

**A TELEMEDICINA EM PORTUGAL NO CONTEXTO EPIDÉMICO DE
COVID-19: UM RETRATO DA TELECONSULTA SOB O PONTO DE VISTA
DOS MÉDICOS**

Mariana Laura Carrasco Rodrigues

**Dissertação de mestrado em Ciências da Comunicação,
vertente de Comunicação Estratégica**

Agosto, 2021

**A TELEMEDICINA EM PORTUGAL NO CONTEXTO EPIDÉMICO DE
COVID-19: UM RETRATO DA TELECONSULTA SOB O PONTO DE VISTA
DOS MÉDICOS**

Mariana Laura Carrasco Rodrigues

**Dissertação de mestrado em Ciências da Comunicação,
vertente de Comunicação Estratégica**

Agosto, 2021

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Comunicação, na vertente de Comunicação Estratégica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Grazia Rossi e coorientação científica da Professora Doutora Ivone Ferreira.

À minha outra metade, avó Mariana.

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras, Maria Grazia Rossi e Ivone Ferreira, pela sapiência e paciência, mas mais ainda pela dedicação, pela compreensão, pelo carinho e pelo estímulo contínuo, que me ajudaram a encontrar o Norte, mesmo quando o caminho se tornou mais sombrio.

À Doutora Margarida Figueiredo-Braga, pelo imenso contributo que deu a este estudo e pela generosidade e disponibilidade constante.

Ao Doutor Dilermando Sobral, pelo pronto e incansável apoio para me guiar dentro da comunidade médica.

Aos meus amigos, que mesmo quando eu estava ausente, se mantinham presentes e me davam alento para continuar.

Ao meu namorado, por nunca me deixar desistir dos meus sonhos, nem duvidar das minhas capacidades.

À minha família, em particular aos meus pais e irmão, por todo o apoio, pelo carinho, pela dedicação, pelo enorme investimento, pela força, por tudo o que as palavras não têm a capacidade de descrever. Sem vocês, seguramente não seria possível chegar aqui.

A TELEMEDICINA EM PORTUGAL NO CONTEXTO EPIDÉMICO DE COVID-19: UM RETRATO DA TELECONSULTA SOB O PONTO DE VISTA DOS MÉDICOS

MARIANA LAURA CARRASCO RODRIGUES

RESUMO

Em Portugal, a saúde e as tecnologias de informação e comunicação caminham de mãos dadas há mais de duas décadas (Centro Nacional de Telesaúde, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019). Com a chegada da pandemia provocada por Covid-19, a inovação nos modelos de cuidado foi determinante para a continuação da prestação dos serviços saúde, em particular nos centros de saúde. Embora se tenha vivido tempos de incerteza e instabilidade, a pandemia potenciou o desenvolvimento da telemedicina, trazendo a debate a importância das interações pessoais, da relação e da comunicação entre o médico e os utentes durante as consultas à distância. Os estudos mostram que a telemedicina veio para ficar (Malhotra, Sakthivel, Gupta *et al.*, 2020; Orazem, Oblak, Spanic *et al.*, 2020), contudo a investigação sobre a implementação da teleconsulta e sobre os respetivos desafios de comunicação ainda está numa fase inicial, pelo que a informação sobre o impacto das tecnologias na relação terapêutica ainda carece de muito estudo. Por essa razão, é cada vez mais importante perceber a percepção de todos os atores envolvidos neste processo.

Através de uma perspetiva no âmbito da comunicação estratégica (Broom & Sha, 2013; Falkheimer & Heide, 2018; Grunig & Grunig, 2000), esta dissertação propõe uma análise das perceções dos médicos de Medicina Geral e Familiar do Sistema Nacional de Saúde, com o objetivo de compreender os desafios e oportunidades da adoção da teleconsulta nos cuidados de saúde primários, durante o surto epidémico em Portugal. O estudo oferece uma análise qualitativa temática de entrevistas semiestruturadas realizadas a alguns médicos de família do Agrupamento de centros de saúde do Grande Porto, de Matosinhos e de Lisboa Ocidental e Oeiras.

Os desafios assinalados pelos profissionais foram analisados para a compreensão dos principais riscos e limitações técnico-funcionais, comunicacionais e

organizacionais, que podem estar a impactar as interações com os utentes. Através da mesma metodologia foram analisadas as principais oportunidades assinaladas pelos profissionais, com o objetivo de identificar estratégias eficazes para a implementação da teleconsulta em Portugal.

Os resultados deste estudo mostraram fortes limitações ao nível da comunicação não-verbal, da baixa literacia e das fracas competências comunicacionais dos utentes, que, atualmente, não possibilitam a prestação de cuidados de saúde primários eficazes. Ao nível das unidades de saúde, as limitações institucionais e organizacionais foram algumas das barreiras mais apontadas à implementação da teleconsulta.

O caminho para o reconhecimento da teleconsulta como ferramenta sustentável, segura e de qualidade é ainda longo. Ainda assim, as preocupações e sugestões apontadas pelos médicos representam um ponto de partida para a construção de um plano estratégico de implementação da teleconsulta em Portugal, capaz de ter em conta as exigências salientadas pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Telemedicina, Comunicação em saúde, Comunicação Estratégica, Covid-19, Teleconsulta

TELEMEDICINE IN PORTUGAL IN THE EPIDEMIC CONTEXT OF COVID-19: THE PORTRAIT OF TELECONSULTATION FROM THE DOCTORS' POINT OF VIEW

MARIANA LAURA CARRASCO RODRIGUES

ABSTRACT

In Portugal, health and communication technologies have gone hand-in-hand for more than two decades (National Center for Telehealth, Ministry of Health Shared Services, 2019). With the arrival of the pandemic caused by Covid-19, innovation in care models was decisive for the continuation of the provision of healthcare services, particularly in healthcare centers. Even although times of uncertainty and instability have been experienced, the pandemic boosted the development of telemedicine, bringing to debate the importance of personal interactions, the relationships and communications between physicians and users during long-distance consultations. Studies show that telemedicine came to stay (Malhotra, Sakthivel, Gupta *et al.*, 2020; Orazem, Oblak, Spanic *et al.*, 2020), however research into the implementation of teleconsultation and communication challenges is an early stage, so information about the impact of technologies on the therapeutic relationship still needs much study. For this reason, it's important to perceive the perception of all actors involved in this process.

Through a perspective within the scope of strategic communication (Broom & Sha, 2013; Falkheimer & Heide, 2018; Grunig & Grunig, 2000), this dissertation proposes an analysis of the perceptions of General and Family Medicine doctors in the National Health System. During the epidemic outbreak in Portugal, the objective is to understand the challenges and opportunities of adopting teleconsultation in primary healthcare. The study offers a qualitative thematic analysis of semi-structured interviews carried out with some family doctors from the Healthcarre Centers Group of Grande Porto, Matosinhos and Lisboa Ocidental and Oeiras.

The challenges highlighted by the professionals have been analyzed to understand the main risks and technical-functional, communication and organizational limitations, which may be impacting interactions with users. Using the same methodology, the main opportunities identified by professionals will be analyzed, with the aim of identifying effective strategies for the implementation of teleconsultation in Portugal.

The results of this study showed strong limitations in terms of non-verbal communication, low literacy and poor communication skills of users, which currently do not allow the provision of effective primary healthcare. At the level of healthcare units, institutional and organizational limitations were some of the barriers most frequently identified to the implementation of teleconsultation.

The path to the recognition of teleconsultation as a sustainable, safe and quality tool is still longer. Even so, the concerns and suggestions pointed out by the doctors represent a starting point for the construction of a strategic plan for the implementation of teleconsultation in Portugal, capable of taking into account the demands highlighted by health professionals.

Keywords: Telemedicine, Health Communication, Strategic Communication, Covid-19, Teleconsultation

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1 - Evolução da telemedicina.....	17
1.1. Evolução dos conceitos de e-Saúde, telessaúde e telemedicina	17
1.2. Modalidades de telemedicina.....	22
1.3. Fatores críticos de implementação da teleconsulta nos cuidados de saúde do Sistema Nacional de Saúde.....	24
1.3.1 Benefícios.....	24
1.3.2. Riscos	25
CAPÍTULO 2 - Comunicação em Saúde	31
2.1 A comunicação (estratégica) de saúde	33
CAPÍTULO 3 - Metodologia.....	39
3.1. Problemática de investigação e Objetivos	39
3.2. Natureza da pesquisa.....	39
3.3. Seleção dos participantes	41
3.5. Técnicas e instrumentos de recolha de informação	43
3.5.1. Entrevista.....	43
3.5.2. Questionário	47
3.5.3. Escala de orientação dos médicos	48
3.6. Procedimentos éticos	49
CAPÍTULO 4 - Apresentação e discussão de resultados	50
4.1. Caracterização da amostra	50
4.2. Resultados da entrevista.....	55
4.3. Resultados dos Questionários	66
4.4. Resultados da PPOS-P	69
4.5. Discussão geral	70
LIMITAÇÕES	77
CONCLUSÕES	77
ANEXOS	92
APÊNDICES	94

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Cronograma da evolução da telemedicina no mundo. Elaboração própria. ...	21
Figura 2 - Palavras que, na perspectiva dos médicos, caracterizam a teleconsulta e a sua experiência com esta ferramenta.	53
Figura 3 – Resultados da pergunta 1 do questionário quantitativo.....	66
Figura 4 - Resultados da pergunta 2 do questionário quantitativo.	67
Figura 5 – Resultados da pergunta 3 do questionário quantitativo.....	67
Figura 6 - Resultados da pergunta 4 do questionário quantitativo.	68
Figura 7 - Resultados da pergunta 5 do questionário quantitativo.	68

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Tabela comparativa das características do Processo de Relações Públicas em quatro etapas e do Modelo clínico integrado da consulta. Elaboração própria.	36
Tabela 2 - Distribuição dos participantes por grupo etário/género.	51
Tabela 3 - Categorização e subcategorização dos dados recolhidos nas entrevistas qualitativas.....	55
Tabela 4 - Resultados da aplicação da PPOS-P na amostra estudada.	70

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de centros de saúde

AIPD – Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados

ARS – Administração Regional da Saúde

ATA – *American Telemedicine Association* (Associação Americana de telemedicina)

DGS – Direção Geral da Saúde

DPO – *Data Protection Officer* (Gabinete de Proteção de Dados)

WHO – *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde)

MGF – Medicina Geral e Familiar

NOSC – Normas de Orientação Clínica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PPOS – *Practitioner-Patient Orientation Scale* (Escala de Orientação Médico-Doente)

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Primários

USF – Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

A 15 de janeiro de 2020 a Diretora-Geral da Saúde, Graça Freitas, falou publicamente, pela primeira vez, sobre o novo coronavírus, aos portugueses. Pela mesma altura, Wuhan, a cidade onde, no último dia de 2019, surgiu o primeiro caso desta estirpe, já se encontrava isolada do resto do mundo. A 30 de janeiro, a Organização Mundial de Saúde declarou o vírus como um caso de emergência de saúde pública internacional. A 11 de fevereiro deu-lhe o nome de Covid-19. No mês seguinte, o aviso chegou da Organização Mundial da Saúde: o mundo estava, oficialmente, a atravessar uma pandemia, provocada por um desconhecido e invisível “inimigo”, denominado cientificamente por SARS-CoV-2 (Araújo, 2020).

Os níveis alarmantes de disseminação da Covid-19, assim como o aumento repentino do contágio à escala global e a gravidade dos sintomas dos infetados pelo vírus, rapidamente cunharam a fatalidade dos meses que se seguiram. Os impactos macroeconómicos apontavam para uma crise com efeitos severos em todos os setores, sendo o setor da saúde um dos mais afetados (Mamede, Pereira & Simões, 2020).

Se até à data as instituições de saúde já eram confrontadas com diversas vicissitudes em campo, com a expansão da pandemia, foram compelidas a mudar as suas linhas de ação, pondo em causa os padrões de prestação dos cuidados de saúde, nomeadamente na conceção tradicional de consulta. O Sistema Nacional de Saúde (SNS) não foi diferente e, pela primeira vez, adotou a teleconsulta ou consulta não presencial como uma atividade de primeira linha, com o objetivo de diminuir substancialmente a deslocação dos utentes às unidades de saúde, possibilitando-lhes, de igual forma, o acesso a cuidados de saúde e colmatando alguns atrasos significativos dos mesmos.

Um estudo desenvolvido pela Associação Portuguesa de Telemedicina (2021), com o apoio da Ordem dos Médicos, veio mostrar um aumento significativo do uso de teleconsultas. O questionário, que foi dirigido a todos os médicos do SNS, revelou que, antes da pandemia, apenas 15% dos médicos inquiridos recorria a teleconsultas e, com a chegada da pandemia, os números cresceram, sendo que, só na primeira fase, cerca de 94% dos médicos já recorriam a esta ferramenta.

A título de exemplo, na conferência *Portugal e-Health Summit*, a Ministra da Saúde, Marta Temido, realçou os dados do mês de abril de 2020 e do mesmo mês do

ano seguinte, que passaram de cerca de 15 mil teleconsultas para mais de 138 mil consultas remotas (SNS, 2021). É evidente que o contexto de pandemia gerou um clima de incerteza e instabilidade, mas também de oportunidade para o desenvolvimento da telemedicina em Portugal, trazendo a debate a sustentabilidade do SNS .

Vários autores referem que a telemedicina veio para ficar também numa época pós-pandémica (Malhotra, Sakthivel, Gupta *et al.*, 2020; Orazem, Oblak, Spanic *et al.*, 2020; Poppas, Rumsfeld & Wessler, 2020). Atualmente, um dos grandes desafios é compreender se e como é que os serviços de saúde à distância podem contribuir para oferecer as melhores condições na prestação de cuidados de saúde, contribuindo para o bem-estar dos utentes.

Posto isto, considerou-se de maior importância mapearem-se as práticas desenvolvidas durante o surto epidémico e explorarem-se as atuais barreiras de comunicação no sistema de implementação de teleconsulta.

A questão de investigação que norteia esta esta dissertação é “Qual a perspetiva dos médicos relativamente às oportunidades e limitações da Teleconsulta nos cuidados de saúde primários, durante o surto epidémico de Covid-19 em Portugal?”, da qual resultam os objetivos gerais: identificar as mudanças na comunicação médico-doente durante o processo de teleconsulta e identificar quais os benefícios, riscos e oportunidades da Teleconsulta para os médicos.

Para responder a estas questões, esta dissertação encontra-se estruturada em quatro capítulos, dos quais dois são dedicados à fundamentação teórica e dois dedicados aos métodos e técnicas de recolha de informação e à discussão dos resultados.

O primeiro capítulo começa por apresentar a evolução da telemedicina, começando por diferenciar os conceitos de e-saúde e telessáude, que deram origem ao conceito de telemedicina. Depois, apresentar-se-á um cronograma representativo dos marcos mais relevantes da evolução da telemedicina a nível mundial e, posteriormente, falaremos das modalidades da telemedicina que, no momento atual, se encontram disponíveis nas unidades de saúde em Portugal. O primeiro capítulo encerra com a exposição dos fatores críticos de implementação da teleconsulta em Portugal, que mais se destacaram na literatura científica.

