

TELECONSULTAS: Ir ao Hospital Sem Sair de Casa Implicações na Relação Médico-Doente

TELECONSULTATIONS: Go to the Hospital Without Leaving Home Implication to the Doctor/Patient Relationship

Daniel Ferreira

Palavras-Chave: Consulta Remota; Relação Médico-Doente; Telemedicina.

Keywords: Physician-Patient Relations; Remote Consultation; Telemedicine.

Os Sistemas Nacionais de Saúde (SNSs) enfrentam actualmente o desafio de proporcionar cuidados de saúde de melhor qualidade e, ao mesmo tempo, conter os custos inerentes a esses cuidados.

Consequentemente, novas estratégias organizacionais devem ser identificadas para melhorar os cuidados primários de saúde e a sua ligação com os cuidados secundários, em termos de eficácia e pontualidade das intervenções. A telemedicina (TM), definida como o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para apoiar a prestação de cuidados de saúde à distância,¹ representa uma excelente solução para melhorar o acesso em áreas remotas, actualmente bem aceite por profissionais de saúde² e cidadãos.³

A aplicação mais útil da TM nos cuidados primários é a possibilidade de fornecer consultas especializadas, geralmente conhecidas como teleconsultas, aos médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF).^{4,5} Vários trabalhos do início deste século demonstraram que as teleconsultas para apoio de várias especialidades a médicos de MGF são viáveis⁶ e efetivas,⁷⁻⁹ têm o potencial para reduzir custos,^{10,11} para oferecer benefícios organizacionais^{12,13} e para melhorar a satisfação dos doentes.¹⁴

Os méritos das teleconsultas para uma mais racional utilização dos meios técnicos e humanos disponíveis foi reconhecida pelo Ministério da Saúde de Portugal, nomeadamente ao publicar o Despacho Regulamentar n.º 3571/2013 no qual se pode ler:

... “A utilização da ferramenta da Telemedicina (teleconsultas e telemonitorização) permite a observação, diagnóstico, tratamento e monitorização do utente o mais próximo possível da sua área de residência, trabalho ou mesmo em sua casa. Das inúmeras experiências de âmbito regional, ficou provada em Portugal a utilidade desta forma de tecnologias de Saúde em linha (e -Saúde), como uma ferramenta inovadora que permite a política de proximidade entre profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde e utentes que os recebem.

Os vários grupos de trabalho que se debruçaram sobre a matéria apontam como vantagens das teleconsultas a “redução” das distâncias entre os serviços de saúde e os utentes, redução de deslocações desnecessárias, maior rapidez de resposta nalgumas especialidades e maior apoio àqueles que trabalham e vivem em áreas mais distantes.

A Teleconsulta aumenta a acessibilidade às consultas de Especialidades Médicas, aumenta a equidade, proporcionando a possibilidade de todos os utentes receberem a melhor qualidade de cuidados de saúde, reduz os custos associados (transportes e absentismo) e reduz as “distâncias” entre cuidados de saúde primários e especializados.”...

Neste mesmo Despacho Regulamentar, determina-se que os estabelecimentos do SNS devem implementar programas de Teleconsulta e de Telemonitorização para apoio aos doentes que delas possam beneficiar.

No entanto, o modelo de Teleconsultas previsto neste Despacho prevê apenas a comunicação médico/médico (neste caso MGF/especialidade hospitalar) mas não a possibilidade de efectuar consultas médico/doente como já é uma realidade muito comum em vários países, nomeadamente em países Europeus e Norte-Americanos.

Este facto está em linha com os resultados de um estudo de 2007 de Andreassen HK *et al* no qual foi analisada a utilização da Internet, para assuntos relacionados com a saúde, pelas populações de sete países europeus, entre os quais Portugal, e no qual se verificou que os países do Sul da Europa, nomeadamente Grécia e Portugal, tinham as mais baixas percentagens de utilizadores da Internet que a usavam para assuntos relacionados com saúde.³

Coordenador da Cardiologia Clínica – Centro Cardiovascular – Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal
Director Clínico do Hospital da Luz Centro Clínico Digital

<http://revista.spmi.pt> – DOI: 10.24950/rspm/Opinio/1/2018

TELECONSULTAS Médico/Doente

A Telemedicina foi também definida com um sistema de prestação de cuidados que utiliza as telecomunicações e as tecnologias computadorizadas para substituir as interações face-a-face entre doentes, médicos e outros profissionais de saúde em diferentes combinações. As teleconsultas envolvem a utilização de equipamentos de videoconferência, instalados em ambos os locais, de modo que os doentes e os clínicos possam ver-se e falar à distância. Estes sistemas permitem que a voz, a imagem, textos e ficheiros de computador possam ser transmitidos dum local para o outro.

