

Janeiro de 2023

# **RELATÓRIO DE ATIVIDADES EM TELESAÚDE 2022 E PLANO DE AÇÃO PARA 2023**

**PROMOTOR INTERNO DE TELESAÚDE**

## ÍNDICE

<b>1</b>	<b>ENQUADRAMENTO</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>ATIVIDADES EM TELESÁUDE REALIZADAS EM 2022</b>	<b>2</b>
	<b>2.1. TRIAGEM DE INTERNAMENTO</b>	<b>3</b>
	2.1.1. Diagnóstico do problema e objetivos da solução	3
	2.1.2. Metodologia de implementação	3
	2.1.3. Monitorização e alteração de procedimentos	3
	2.1.4. Avaliação de resultados	4
	<b>2.2. TELECONSULTAS SUBSEQUENTES</b>	<b>9</b>
	2.2.1. Diagnóstico do problema e objetivos da solução	9
	2.2.2. Metodologia de implementação	10
	2.2.3. Monitorização	10
	2.2.4. Avaliação de resultados	10
	<b>2.3 TELEFORMAÇÃO EM TELESÁUDE</b>	<b>12</b>
<b>3.</b>	<b>Auditoria IGAS</b>	<b>12</b>
<b>4.</b>	<b>Plano de Ação de Telesaúde para 2023</b>	<b>14</b>
	4.1. Teleconsultas	14
	4.2. Teleformação	14
	4.3. Teleconsultadoria	15
	4.4. Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Telerreabilitação	15
	4.5 Criação de Repositório de Conhecimento e divulgação de medidas de Boas Práticas	16
<b>5</b>	<b>Reflexão final</b>	<b>17</b>

## 1. ENQUADRAMENTO

Serve o presente relatório para documentar a atividade realizada no âmbito da Telesaúde durante o ano de 2022 e apresentar proposta de plano de ação para 2023.

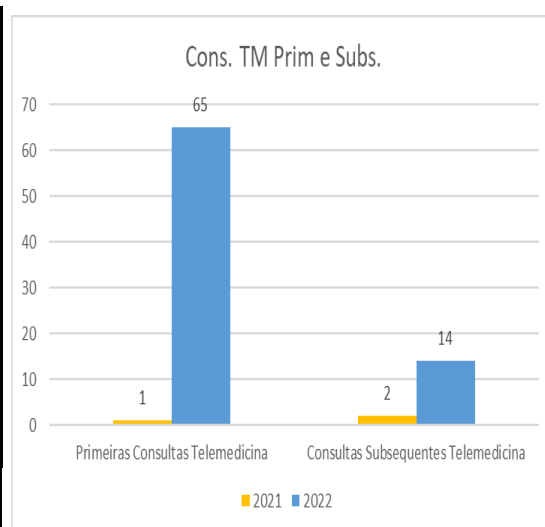
Como base de trabalho tomou-se o Plano de Ação para o triénio 2021-2024 aprovado pelo Conselho Diretivo a 7/12/2021 (anexo I).

## 2. ATIVIDADES EM TELESÁUDE REALIZADAS EM 2022

De acordo com as prioridades estabelecidas no Plano de Ação de Telesaúde, foram implementadas em 2022 atividades de Telesaúde em 2 áreas: teleconsultas de Triagem de internamento e Teleconsultas de seguimento (subsequentes). A tabela 1 compara a casuística da Consulta Externa entre 2021 e 2022. Houve um aumento de 6400% nas primeiras consultas de Telemedicina e de 600% nas consultas subsequentes. Apesar deste aumento, o número total de teleconsultas realizadas representou uma percentagem pequena do volume total de consultas, tendo sido realizadas em 2022 um total de 79 teleconsultas de um total de 3902 consultas, representando apenas 2%.

Tabela 1: casuística da Consulta Externa 2021-2022

Atividade Clínica	2021	2022	Var. Q. 2022/2021	Var. %. 2022/2021
<b>Total Consulta Externa Médica</b>	<b>4952</b>	<b>3902</b>	<b>-1050</b>	<b>-21%</b>
Primeiras Consultas Médicas presenciais	2025	1553	-472	-23%
<b>Primeiras Consultas Telemedicina</b>	<b>1</b>	<b>65</b>	<b>64</b>	<b>6400%</b>
Consultas Médicas Subsequentes presenciais	2756	2158	-598	-22%
<b>Consultas Subsequentes Telemedicina</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>600%</b>
<b>Total Consultas Telemedicina (1.º e 2.ª)</b>	<b>3</b>	<b>79</b>	<b>76</b>	<b>2533%</b>



## **2.1. TRIAGEM DE INTERNAMENTO**

### **2.1.1. Diagnóstico do problema e objetivos da solução**

Até 2021 o circuito de triagem para internamento caracterizava-se pela receção de um pedido de internamento via mail (mail específico para a triagem de internamento), o qual era visualizado pelos diretores dos Serviços de RGA e de LM. Os Diretores de Serviço analisavam a informação clínica anexa a esse pedido e agendavam uma consulta presencial para verificação de critérios de internamento, funcionando na prática a primeira consulta como uma consulta presencial de triagem para verificação de critérios de internamento. A partir do segundo trimestre de 2022 foi criada uma consulta de triagem prévia à consulta presencial de internamento, com o objetivo de aumentar a eficiência e efetividade. Foi proposto que essas consultas de triagem fossem realizadas por teleconsulta entre os Diretores de Serviço do CMRRC-RP e o médico referenciador, com o intuito de evitar deslocações desnecessárias de doentes.