No segundo capítulo definiu-se o conceito de comunicação em saúde, esclarecendo as vertentes em que se insere, bem como as suas potencialidades. Este ponto vem clarificar a área de estudo desta dissertação pois, como se poderá verificar adiante, trata-se de um campo extenso e de natureza multidisciplinar e, ademais, existe alguma ambiguidade na definição do conceito de comunicação em saúde, o que pode gerar algumas imprecisões teóricas. Mais do que apresentar a comunicação em saúde, o segundo capítulo pretende demonstrar a componente estratégia desta área da saúde, recorrendo às suas características, que se assemelham às do Processo de Relações Públicas e às do Marketing, com o objetivo de evidenciar a relevância que a comunicação estratégica poderá ter na construção e manutenção da relação terapêutica entre o médico e o utente.

O terceiro capítulo diz respeito à parte empírica deste estudo, na qual serão explanados a problemática e os objetivos do estudo, a natureza da pesquisa, os participantes selecionados, as técnicas e instrumentos de recolha de informação e, por último, os procedimentos éticos que foram respeitados durante este trabalho de investigação.

No quarto e último capítulo, serão apresentados os dados resultantes das entrevistas e dos questionários realizados aos médicos de família e, posteriormente, discutidos de forma agregada, com o objetivo de rematar as conclusões do estudo.

CAPÍTULO 1 - Evolução da telemedicina

1.1. Evolução dos conceitos de e-Saúde, telessaúde e telemedicina

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e o seu constante progresso, têm vindo a transformar o mundo como hoje o conhecemos. Fatores como a globalização e a universalização do acesso aos serviços médicos, bem como a necessidade de aproximar os cuidados de saúde das pessoas, deram origem a conceitos como e-Saúde, telessaúde e telemedicina, que importa serem explanados.

Na literatura nacional e internacional, o conceito de telessaúde é definido com alguma ambiguidade, sendo, frequentemente, confundido com o de telemedicina. Todavia, ainda que os conceitos se complementem, não representam o mesmo universo, e, por isso, conseguem ser-lhes reconhecidas características que os distinguem.

De acordo com a *American Telemedicine Association* (ATA), a telessaúde reflete um escopo mais amplo que a telemedicina. Originalmente, a telessaúde foi usada para descrever as funções administrativas e educacionais, relacionadas com a telemedicina. Em geral, era utilizada para reproduzir todas as variações possíveis dos serviços de saúde através das telecomunicações. Hoje, a telessaúde reflete-se na utilização das TIC com o objetivo de apoiar a saúde à distância, nas vertentes da prestação de cuidados, da organização dos serviços e da formação de profissionais de saúde e cidadãos. Este conceito não se restringe apenas à atividade médica, uma vez que pode incluir todos os profissionais de saúde (Centro Nacional de TeleSaúde, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019). Para Lapão e colegas (2016), a telessaúde pode revelar-se através de cinco elementos essenciais, designadamente:

oferecer apoio clínico em forma de segunda opinião especializada; permitir a monitorização clínica à distância de doentes em tratamento e no âmbito da vigilância em saúde pública; superar barreiras geográficas, aproximando os doentes e os profissionais de saúde, que se encontram em espaços físicos diferentes; envolver a combinação das várias TIC; e focar na melhoria do acesso aos cuidados de saúde e na melhoria dos serviços (p. 66).

Segundo Fatehi e Wootton (2013), o conceito de telessaúde compreende a noção de telemedicina, onde não se esgota. Este último é pesquisado há mais de um século, porém, tal como o conceito de telessaúde, sofre de uma falta de clareza na sua definição.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), a telemedicina caracteriza-se pela:

oferta de serviços ligados aos cuidados de saúde, nos casos em que a distância é um fator crítico. Tais serviços são prestados por profissionais da área da saúde, usando as TIC para o intercâmbio de informações válidas para diagnósticos, prevenção e tratamento de doenças e a contínua educação de prestadores de serviços em saúde, assim como para fins de pesquisas e avaliações (p. 8).

Esta prestação materializa-se nas vertentes de pesquisa e avaliação, e na educação continuada de prestadores de cuidados de saúde, com o objetivo de promover a saúde do cidadão e da sociedade. Mais sucintamente, a ATA (2012) esclarece que se trata do uso da informação médica, no formato de comunicação eletrônica, que circula entre locais geograficamente distantes, com o objetivo de melhorar o estado de saúde dos doentes. Com efeito, pode afirmar-se que esta ferramenta caracteriza mais adequadamente a prestação direta de cuidados clínicos através de telecomunicações.

Não obstante à variedade de propostas de definição de telemedicina, todas assentam na premissa de prestação de cuidados de saúde à distância, tal como o próprio termo o indica. Ademais, a prática de telemedicina antecede largamente o aparecimento da internet, contrariamente à telessaúde e à e-Saúde, como se poderá constatar mais adiante. Assim, e em última instância, a telemedicina nada mais é do que uma simbiose entre tecnologias em permanente evolução e um conjunto de serviços destinados a promover um maior bem-estar na sociedade, que se traduz na ideia de que “não são as pessoas que se deslocam (...), é a informação que se desloca” (Monteiro, 2008, p. 3).

Em 1999, o *frenesim* tecnológico, resultante do brotar da internet, levou ao aparecimento de um novo termo, o de e-Saúde, ou seja, a saúde em linha (Monteiro, 2008). A definição dada pela Organização Mundial de Saúde (2016) diz-nos que:

(...) a alavanca da tecnologia, da informação e da comunicação, ajudando a fazer a conexão entre os pacientes, entidades médicas e governo; a educar e informar os profissionais e clientes do sistema de saúde; a estimular a inovação da entrega de cuidados de saúde e da sua manutenção e ainda a melhorar todo o sistema de saúde (p. 96).

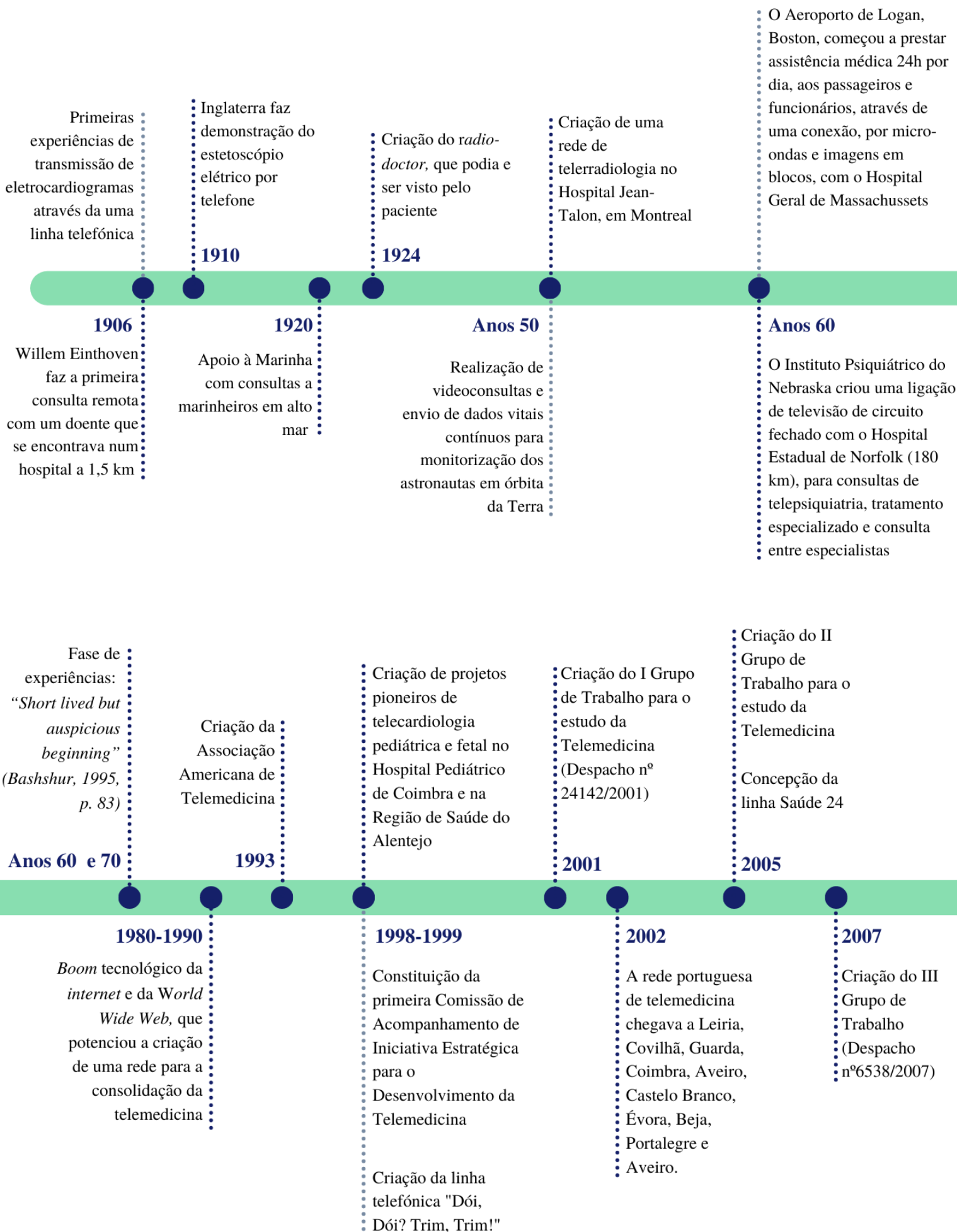
Grosso modo, a e-Saúde enquadra a aplicação das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) a todas as funções que intervêm no setor da saúde, colocando o

cidadão no centro da atenção e não a consulta médica ou o próprio profissional de saúde (Monteiro, 2008), e que visa a melhoria da promoção, educação e gestão de saúde, assim como todo o ciclo de saúde (Gonçalves, Castelo-Branco & Campanella, 2018; Matos *et al.*, 2014).

Desta forma, podemos concluir que e-Saúde difere de telessaúde e de telemedicina por não se centrar necessariamente no profissional, - estando, inclusive, a crescer pelas mãos de outros profissionais que não os de saúde – e por esta ser motivada por ganhos financeiros, contrariamente à telessaúde e à telemedicina (Bashshur, 2000). Em suma, o conceito de telessaúde integra a noção de telemedicina e é abrangido pelo conceito de e-Saúde.

Falar de telemedicina é, inevitavelmente, falar das TIC - que se encontram em constante transformação e evolução - ao serviço da saúde. Se pensarmos na telemedicina tal como hoje a percebemos, isto é, enquanto prestadora de “serviços ligados aos cuidados de saúde, nos casos em que a distância é um fator crítico” (OMS, 2010), é oportuno que recuemos até às formas mais basilares de comunicação, que tenham por base a transmissão de informação clínica entre dois ou mais intervenientes, que se encontrem geograficamente separados. A primeira referência a esta prática remonta ao início do século por modelos mais rudimentares como o correio, através do qual existia a troca de informação clínica entre o médico e os pacientes a uma velocidade muito abaixo da ideal (Batista, 2010).

No cronograma que se apresenta abaixo poder-se-á consultar os marcos mais importantes da evolução da telessaúde no mundo, que concentram entre os anos 1906 até ao ano 2020:



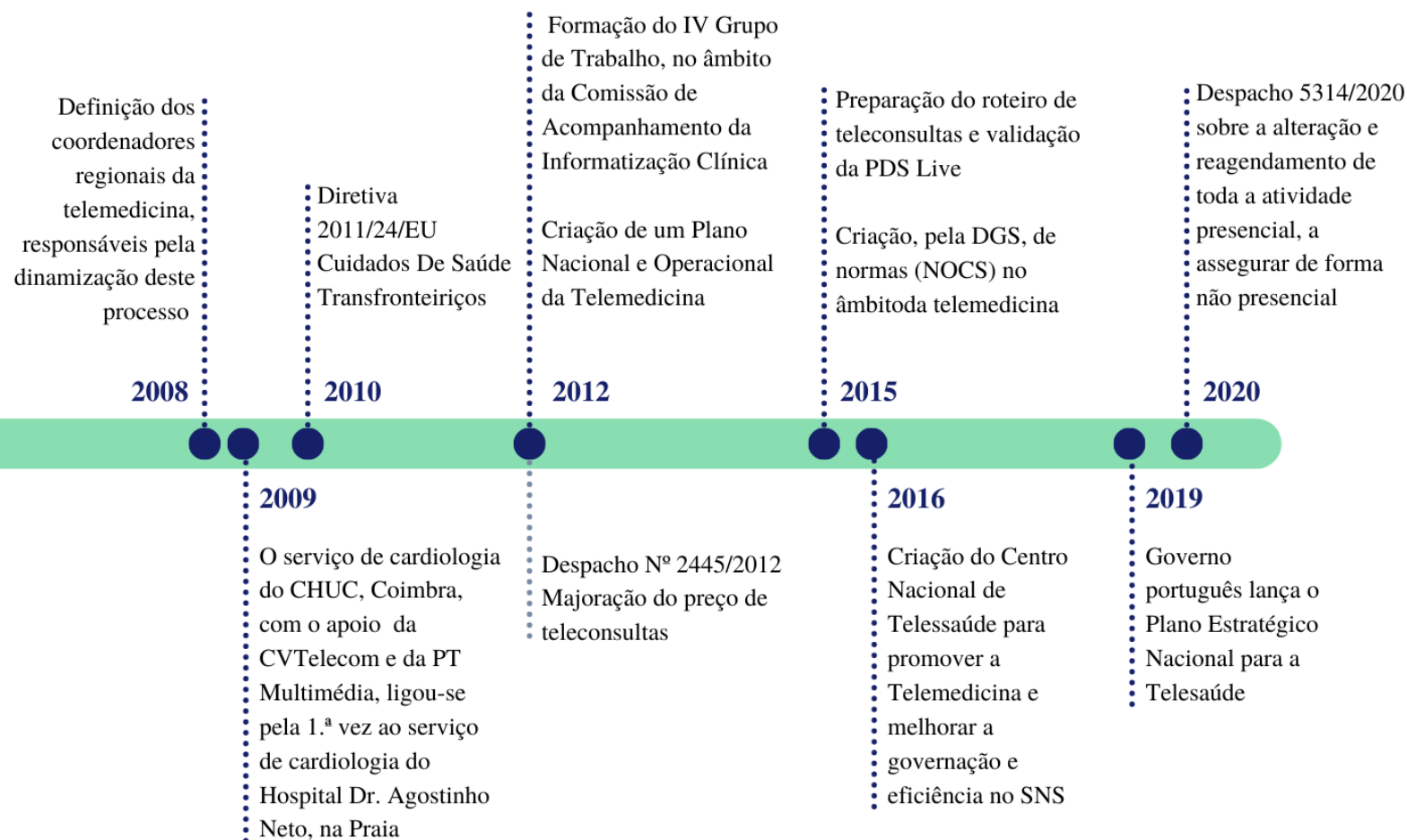


Figura 1- Cronograma da evolução da telemedicina no mundo. Elaboração própria.

