuldade de alguns países na distribuição do medicamento agora na situação COVID-19, como os EUA em que cada paciente necessita de seguro para ter cuidados de saúde e os medicamentos são muito caros. Mostra também a situação COVID-19 na Noruega.

Atualmente existe monitores contínuos de glicose, monitores de atividade física, bombas de insulina e canetas que são capazes de coletar e compartilhar dados, mas o problema é que eles são em sua maioria enviados para servidores diferentes devido à “abordagem de silo” dos fornecedores, tornando difícil ou impossível analisar esses dados juntos de maneira eficiente. Isso precisa ser resolvido para fazer os melhores serviços e ajudar os pacientes.

O autor conclui com a ideia que para possíveis pandemias futuras, apesar de ser algo negativo deve ser ver como oportunidade de encorajamento para a continuação do trabalho em direção a melhores rotinas, melhores ferramentas e melhor uso de tecnologias no futuro.

Thomas Timmers
Loes Janssen,
Joep Stohr, J L
Murk, M A H
Berrevoets

Using eHealth to Support COVID-19 Education, Self-Assessment, and Symptom Monitoring in the Netherlands: Observational Study

2020

O objetivo deste estudo observacional é avaliar o uso que as pessoas fazem de uma aplicação para apoiá-las na educação do COVID-19, na autoavaliação e no monitoramento da própria saúde por um período de 7 dias.

Como resultados deste estudo, entre 1º de abril e 20 de abril de 2020, um total de 6.194 pessoas fizeram download da aplicação. A funcionalidade de autoavaliação foi amplamente utilizada para verificar o estado de saúde de alguém. No total, 5.104 pessoas responderam à pergunta sobre sintomas graves, das quais 242 indicaram sofrer de sintomas graves. Um total de 4.929 pessoas responderam à pergunta sobre sintomas leves, dos quais 3.248 indicaram sofrer destes. Os dados foram aplicados com sucesso num mapa interativo que exhibe dados demográficos do usuário e o seu status de saúde. Os usuários ficaram satisfeitos com a aplicação. No total, 102 usuários procuraram um provedor de saúde, levando a 91 contatos.

Neste estudo, os autores demonstram o sucesso da implementação e o uso bem-sucedidos de uma aplicação. Com os dados da aplicação puderam vincular os dados aos resultados da triagem COVID-19 do laboratório de microbiologia do Hospital. Esses dados poderão apoiar os formuladores de políticas e prestadores de cuidados de saúde a obter informações valiosas sobre a distribuição regional da carga de infecção e do consumo de cuidados de saúde.

Tabela 21. Descrição dos Artigos Incluídos para o estudo