As populações-alvo e os maiores beneficiários das teleconsultas são os doentes que habitem em regiões remotas e/ou estejam institucionalizados, com dificuldades na acessibilidade aos cuidados de saúde ou no transporte para os hospitais e centros de saúde, mas também os profissionais activos que têm dificuldade em se ausentar dos seus locais de trabalho para a realização de consultas presenciais nos estabelecimentos de saúde.

As teleconsultas têm, deste modo, o mérito de evitar deslocações e perdas de tempo em transportes e salas de espera, com consequentes prejuízos económicos (como despesas de deslocação e perdas salariais, entre outros).

A enorme disseminação de computadores portáteis, *tablets* e *smartphones*, munidos de câmaras de vídeo embutidas e de elevada qualidade, e de funcionalidades de comunicações sem fios, veio facilitar grandemente a possibilidade de efectuar videoconferências e aumentar de modo muito significativo o número de potenciais utilizadores destas tecnologias para a realização das teleconsultas.

Estes factores conduziram ao aparecimento de vários modelos de teleconsultas médico-doente em vários países e também entre nós. Vários prestadores de cuidados de saúde, e mesmo algumas seguradoras, disponibilizam serviços nos quais médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde estão disponíveis para serem contactados por teleconsulta para prestação de aconselhamento (e eventual encaminhamento) sobre problemas relacionados com a saúde dos utilizadores dessas plataformas.

A disseminação destas plataformas levantou (e levanta ainda hoje) várias questões do foro ético, moral e mesmo legal. Exemplos destas preocupações são a protecção de dados pessoais sensíveis (como o são todos os dados de saúde dos cidadãos), com a confidencialidade das teleconsultas, com os riscos de aconselhamento de atitudes ou mesmo de terapêuticas farmacológicas, a doentes que são avaliados pela primeira vez e à distância, sem possibilidade de efectuar um exame físico dos mesmos.

Estes receios (e outros mais ou menos infundados) levam algumas organizações a condenarem, dum modo generalizado e indiscriminado, o recurso às teleconsultas médico/doente, privando assim os seus potenciais beneficiários

duma alternativa já suficientemente testada e validada em múltiplos estudos internacionais, salvaguardadas que estejam as questões da protecção dos dados sensíveis.

A principal objecção levantada por algumas destas organizações reguladoras está baseada no pressuposto que toda a consulta (médica, de enfermagem ou outra) tem de ter, obrigatoriamente, um exame físico do doente, sem o qual aquele acto médico não poderá ser chamado de “consulta”. Ora as mesmas instituições não levantam o mesmo tipo de objecções a outros actos médicos praticados aos milhares no dia-a-dia da grande maioria dos profissionais de saúde, quando estes disponibilizam os seus contactos (números de telemóvel, de telefone fixo ou endereços de *email*, por exemplo) para manterem o contacto com os seus doentes e, deste modo, os aconselhar quando se levantem questões de saúde, que possam eventualmente surgir no decurso do evoluir das suas situações clínicas.

As interacções entre médicos e doentes por estas vias (alternativas às consultas presenciais) são muitíssimo frequentes e envolvem, também elas, riscos acrescidos de aconselhamento baseado na memória do profissional de saúde em relação a todos os detalhes do histórico clínico do seu doente (com risco por exemplo de prescrição telefónica de fármacos aos quais o doente é alérgico ou intolerante), uma vez que, na maioria dos casos, o médico não está perante o processo clínico (electrónico ou em papel).

Estes riscos são seguramente maiores do que os que existiriam numa teleconsulta na qual o profissional de saúde está a ver o doente, podendo analisar, entre outras, a comunicação não verbal, e está munido do processo clínico do seu doente no qual pode consultar todos os dados que sejam relevantes para o melhor manejo da sua situação clínica.

Veja-se, por exemplo, o que acontece quando alguém liga para o 112 ou para a linha Saúde 24. Alguém do outro lado da linha (um operador ou médico do Centro de Orientação de Doentes Urgentes no caso do INEM ou um enfermeiro, no caso da linha Saúde 24) analisa as queixas de quem liga e, seguindo algoritmos de decisão pré-definidos, dá orientações, conselhos ou mobiliza meios de socorro, em função dos dados obtidos pelo telefone e da gravidade da situação avaliada por essa via. Ninguém questiona, e bem, os méritos destes sistemas de apoio aos seus utilizadores.