Como já referido, é evidente que a história da telemedicina acompanhou a ascensão das TIC. Bashshur (2002) divide-a em três eras. A primeira era, a Era da telecomunicação, decorreu entre a década de 70 e inícios de 80, e datava a dependência da telemedicina de tecnologias de comunicação não confiáveis ou de custos elevados, como era o caso das transmissões de televisão. Entre os meados da década de 80 e até finais da década de 90, decorreu a era digital. Nesta fase, as telecomunicações eram realizadas via rede de computadores e imagens digitais. A comunicação tonou-se mais segura, possibilitando teleconferências a um custo mais baixo. Na Era digital tornou-se ainda possível o acesso de matérias de pesquisa, como artigos e teleducação à distância. A terceira era, a Era da Internet, chegou já no final da década de 90, e viu nascer a globalização das comunicações. A popularização das tecnologias desenvolvidas na era anterior, assim como o aumento da capacidade de processamento e a queda de custos dos computadores motivou a comunicação em rede, que veio revolucionar o mundo como até ali o conhecíamos. Maia (2006) acrescenta uma quarta era, a Era Utópica,

onde a telemedicina se caracteriza pela padronização e interoperabilidade total, globalização e universalização do acesso aos serviços médicos em qualquer lugar do planeta. É certo que os primeiros passos nesse sentido já foram dados e que não podemos ignorar o progresso científico e tecnológico da medicina. Porém, existe ainda um longo caminho até que a Era Utópica se efetive, pois, tal como van Gemert-Pijnen *et al.* (2011) referem, “é necessária uma nova abordagem holística, para o desenvolvimento de tecnologias de saúde em linha, que leve em conta a complexidade dos cuidados de saúde e os rituais e hábitos dos pacientes e outras partes interessadas” (p. 102).

1.2. Modalidades de telemedicina

Em Portugal, a telemedicina está presente em várias unidades de saúde e, consoante a natureza do ato clínico, pode assumir diferentes aplicações (CNTS, 2017):

- Telediagnóstico: Diagnóstico feito através de transmissão eletrónica de dados entre centros médicos separados geograficamente, por intervenção das TIC;
- Telemonitorização: Monitorização de sinais, sintomas e parâmetros biométricos (pressão arterial, ritmo cardíaco, glicemia capilar, oximetria e temperatura, por exemplo) à distância, transmitidos a profissionais de saúde através das TIC;
- Telerreabilitação: Reabilitação remota, com recurso às TIC, que possibilita, igualmente, aos profissionais de saúde, monitorizar e adaptar os programas de acordo com as necessidades dos doentes;
- Telerrastreio: Rastreio à distância, por meio das TIC, de uma doença assintomática, de um fator de risco ou de uma condição prejudicial. Modalidade aplicada frequentemente para mecanismos de prevenção;
- Teleconsulta: Consulta realizada de forma remota (*store and forward*), entre profissionais de saúde ou entre os profissionais de saúde e os utentes, através das TIC. Esta modalidade requer o registo obrigatório no processo clínico dos utentes e pode ser realizada em tempo diferido (com base em dados recolhidos previamente, ou seja, de forma assíncrona) ou em tempo real (de

forma síncrona). O serviço de teleconsulta pode ser realizado no domicílio ou nas instituições saúde das seguintes formas (Tool kit, 2020).

1. A teleconsulta em tempo diferido pode incluir o modelo de consultas com presença do utente, com referência para teleconsulta, onde se faz a captação de imagem, gravação audiovisual ou partilha de dados, recolhidos na presença do utente, que, de seguida, são enviados para uma entidade recetora em que o médico especialista os avaliará e responderá posteriormente;
2. A teleconsulta em tempo real pode ser feita quando:
 - a) Os intervenientes (utente-profissional de saúde) estão geograficamente separados e a consulta não é mediada por outro profissional que se encontra junto do utente (Por exemplo: Um médico endocrinologista, num centro hospitalar, realiza uma teleconsulta em tempo real diretamente com o doente no seu domicílio);
 - b) O utente é acompanhado de um profissional de saúde e a teleconsulta é desempenhada com outro médico, que se encontra noutra localização (Por exemplo: Um médico reumatologista, num centro hospitalar e sem a presença física do utente, realiza uma teleconsulta em tempo real com o apoio do médico de Medicina Geral e Familiar, numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários.
 - c) A teleconsulta decorre sem a participação ou presença do utente, mediante o consentimento do doente, isto é, a consulta acontece apenas entre profissionais de saúde (Por exemplo: Um médico oncologista, num centro hospitalar e sem a presença do utente, realiza uma teleconsulta em tempo real com médico neurologista, noutra centro hospitalar);
 - d) Quando se realizam duas teleconsultas em simultâneo, ou seja, o utente é consultado de forma remota por dois profissionais distintos, mas em tempo real, não estando fisicamente presentes em nenhuma das situações (Por exemplo: Um médico obstetra num centro hospitalar e um médico neurologista de outro centro hospitalar comunicam com o utente que se encontra no seu domicílio).

1.3. Fatores críticos de implementação da teleconsulta nos cuidados de saúde do Sistema Nacional de Saúde

A medicina à distância tem sido amplamente utilizada e aceite como uma opção viável em diversas áreas e especialidades clínicas e como um dos instrumentos para a resolução de problemas enfrentados pelos sistemas de saúde (Preston *et al.*, 1992; Turner *et al.*, 2004).

Das inúmeras experiências de telemedicina em Portugal, ficou provada a utilidade desta forma de tecnologias de 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 (Ferreira, 2018). Contudo, é fundamental considerar as diferentes perspetivas de todos os intervenientes neste processo e analisar os riscos e oportunidades pela ótica dos utentes, das unidades de saúde, dos financiadores e da sociedade (Álvares *et al.*, 2004).

1.3.1 Benefícios

O mérito das teleconsultas foi reconhecido pelo Ministério da Saúde de Portugal, ao publicar o Despacho Regulamentar n.º 3571/2013 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, no qual se pode ler que 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 e reduz as “distâncias” entre cuidados de saúde primários e especializados”. Desta forma, espera diminuir-se o número de deslocações desnecessárias às unidades de saúde, o que permite reduzir os tempos de espera para consultas e internamentos, assim como contribuir para o decréscimo do recurso às urgências hospitalares, permitindo o diagnóstico e a prescrição terapêutica na hora (Ferreira, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) partilha o mesmo argumento e acrescenta o fator de racionalização mais eficiente dos recursos humanos e materiais. A prestação de serviços remotamente leva a que o número de utentes a afluir às unidades de saúde diminua, o que pode representar um decréscimo de custos, mas também de recursos humanos ao nível administrativo e operacional (Dias, 2014). Além disso, a teleconsulta poderá ser útil para situações associadas a estigma ou preconceito social,

uma vez que possibilita maior discricção ao evitar a permanência em salas de espera comuns (Hubach *et al.*, 2020 citado por Carvalho, Neves e Martins, 2021: p. 24).

No que diz respeito à redução dos custos para o SNS, embora esta afirmação careça de estudo, segundo o diretor dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, “investir nesta tecnologia [telemedicina] sai mais barato aos Estado português do que pagar consultas de urgência, internamentos, antibióticos, além de evitar riscos das infeções hospitalares” (Soares, Rádio Renascença, 2017).

O fator distância é, universalmente, apontado como um dos principais obstáculos suplantados pela telemedicina. Quem mais aufere com esta característica são os profissionais ativos que têm dificuldade em ausentar-se dos seus locais de trabalho; os utentes institucionalizados; os residentes em zonas remotas que, além de não terem acesso a todas as especialidades clínicas nas suas áreas de residência, a informação relativa às mesmas é pouco difundida; os utentes confinados à sua residência por diferentes fatores, os utentes com mobilidade reduzida, os utentes que procuram maior flexibilidade por terem menos disponibilidade nas suas vidas e os nativos digitais, que estão familiarizados com a utilização diária das TIC e são mais recetivos à sua utilização para comunicar com os profissionais de saúde (Balaouras *et al.*, 2018; Davis *et al.*, 2020; Dias, 2014; Ferreira, 2018; Mueller *et al.*, 2020).

Sendo que a teleconsulta não se destina apenas à promoção da interação entre os prestadores de cuidados de saúde e os utentes, os prestadores de cuidados saúde também podem beneficiar da utilização desta tecnologia, visto que, como nota Ferreira (2002), é possível pôr-se fim a situações de isolamento profissional e criar-se novas formas de aprendizagem e partilha de conhecimento. Este contacto permite o desenvolvimento de competências e um apoio à decisão, com base em informação proveniente de especialistas nas diferentes áreas médicas, levando à confirmação de diagnósticos de forma mais célere e eficiente.

1.3.2. Riscos

Apesar dos benefícios da telemedicina, existem ainda vários fatores que põem em causa a sua sustentabilidade nos sistemas de saúde. Os riscos mais apontados à implementação e aceitação da teleconsulta são a falta do exame físico, a resistência dos profissionais de saúde, as possíveis limitações na comunicação e partilha de informação,

a recetividade tecnológica, as barreiras organizacionais, os custos e restrições orçamentais, a insegurança e falta de confiança dos intervenientes, a falta de formação adequada dos profissionais e dos utentes, as questões legais, éticas, regulamentares e de segurança/privacidade e, por fim, mas igualmente relevante, a interação virtual médico-doente. Não obstante, alguns riscos podem, de outro modo, constituir oportunidades para, efetivamente, juntar esforços e melhorar a prestação de cuidados de saúde de forma remota.

A teleconsulta nada mais é do que um processo comunicativo, onde todos os atores, incluindo as instituições, são confrontados com uma nova realidade, que requer grandes mudanças e adaptações em toda a espiral envolvente. Perante uma nova tecnologia, os profissionais de saúde tendem a, inicialmente, aceitar ou a rejeitar essa transição de forma pragmática, quer seja pela perceção da sua utilidade ou pela noção de facilidade de utilização (Maia, Correia & Lapão, 2015). Deste dilema sobrevem uma grande parte dos receios manifestados pelos médicos e restantes colegas, nomeadamente as limitações na comunicação e partilha de informação com os utentes, a falta de alfabetização tecnológica e de equipamentos necessários para utilizar os recursos de forma adequada (Lapão *et al.*, 2016).

Dado que a teleconsulta depende intrinsecamente da manipulação de aparelhos eletrónicos, é de todo o interesse que a tecnologia utilizada seja *user friendly* ou intuitiva, de forma a não dificultar o processo de teleconsulta, ou até mesmo comprometer os diagnósticos clínicos e gerar alguma insegurança a todos os intervenientes. Por conseguinte, é primordial sensibilizar, formar e informar adequadamente os profissionais sobre os riscos e benefícios da implementação de tecnologias na sua prática médica, mas também sobre a própria usabilidade das mesmas, conjuntura que, atualmente, requer mais atenção no SNS (Lapão *et al.*, 2016). Uma vez reunidas as condições supracitadas, e ainda que não representem totalmente o domínio dos riscos ou desvantagens, é expectável que ocorra a minoria de possíveis resistências por parte dos profissionais face à teleconsulta.

Os obstáculos culturais residem na resistência dos profissionais de saúde e dos utentes face à telemedicina, mas também nas próprias instituições que requerem uma estrutura organizacional, políticas internas, sistemas de incentivos e processos de informação e decisão adaptados a esta nova forma de exercer medicina, a fim de se

garantir a equidade de acesso aos cuidados de saúde e a sustentabilidade da telemedicina (Dutra, 2016; Kamsu-Foguem & Foguem, 2014).

Ao nível da relação humana, a realização de partes consideráveis do exame físico ao utente não é viável através da comunicação digital, tais como a palpação e a percussão. Embora já existam dispositivos para mitigar algumas dessas lacunas, tais como estetoscópios eletrónicos ou o simples envio de fotografias e teleconsulta por videoconferência, o exame físico não se resume ao aspeto técnico de obtenção de informação na consulta, é um ritual ou ato simbólico relevante para os profissionais de saúde e para os doentes, que contribui para a construção e manutenção da relação terapêutica e que possibilita a identificação ou exclusão de sinais que sugerem problemas e a orientação do diagnóstico diferencial (Carvalho, Neves & Martins, 2021); Hyman, 2020; Parks, 2016). Decorrente destes fatores, a teleconsulta comporta o risco de uma avaliação mais superficial do estado de saúde dos doentes, seja por falta de informação pelo exame físico, seja pelas características da ferramenta digital que é utilizada. A propósito dos contactos por *e-mail*, um estudo sobre os motivos para a ocorrência da má relação médico-doente na utilização de uma plataforma de comunicação digital chinesa, deu conta de que os doentes se queixavam da demora na resposta médica e de não terem informação suficiente sobre o seu diagnóstico ou não terem instruções claras sobre o aconselhamento (Yan *et al.*, 2020).

Sob outra perspetiva, podem mencionar-se as questões legais, éticas e regulamentares, que constituem um conjunto de receios e fragilidades à implementação da telemedicina em Portugal (Mueller *et al.*, 2020; Katz *et al.*, 2003). Falar de internet e de dados pessoais, especialmente em contexto clínico, é inferir o dever de as instituições deterem uma boa política de privacidade, normas claras e bem definidas, que assegurem a confidencialidade dos dados pessoais dos utentes, e dispor de controlo e responsabilização dos riscos de quebra de sigilo ou perturbação de informação. Para tal, é forçoso que exista um enquadramento legal que não vá de encontro ao próprio código deontológico da Ordem dos Médicos, e que reforce a confiança dos atores das teleconsultas. Quanto à proteção de dados pessoais dos utentes, Ferreira (2002) não conceitua que se trate de um risco e adverte que esta matéria já está devidamente regulamentada, pois a permuta de informação clínica entre as instituições de saúde já acontece há muito tempo, não sendo, por isso, uma novidade com a chegada da teleconsulta, mas carece de adaptação nos termos atuais. Ainda assim, esta é uma das

principais preocupações de médicos e doentes. O mesmo autor lembra que, no que concerne à responsabilidade dos atos clínicos, não deve pensar-se na telemedicina como algo distinto da natureza da prática médica padronizada, salientando que a diferença se encontra apenas no método de consulta. Assim, as regras já impostas para a intervenção convencional são igualmente válidas no âmbito da telemedicina.

Porém, é possível testemunhar que a telemedicina está, cada vez mais, a fazer novos progressos e, por isso, deverá priorizar-se a criação de normas e recomendações exclusivas para a sua implementação.

Todos os países enfrentam inúmeras questões éticas relacionadas com a confidencialidade, profissionalismo e privacidade de dados que estão diretamente correlacionadas com o uso das TIC na saúde. Em 2010, foi lançada a Diretiva 2011/24/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa ao exercício dos direitos dos doentes, em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços. As dúvidas giram, então, em torno da falta de um regulamento médico internacional, que tenha em conta que os processos de telemedicina podem envolver médicos de diferentes países, que enfrentam jurisdições e políticas distintas de regulação de privacidade e de confidencialidade dos utentes, no que diz respeito à transferências e armazenamento de dados pessoais tão sensíveis quanto os de saúde (Ferreira, 2018; Lapão *et al.*, 2016).