### **2.1.2. Metodologia de implementação**

Na elaboração do plano de ação foi usada a abordagem *user-centered*, evidente pelos anexos que incluem as propostas dos vários Diretores de Serviço e pelos diversos grupos profissionais. A proposta da criação da teleconsulta de triagem de internamento partiu dos próprios Diretores de Serviço. Iniciou-se o processo de implementação por um dos Serviços de internamento – Reabilitação Geral de Adultos (RGA), constituindo este o Serviço piloto. A atividade no Serviço de Lesionados Medulares (LM) foi residual e de carácter experimental durante o ano de 2022 (verificação de equipamentos e de procedimentos).

No seguimento deste plano, foi elaborado e divulgado o Manual Prático de Teleconsulta (ver anexo II). Este manual tem 3 partes, uma dirigida ao médico, outra ao assistente técnico (que agenda e efetiva a teleconsulta) e outra ao doente. Sempre que necessário este manual foi facultado aos doentes e a outras entidades de saúde de forma a otimizar o circuito de informação.

De forma a garantir a adequada comunicação entre hospitais, foram contactados os diretores de serviço de MFR dos hospitais da região Centro, aos quais foi explicado o projeto.

### **2.1.3. Monitorização**

Foram sendo realizadas ao longo do ano reuniões periódicas informais com os diretores de serviço de RGA e de LVM, de forma mais frequente com o diretor do Serviço piloto (RGA), para

auscultar possíveis dificuldades. Nessas reuniões foi identificado que o agendamento de teleconsultas estava a ser incorretamente realizado, sendo contabilizadas como teleconsultas apenas as consultas realizadas através do RSE Live (as consultas por telefone eram contabilizadas como «consultas sem presença física»). Por definição uma teleconsulta é aquela que é realizada remotamente através de meios de tecnologia de informação e comunicação, podendo estes ser de *low tech* (EX: o telefone) ou *high tech* (Ex: plataforma de videochamada). Essa situação foi identificada no primeiro trimestre e corrigida posteriormente, o que significa que a contabilização das teleconsultas em 2022 ficou aquém do número efetivamente realizado. Foi necessário proceder a esclarecimentos e formação para correção dos procedimentos, encontrando-se corrigidos à data atual os procedimentos inerentes ao agendamento das teleconsultas. As consultas de triagem apenas por consulta de informação clínica, sem recurso a TIC para esclarecimentos entre médico referenciador e médico triador mantêm-se como «consultas sem presença física». Quando é utilizado o telefone ou uma plataforma de videochamada (como o RSE Live) para essa consulta de triagem entre profissionais de saúde, a consulta de triagem é registada como «teleconsulta».

#### **2.1.4. Avaliação de resultados**

A avaliação de resultados reveste-se de uma importância crucial uma vez que permite fazer o ponto da situação atual e uma reflexão sobre as metas que se pretendem atingir no futuro, isto é, perceber onde estamos e para onde queremos ir. Para tal, as métricas devem ser objetivas e, idealmente, abrangerem as várias vertentes de Governação Clínica. Os indicadores mais utilizados nesta avaliação são os indicadores de produção. No entanto, pretende-se, dentro do possível, uma visão mais holística. No cenário macroeconómico em que vivemos, os indicadores económicos são úteis para avaliar o impacto económico de um projeto, embora a sua avaliação se revista de nuances que podem dificultar uma aferição exata, contrariamente aos indicadores de produção. Finalmente, a aferição de indicadores de qualidade é um aspeto que qualquer instituição de saúde deseja medir, nomeadamente a qualidade percebida pelos utilizadores de determinado serviço clínico, quer sejam os doentes que recebem esses serviços, quer sejam ou os profissionais de saúde que os executam; estes indicadores nem sempre têm o mesmo nível de objetividade das métricas anteriormente referida. No caso da avaliação da qualidade dos serviços em Telesaúde, é fundamental a adesão dos utilizadores para responderem a questionários de satisfação e de usabilidade; a avaliação de resultados, para ser estatisticamente significativa depende da taxa de respostas. Uma vez que o ano de 2022 foi o ano de implementação da Telesaúde, com um número

de atos em Telesaúde crescente e com necessidade de ajustes de procedimentos, optou-se por não se implementar questionários de satisfação, perspetivando-se para iniciar em 2023.

### **Indicadores de produção**

Anteriormente a 2022 não havia métricas iniciais com que comparar pois não eram distinguidas as primeiras consultas para avaliar critérios de internamento (estavam incluídas nas primeiras consultas) e não existia a figura de «consulta de triagem de internamento». Pressupõe-se que o número das consultas de triagem de internamento seria maior que o número de primeiras consultas que geraram a o total de internamentos e correspondessem ao número de pedidos de internamento. Previamente a 2022 os pedidos de internamentos geravam primeiras consultas presenciais onde o médico do CMRRC RP avaliava se o doente reunia critérios de internamento. Apenas no segundo trimestre de 2022 se criou a figura de «Consulta de Triagem de Internamento». Para aferir quais as teleconsultas que foram utilizadas para consulta de triagem de internamento foi necessário analisar individualmente cada episódio de teleconsulta.