Existem seguramente muitas situações clínicas que podem igualmente ser orientadas à distância e dispensando o exame físico, por profissionais de saúde devidamente treinados na utilização de protocolos de triagem previamente testados e validados.

A TELECONSULTA na gestão da doença crónica

Reconhecidos que sejam os méritos da realização de teleconsultas médico/doente, com todas as vantagens indicadas acima para todos os intervenientes, podem ser múltiplos os

cenários clínicos nos quais seja viável, eficaz, segura e custo-efectiva a realização de teleconsultas médico/doente.

Entre os múltiplos cenários possíveis, destaca-se a gestão de doenças crónicas pelos médicos-assistentes dos doentes.

São já muito variadas as situações clínicas crónicas estáveis nas quais foram avaliados os méritos do seguimento à distância dos doentes pelos respectivos médicos assistentes (especialmente de MGF mas também de várias outras especialidades responsáveis pelo seu seguimento).

Situações clínicas crónicas e relativamente pouco complexas como sejam a hipertensão arterial, as dislipidemias, a obesidade, as perturbações do sono, as cefaleias, a desabitução tabágica, a depressão ou estados de ansiedade “menor”, os distúrbios alimentares são apenas alguns dos exemplos de patologias nas quais o médico assistente, que já conheça bem o seu doente, depois de uma ou várias consultas presenciais prévias, pode convidar o seu doente a manter uma interacção através de teleconsultas mais frequentes do que seria exequível fazer através de consultas presenciais, face às disponibilidades existentes para marcação de consultas subsequentes nas instituições de saúde.

Interacções mais frequentes entre o médico (ou outro profissional de saúde) e os seus doentes, permitem um acompanhamento mais efectivo da sua patologia crónica, permitindo um esclarecimento mais atempado de dúvidas dos doentes, um mais frequente acompanhamento da aderência às medicações prescritas e dos hábitos de vida saudáveis e minimizando os riscos inerentes a interrupções nas medicações crónicas (por dificuldades na renovação de prescrições por exemplo).

A TELECONSULTA para comunicação de resultados de MCDTs

Uma outra área de grande utilidade das teleconsultas reside na possibilidade de interacção entre o médico e o seu doente após a realização de um ou mais meios complementares de diagnóstico (MCDTs) requisitados numa consulta presencial prévia.

São múltiplos os exemplos de situações clínicas nas quais os médicos prescrevem a realização de MCDTs numa consulta presencial e que, mais tarde, avaliam os seus resultados após a sua realização, na mesma ou noutra instituição. Frequentemente existe a necessidade da discussão desses MCDTs com os doentes, para lhes comunicar os seus resultados e as suas implicações no diagnóstico, *follow-up* e prognóstico da sua doença. Também frequentemente o doente não necessitaria de se deslocar ao hospital ou centro de saúde para que lhe fosse comunicado este resultado. Esta discussão é hoje muitas vezes efectuada por telefone (e também frequentemente por *email*), sem que o médico avalie, da forma mais adequada, se o seu doente entendeu bem os resultados e suas implicações ou que tenha tempo para esclarecimento das dúvidas dos doentes.

Uma vez que muito frequentemente esta discussão dos

resultados dos MCDTs previamente efectuados dispensa a realização de novo exame físico do doente, as teleconsultas podem permitir uma mais eficaz e atempada comunicação médico-doente, permitindo também avaliar a comunicação não verbal do doente e, deste modo, avaliar o grau de percepção do mesmo relativo às informações deste modo transmitidas.

Um exemplo organizativo

Para que as teleconsultas possam ser efectuadas de modo eficaz e seguro, as organizações necessitam de implementar sistemas de TIC também elas seguras e eficazes.

Com o objectivo de criar uma solução de teleconsultas, para seguimento de doentes com patologias crónicas estáveis ou de comunicação de resultados de MCDTs, foi criado na rede da Luz Saúde o Hospital da Luz Centro Clínico Digital.

Depois de nomeada uma Direcção Clínica, autónoma das restantes Direcções Clínicas das várias unidades da rede, foram nomeados responsáveis de cada especialidade para, em estreita colaboração com a Direcção Clínica, serem definidas as patologias crónicas passíveis e as não passíveis, de serem seguidas em teleconsultas pelos médicos-assistentes.

Depois de definidos os critérios clínicos de cada especialidade, os médicos dessa especialidade são convidados a participar numa formação específica na qual recebem informação sobre o Centro Clínico Digital (CCD) e treino sobre como utilizar as tecnologias de áudio e vídeo que dão suporte às teleconsultas.