Por outro lado, há que considerar os custos e despesas associados à telemedicina pois, embora a literatura internacional refira a potencialidade da telemedicina diminuir as despesas para os sistemas de saúde, Zózimo e Botrugno (2020) defendem que esta hipótese carece de verificação, pois é difícil compreender de que forma a introdução das TIC pode levar a poupanças significativas nas despesas em saúde para o SNS e para os utentes. Acresce a falta de estudos sobre a avaliação do custo-benefício da telessaúde, o que dificulta a sensibilização dos formuladores de políticas e investidores para apoio da sua implementação e desenvolvimento sustentado (Lapão *et al.*, 2016; Maia, Correia & Lapão, 2015). Assim, deve ter-se presente que, para a realização das teleconsultas seja efetuada de forma segura e eficaz, e seja possível ir ao encontro das necessidades dos utentes e dos profissionais, as instituições de saúde terão custos elevados de aquisição de equipamentos, que englobam *hardware*, *software*, encargos com comunicações e, posteriormente, com a manutenção dos sistemas de TIC igualmente seguras. Também os espaços onde as teleconsultas são realizadas poderão ter de sofrer algumas alterações estruturais, para melhoria da qualidade do som e imagem, o que acarreta mais custos

para as instituições e, no caso particular das teleconsultas, deve ter-se presente que as mesmas comportam o valor da prestação da consulta, visto que é sempre necessário pelo menos um médico (LeRouge, Garfield & Collins, 2012; Chaudhry *et al.*, 2010).

A rápida disseminação da telemedicina levantou outra questão relacionada com os riscos de aconselhamento de ações e de terapêuticas farmacológicas a doentes avaliados exclusivamente de forma não presencial. Nada obstante, tal como Ferreira (2018) afirma, esta insegurança sentida pelos utentes não deveria justificar-se apenas pelo uso de teleconsulta, uma vez que, esta situação já se sucede em consultas presenciais, sempre que um médico esclarece dúvidas ou discute situações clínicas, via chamada telefónica, correio eletrónico ou, por exemplo, através da aplicação *WhatsApp*, correndo o risco de não ter os processos clínicos dos utentes na sua posse, e serem, por conveniência, guiados apenas pela sua memória em relação aos detalhes dos históricos clínicos. Todavia, nas teleconsultas são obrigatórios registos eletrónicos, bem como a “produção de um relatório que contenha a informação clínica relevante, validado pelos profissionais intervenientes e armazenado nos sistemas informáticos clínicos das respetivas instituições” (Norma 010/2015 de 15/06/2015, p. 2).

As limitações no acesso à internet são outra barreira que poderá dificultar a comunicação digital. Os estudos mostram que existe uma distribuição desigual no acesso, uso ou impacto das tecnologias de informação e comunicação entre diversos grupos de utilizadores, em particular nos doentes com idades mais avançadas ou em pessoas com menor escolaridade, pois são quem tem menor acesso à internet (Compaine, 2001; Prestin, Vieux Chou, 2015; Singh *et al.*, 2009). Ainda assim, segundo o resumo do relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde apresentado pela Organização Mundial de Saúde, em 2015, a evolução da tecnologia está a acompanhar o envelhecimento da população (OMS, 2015).

Por fim, o constrangimento mais apontado e o que traz mais preocupações aos utentes é a sua relação clínica entre os profissionais de saúde. Salvaguardando a viabilidade tecnológica, económica e legal e a aceitação clínica e social da teleconsulta, surgem os riscos de a teleconsulta poder fundamentar uma “promoção da desumanização da saúde”, como referem Botrugno & Zózino (2020, p. 98), uma vez que esta ferramenta pode ser encarada como uma análise de dados e o doente é convertido em informação visual e digital, analisada na sua ausência (Webster, 2002; Raposo, 2009).

Autores como *Dores et al. (2020)* e *Menage et al. (2020)* defendem que, em alguns contextos clínicos, não estar no mesmo espaço físico pode levar a situações de desconforto e incerteza por parte de todos os intervenientes, sobretudo quando existe um acesso limitado ao corpo físico do Outro e à sua linguagem não-verbal. Pelo contrário, a presença física pode, muitas vezes, ser um fator tranquilizador para ambas as partes. Ainda assim, a maioria dos programas de telemedicina relatam elevados graus de satisfação dos utentes, apontando como aspetos positivos a maior acessibilidade aos profissionais de saúde e maior facilidade em comunicar e tirar dúvidas relativamente às suas condições de doença e saúde. Frequentemente, existem relatos de utentes que afirmam que os profissionais de saúde são mais atentos, ouvem e olham durante mais tempo para os utentes durante as teleconsultas, o que, naturalmente, os satisfaz (*Ferreira, 2018*). Desta forma, é importante que sejam realizadas e publicadas mais avaliações estruturadas sobre o grau de satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde, relativamente às teleconsultas, de forma a poder concluir-se se, de fato, a telemedicina tende a enfraquecer o vínculo humano ou se, pelo contrário, virá reforçá-lo.

CAPÍTULO 2 - Comunicação em Saúde

Nesta dissertação, adotou-se uma perspectiva da comunicação estratégica para analisar a comunicação em saúde no contexto de telemedicina, em particular, na teleconsulta. Assim, começamos este capítulo com a apresentação do conceito de comunicação em saúde, explicitando a área em que este estudo se foca.

“A comunicação na saúde e na doença constitui uma das experiências humanas mais vitais do ser humano” (Brashers & Babrow, 1996, p. 243). Assim, estudar comunicação em saúde é um dos desafios mais recompensadores para a investigação acadêmica, por ser uma área extremamente complexa e em constante evolução, que toca todas as franjas da sociedade.

A definição do conceito de comunicação em saúde é também desafiante, devido à sua natureza multidisciplinar e caráter multifacetado, direcionados para diferentes níveis como a comunicação intrapessoal, interpessoal, de grupo, organizacional e social (Lopes *et al.*, 2013). Ao longo dos anos, vários autores têm tentado chegar a uma definição única de comunicação em saúde, porém, na literatura científica, o mesmo conceito parece referir-se a campos como comunicação para a saúde, comunicação de saúde e comunicação e saúde e, por isso, muitas definições podem aparecer ligeiramente diferentes umas das outras (Schiavo, 2007). Nos países anglo-saxônicos, pioneiros na investigação deste campo de estudo, as investigações tendem a surgir em torno do conceito de *Health Communication* que, na visão de Ratzan *et al.* (1996), se define como “a arte e a técnica de informar, influenciar e motivar individualmente, institucionalmente e publicamente sobre importantes questões de saúde” (p. 29). Esta falta de entendimento ou polissemia de *Health Communication* para caracterizar áreas de saúde tão dispare, evidencia, uma vez mais, as dificuldades que existem no campo de investigação, que não favorecem a expansão da literacia em comunicação de saúde.

Segundo Schiavo (2009), a comunicação em saúde é:

um meio atingir diferentes públicos e compartilhar informações relacionadas com saúde, com o objetivo de influenciar, envolver e apoiar indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais, legisladores e o público para defender, apresentar, adotar ou manter um comportamento, prática ou política, que acabará por melhorar os resultados de saúde (p. 7).

O Instituto Nacional Americano do Cancro caracteriza a comunicação em saúde pelas potencialidades de:

• aumentar o conhecimento do público e a consciencialização para uma questão, problema ou solução de saúde; influenciar perceções, crenças e atitudes que podem alterar as regras sociais; ação imediata; demonstrar ou ilustrar habilidades saudáveis; reforçar o conhecimento, atitudes ou comportamento; mostrar o benefício da mudança de comportamento; defender uma posição sobre uma questão de saúde ou política; aumentar a procura ou o apoio aos serviços de saúde; refutar mitos e equívocos; e fortalecer as relações organizacionais (Freimuth & Quinn, 2004, p. 2053).

Para este trabalho será adotada a perspetiva extensiva de Thompson (2014), também partilhada por Freimuth, Linnan e Potter (2000), que se refere à comunicação em saúde como o uso de estratégias de comunicação para informar e influenciar indivíduos e comunidades no processo de tomada de decisões de saúde, no sentido de promoverem a sua saúde e bem-estar, prevenirem doenças e mudarem comportamentos.

A comunicação em saúde pode focar-se em diferentes contextos tais como (Teixeira, 2004):

- Na relação entre os profissionais de saúde e os utentes;
- Na construção de mensagens sobre saúde no âmbito de atividades de educação para a saúde e de programas de promoção da saúde e de prevenção, que visam a promoção de comportamentos saudáveis;
- Na partilha de informação sobre saúde nos serviços de saúde, nas organizações, nas famílias e na comunidade;
- Na transmissão de informação sobre riscos para a saúde e na discussão de temas de saúde nos meios de comunicação social, na internet e outras tecnologias digitais;
- Na educação dos utentes, com a finalidade de melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde;
- Na formação dos profissionais de saúde, nas relações interprofissionais em saúde e nas intervenções públicas dos profissionais de saúde; Na comunicação interna nas organizações de saúde;

- Na qualidade do atendimento dos utentes por parte de funcionários.

Embora a definição de comunicação em saúde possa não ser exatamente igual entre os autores, existe consenso nas funções desta, sendo que em todas estão presentes palavras-chave como “compartilhar significados ou informações, influenciar indivíduos ou comunidades, informar, motivar públicos-alvo, trocar informações, mudar comportamento e apoiar e sustentar a mudança” (Schiavo, 2007, pp. 7-8).

Devido à ambiguidade do termo “comunicação em saúde”, na aceção de *Health Communication*, é pertinente esclarecer que o objeto de estudo deste trabalho é a área específica da comunicação médico-doente, dada a primordialidade deste campo que, como a literatura científica descreve largamente, tem amplas implicações para a saúde e doença do utente. Com a chegada da pandemia provocada pela Covid-19, o estudo da comunicação médico-doente tornou-se imperativo devido à forçosa mudança nos modelos de prestação de cuidados de saúde, particularmente nos cuidados de saúde primários, que representam, na sociedade portuguesa, a primeira forma de contato dos cidadãos com o sistema de saúde (Carvalho, 2013).

2.1 A comunicação (estratégica) de saúde

Nesta fase, parece claro que a comunicação médico-doente é comunicação estratégica pois ilustra-se como:

- Comunicação dirigida e personalizada, ou seja, centrada nos públicos, cuja mensagem deve ser ajustada a cada utente, respeitando as suas crenças, preferências, padrões culturais, sociais e grau de literacia (Silva, 2008);
- Comunicação participativa e bidirecional (Grunig, 1984), pois promove o envolvimento do utente, respetiva família e profissionais de saúde durante os processos de tomada de decisão, desde a sua discussão até à efetivação;
- Utiliza múltiplas opções, formatos e canais para comunicar, escolhidos de acordo com as características dos públicos e do contexto em que se inserem;
- Comunicação intencional e planeada, orientada para objetivos claros;
- Comunicação persuasiva, na medida em que procura sempre levar o utente a tomar uma determinada decisão, seja em relação à promoção da sua saúde e prevenção e tratamento da doença;

- Orientada para os resultados, dado que procura fomentar a mudança ao nível dos conhecimentos, atitudes e comportamentos que conduzam a um resultado em saúde;
- Depende de fatores internos e externos à consulta, tais como obrigações legais, normas organizacionais, restrições orçamentais, limitações técnico-funcionais, tempo de consulta, fatores subjetivos como o contexto social e económico dos participantes, entre outros (Laine & Davidoff, 1996; Lamiani *et al.*, 2008; Okamoto, 2007; King & Hoppe, 2013; Ribeiro, 2007; Rodrigues *et al.*, 2015; Teal & Street, 2009).

Sob outra visão, pode elucidar-se que a comunicação médico-doente é fundamentalmente estratégica, apresentando algumas semelhanças com algumas áreas da comunicação integrada. De seguida, focar-nos-emos no âmbito das Relações Públicas e do Marketing, com o objetivo de clarificar o padrão existente.

No caso dos profissionais de Relações Públicas, parece claro que se esforçam para “influenciar estrategicamente os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos dos públicos” (Omilion-Hodges, 2014, citado por Garcia, 2020, p. 3). Por essa razão, foram desenvolvidas diferentes abordagens, das quais se destaca o Processo de Relações Públicas, que é composto por quatro etapas:

1. Análise da Situação ou Definição do Problema/Oportunidade (“O que está a acontecer neste momento?”): recolha de informação que permite fazer o levantamento do problema ou da oportunidade de comunicação. “Pode incluir, entre outras variáveis, a análise do setor, da organização, da temática, dos públicos e das ações anteriormente desenvolvidas pela organização ou pelos seus concorrentes” (Garcia, 2020);
2. Planificação e Programação (“O que devemos dizer e fazer? Porquê?”): fase estratégica do processo, na qual a informação recolhida na etapa anterior serve de base para a definição das metas, objetivos, públicos e ações;
3. Ação/Comunicação/Ação (“Como e quando dizemos e fazemos?”): nesta fase decorre a implementação das decisões tomadas na planificação, de modo a cumprir os objetivos definidos anteriormente;
4. Avaliação (“Como é que o fizemos?”): embora configure a última etapa, a fase de avaliação deve ser realizada durante todo o processo de modo a ser

possível avaliar todos os passos – preparação, implementação e impacto do programa – e efetuar as alterações necessárias (Broom & Sha, 2013, p. 264).

As características dos diferentes conceitos de Relações Públicas, em particular na sua função estratégica, encontram-se próximas do domínio da comunicação médico-doente. Se por um lado é imperativo que o médico, à semelhança do profissional de Relações Públicas, siga um conjunto de etapas de análise de problemas e oportunidades, de planeamento estratégico, de implementação e de avaliação, por outro lado, estamos perante um troca de informação em que o médico e a própria instituição de saúde procuram estabelecer uma comunicação bidirecional com os seus utentes da forma mais adequada possível, com o objetivo de corresponder aos interesses de ambas as partes e alcançar um bem maior: a promoção da saúde. Como tal, a estratégia é uma das características mais proeminentes da Comunicação em Saúde, em particular durante o processo de consulta, suportado pela comunicação médico-doente, tal como se apresenta no quadro seguinte:

Processo de Relações Públicas (adaptado de Broom & Sha, 2013)	“Consulta em 7 passos” – modelo clínico integrado (Ramos, 2009, p. 208)
<p>Fase de análise da situação:</p> <p>Definição do Problema/Oportunidade – Fase de recolha de informação que permitirá identificar problemas e oportunidades.</p>	<p>Fase inicial:</p> <p>Preparação e Primeiros minutos – autoavaliação do médico, preparação da chegada do utente e identificação de indícios físicos e emocionais, de motivos de consulta e ao acerto de agendas entre o médico e o paciente. Nesta fase faz-se a consulta breve do processo clínico e avaliam-se as condições para a consulta, e, depois, o acolhimento, primeiro contacto, cumprimento do utente.</p> <p>Fase intermédia:</p> <p>Exploração, análise e contextualização – Recolhem-se, analisam-se e contextualizam-se dados e informação (subjetivos, objetivos)</p>

	e contextuais). Fase em que é feita a anamnese, o exame objetivo e se contextualizam os problemas abordados.;
<p>Fase estratégica:</p> <p>Planificação e Programação - Definição de metas, objetivos, públicos e ações.</p>	<p>Fase intermédia:</p> <p>Avaliação – Inter-relacionam-se e interpretaram-se os dados e a informação recolhidos, para posterior integração num quadro explicativo coerente e com significado para ambos – médico e utente. Momento de interpretação, diagnósticos, explicações, previsões (prognósticos) e avaliação dos impactos na qualidade de vida do utente.</p>
<p>Fase de implementação:</p> <p>Ação/Comunicação/Ação – Ativação dos planos traçados anteriormente.</p>	<p>Fase intermédia:</p> <p>Plano – onde se prepara o plano de cuidados e se propõe, negocia e procurar chegar a acordo sobre ações e objetivos, incluindo prevenção.</p>
<p>Fase de avaliação – Ponderação de todas as etapas e reformulação de ações, caso seja necessário.</p>	<p>Fase final:</p> <p>Encerramento – confirma-se a inexistência de dúvidas e a satisfação do utente; revê-se o plano acordado e procede-se ao cumprimento de despedida para encerrar a consulta;</p> <p>Reflexão e notas finais – Realiza-se um balanço sucinto do tipo SWOT, centrado no doente e com o seu envolvimento, com o objetivo de potenciar as ações desenvolvidas no plano de cuidados e prevenção.</p>

Tabela 1 - Tabela comparativa das características do Processo de Relações Públicas em quatro etapas e do Modelo clínico integrado da consulta. Elaboração própria.