A tabela 2 mostra o resumo no nº total de episódios de internamento em cada um dos Serviços de internamento (admissões ocorridas durante o ano de 2022), o número total das Consultas de Triagem de Internamento realizadas por cada um desses Serviços em 2022 contabilizadas no SONHO e aferidas por consulta do processo clínico, discriminando qual a percentagem que foi realizada com recurso a Teleconsulta. Verifica-se que o Serviço de RGA realizou 67 consultas de triagem de internamento, sendo que 41% das teleconsultas de triagem de internamento não resultaram em internamento, tendo sido possível aferir se o doente aferia critérios de internamento sem o desconforto do deslocamento do doente. Das consultas de triagem realizadas, 42 foram registadas como teleconsultas; após análise individual do registo clínico das 67 consultas de triagem verificou-se que 61 foram de facto teleconsultas de triagem de internamento, o que corresponde a uma percentagem de erro de registo de 31%.

O tempo médio entre a realização de teleconsulta e o internamento foi de 17 dias dos 38 doentes internados após a realização da teleconsulta de triagem de internamento.

Tabela 2: episódios de internamento e consultas de triagem de internamento

Serviço de Internamento do CMRRC-RP	Nº Total de episódios de internamento	Nº Total de consultas de triagem para internamento Registadas	%	Nº Total de teleconsultas de triagem de internamento		Δ Realizadas/Registadas		Nº de teleconsultas de triagem de internamento realizadas que não resultaram em internamento	%
				Registadas	Realizadas	Δ	% Erro no Registo		
RGA	137	67	49%	42	61	19	31%	25	41
LVM	139	1	0,70%	0	3	3	100%	1	33%
<b>Total</b>	<b>276</b>	<b>68</b>	<b>25%</b>	<b>42</b>	<b>64</b>	<b>22</b>	<b>34%</b>	<b>26</b>	<b>41%</b>

Tabela 2: casuística das consultas de triagem internamento no total de internamentos

### Caracterização das Teleconsultas de triagem de internamento Realizadas em 2022

As figuras 1, 2, 3 e 4 descrevem a origem do pedido de internamento, a caracterização demográfica dos doentes (género e idade) e o diagnóstico principal.