Uma vez recebida esta formação, cada médico assina um consentimento para participação no CCD, especificando que conhece e se compromete a cumprir os procedimentos do CCD, sendo-lhe então atribuídos privilégios para participar em teleconsultas.

Posteriormente, cada médico identifica os doentes que preenchem os critérios definidos para seguimento à distância da sua situação crónica e convidam os mesmos para este tipo de seguimento. Em caso de anuência dos doentes, os mesmos assinam um consentimento informado específico para este tipo de seguimento.

Segue-se a marcação das teleconsultas em horário pré-determinado na agenda do profissional de saúde.

No caso do seguimento de doenças crónicas, o doente é convidado a fazer registos de alguns parâmetros de saúde relevantes para o seu caso (ex.: peso, pressão arterial, glicemias, calendário feminino, episódios de cefaleias, entre outros) no intervalo entre consultas. Estes registos são depois analisados em conjunto pelo profissional e pelo doente no decorrer das teleconsultas.

Cada teleconsulta decorre em moldes exactamente idênticos aos de uma consulta presencial (incluindo registos pelo profissional de saúde dos dados clínicos relevantes no registo electrónico do doente) com excepção do exame físico que não é, obviamente, efectuado.

No final de cada consulta é acordado entre o profissional de saúde e o seu doente a data da próxima consulta e o seu tipo (se teleconsulta ou presencial). Quer um quer outro dos intervenientes pode solicitar que a consulta seguinte seja presencial, sendo aconselhado a todos os médicos que alternem entre os dois tipos de consulta com periodicidade variável em função da patologia do doente e seu grau de cronicidade e de estabilidade.

Com este esquema organizativo, aqui muito sumariamente descrito, foram já incluídas 12 especialidades, de quatro unidades diferentes da rede da Luz Saúde e mais de 250 doentes de 11 países diferentes e de várias regiões de Portugal Continental e Ilhas.

Grau de satisfação com as teleconsultas

Mas no final do dia, o que pensam os principais destinatários destas iniciativas, os doentes, das teleconsultas?

A esmagadora maioria dos programas de TM com teleconsultas médico/doente relatam elevados graus de satisfação dos doentes em relação à utilização destas novas metodologias para o seguimento das suas doenças.

Os aspectos positivos mais frequentemente apontados pelos doentes são a mais fácil acessibilidade aos seus médicos/profissionais de saúde, a dispensa da necessidade de deslocação à clínica/hospital/centro de saúde, os ganhos económicos e de tempo envolvidos, a maior facilidade em comunicar e tirar dúvidas com o seu médico relativas à sua doença ou estado de saúde. São mesmo frequentes os relatos de doentes que mencionam que o seu médico os ouve e olha para eles mais tempo na teleconsulta do que nas consultas presenciais o que, obviamente, muito os satisfaz.

Já no início deste século Mair F *et al* publicaram uma revisão sistemática sobre o grau de satisfação dos doentes em relação à TM.¹⁵ Neste trabalho foram analisados 32 artigos de outros tantos programas de TM em diferentes contextos clínicos, concluindo os autores que, na grande maioria dos textos foi reportada pelos respectivos autores um elevado grau de satisfação dos doentes mas também que, por outro lado, as metodologias empregues e os parâmetros para avaliar a satisfação dos doentes eram demasiado heterogêneos para se traçarem conclusões definitivas.

E como fica a relação médico-doente?

É importante lembrar que a TM é simplesmente a aplicação de ferramentas de TIC à prática médica. O telefone desumanizou o relacionamento médico/doente? Claramente não. Pelo contrário. Muitos médicos falam com alguns dos seus doentes no telefone todos os dias, para lhes dar conselhos ou adaptar o seu tratamento. Isso reforça o vínculo humano - não o enfraquece.

A TM não envolve transformar um doente em algum tipo de ser coberto por sensores e equipamentos de monitorização. Os doentes são pessoas em primeiro lugar e pessoas vulne-

ráveis porque estão doentes. As práticas de TM só podem ser implementadas com o consentimento do doente, testemunhado pelo seu médico ou outro profissional de saúde. A TM dá uma sensação de presença médica, com a oportunidade de estabelecer contacto com um consultor especializado e é reconfortante para o doente, criando um ambiente médico-social virtual. Elimina a necessidade de pessoas que são deficientes ou que dependem de cuidados para fazer viagens difíceis - com a condição, é claro, de que seu estado de saúde lhes permita receber o mesmo padrão de cuidados através da tecnologia de informação médica utilizada como eles receberiam num hospital ou clínica.