Já no que diz respeito ao conceito de Marketing, numa sucinta definição de 15 palavras, estamos presentes a elementos essenciais como as necessidades/desejos, procura, públicos-alvo, estratégias e troca/partilha:

O Marketing atende às necessidades ou desejos do ser humano, considerando o público-alvo, as suas características e comportamentos e os recursos que possui, com o objetivo de criar estratégias que lhe permitam efetivar uma troca de valores ou fluxo de produtos/serviços entre os interessados (Ferreira et. al, 2015).

Desta forma, tal como nas Relações Públicas, também o Marketing partilha um perfil semelhante ao da comunicação médico-doente: durante a consulta, o médico procura saber quais as necessidades e motivações do doente e, conjuntamente, tentam criar valor para ambas as partes, tendo em conta as características, contextos socioeconómicos e recursos do doente. Daí pode resultar um consenso, que pode ser a mudança de estilos de vida, adesão terapêutica, aumento da literacia em saúde, entre outros.

Todavia, embora a comunicação médico-doente seja essencialmente estratégica, existe ainda um longo caminho a percorrer para que a comunidade médica trabalhe e melhore as suas competências comunicacionais, de forma a adequar-se ao seu público, isto é, olhando além das necessidades biomédicas. Os estudos já começaram a demonstrar que é cada vez mais importante que os médicos vejam o “doente como um todo”, ou seja, de forma transversal à dimensão biológica, mas também psicológica e social, e que abandonem algumas práticas tradicionais como o uso de vocábulos excessivamente científicos para comunicar com o doente.

No que diz respeito ao primeiro ponto, as implicações clínicas são de tal ordem que podem modificar as perceções dos doentes sobre a sua disposição para seguir ou não o aconselhamento médico. Se por um lado os doentes estão mais dispostos a seguir a opinião médica quando detetam uma atitude “calorosa, amistosa e preocupada com o seu-estar”, por outro lado, “os doentes estão mais propensos a demonstrar indiferença quanto ao cumprimento terapêutico se o profissional de saúde adotar uma atitude autoritária e a sua opinião não científica não for levada em conta”. Assim, fatores positivos ou unificantes como o respeito, o interesse, a atenção, a humildade e a empatia do médico (Gomes, 2014) são determinantes para a adesão terapêutica e para a adoção de comportamentos geradores de saúde por parte dos doentes. A comunicação empática,

por exemplo, já veio provar a sua influência positiva na consulta (Riess *et al.*, 2012), porém relatórios como *Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry (2013)*, *Dying without dignity - Health Service Ombudsman (2015)* e *One Chance to get it right - Palliative Care Wales (2015)* continuam a alertar para um défice de empatia na prestação de cuidados de saúde.

Quanto ao segundo ponto acima apresentado - o abandono de práticas de comunicação não pensadas de forma estratégica - é de maior importância referir a incapacidade de persuasão no discurso médico face aos doentes. Este pensamento não é novo, dado que remonta aos textos mais antigos de retórica, nos quais se referia que os médicos não conseguiam comunicar de forma tão eficaz quanto os Sofistas, pois, contrariamente aos primeiros, os segundos preocupavam-se em adequar o discurso ao público. O médico tem o conhecimento, mas não consegue convencer o doente a submeter-se ao tratamento; o Sofista não tem conhecimento médico, mas, através das palavras certas, persuade o paciente a tomar o medicamento (Santos, 2008). Esta visão encontra-se patente na obra *Górgias*, de Platão.

Atualmente, do ponto de vista comunicacional, o desafio que a telemedicina introduz é a preparação dos profissionais de saúde, das organizações de saúde e dos utentes para um novo modelo de prestação de cuidados de saúde que poderá levar ao favorecimento da comunicação como transmissão de informação, levando à perda dos aspetos de comunicação como ritual, que contribuem para a construção e manutenção do sucesso relacional entre médicos e utentes. (Rossi, 2021)

CAPÍTULO 3 - Metodologia

Neste capítulo serão apresentadas as escolhas metodológicas, que incluem a problemática de investigação e os objetivos de estudo; a natureza da pesquisa; a seleção dos participantes; as técnicas e instrumentos de recolha de informação e respetivos métodos de análise de dados; e, por fim, os procedimentos éticos.

3.1. Problemática de investigação e Objetivos

Este trabalho de investigação procurou dar resposta a uma das problemáticas científicas mais pertinentes para o contexto português da atualidade, do ponto de vista comunicacional, designadamente “Qual a perspetiva dos médicos relativamente às oportunidades e limitações da Teleconsulta nos cuidados de saúde primários, durante o surto epidémico de Covid-19 em Portugal?”.

Desta forma, foram definidos dois objetivos principais, sendo eles identificar as mudanças na comunicação médico-doente durante o processo de teleconsulta e identificar quais os benefícios, riscos e oportunidades da Teleconsulta para os médicos. Tendo em conta a problemática de investigação e os objetivos principais, procedeu-se à definição dos objetivos mais específicos, que orientarão o trabalho de investigação, nomeadamente identificar as limitações do SNS sentidas pelos médicos; levantar as barreiras da teleconsulta para os médicos e explorar os desafios comunicacionais e novas abordagens detetadas na Teleconsulta.

3.2. Natureza da pesquisa

Este estudo adota uma abordagem qualitativa, por oferecer um “meio poderoso de compreensão das relações de comunicação e o mundo social” (Daymon & Holloway, 2011, p. 17), a qual permite recolher as experiências e interpretações dos médicos no contacto com os utentes, durante as consultas remotas.

Considerando Turato (2005), mais do que estudar o fenómeno em si, a metodologia qualitativa procura entender o significado individual ou coletivo que um determinado fenómeno tem para a vida das pessoas.

Nas últimas décadas, a pesquisa qualitativa ganhou força e reconhecimento científico na investigação em saúde, em virtude da sua contribuição para a compreensão

do comportamento humano e das suas experiências, bem como para o estudo da organização e planeamento dos serviços de saúde. Para tal, o método qualitativo tende a seguir questões como “o quê?”, “como?” e “porquê?”, e a analisar as respostas no contexto dos significados atribuídos por cada participante (Pinto, Campos & Siqueira, 2018). Para Minayo (2014), a metodologia qualitativa define-se como:

aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas encaradas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (pp. 22-23).

Em contraste com a abordagem quantitativa, na qual o investigador se mantém distante, na investigação qualitativa subsiste uma sinergia entre o investigador e os participantes - não existindo, por isso, uma relação hierárquica entre ambos (Rey, 2002) - como forma de aprendizagem e produção de conhecimento.

De acordo com a perspetiva de Daymon e Holloway (2011):

idealmente, em investigações qualitativas, os participantes estão envolvidos não apenas no fornecimento de dados, mas também em alguns aspetos da sua interpretação, como em entrevistas onde os pesquisadores investigam e incentivam os informantes a falar sobre o que algo significa para eles (p. 20).

Tratando-se de um processo aberto, esta abordagem privilegia a voz dos participantes que, frequentemente, são convidados a ler e ouvir os dados partilhados e a enriquecer os seus testemunhos sempre que o pretendam.

No que diz respeito à extensão da amostra, o método qualitativo não obedece a regras rígidas, embora, geralmente, seja apropriado recorrer-se a uma pequena amostra, que é estudada em profundidade. Ainda assim, como Silverman (2013) defende, “a validade da análise qualitativa depende mais da qualidade da análise do que do tamanho da amostra” (p. 122), pelo que deverão ser privilegiados critérios como o tipo de problemática escolhida, o tipo de abordagem qualitativa, os recursos materiais e de tempo, bem como o número de investigadores envolvidos no estudo, para a decisão da extensão da amostra. De todo o modo, embora a escolha possa incidir em amostras mais pequenas, é fundamental que a amostra tenha uma extensão suficiente ao alcance da redundância ou saturação dos dados para a análise profunda de um determinado fenómeno (Daymon & Holloway, 2011).

Uma vez escolhida a abordagem qualitativa como método de investigação, é agora necessário classificar o tipo de pesquisa. Desta forma, no sentido de dar resposta aos objetivos da investigação e atendendo às características do estudo, classificou-se esta pesquisa como descritiva-exploratória (Fortin, 1999). De acordo com Gil (2002), as pesquisas do tipo descritivo têm como principal objetivo identificar e descrever as características de um determinado fenómeno ou de uma população, com base nos dados recolhidos, ou, por outro lado, estabelecer relações entre variáveis. Neste nível de investigação, o conhecimento científico é limitado, pelo que é fundamental reconhecer e descrever alguns conceitos que refletem o fenómeno em estudo, tais como, por exemplo, a comunicação, a estratégia, as expectativas, as falhas e as opiniões (Fortin, 2006). Além destas características, o presente estudo tange o desenho descritivo pela sua finalidade de levantar opiniões, crenças e atitudes de uma determinada população, designadamente os médicos coordenadores dos centros de saúde.

Embora a investigação seja do tipo descritivo, considerou-se ser também de natureza exploratória, uma vez que visa explorar a perceção dos médicos face à implementação da teleconsulta em Portugal, por se tratar de um tema cujo o conhecimento é ainda reduzido na literatura científica (Fortin, 2006). Segundo Gil (2002), além do baixo conhecimento científico, as pesquisas exploratórias caracterizam-se pela sua intenção de desenvolver, clarificar e modificar conceitos ou ideias, com vista à formulação de hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

3.3. Seleção dos participantes

Para este estudo, recorreu-se a uma população-alvo constituída pelos médicos de Medicina Geral e Familiar dos centros de saúde do Sistema Nacional de Saúde.

A opção de escolher os centros de saúde como instituições a estudar, advém do seu papel preponderante no combate à pandemia provocada por Covid-19. O seu carácter preventivo da doença e de manutenção e promoção da saúde, no qual se inserem cuidados de diagnóstico, tratamento, vigilância, vacinação e, não menos importante, de educação para a saúde, permitiu reforçar o apoio de vanguarda aos cuidados de saúde secundários como os hospitais, o que substanciou algumas forças, mas também fraquezas, na prestação de cuidados de saúde, fomentadas pela implementação de um sistema de teleconsulta.

Os Agrupamentos de centros de saúde compreendem diferentes unidades funcionais, tais como Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Pública (USP) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22-02-2008). Não obstante, o presente estudo diz respeito, exclusivamente, aos profissionais das Unidades de Saúde Familiar e nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados.

A seleção da amostra aconteceu em duas fases. Durante a primeira fase, foram contactados todos os médicos coordenadores das USF e das UCSP da Administração Regional da Saúde (ARS) da região centro do país, por serem profissionais que, além de desempenharem as suas funções enquanto clínicos da especialidade Medicina Geral e Familiar, cumpriram ainda as suas posições na qualidade de coordenadores dos centros de saúde, que recebem as diretrizes da Direcção-Geral da Saúde, e as transmitem aos profissionais dos diferentes níveis institucionais destas unidades funcionais. Posto isto, considerou-se que estes médicos configurariam as fontes de informação mais próximas da realidade vivida nos Centros de Saúde e, por isso, retratariam o coorte mais idóneo para esta investigação. Assim, nesta fase, a amostra incluiu todos os médicos coordenadores das USF e UCSP do Baixo Mondego, Baixo Vouga, Beira Interior Sul, Cova da Beira, Dão Lafões, Guarda, Pinhal Interior Norte, Interior Sul e Interior Litoral, que foram seleccionados por método de amostragem não probabilístico por conveniência.

Os primeiros convites de participação no estudo foram enviados para cada médico coordenador do respetivo Centro de Saúde da ARS do Centro, via correio eletrónico institucional, perfazendo um total de cento e setenta convites enviados na primeira fase. Dos cento e setenta convites, apenas três unidades responderam explicitamente, via correio eletrónico, que não estariam disponíveis para participar no presente estudo por se encontrarem em funções de substituição do médico coordenador e que, por essa razão, não se encontrariam disponíveis. Das restantes cento e sessenta e sete unidades não se obteve resposta. Uma semana depois de os convites serem enviados, deu-se início a um *follow up* telefónico para todas as unidades às quais não se obteve resposta positiva ou negativa. Contudo, o número de unidades que aceitaram participar no estudo manteve-se inalterado.

Por conseguinte, foi necessário dar início a uma segunda fase de recolha da amostra, que abrangeu outras áreas geográficas, tais como centros de saúde pertencentes

ao ACES do Grande Porto V – Porto Ocidental, ao ACES de Matosinhos e ao ACES Lisboa Ocidental e Oeiras. Nesta fase, foram enviados trinta convites de participação no estudo, via correio eletrónico pessoal ou institucional, para médicos de Medicina Geral e Familiar que trabalham em centros de saúde, incluindo-se neste grupo os médicos coordenadores das unidades, bem como os médicos que não exercem essa função. Dos trinta médicos contactados, cinco responderam positivamente à participação no estudo, definindo assim a amostra a estudar nesta investigação.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolha de informação

Entende-se que a escolha de técnicas e instrumentos de recolha de informação de uma investigação qualitativa deve passar, necessariamente, pela reflexão da problemática e objetivos de estudo, das características dos participantes e, particularmente, pela ponderação do nível de conhecimento do objeto de estudo.

No que se refere ao nível de conhecimento, nos estudos exploratório-descritivos, ou seja, nos estudos em que existe um baixo nível de conhecimento sobre o fenómeno, é essencial “acumular a maior quantidade de informações possíveis, a fim de abarcar os diversos aspetos do fenómeno” (Fortin, 1999, p. 240). Para tal, as escolhas metodológicas do presente estudo envolveram o recurso a uma revisão de literatura científica, seguida da aplicação de um guião de entrevista, ao qual sucedeu o uso de um breve questionário e a aplicação de uma escala de orientação médica.

Importa referir que o quadro de pandemia provocada por Covid-19 afirmou o contexto em que este trabalho sucedeu. Posto isto, de modo a serem cumpridas todas as medidas preventivas, convencionadas pela Direção-Geral da Saúde (2020), no que diz respeito à redução da interação social às situações essenciais, considerou-se vital desenvolver esta investigação de forma totalmente remota.