Fig 1: Origem do pedido de internamento

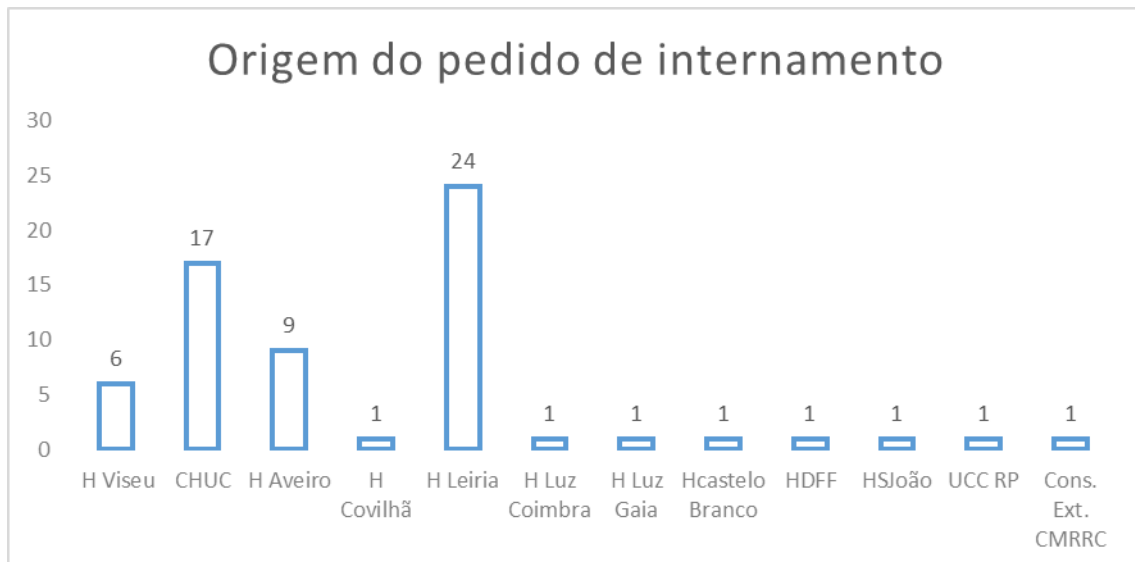


Fig 2: Género

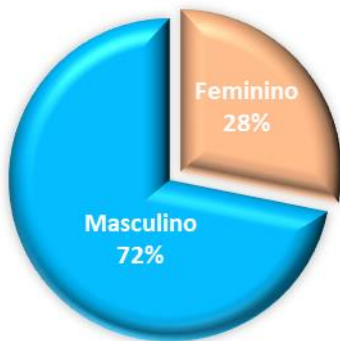


Fig 3: Idade

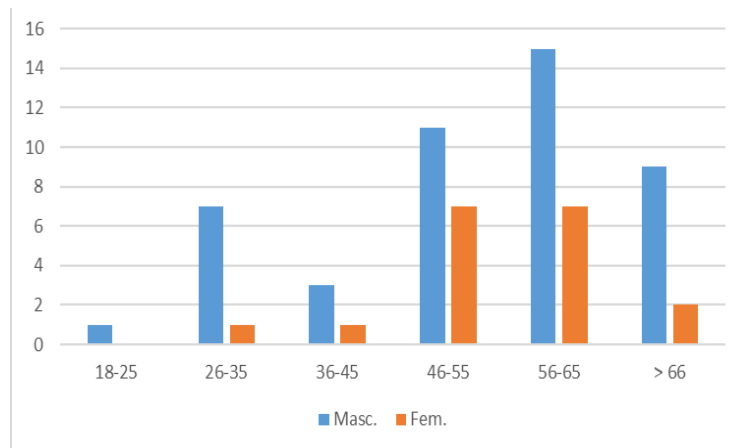
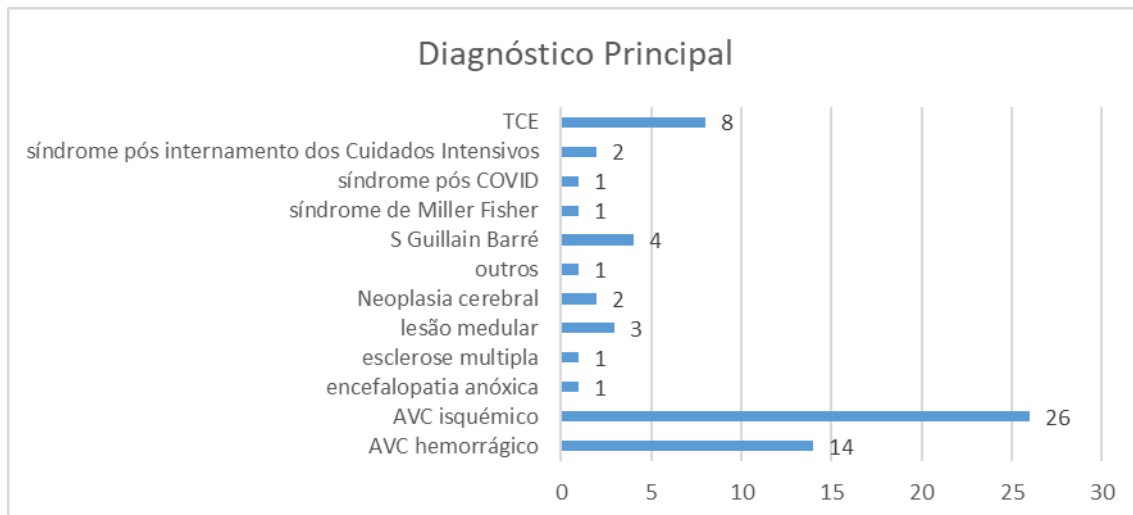


Fig 4: Diagnóstico principal



Por não existirem métricas de comparação, o primeiro ano do plano de ação para o triénio a que se refere o plano de ação de Telesaúde é considerado um ano exploratório, pelo que apenas foi feita a caracterização de 2022. O presente relatório de atividades servirá como ponto de partida para estabelecer essas metas.

### Indicadores económicos

Para além dos indicadores de produção acima descritos, tentou-se fazer uma estimativa dos custos associados ao transporte para as consultas de triagem de internamento presenciais que foram substituídas por teleconsultas. Para este cálculo foi feito o levantamento da origem dos pedidos de teleconsulta de triagem para internamento, medida a distância entre o respetivo hospital referenciador e o CMRRC-RP e aplicada a tarifa da Portaria n.º 165/2022 de 29 de junho («o valor



máximo por quilómetro que pode ser pago pelo transporte não urgente de doentes é de 0,58 euros no caso das ambulâncias e de 0,56 euros para os veículos dedicados ao transporte de doentes (VDTD)») partindo do princípio que praticamente 100% dos transportes desses doentes seriam feitos por ambulância comparticipada pelo SNS, atendendo ao seu expectável grau de incapacidade elevado (superior a 60%).

A tabela 3 pretende evidenciar a estimativa da poupança realizada em transportes através da teleconsulta de internamento. Esta poupança é particularmente óbvia no caso das teleconsultas que não resultaram em internamento. Nos restantes casos, as teleconsultas de triagem foram importantes para uma gestão mais eficaz de recursos, agilizando a realização de procedimentos e MCDT no hospital referenciador previamente à admissão no CMRRC-RP, evitando transportes desnecessários.

A estes custos diretos teriam ainda de ser somados os custos indiretos, nomeadamente os custos associados aos dias de trabalho perdidos pelo acompanhante que geralmente é um familiar que vem a acompanhar o doente à consulta; menos frequentemente poderá ser um enfermeiro que, embora esteja a ser remunerado para executar essa tarefa de acompanhamento, deixa de executar as suas atividades de prestação direta de cuidados habituais no hospital onde trabalha para acompanhar o doente. Estes custos indiretos são de mais difícil estimativa de custos, pelo que não foram contabilizados neste relatório, ficando apenas a ressalva para trabalho futuro.