Uma vez que a TM é uma intervenção médica, aplicam-se todas as obrigações éticas prescritas pelo código de ética da nossa Ordem dos Médicos que aliás contém um capítulo específico sobre esta temática. Todas as atividades de TM devem estar sujeitas a protocolos e regras para boas práticas, definidas em conjunto com os médicos interessados e outros profissionais de saúde (particularmente enfermeiros), e com os hospitais e/ou clínicas envolvidas.

Os cuidados prestados devem ser da mesma qualidade que em hospitais e clínicas, permitindo que os doentes (muitas vezes idosos) permaneçam em suas próprias casas ou onde quer que vivam normalmente.

Portanto, precisamos ser racionais sobre este tema e não demonizar a TM ou louvá-la em demasia. Deve ser empregue, quando útil e permita que o tratamento do doente seja melhorado, em todas as áreas da medicina. É apenas uma nova forma de prática médica. Isso pode significar que a organização dos cuidados de saúde deve ser estruturada de forma diferente, mas deve ser vista, em primeiro lugar, não como uma façanha de proeza tecnológica, mas como um novo recurso que está a ser desenvolvido para ajudar as pessoas. ■

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Recebido: 20/12/2017

Aceite: 28/01/2018

Correspondência: Daniel Ferreira – dferreira@hospitaldaluz.pt
Centro Cardiovascular do Hospital da Luz Lisboa, Avenida Lusíada
100-1500-650 Lisboa

REFERÊNCIAS

1. Institute of Medicine. Committee on Evaluating Clinical Applications of Telemedicine. In A Guide to Assessing Telecommunications in Health Care. Washington: National Acad Press; 1996.
2. Richards H, King G, Reid M, Selvaraj S, McNicol I, Brebner E, et al. Remote working: survey of attitudes to eHealth of doctors and nurses in rural

- general practices in the United Kingdom. *Fam Pract*. 2005; 22:2-7.
3. Andreassen HK, Bujnowska-Fedak MM, Chronaki CE, Dumitru RC, Pudule I, Santana S, et al. European citizens' use of Ehealth services: a study of seven countries. *BMC Public Health*. 2007; 7:53.
 4. Wallace P, Haines A, Harrison R, Barber J, Thompson S, Jacklin P, et al. Joint teleconsultations (virtual outreach) versus standard outpatient appointments for patients referred by their general practitioner for a specialist opinion: a randomised trial. *Lancet*. 2002; 359:1961-8.
 5. Clark RA, Inglis SC, McAlister FA, Cleland JG, Stewart S. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2007; 334:942-50.
 6. Scalvini S, Tridico C, Glisenti F, Giordano A, Pirini S, Peduzzi P, et al. The SUMMA Project: a feasibility study on telemedicine in selected Italian areas. *Telemed J E Health*. 2009; 15:1-9.
 7. Vlek JF, Vierhout WP, Knotnerus JA, Schmitz JJ, Winter J, Wesselingh-Megens AM, et al. A randomised controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. *Br J Gen Pract*. 2003; 53:108-12.
 8. Bowns IR, Collins K, Walters SJ, McDonagh AJ. Telemedicine in dermatology: a randomised controlled trial. *Health Technol Assess*. 2006; 10:1-39.
 9. Scalvini S, Zanelli E, Palettaw L, Benigno M, Domeneghini D, De Giulii F, et al. Chronic heart failure home-based management with a telecardiology system: a comparison between patients followed by general practitioners and by a cardiology department. *J Telemed Telecare*. 2006; 12(S1):46-8.
 10. Whitten PS, Mair FS, Haycox A, May CR, Williams TL, Hellmich S. Systematic review of cost effectiveness studies of telemedicine interventions. *BMJ*. 2002; 324:1434-7.
 11. Jacklin PB, Roberts JA, Wallace P, Haines A, Harrison R, Barber JA, et al. Virtual outreach: economic evaluation of joint teleconsultations for patients referred by their general practitioner for a specialist opinion. *BMJ*. 2003; 327:84.
 12. Finch TL, Mair FS, May CR. Teledermatology in the U.K.: lessons in service innovation. *Br J Dermatol*. 2007; 156:521-7.
 13. Larsen F, Gjerdrum E, Obstfelder A, Lundvoll L. Implementing telemedicine services in northern Norway: barriers and facilitators. *J Telemed Telecare*. 2003; 9(S1):17-8.
 14. Harrison R, MacFarlane A, Murray E, Wallace P. Patients' perceptions of joint teleconsultations: a qualitative evaluation. *Health Expect*. 2006; 9:81-90.
 15. Mair F, Whitten P. Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. *BMJ*. 2000 ;320:1517-20.