3.5.1. Entrevista

As entrevistas são entendidas como uma “forma de interação social, um diálogo assimétrico, em que parte quer recolher dados e a outra apresenta-se como fonte de informação” (Gil, 1999, p. 113). A escolha desta técnica urge da necessidade de “recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 134), a saber, recolher os testemunhos

dos médicos de MGF sobre a sua percepção acerca dos fatores críticos da implementação do sistema de Teleconsulta nos centros de saúde, durante a pandemia provocada por Covid-19.

No que se refere à estrutura, a entrevista escolhida para este estudo é do tipo semiestruturado, por ser um método versátil e flexível, em que as perguntas convidam os participantes a dar um “fluxo livre de consciência, espontâneo e relativamente ininterrupto” (Taylor & Francis, 2013, p. 207). Apesar de existir uma delimitação específica do assunto e algumas questões norteadoras, o investigador pode delinear perguntas com diferentes modos de abertura, de forma a “não limitar as respostas dos entrevistados, deixando-os expor livremente (...) e esclarecer os quadros de referência utilizados pelos mesmos, levando-os a esclarecer conceitos e situações concretas” (Pacheco, 1995, p. 88). Assim, o entrevistador possui um conjunto de perguntas-guia, que vai lançando à medida da oportunidade, sem necessariamente seguir a ordem inicialmente estabelecida (Pardal & Correia, 1995, p. 65).

Sob outra perspetiva, a flexibilidade das entrevistas semiestruturadas denota-se pelo encadeamento das perguntas, posto que se apoia nos pressupostos que interessam à pesquisa, mas também naqueles que surgem com o seu decorrer (Pinto, Campos & Siqueira, 2018; Triviños, 2017).

Quanto à profundidade, e seguindo a metáfora do “oceano do conhecimento”, a entrevista utilizada neste estudo pertence à classe do “oceano profundo”, por ir além “das águas rasas e recifes, e mergulhar profundamente nos relatos experimentais dos participantes, para descobrir conhecimentos até então irrefletidos, com o potencial para percepções ricas e implicações de pesquisa” (Taylor & Francis, 2013, p. 208).

Por fim, relativamente à proximidade do entrevistado e do entrevistador, a entrevista pode materializar-se em estreita proximidade, ou seja, face-a-face, ou à distância, por intermédio de meios eletrónicos. Dado o contexto em que a investigação decorreu, as entrevistas foram conduzidas à distância, de forma virtual, via videochamada, por ser a forma considerada pela investigadora como a mais viável à conjuntura do país.

O uso de entrevistas semiestruturadas requereu uma preparação prévia do entrevistador, que passou pelo levantamento de noções sobre o domínio em estudo e pela construção do guião de entrevista. As perguntas foram construídas com base na

fundamentação teórica de referência e na revisão de literatura. Neste momento, foram elaboradas as perguntas principais e complementares, algumas interrogativas-abertas e outras fechadas e de resposta objetiva, que sinalizassem a descrição da experiência e as opiniões e *modus vivendi* dos participantes.

Além de oferecer uma estrutura mais focada na investigação, os principais objetivos do guião-roteiro são provocar uma narrativa, controlar o fluxo do diálogo e, embora não sirva de roteiro rígido, permite ainda orientar o trabalho da investigadora (Móre, 2015). Em virtude disso, o guião da entrevista semiestruturada (apêndice 2) aplicado neste estudo foi elaborado pela investigadora e encontra-se dividido em cinco partes: a primeira parte diz respeito à apresentação do projeto e enquadramento do estudo, ao alerta para o direito de desistência do entrevistado e à gestão e confidencialidade dos dados partilhados. Neste momento, a investigadora solicita, novamente, autorização para a gravação áudio da entrevista. A segunda parte do guião tem por objetivo caracterizar o entrevistado e recolher informações de carácter geral; de seguida, segue-se um conjunto de perguntas sobre a teleconsulta na fase pré-pandémica, no qual a investigadora tentará compreender quais são as condições na prestação de cuidados de saúde e o que mudou com a chegada da Covid-19. Posteriormente, cumpre identificar os fatores críticos de implementação da teleconsulta, descrever a comunicação médico-doente no processo de teleconsulta e perceber quais os desafios que emergiram; por fim, seguem-se as considerações finais, nas quais o entrevistado pode livremente acrescentar informações que considera pertinentes, inclusive novos tópicos que despontaram no decorrer do diálogo, e, caso seja necessário, o entrevistador efetuará alguns esclarecimentos referentes aos dados partilhados e, uma vez mais, relativos à garantia de confidencialidade.

Dadas as características peculiares da entrevista, depois de se construir o primeiro modelo do guião de perguntas norteadoras, solicitou-se o *feedback* de investigadores peritos na área, tais como Luís Lapão, membro da Direção da Associação Portuguesa de telemedicina, e Margarida Figueiredo-Braga, médica psiquiatra, membro fundador da Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde e representante nacional da *International Association for Communication in Healthcare*, de forma a verificar possíveis imprecisões; validar a clareza e compreensibilidade das perguntas; compreender potenciais constrangimentos do entrevistado e ampliar o rigor da pesquisa, a respeito da sua confiabilidade, credibilidade e autenticidade (Kvale,

2011). Desta forma, iniciou-se um processo de colaboração e discussão juntamente com a investigadora Margarida Figueiredo-Braga, onde foi possível desenvolver um guião de entrevista com vista à obtenção de dados mais ricos para posterior análise.

No que diz respeito à análise de conteúdo dos dados resultantes das entrevistas semiestruturadas, após a sua operacionalização, procedeu-se a uma transcrição integral dos dados, através do processador de texto *Microsoft Word* e, de seguida, deu-se início à sua análise, de acordo com as noções de Bardin (2016), que designa este processo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (p. 48).

Por outras palavras, segundo o mesmo autor (*ibidem*), o domínio da análise de conteúdo “integra todas as iniciativas que consistam na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo (...), com a finalidade [de] efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração.” De forma geral, o objetivo da análise de conteúdo é, de acordo com Chizzotti (2006, citado por Mozzato & Grzybovski, 2011, p. 734), “compreender criticamente o sentido das comunicações, o seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

O processo de análise de conteúdo acontece em três fases, que se iniciam na pré-análise, seguindo-se a exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação (Bardin, 2016).

A análise do conteúdo recolhido no presente estudo respeitou todos os momentos defendidos por Bardin (2016): teve início no momento de transcrição integral das entrevistas semiestruturadas, através do processador de texto *Microsoft Word*, às quais se seguiu a leitura completa das entrevistas, passos que configuraram a fase de análise prévia. Seguidamente, selecionaram-se os “temas”, que podiam ser uma frase, parte de uma frase ou um parágrafo, cujo critério de seleção foi a representação de uma ideia íntegra e única. Após ser realizada a sintetização de todas as unidades de análise, agruparam-se os temas em subcategorias e estas em categorias. Este método foi

utilizado como teste aos primeiros dados recolhidos e, *a posteriori*, as categorias e subcategorias foram formulados e reformulados tantas vezes quantas as necessárias até se obter um esquema lógico, de acordo com os objetivos inicialmente definidos. Por fim, tratando-se de um estudo que pretende fazer um levantamento de limitações, riscos e oportunidades, considerou-se oportuno quantificar as unidades de análise, de acordo com a sua frequência, de forma a ser possível avaliar o volume de dados presentes em cada categoria e subcategoria.

3.5.2. Questionário

A entrevista semiestruturada configura a técnica principal desta investigação. Contudo, adicionalmente, decidiu realizar-se um breve questionário estruturado, por ser um instrumento de medida que traduz os objetivos do estudo através de variáveis mensuráveis (Lundin, 2016).

Uma das principais vantagens do uso do questionário foi determinante para a escolha de esta técnica de recolha de dados. Embora o questionário não permita realizar uma pesquisa em profundidade equivalente à da entrevista, esta técnica permite recolher informações de forma rigorosa, possibilitando um maior controlo nos enviesamentos das respostas (Fortin, 2009). Sob outra perspetiva, na escolha de recorrer ao uso de um questionário foi levado em conta o facto de este ser fundamentalmente objetivo, o que facilita o tratamento e a análise da informação (Sousa & Baptista, 2011).

O questionário é composto por cinco perguntas fechadas de carácter conclusivo e permitiu avaliar a perspetiva dos médicos face à utilidade da Teleconsulta, ao impacto da Teleconsulta na comunicação médico-doente, e à capacidade de os centros de saúde providenciarem o serviço de Teleconsulta. A escala de respostas cedida permitiu aos médicos responder às questões de acordo com uma linha graduada horizontal e numerada de um a sete, sendo que significava “Totalmente em desacordo” e sete significava “Totalmente em acordo”. Nesta tabela de medição existia ainda um ponto de graduação neutro, o ponto 4, que significava “Não concordo, nem discordo”. Com efeito, as questões apresentadas aos médicos eram questões de opinião, que, sendo de natureza subjetiva, pretenderam captar os diversos graus de intensidade em relação às opiniões e preferências dos médicos e, por serem perguntas de avaliação, são de resposta simples, fácil tabulação e permitem a concentração no objeto de estudo.

No que diz respeito à análise dos dados advindos dos questionários estruturados, dado serem uma ferramenta breve, julgou-se oportuno realizar uma análise manual e individualizada dos dados. Desta forma, foi possível agregar a informação quantitativa aos dados qualitativos e fazer uma comparação entre os resultados das entrevistas e os resultados dos questionários, com o objetivo de validar a informação recolhida nas entrevistas semiestruturadas.

3.5.3. Escala de orientação dos médicos

Posteriormente à aplicação das entrevistas semiestruturadas e dos questionários estruturados, foi aplicada a Escala de Orientação Médico-Paciente (*Practitioner-Patient Orientation Scale - PPOS*), que se designa como o instrumento de autorrelato mais utilizado para avaliar as atitudes de orientação no paciente.

A escala PPOS (Anexo 1) agrega duas dimensões distintas: *Sharing* e *Caring*. A primeira dimensão tem por objetivo avaliar o grau de partilha de informação e de controlo do médico com o paciente, o que reflete quanto os médicos acreditam que os “pacientes desejam obter informação e integrar o processo de tomada de decisão, compartilhando assim o poder com o clínico” (Mead & Bower, 2000, citados por Grilo, Santos, Carolino *et al.*, 2018, p. 172); a segunda dimensão manifesta o “grau em que o médico proporciona suporte ao paciente e se preocupa com aspetos que ultrapassam os sintomas físicos, e reflete o quanto os participantes acreditam que as expectativas, sentimentos e circunstâncias de vida do paciente interferem no processo de tratamento” (ibidem). Esta ferramenta tem vindo a ser utilizada em diversas investigações sobre a comunicação médico-paciente, o que constitui um bom indicador da sua aplicabilidade (Grilo, Santos, Carolino *et al.*, 2018).

No que concerne à análise dos resultados recolhidos após a implementação da Escala de Orientação Médico-Paciente, foram seguidas as instruções de pontuação cedidas pelos autores da adaptação da Escala para a população portuguesa. O resultado total da escala pode ser obtido a partir da média aritmética dos valores dos 18 itens. O resultado total é “dividido em três grupos: alto (score ≥ 5.00 , correspondendo a uma orientação centrada no paciente), médio ($4.57 < \text{score} < 5.00$) e baixo (score ≤ 4.57 , correspondendo a uma orientação centrada na doença ou no profissional de saúde)” (Grilo, Santos, Rita, Carolino *et al.*, 2017, p. 173).

3.6. Procedimentos éticos

Todas as investigações devem cumprir princípios éticos básicos, que acompanham todo o processo de estudo (Fortin, Côté & Fillion, 2009), tais como a validade científica, a garantia do respeito pelos direitos dos participantes, especificamente a confidencialidade e proteção dos dados, o respeito pelo consentimento informado, esclarecido e livre, o direito de desistência, entre outros.

Para assegurar o cumprimento das questões de integridade ética, em primeiro lugar, foi realizada uma Avaliação de Impacto Preliminar sobre a Proteção de Dados (AIPD) com o apoio da equipa do *Data Protection Officer* (DPO) da Universidade Nova de Lisboa. O AIPD é um documento que explana todas as operações de tratamento de dados que são realizadas no decorrer da investigação, desde o ciclo de vida dos dados tratados, a conservação dos dados e a identificação, impacto e classificação de riscos, até à definição do plano de gestão de risco. Por uma questão de boas práticas, o AIPD é continuamente atualizado pela investigadora e reavaliado pelo DPO.

Para salvaguardar os direitos dos participantes, foram efetuados dois pedidos de consentimento informado (apêndice 5), dirigidos aos entrevistados e aos investigadores que colaboraram no estudo. Estes modelos de consentimento permitiram a confirmação voluntária da participação dos médicos e dos investigadores no estudo; garantiram a pseudonimização dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos nas entrevistas e questionários; e autorizaram a gravação áudio das entrevistas.

CAPÍTULO 4 - Apresentação e discussão de resultados

Para a apresentação dos resultados advindos das entrevistas semiestruturadas, dos questionários e da aplicação da escala PPOS-P, optou-se por realizar uma exposição dos dados temas, de forma a ser possível, em primeiro lugar, caracterizar a amostra deste estudo, e, de seguida, expor os dados resultantes da investigação.

Dado que foram usados técnicas e instrumentos de carácter qualitativo e quantitativo, considerou-se oportuno proceder à apresentação dos dados de forma sequencial, seguindo a mesma ordem de trabalhos que decorreu na aplicação das ferramentas de recolha de informação: primeiramente apresentar-se-ão os resultados das entrevistas, de seguida os resultados dos questionários e, por fim, as respostas da escala PPOS-P, que, de forma agregada, possibilitarão a discussão dos resultados.

Neste capítulo, recorreu-se à apresentação de tabelas e de uma nuvem de palavras, de forma a evidenciar alguns aspetos mais pertinentes, e à explanação de alguns exemplos representativos das respostas resultantes das entrevistas, que se consideraram mais valorosos para a apresentação e discussão dos temas.

4.1. Caracterização da amostra

Inicialmente, pretendeu-se recolher uma amostra que fosse representativa dos diferentes géneros, faixas etárias e diferentes tempos de prática clínica. Porém, como referido anteriormente, as dificuldades e limitações no contacto com os médicos não o permitiram.

Neste estudo participaram 5 médicos de Medicina Geral e Familiar, cujas funções são desempenhadas nas UCSP e nas USF, do SNS. Deste, 4 eram do sexo feminino e 1 era do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 34 e os 54 anos.

		Grupo etário			Total	%
		30-40	41-50	51-60		
Género	Feminino	2	1	1	4	80%
	Masculino	0	0	1	1	20%

Total	2	1	2	5	100%
%	40%	20%	40%	100%	

Tabela 2 - Distribuição dos participantes por grupo etário/género.

No que diz respeito ao tempo de prática clínica, os participantes referiram ser especialistas em Medicina Geral e Familiar há 8, 10, 12, 21 e 28 anos, pelo que a escala temporal que encontra entre 8 e 28 anos de especialidade.

Relativamente ao número médio de horas de consulta semanais antes e depois da pandemia, de forma geral, os participantes referiram que sofreu algumas oscilações, embora essa irregularidade tenha sido menos acentuada com o decorrer da pandemia, dado que os centros de saúde foram abrindo as suas portas progressivamente. Apenas um dos participantes disse que, durante a pandemia, as horas de consulta que já tinha definidas no período pré-pandemia, se mantiveram, ainda que de forma não presencial.