Tabela 3: estimativa de poupança para o Serviço Nacional de Saúde com as deslocações evitadas através das teleconsultas de triagem de internamento

Origem do transporte	Distância (km)	Total Km	Valor (0,58 €/KM)
H Viseu	127 x 2	508	294,64 €
CHUC	45x2	90	52,20 €
		900	522,00 €
H Aveiro	50x2	700	406,00 €
H Covilhã	247 x 2	494	286,52 €
H Leiria	86 x 2	172	99,76 €
		2236	1.296,88 €
H Luz Coimbra	43 x 2	86	49,88 €
HSJoão	120 x 2	240	139,20 €
Cons. Ext. CMRRC (domicílio)	100 x 2	200	116,00 €
<b>Total Geral</b>		<b>5626</b>	<b>3.263,08 €</b>

## 2.2. TELECONSULTAS SUBSEQUENTES

As teleconsultas, à semelhança das consultas presenciais, podem ter vários objetivos, sendo os mais frequentes: triagem (para internamento ou para consulta), avaliação inicial a pedido de outras especialidades médicas para tratamentos em ambulatório ou em internamento (primeiras consultas), avaliação subsequente a um outro ato médico (consultas subsequentes a MCDT, internamento, prescrição de produtos de apoio, elaboração de relatórios clínicos, etc), monitorização de doenças que cursam com incapacidade crónica (consultas de rotina, que são também consultas subsequentes). As consultas para triagem de internamento configuram, desde 2022, uma contabilização própria e foram descritas no ponto anterior, sendo um instrumento utilizado no acesso ao internamento; são, por inerência ao objetivo que configuram, primeiras consultas. As teleconsultas subsequentes serão descritas de seguida.

### **2.2.1. Diagnóstico do problema e objetivos da solução**

A Telesaúde é uma ferramenta que se pretende que venha a contribuir para uma melhoria da transição de cuidados de saúde. Assim, para além de ser utilizada na transição entre hospitais de agudos e o CMRRC-RP (teleconsultas de triagem de internamento), pretende-se que seja também utilizada na transição entre o CMRRC-RP e o domicílio (teleconsultas subsequentes de reavaliação após alta do internamento), e posteriormente na fase crónica (domicílio). Serão descritas neste ponto as teleconsultas que se enquadram no percurso clínico dos doentes numa fase crónica da doença, pelo que maioritariamente são doentes que já foram integrados nas suas famílias e já se encontram a residir nos seus domicílios. No caso concreto do CMRRC-RP, a realização de teleconsulta após alta do serviço de internamento configura um objetivo estratégico, sobretudo para os doentes que residem a maiores distâncias do Centro de Reabilitação e que passaram a ser acompanhados por Serviços de Medicina Física e de Reabilitação da área de residência, privilegiando assim o conforto do doente sem prejuízo da comunicação. Perspetiva-se assim que as teleconsultas possam vir a aumentar dentro das «Consultas Neurológicas» (incluindo AVC, TCE, outras doenças neurológicas centrais e doenças neurológicas periféricas que não se incluem nas lesões medulares) e das «Consultas Lesões Medulares», uma vez que se destinam a uma população de uma área geográfica maior, abrangendo sobretudo os distritos de Coimbra, Aveiro, Viseu, Leiria, Guarda e Castelo Branco, e menos frequentemente doentes fora da região Centro, incluindo dos arquipélagos da Madeira e dos Açores. Relativamente às Consultas Musculoesqueléticas, atendendo ao facto de servirem a população da área de residência mais próxima ao CMRRC-RP, e uma população essencialmente mais rural e envelhecida, perspetiva-se que as consultas presenciais continuem a representar a esmagadora maioria dessas consultas.

### 2.2.2. Metodologia de implementação

A sensibilização dos médicos bem como ações de formação são aspetos que foram tidos em conta na preparação do plano estratégico de telesaúde. No entanto, são aspetos que se revelaram insuficientes para incentivar os médicos a realizarem mais teleconsultas. A estratégia passa por paulatinamente os médicos que realizam mais teleconsultas influenciarem os colegas através do seu testemunho e dos benefícios para o doente ao recorrer mais à teleconsulta nas situações em que o exame físico não é decisivo nem que seja necessário executar uma técnica; o testemunho dos doentes é igualmente útil, fazendo ver a sua perspetiva das vantagens da teleconsulta.

### 2.2.3. Monitorização

A monitorização decorre dos relatórios periodicamente apresentados. Sendo o Promotor Interno de Telesaúde um dos médicos que realiza teleconsulta, está mais disponível para esclarecer qualquer dúvida que surja no âmbito da atividade assistencial dos colegas.

### 2.2.4. Avaliação de resultados

Os resultados aferidos incluem:

- Indicadores de produção
- Estimativa económica

A tabela 4 mostra a casuística de teleconsultas subsequentes, comparando os dados de 2021 e 2022. 79% das teleconsultas subsequentes foram consultas de MFR Neurológica e de Lesão Medular, sobretudo com doentes pós alta do internamento.