É de referir que estas oscilações do tempo de agenda para consultas não foram homogéneas entre os 4 profissionais que referiram ter visto o seu horário sofrer alterações, tal como se pode ver no caso do participante 2, cujas horas de consulta foram reduzidas no período de pandemia:

“O meu horário são 40h semanais, e dessas 40h, eu diria que, de consulta, são talvez 30h (...). Durante a pandemia o número de horas alterou-se muito. Embora o pré-pandemia fosse muito variável, tivemos semanas com 0 horas de consulta de lista, mas havia sempre alguma hora de consulta nos atendimentos aos doentes respiratórios, que podia ser 5/6h por semana e em julho/agosto, que já estava no máximo de normalidade, se fossem 20 horas, eram muito, porque eram regras que nos eram impostas, que não podíamos marcar mais do que x dias, x períodos.”

Pelo contrário, no caso do participante 3, o número de horas semanais dedicadas às consultas aumentou consideravelmente:

“Antes da pandemia, o meu horário era de 37,5h de trabalho por semana e isso implicava 32h de consulta presencial, 1h de domicílios por semana, e o resto de atividades não presenciais, que podia implicar consultas não presenciais, aquilo a que chamados de contactos indiretos (...). Durante a pandemia foi muito variável, houve semanas em que trabalhei muito mais do que isso, em volume de

horas, e em termos de consultas foi muito variável, houve semanas em que estive completamente logo no início da pandemia, fui das primeiras que fui para o ADR (...) e nessa altura fazíamos 6h diárias de consulta presencial, 7 dias por semana. No ano passado em novembro (...) tive semanas em que trabalhei 60h, em que apesar de ter um volume de consultas presenciais mais reduzido, tive uma quantidade de tarefas não presenciais, que eram consultas também, nomeadamente contactos telefónicos e e-mails, era tão volumoso que justificou isso.”

Através destes dois exemplos, podemos perceber que o período de pandemia gerou uma visível assimetria entre as diferentes unidades de cuidados de saúde primários, que se refletiu no número de horas de trabalho semanas que os profissionais de saúde tiveram de cumprir, em particular, no que concerne ao número de horas de consulta semanais, independentemente do seu formato ser presencial ou não presencial. Desta forma, a carga horária dos médicos não foi semelhante nos vários centros de saúde, mesmo naqueles que pertenciam ao mesmo Agrupamento de centros de saúde. Prova disso é a afirmação do participante 3 que, com desagrado, referiu que “as administrações tiveram sempre uma gestão de *“as unidades é que sabem e são autónomas”*, foi muito *laissez faire laissez passer*, por isso temos esta assimetria de unidades que só estão a atender telefonemas e a responder a e-mails e depois temos unidades que estão a fazer tudo”. Como consequência, os médicos ficaram “desmotivados” e “assoberbados” pois, tal como disse um dos participantes, “o que estávamos a fazer era altamente insatisfatório para todos, especialmente para nós, e antes que todos começássemos a ficar em *burnout*, todos dissemos que tínhamos de mudar e logo que ficámos todos vacinados, fomos começando aos bocadinhos e agora já temos as agendas abertas completamente”.

A propósito da satisfação dos médicos face à teleconsulta, todos os profissionais mostraram interesse nesta forma de prestação de cuidados de saúde e demonstraram que a teleconsulta foi uma ferramenta necessária para a continuação da prestação de cuidados de saúde à população. Três dos cinco médicos descreveram a teleconsulta, na fase de pandemia, como “uma experiência necessária, não necessariamente gratificante, mas útil” tendo até sido uma experiência positiva em determinados contextos sociais e clínicos e em períodos de tempo específicos, em particular na fase inicial da pandemia, embora com algumas fragilidades que limitaram que o seu sucesso foi superior:

“Eu acho que foi uma coisa necessária numa fase e que depois devia ter acabado rapidamente e não acabou. Pelo menos essa fase de os doentes não poderem vir ao centro de saúde, porque barrar doentes à porta, obrigar a uma triagem de todos os doentes por telefone como houve em alguns sítios... isso não foi nada positivo. Foi positivo naquelas primeiras semanas, de poder esclarecer dúvidas por telefone, de pessoas que estavam potencialmente infetadas e que podiam vir ao centro de saúde infetar outras, aí foi muito positivo.”

Dado que os participantes descreveram a sua satisfação com a teleconsulta recorrendo a vários adjetivos que caraterizaram tanto a teleconsulta como a sua experiência com este novo formato de consulta, considerou-se oportuno construir um quadro de significados, com o objetivo de realçar alguns pontos relevantes, que serão discutidos mais adiante:



Figura 2 - Palavras que, na perspetiva dos médicos, caraterizam a teleconsulta e a sua experiência com esta ferramenta.

De modo geral, foi visível uma grande apreensão e até mesmo hesitação por parte dos médicos face ao uso da teleconsulta nas unidades de saúde primários. Tal como os participantes afirmaram, este “novo” modelo de prestação de cuidados de saúde pode ser viável para um subgrupo específico de utentes que beneficiaria do seu uso. Não obstante, todos os clínicos entrevistados salientaram que o sistema de Teleconsulta não poderá estar disponível em todos os momentos, nem para todos os utentes por diversas razões, nomeadamente pela falta de literacia dos utilizadores, que os impossibilita de usufruir eficazmente desta ferramenta por não saber tirar-lhe o melhor partido; por pessoas cuja competências comunicacionais ou relacionais sejam

uma barreira para o encontro clínico; por determinados contextos clínicos como os casos de emergência e trauma; em primeiros contactos com os utentes, por ainda não estar pré-estabelecida uma relação entre os intervenientes, salvo em raras exceções como foi no caso de pandemia, que, por inevitabilidade, os doentes não puderam deslocar-se às unidades; sempre que o utente não quiser, pois tem o direito de escolher como pretende receber cuidados de saúde, entre outros casos.

Em virtude de os dados recolhidos nas entrevistas serem volumosos, foi construída uma tabela dividida em categorias principais e subcategorias, com o propósito de agilizar a visualização da informação cedida pelos participantes e classificá-la qualitativamente de acordo com o tema em que melhor se insere. A tabela encontra-se dividida em seis categorias principais e em oito subcategorias secundárias, como se pode verificar:

Categorias	Subcategorias
<p>Limitações que os médicos atribuem ao Sistema Nacional de Saúde:</p> <p><i>Fatores atribuídos ao Sistema Nacional de Saúde que, da perspectiva dos médicos, dificultam ou impossibilitam a implementação de um sistema de Teleconsulta sustentável, eficaz e de qualidade.</i></p> <p>(N = 65)</p>	Jurídicas-legais
	Técnicas-funcionais
	Institucionais e organizacionais
<p>Limitações que os médicos atribuem aos doentes:</p> <p><i>Fatores imputados aos doentes que, da perspectiva dos médicos, dificultam ou impossibilitam a implementação de um sistema de Teleconsulta sustentável, eficaz e de qualidade. (N = 46)</i></p>	Materiais/tecnológicas
	Comunicativas, relacionais e literacia
<p>Limitações gerais causadas pelo meio:</p>	(esta categoria não se encontra dividida em

<p><i>Fatores provocados pelo uso da Teleconsulta enquanto ferramenta, que dificultam ou impossibilitam a implementação de um sistema de Teleconsulta sustentável, eficaz e de qualidade. (N = 13)</i></p>	<p>subcategorias)</p>
<p>Oportunidades no acesso aos cuidados de saúde:</p> <p><i>O médico assume que a implementação do sistema de Teleconsulta, criou oportunidades que incrementam uma maior proximidade do utente ao médico, bem como aumentam a celeridade na hora de o utente usufruir de cuidados de saúde. (N = 40)</i></p>	<p>(esta categoria não se encontra dividida em subcategorias)</p>
<p>Oportunidades relacionais e de comunicação:</p> <p><i>O médico assume que a implementação da Teleconsulta criou condições favoráveis à melhoria das competências comunicativas, na medida em que foram restauradas as relações de confiança e empatia com o utente. (N = 24)</i></p>	<p>(esta categoria não se encontra dividida em subcategorias)</p>
<p>Mudanças na profissão dos médicos:</p> <p><i>Fatores que geraram mudanças na prática clínica dos médicos, modificaram a forma como interage com os utentes e/ou provocaram situações de stress. (N = 55)</i></p>	<p>Rotura da rotina e/ou gestão de tempo</p> <hr/> <p>Stress emocional</p> <hr/> <p>Relacionais e comunicativas com o utente</p>

Tabela 3 - Categorização e subcategorização dos dados recolhidos nas entrevistas qualitativas.

4.2. Resultados da entrevista

De seguida, será feita a apresentação dos resultados das entrevistas qualitativas, de acordo com os temas principais que foram definidos na tabela acima apresentada, designadamente “limitações da implementação do sistema de teleconsulta”,

“oportunidades da implementação do sistema de teleconsulta” e “mudanças na profissão dos médicos, derivadas à implementação do sistema de teleconsulta”. Será apresentada a designação de cada categoria e subcategoria, assim como a definição das categorias, de forma a fomentar o melhor entendimento da sua designação; seguidamente será evidenciado o volume de exemplos correspondentes a cada categoria e, por fim, discutir-se-ão alguns casos mais representativos de cada categoria.

Limitações da implementação do sistema de Teleconsulta

A primeira categoria designa-se por “limitações que os médicos atribuem ao Sistema Nacional de Saúde” e pretende agrupar todos os fatores atribuídos ao Sistema Nacional de Saúde que, da perspetiva dos médicos, dificultam ou impossibilitam a implementação de um sistema de Teleconsulta sustentável, eficaz e de qualidade. Dentro desta categoria, encontram-se três subcategorias mais específicas, que dizem respeito às limitações “jurídicas-legais”, às limitações “técnico-funcionais” e às limitações “institucionais e organizacionais”. Nesta primeira categoria principal foram detetados sessenta e cinco casos que ilustram as limitações do SNS sentidas pelos médicos.

Relativamente à subcategoria limitações jurídicas-legais, os fatores mais apontados pelos médicos dizem respeito a questões de segurança e proteção de dados. No caso particular do uso do *e-mail* convencional, o participante 2 referiu que esta ferramenta tecnológica “levanta problemas de segurança brutais, pela questão de proteção de dados, porque circularem dados clínicos em plataformas de *e-mail* não seguras é complicadíssimo”. Também o participante 4 mostrou a sua preocupação face ao mesmo problema, especificamente na utilização do *e-mail* e do telefone, acrescentando que “em termos de legitimidade da consulta, de proteção de dados, deixamos muito desconfortáveis não termos a certeza com quem estamos a falar, se é de facto com o doente”. Outro caso que mereceu destaque nesta subcategoria e que se considerou muito interessante, relaciona-se com o pedido de consentimento que contém todas as informações essenciais para a realização da consulta de Medicina Geral e Familiar e que, atualmente, não existe ou não é aplicado em Portugal, contrariamente a outros países: “Dizemos a alguém *"estou a ligar para fazer a consulta, consente que isto seja feito neste formato? Sei que solicitou esta consulta, mas podemos avançar?"*, ou seja, formalizar mais o processo para evitar aquele facilitismo do *"estou a ligar-lhe porque me pediu"*”.

A propósito da subcategoria limitações técnico-funcionais, os exemplos que mais se destacaram referiam-se às falhas ou inexistência de aparelhos eletrônicos cruciais como os telefones e as câmaras de vídeo para os computadores, bem como às anomalias de *hardware* e às características antiquadas do sistema de registo de dados clínicos, que, de acordo com os médicos, não se adequa às necessidades do mundo atual. Como exemplo, evidencia-se a afirmação do participante 3: “Não faz sentido nenhum que, em 2021, eu tenha um programa de registos em que eu não possa ditar uma coisa e aparecer escrito no ecrã, nem faz sentido que o programa onde eu registo MCDT não importe os resultados de umas análises e eu tenha de os escrever.”. Outro dos aspetos relatados pelos participantes foi o dispêndio de tempo, o excesso de trabalho não-clínico e a desorganização, características do sistema de registos português: “A maior parte dos e-mails a que eu respondo, eu não registo no sistema onde eu faço consultas. Está no meu e-mail de trabalho, mas em termos de contabilização, tenho colegas meus que registam todos os e-mails que conseguem abrir, eu não registo porque não tenho tempo para isso e prefiro responder ao doente e não estar a copiar para outra plataforma à parte e dizer “*fiz x e respondi a este e-mail*””. Não obstante a estas falhas, dois dos participantes apresentaram duas sugestões pertinentes que, nas suas opiniões, poderiam vir a colmatar algumas falhas no sistema: “[é preciso] ter uma plataforma que me permita ter uma consulta, fazer registos e estar a consultar ao mesmo tempo o que já tenho registado noutros contactos.” e “onde a pessoa se regista, põe o seu número de utente, sabe o que tem ou não de pagar, tem um tempo de resposta e que eu, ao abrir o e-mail, já estou no processo do paciente”.

A subcategoria limitações institucionais e organizacionais foi uma das que mais se destacou a respeito do volume de dados recolhidos. Nesta subcategoria, sobressaíram assuntos como a falta de valorização da teleconsulta como consulta *real* e a sua validação face à consulta presencial, a desorganização e má gestão do tempo nas agendas, a carência de recursos humanos, as falhas ao nível da comunicação organizacional e gestão “insatisfatória” por parte das administrações, que levou a assimetrias no funcionamento e orientações das unidades de saúde. Para iniciar a exposição de casos ilustrativos dos tópicos acima referidos, salienta-se a afirmação “Por parte das administrações é precisa que se perceba o valor da teleconsulta como um ato médico.”, cuja ideia é partilhada por três dos participantes. Outra referência que merece destaque a propósito da boa utilização do tempo e que, igualmente, diz respeito à

valorização da Teleconsulta é: “é preciso que seja dado tempo à teleconsulta, entrem no nosso horário com respeito e com um período que representa o que é uma consulta e houve uma altura em que isso não acontecia e entrava tudo o que fosse, demorasse meia hora ou 5 minutos e a verdade é que se é uma consulta, tem que se lhe dar o tempo devido.”. De forma geral, não obstante, às suas limitações de várias ordens, todos os participantes demonstraram participar da mesma opinião face ao valor conferido à Teleconsulta enquanto ato médico. Sob outro ponto de vista, um dos participantes relatou um caso que, embora tenha sido considerado pelos médicos como uma limitação por falta de tempo, a investigadora atribuiu esta limitação ao SNS, devido à sua ineficiente organização do sistema, bem como à falta de otimização do tempo das agendas, que, atualmente, é dedicado a obrigações de várias, e que acaba por não ser aproveitado para situações mais urgentes como as deste exemplo: “(...) os meus colegas diziam que não conseguiam muito tempo para as teleconsultas porque envolviam outros médicos de outros serviços como cardiologia e eles dificilmente conseguiam ter tempo para estarem ali todos e era mais fácil para eles escreverem um texto a dizer "preciso que este doente seja visto na cardiologia" e mandavam a bola para o lado de lá. Para o doente não era tão útil e, neste vai e vem, perde-se muita informação. Para o doente era mais útil resolver-se logo aquilo, ter um cardiologista, um médico de família e se fosse preciso outro profissional, e todos centrados nele, a ajudarem o doente.”