Tabela 4: Teleconsultas subsequentes

Especialidade de Consulta	2021	2022
Med. Fis. Reabilitação	1	1
MFR - Amputados		1
MFR - Musculo - Esquelética		1
MFR - Reab. Lesão Medular	1	5
MFR - Reab. Neurológica		6
<b>Total Geral</b>	<b>2</b>	<b>14</b>

Para a estimativa da poupança realizada no âmbito do transporte para as consultas presenciais (tabela 5) que foram substituídas por teleconsultas procedeu-se ao mesmo racional que

foi utilizado para as teleconsultas de triagem de internamento. Para este cálculo foi medida a distância entre o domicílio do doente e o CMRRC-RP e aplicada a tarifa Portaria n.º 165/2022 de 29 de junho («o valor máximo por quilómetro que pode ser pago pelo transporte não urgente de doentes é de 0,58 euros no caso das ambulâncias e de 0,56 euros para os veículos dedicados ao transporte de doentes (VDTD)»), partindo do princípio que quase a totalidade dos transportes desses doentes seriam feitos por ambulância comparticipada pelo SNS, atendendo ao seu expectável grau de incapacidade elevado (superior a 60%). Na eventualidade de alguns transportes terem sido realizados por transporte próprio (doentes com menor incapacidade), esse cenário traduziria uma poupança para o doente e família.

Aos custos diretos do transporte, os indicadores económicos deveriam os custos indiretos, nomeadamente os custos associados aos dias de trabalho perdidos pelo acompanhante que geralmente é um familiar que vem a acompanhar o doente à consulta. Estes custos indiretos são de mais difícil estimativa de custos, pelo que não foram contabilizados neste relatório, ficando apenas a ressalva para trabalho futuro.

Tabela 5: estimativa de poupança para o Serviço Nacional de Saúde com as deslocações evitadas através das teleconsultas subsequentes

Concelho (domicílio)	Distância (km)	Soma de Km Total	Soma de 0,58 €
Porto De Mos	112 x 2	448	259,84 €
Seia	116 x 2	232	134,56 €
Felgueiras	170 x2		
Cascais	223 x 2	446	258,68 €
Montemor O Velho	26 x 2	52	30,16 €
Miranda Do Douro	340 x2		
Aveiro	40x2	80	46,40 €
Penacova	54 x 2	108	62,64 €
Águeda	56 x 2	112	64,96 €
Figueira Da Foz	6 x 2	12	6,96 €
Águeda	60 x 2	120	69,60 €
Vila Nova De Poiares	64x2	128	74,24 €
Leiria	67x2	134	77,72 €
Leiria	77x2	154	89,32 €
Santa Comba Dão	78 x2	156	90,48 €
<b>Total Geral</b>		<b>2182</b>	<b>1.265,56 €</b>

### 2.3. TELEFORMAÇÃO EM TELESÁUDE

A teleformação em telesaúde foi iniciada em 2021 para médicos através do curso de formação em formato de e-learning organizado pela SPMS/CNTS: «Teleconsulta em tempo real através da RSE Live». Sendo um curso gratuito e em tempo diferido, permite aos médicos a participação consoante a sua disponibilidade e sem interrupção ou adiamento da sua atividade profissional agendada como são as consultas. Nesse curso inscreveram-se 10 médicos.

Em 2022 foi realizada formação dos profissionais do Serviço de Gestão de Doentes responsáveis pelo agendamento das teleconsultas. O CMRRC-RP teve conhecimento deste curso mediante a apresentação do catálogo de formação da Academia SPMS para o 3º trimestre de 2022. O curso «Telesaúde SNS/Novos Modelos de Prestação de Cuidados» foi destinado a assistentes técnicos ou colaboradores da área administrativa. Foram preenchidas as vagas disponibilizadas pela Academia SPMS, que abrangeram 3 assistentes técnicas afetas Ao Serviço de Gestão de Doentes do SPMS. Este curso foi ministrado em horário laboral com uma carga horária total de 10 horas (7 horas síncronas + 3 horas assíncronas) em formato de e-learning através da plataforma de ensino à distância da SPMS. Este curso de formação profissional é certificado através da plataforma SIGO (Sistema de Informação e Gestão da Oferta Educativa e Formativa) mediante o cumprimento dos requisitos estipulados pela entidade formativa.

### **3. AUDITORIA IGAS**

No âmbito da auditoria 42/22 IGAS, que avalia o desempenho do sistema de desburocratização e simplificação administrativa nos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o Promotor Interno de Telesaúde, juntamente com um elemento do Serviço de Informática e um elemento dos Serviços Financeiros, reuniu com os auditores em duas reuniões que ocorreram remotamente a 13/12/2022 e a 15/12/2022.

Nesta auditoria avaliou-se a forma como o CMRRC-RP planeia, executa e avalia as suas políticas de desburocratização e simplificação administrativa, prestando cuidados de saúde centrados nas pessoas.

Neste contexto, a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) considerou que o Plano de Ação de Telesaúde 2021-2024 se enquadrava nas atividades mais relevantes desenvolvidas pelo CMRRC-RP com maior impacto nos seguintes aspetos:

- continuidade da prestação de cuidados com articulação entre os serviços para uma integração dos cuidados de saúde primários e dos cuidados de saúde hospitalares;
- orientação dos serviços para integrarem as reais necessidades dos cidadãos;
- transformação digital dos hospitais;

- organização interna do trabalho;
- melhoria do acesso aos cuidados de saúde por parte da população.

Da auditoria resultou um relatório enviado pela IGAS ao Conselho Diretivo do CMRRC-RP com as recomendações que foram incorporadas no Plano de Ação para 2023. As conclusões do referido relatório sintetizam-se em 2 pontos:

- «A entidade auditada prossegue uma abordagem estratégica para a desburocratização e simplificação administrativa, devidamente alinhada com os seus documentos de gestão. As medidas estão associadas a objetivos gerais relevantes para o desenvolvimento organizacional, com ganhos na satisfação das pessoas, doentes e profissionais. O Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais apresenta práticas consolidadas de envolvimento dos trabalhadores na construção das soluções a implementar. Foi verificado que a implementação das soluções de desburocratização e simplificação administrativa estão devidamente organizadas como projetos, com o envolvimento dos profissionais dos serviços relevantes para as medidas. A entidade explora o potencial das tecnologias de informação e capacita os utilizadores das soluções desenvolvidas para promover a sua adoção de modo eficaz e eficiente.»

- «evidenciam-se oportunidades de melhoria quanto ao processo de diagnóstico, que beneficiará da definição de objetivos e metas quantificáveis. Apesar da avaliação das medidas assentar em práticas consolidadas de auscultação dos trabalhadores, considera-se que o processo de aprendizagem carece de planos de avaliação de resultados e impacto, e da constituição de um repositório documental. A entidade poderá ainda proceder à divulgação das medidas de desburocratização e simplificação administrativa desde as fases mais precoces de desenvolvimento.»

Relativamente à Telesaúde, tendo a auditoria sido feita num ano de implementação de Teleconsultas, ainda não existiam métricas definidas á data da auditoria. A atividade em telesaúde em 2021 foi praticamente residual. Serve o ano de 2022 para estabelecer essas métricas para o futuro. 2023 será um ano para iniciar outras iniciativas em outras áreas da Telesaúde para além das teleconsultas, pelo que será igualmente um ano exploratório nessas áreas. O estabelecimento de metas é sempre realizado, mas a sua quantificação objetiva apenas é possível de forma mais concreta em áreas onde já existe implementação de medidas e avaliação de resultados.

#### **4. PLANO DE AÇÃO PARA 2023**

Para 2023 pretende-se consolidar e alargar as atividades assistenciais (teleconsultas) já iniciadas, e expandir a atividade em Telesaúde a outras áreas previstas no Plano de Ação para o triénio 2021-2024.

#### 4.1. Teleconsultas

Pretende-se para 2023 um aumento das teleconsultas em termos percentuais relativamente aos números de 2022, conforme a tabela 6.

Tabela 6: Metas de produção de teleconsultas para 2023

Teleconsultas de Triagem de internamento			Teleconsultas subsequentes		% de erro no registo das teleconsultas	
Serviço	2022	2023	2022	2023	2022	2023
RGA	49%	60%	3,97% das consultas neurológicas	10% das consultas neurológicas	31%*	0-5%
LM	0,7%	20%	1,86% das consultas de lesões medulares	5% das consultas de lesões medulares		

\*Valor estimado a partir do erro de registo das teleconsultas de triagem de internamento

Mediante a disponibilidade de recursos humanos nas outras áreas profissionais, as teleconsultas poderão vir a ser uma prática a adotar por outros grupos profissionais. Para que essa situação se concretize será necessário alargar a formação em Telesaúde a esses grupos profissionais. Para tal conta-se com o apoio da Academia SPMS, à semelhança do que foi feito para os médicos e assistentes técnicos afetos ao Serviço de Gestão de Doentes.

No cumprimento do Plano de Ação, para 2023 pretende-se a implementação de atividades nas seguintes áreas:

#### 4.2. Teleformação

Para 2023 pretende-se dar continuidade à teleformação dos profissionais do CMRRC-RP, nomeadamente através da Academia SPMS. Para além da formação dirigida aos médicos, alargar a

formação em Telesaúde de mais profissionais ligados à Gestão de Doentes e a outros grupos profissionais. O número de formandos é, por regra, limitado e estipulado pela Academia SPMS.

Enquadrada no Plano de Ação de Telesaúde, pretende-se iniciar a teleformação de doentes e cuidadores, a cargo do CMRRC-RP e dos seus profissionais de saúde, com envolvimento de doentes e cuidadores (testemunho pessoal).

Tabela 7: Metas de teleformação para 2023 (nº de ações de formação)

Teleformação de profissionais de saúde	Teleformação de profissionais não clínicos (Ex: Gestão de Doentes)	Teleformação de doentes e cuidadores
Dependentes da Academia SPMS		2

#### 4.3. Teleconsultadoria

No plano de reorganização hospital que se avizinha, nomeadamente no processo de fusão com o CHUC, perspetiva-se maior facilidade na comunicação entre o CMRRC-RP e o CHUC. No Plano de Ação estava contemplada a realização de protocolos de colaboração com outras Especialidades Clínicas inexistentes no CMRRC-RP, tais como Gastroenterologia, Oftalmologia, Dermatologia, Urologia, Cirurgia Vascular, Neurologia. Essas parcerias revestem-se de grande utilidade para agilizar decisões terapêuticas e otimizar métricas de produtividade, num contexto de maior eficiência e efetividade (redução de demoras médias de internamento, diminuição de episódios de urgência, poupança em transportes, etc). A comunicação entre especialistas de diferentes áreas poderá ser feita em grande parte através da Telemedicina.

O número de protocolos dependerá da Gestão de Topo e Gestão Intermédia entre as instituições visadas.

#### 4.4. Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Telerreabilitação

A Telerreabilitação é uma área recente e promissora para a capacitação dos cidadãos na gestão da sua Saúde, incluindo para os que têm situações que cursam com incapacidades crónicas. É também um meio de melhorar a continuidade de cuidados ao longo do percurso clínico e de atenuar as dificuldades na transição entre cuidados, melhorando a comunicação entre profissionais de saúde. A colaboração entre o CMRRC-RP e a Academia, nomeadamente com as Universidades e Institutos Politécnicos da Região Centro, bem como empresas já com soluções comercializadas, com vista a



desenvolver soluções de Telerreabilitação é um aspeto importante do Plano de Ação de Telesaúde para o CMRRC-RP, que pode vir a afirmar-se como um centro de referência na área da Telerreabilitação.

A criação de um núcleo de investigação e inovação em Telerreabilitação pretende promover o desenvolvimento de soluções que permitam a orientação e telemonitorização de programas de reabilitação domiciliários de forma fidedigna e segura, adaptáveis às necessidades e expectativas de cada doente. Eventualmente estas soluções poderão ainda ser úteis na abordagem terapêutica de doentes internados no CMRRC-RP, em vários setores terapêuticos (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Neuropsicologia, terapia da Fala). Neste contexto, o Serviço de RGA já tem disponível um espaço e equipamento (um computador e sensores de movimento) necessários para iniciar atividades lúdico-terapêuticas com recurso a Realidade Virtual, que poderá vir a ser otimizado e explorado mediante parcerias com Universidades e empresas dedicadas à Telereabilitação. Eventualmente no futuro outros espaços poderão vir a ser criados com esse propósito.

No plano de ação para 2023 pretende-se ainda medir a qualidade apercebida pelos doentes através de questionários de satisfação e de usabilidade. Para tal, como referido no Plano de Ação 2021-2024, pretende-se utilizar a tradução validada em português do TUQ (Questionário de Usabilidade de Telesaúde), projeto já com parecer favorável da CES RP e autorizado pelo CD do CMRRC-RP.

#### **4.5. Criação de Repositório de conhecimento e divulgação de medidas de Boas Práticas**

No seguimento das recomendações decorrentes da auditoria da IGAS, em que é recomendado o fortalecimento da base de conhecimento, foi constituído um repositório documental com informação detalhada dos projetos desenvolvidos na área da Telesaúde. Esse repositório, em formato digital, é partilhado entre o Promotor Interno de Telesaúde, o Conselho Diretivo e o Gabinete de Apoio à Gestão. A consulta dessa documentação é de acesso a qualquer funcionário da instituição ou entidade externa mediante pedido dirigido ao Conselho Diretivo. Para além dos documentos gerados no âmbito da atividade em Telesaúde, bem como os resultados obtidos (indicadores de produção e de qualidade), projetos de investigação, pretende-se incluir os testemunhos de profissionais, de doentes e de cuidadores.

De forma a melhorar a divulgação das medidas adotadas na área da Telesaúde, nomeadamente partilha de Boas Práticas, pretende-se proceder à divulgação das várias medidas descritas neste relatório. Essa partilha será feita mediante os canais de comunicação do CMRRC-RP, em reuniões de Serviço e em eventos científicos. Poderá ainda a divulgação ser feita através de publicações científicas em revistas nacionais e internacionais.

### **Reflexão final**

Numa era em que se fala de «Saúde centrada no cidadão», a Telesaúde é um instrumento útil que acompanha o percurso clínico dos doentes, promovendo a integração de cuidados, o aumento da eficiência e o conforto dos doentes. Inverte a tendência clássica de serem os doentes a percorrerem as instituições para serem as instituições a se moverem em torno das necessidades dos doentes. A pandemia veio facilitar a quebra de resistências culturais ligadas a cuidados de saúde prestados à distância. O avanço da tecnologia abriu portas para uma melhoria da qualidade e da acurácia desses cuidados. Importa promover o início de atividades em Telesaúde no seio das instituições e permitir que sejam os profissionais e os próprios doentes concluíam sobre os benefícios da mesma. Neste contexto, mais que impor medidas/metapas, é importante incentivar os profissionais de saúde e cidadãos a experimentar a Telesaúde e a explorar todas as potencialidades que decorrem da sua normalização nas práticas diárias das instituições de saúde. É esse o desiderato do CMRRC-RP, que pretende ser um Laboratório de Telesaúde, nomeadamente de Telerreabilitação, com articulação a todas as Instituições de Saúde, instituições de Ensino Superior e Indústria, de âmbito Nacional e Internacional, que se queiram juntar a este desafio.

Tocha, 24 de janeiro de 2023

O Promotor Interno de Telesaúde

Paula Amorim  
(Assistente Graduada de MFR, CP 40242)