A carência dos recursos humanos nos centros de saúde foi também uma das preocupações mais demonstradas pelos médicos e que põe em causa a qualidade do serviço prestado, quer no modelo de consulta presencial como na consulta remota: “Nós precisávamos de uma razão inversa de administrativos-médicos há muito tempo, porque precisávamos de muitos mais administrativos do que de médicos. Tem de haver pessoas, recursos humanos, isso é um problema nacional”.

Sob outra perspetiva, e ainda ao nível das limitações institucionais e organizacionais, foram encontrados alguns comentários acerca das falhas de comunicação do SNS, que, de acordo com os participantes, geraram uma grande desorientação aos utentes, o que os levou a ter uma maior dependência com os seus médicos de família: “Recebi *e-mails* de doentes com questões que eu nunca pensei que receberia porque as pessoas estavam mesmo desorientadas e, apesar de tudo, precisam de nós como uma figura em quem confiavam, precisavam de uma validação minha para tudo, se calhar porque a comunicação dos órgãos institucionais não funcionou, não foi a

melhor”. Por outro lado, foi ainda referido que as lacunas ao nível da comunicação foram ocasionadas pela desorganização e, de forma geral, pela gestão ineficiente por parte das administrações: “Ficou sempre na dúvida se as consultas que nós fizemos de vigilância foram contabilizadas como contactos presenciais em termos de indicadores de desempenho. A administração não dá respostas suficientes para as nossas preocupações e isso preocupa-nos ainda mais ao fazermos teleconsulta.”

A respeito da segunda categoria “limitações que os médicos atribuem aos utentes”, procurou identificar-se os fatores imputados aos doentes que, da perspetiva dos médicos, dificultam ou impossibilitam a implementação de um sistema de Teleconsulta sustentável, eficaz e de qualidade. Esta categoria ramifica-se em duas subcategorias que especificam as limitações “materiais/tecnológicas” e as limitações “comunicativas, relacionais e de literacia”. Nesta categoria foram encontrados quarenta e seis exemplos de limitações que foram atribuídas, pelos médicos, aos utentes.

Tal como referido amplamente na literatura científica, existem limitações de natureza material e tecnológica por parte dos utentes. Na entrevista qualitativa, os casos apontados pelos médicos referiam a falta de *hardware* e de ligação segura à internet: “Não chega ter um *smartphone*, é preciso ter uma ligação à internet segura para que possa fazer-se uma teleconsulta e o doente estar disposto a expor o seu problema, estar num sítio em que possa ter uma consulta dessas, estar num local seguro para o fazer”.

As limitações de natureza comunicativa e relacional e as limitações ao nível da literacia dos doentes destacaram fatores como a necessidade de os médicos apoiarem os seus doentes no que diz respeito à boa utilização dos meios de comunicação que têm ao seu dispor, cumprindo normas básicas de educação como o respeito por si e pelo outro. Outros elementos que sobressaíram na subcategoria limitações “comunicacionais, relacionais e de literacia” foram as carências nas competências comunicacionais dos doentes, bem como a falta de valorização da teleconsulta como uma consulta efetiva e a falta de noção dos doentes face aos perigos e níveis de segurança na internet. Um dos exemplos mais representativos desta subcategoria foi referido pelo participante 4: “(...) a questão de utilizar o tempo e o e-mail adequadamente piorou muito nesta fase. É uma ferramenta que lhes é dada como um dado adquirido, então vamos usar, mas não há a correta utilização e isso pode prejudicar outros, porque o nosso trabalho é dar resposta a tudo o que nos chegasse, mas se eu recebo 30 *e-mails* e 15 são repetidos de alguma coisa que eu já fiz, eu estou sempre a duplicar trabalho, e esta perceção ainda não

passou e ainda não conseguimos ter uma utilização adequada às nossas unidades.”. O mesmo participante fez várias referências ao nível da falta de literacia dos doentes, das quais se destaca duas que se consideraram muito oportunas: “Eu tenho em rodapé as instruções para uma boa utilização do e-mail, sobre o doente se identificar na totalidade, em saber exatamente com quem estou a falar, mas continuo a receber e-mails como se estivessem a enviar um *e-mail* a uma prima. Porque para mim são nomes e posso até saber com quem estou a falar pelo contexto do que me está a dizer, mas tem de se identificar e ser claro.” “Nós temos até orientações e normas para que não exista erro ou um erro para aquele doente, mas devo dizer que é uma luta porque este rodapé já está há muito tempo e eu, de vez em quando, vou pondo as letras em *BOLD*, amplificando, modificando, mas não passa e são sempre os mesmos que fazem a mesma coisa nesta semana e na outra semana e com muita pressão a dizerem que precisavam muito daquela semana e na semana passada já tinha feito outra coisa qualquer para aquele doente.”. Relativamente à segurança e aos perigos, os participantes notaram: “As pessoas expõem-se demasiado, nós recebíamos fotografias por *e-mail* que nos deixavam muito preocupados pela falta de literacia e de noção dos perigos que isso acarreta.”. No caso do e-mail, a falta de literacia dos utentes foi mais gritante: “O uso do e-mail é cada vez mais informal, as pessoas usam-no como se fosse um chat. A partir de certa altura eu começo a receber *e-mails* com fotografias mal tirada e eu tenho de me por ao contrário para ver uma fotografia horrível e com uma perspetiva toda alterada de um RX. Perdeu-se a noção de consulta e passou a ser um *chat [e-mail]* e as pessoas começaram a mandar resultados de exames que eu não consigo ver bem, nem no computador mesmo imprimindo por estar mal fotografado”. Nesta citação é de notar que, tal como foi sugerido no caso da desvalorização da teleconsulta por parte das administrações, também os utentes não valorizam a consulta remota, para grande desagrado dos médicos: “Houve uma clara insatisfação comigo, como se eu não tivesse sido suficiente para o que os doentes queriam. Muitas vezes, os doentes chegam e dizem “*que saudades de a ver doutora, já há mais de um ano que não a via*” e eu perguntava se não se recordava de quando fizemos consultas não-presenciais. Parece que houve um apagão do que foi feito, os doentes já nem se lembravam que tínhamos feito consultas, embora por telefone. Estes telefonemas que fizemos proactivamente não teve impacto, os doentes não os viram como consulta. Sentiam-se bem com estes telefones, mas não os veem como consultas.” (...) “esta perceção do que é uma consulta não está enraizada,

portanto não houve essa preparação porque isto foi uma coisa abrupta e isto inibe muito o aspeto técnico de uma consulta.”

A terceira categoria principal denomina-se “limitações gerais causadas pelo meio” e tem como objetivo identificar os fatores provocados pelo uso da teleconsulta enquanto ferramenta, que dificultam ou impossibilitam a implementação de um sistema de teleconsulta sustentável, eficaz e de qualidade. Esta categoria não se encontra dividida em subcategorias dado a sua origem ser de carácter geral. No total, foram detetadas treze limitações gerais provocadas pelo uso da teleconsulta como meio, que apontaram fatores mais preponderantes como as limitações do exame físico e da comunicação não-verbal, que, grosso modo, restringiram a interação entre os médicos e os utentes, e as limitações dos médicos recém-especialistas, que não ainda não criaram vínculo com a sua lista de utentes ou que a relação é ainda diminuta. Como exemplos representativos temos o comentário do participante 3, que alude aos “colegas recém-especialistas ou que têm listas há pouco tempo, fazer consultas por telefone não é fácil conseguir criar relação terapêutica, saber quem é a pessoal do outro lado e valorizar as suas queixas por telefone e ter o discernimento se esta orientação à distância está bem ou se precisa de vir à unidade para avaliar melhor a situação.”. Além do caso dos médicos recém-especialistas, o mesmo participante pronunciou-se sobre o caso das primeiras consultas, pois fazer teleconsulta “numa primeira consulta em teleconsulta é complicado e deve ser difícil para o vínculo humano porque se perde muita informação em relação ao doente. Mesmo com câmara, há uma série de outras coisas que se leem presencialmente que, de outra forma, não vamos conseguir ler.”. Ainda no que toque à perda ou falta de informação, os participantes referiram que a teleconsulta “pode ser uma consulta incompleta se for necessário o exame físico; posso não ter a perceção de toda a veracidade da informação que o doente me está a comunicar, pode haver fatores que não são perceptíveis, por exemplo a hesitação do doente e eu não estar a perceber exatamente onde ele quer chegar, ou seja, falhar algum aspeto da comunicação não-verbal.”

Oportunidades da implementação do sistema de teleconsulta

O tema “oportunidades da implementação do sistema de teleconsulta” é composto por apenas duas categorias principais, não apresentado subcategorias predefinidas. A primeira categoria designa-se por “oportunidades no acesso aos cuidados de saúde” e reúne momentos em que o médico assume que a implementação

do sistema de teleconsulta, criou oportunidades que incrementam uma maior proximidade do utente ao médico, bem como aumentam a celeridade na hora de o utente usufruir de cuidados de saúde. Nesta categoria foram detetados trinta e nove casos de oportunidades no acesso aos cuidados de saúde, dos quais se salientavam a maior proximidade e facilidade de utentes com determinados contextos clínicos, bem como sociais, como é o caso das pessoas que se encontram geograficamente distantes dos centros de saúde ou que, por razões geracionais ou de trabalho, não usufruem dos cuidados de saúde primários com frequência. A observação do participante 4 foi uma das mais significativas sobre este quadro: “Estamos num mundo global, é mais fácil viajar, as pessoas fazem isso com facilidade e a própria saúde tem de permitir acomodar estas variações geográficas das pessoas e não tem de ser só porque elas mudaram de casa, mas também por serem doentes ativos que trabalham e vão menos ao Centro de Saúde. Ou se são doentes idosos que estão em casa, não tem muito cabimento eles irem para lá perder horas em transporte e com dificuldade em andar... acho que há aqui montes de coisas em que o sistema tem limitações e a consulta à distância vai permitir ultrapassar, seja no doente jovem ou no idoso, apesar de neste ser mais difícil, mas envolvendo a família, e nós somos médicos de família e temos o privilegio de trabalhar com as famílias e sabemos quem dá ou não apoio e trabalhamos em parceria com a família, aí acho que se consegue algo e é bom para as pessoas”. Além da melhoria no acesso aos cuidados de saúde, de forma geral, é também motivada a melhoria das relações de proximidade e articulação entre os vários médicos especialistas e outros profissionais de saúde e os seus utentes. Além dos utentes em idade em ativa e dos utentes idosos, todos os participantes referiram os vários contextos clínicos em que a consulta remota poderá vir a ser uma oportunidade muito positiva, nomeadamente na monitorização de doentes crónicos, em particular nos casos da monitorização de tensões e glicemias; no caso do apoio e recuperação dos doentes infetocontagiosos, que se provou ser muito útil durante a pandemia por Covid-19; nas consultas com doentes mentais, quando estes assim o entendem, por poderem sentir-se mais seguros no seu ambiente ou por não quererem sair das suas residências; na articulação do médico com o cuidador da pessoa dependente que, além de poderem estar mais próximos durante os vários momentos do dia, pode também apoiar o cuidador clínica e emocionalmente. Outras duas situações se evidenciaram como oportunidades derivadas ao uso da teleconsulta, sendo a articulação das várias especialidades clínicas com os cuidados de saúde primários para, por exemplo, se desenvolverem rastreios teledermatológicos ou,

por exemplo, para agregar a opinião do médico de outra especialidade ao parecer do médico de família no mesmo encontro médico com o doente. Todos os participantes partilharam a mesma opinião face às oportunidades que a teleconsulta traz para o esclarecimento de dúvidas mais rápido, na renovação de receitas, na resolução de casos pontuais ou até mesmo para a triagem, para se perceber se o doente precisa efetivamente de se deslocar a uma unidade de saúde ou se a situação tem resolução à distância: “Foi positivo porque permitiu resolver algumas situações que, não sendo possível a consulta presencial, não seriam resolvidas”.

É ainda de referir um caso apontado por um dos participantes sobre a possibilidade de alcançar uma geração que, na generalidade, não é utilizadora assídua dos cuidados de saúde primários: “Se queremos chegar até aos *Millenials*, sabemos muito bem que eles não vão estar 1 mês ou 2 à espera de uma consulta, mas se for uma videoconsulta existe essa facilidade porque eles vão aceitar mais facilmente”. Salvo esta faixa etária, de acordo com os dados recolhidos nas entrevistas, todos os utentes poderão beneficiar do recurso à Teleconsulta sempre que assim o entenderem e for possível, tendo em conta as características da sua situação clínica: “Não havendo possibilidade de ser presencial, sem dúvida nenhuma que a teleconsulta foi uma alternativa muito positiva, pois, mesmo que haja a necessidade de as pessoas estarem ali presentes, algumas poderão até beneficiar desta mudança, sentirem-se mais confortáveis assim, estarem menos expostas ou porque a sua vida permite-lhes compatibilizar melhor estes cuidados de saúde assim.”

A segunda categoria deste tema designa-se por “oportunidades relacionais e de comunicação” e agrupa situações relatadas pelos médicos, onde afirmam que a implementação da teleconsulta criou condições favoráveis à melhoria das competências comunicativas, dado que foram restauradas as relações de confiança e empatia com o utente. Nesta categoria foram detetados vinte casos de oportunidades para a relação e comunicação entre os médicos e utentes. Nesta categoria foram acentuadas as novas abordagens ao nível da relação e da comunicação entre os médicos e os doentes, que foram detetadas com o uso da teleconsulta, e as novas dinâmicas na relação terapêutica do médico com o utente. Por um lado, os médicos referiram que se criaram mais oportunidades para melhorar a relação, tanto pela parte dos clínicos como dos utentes: “Eu acho que houve algumas experiências muito interessantes em termos de relação na teleconsulta porque me permitiram que eu estivesse mais atenta a tudo naquela pessoa, tentava perceber como ela estava, se estava mais triste ou angustiada, se era só tristeza de não ver os netos há muito tempo e, quando nós abríamos a caixa de pandora, lá vinha

toda a situação dos dramas associados a estas questões, mas que eu achei que foi fácil identificar, porque as pessoas também estavam mais ávidas para este contacto”. Também foi curioso notar que as faixas etárias mais avançadas se mostraram mais predispostas ao uso das TIC, o que trouxe benefícios de várias ordens: “Pessoas mais velhas começaram a usar o *e-mail*, mesmo através dos seus familiares, e antes não acontecia”. No caso particular dos médicos - embora também no caso dos utentes - a teleconsulta veio potenciar o desenvolvimento das competências comunicacionais e relacionais dos clínicos: “Houve pessoas que bastou uma única consulta telefónica para eu perceber que estavam em sofrimento. Até os silêncios são mais fáceis na teleconsulta do que presencialmente, foi uma coisa que eu achei muito interessante porque, se eu não falar e eu fizer parecer que estou atenta, o doente sente que tem de falar e às vezes estes silêncios na teleconsulta foram muito interessantes para algumas pessoas se sentirem à vontade para me dizerem certas coisas”. Os relatos dos médicos apontam para a percepção de que existiu uma maior abertura dos utentes para a exposição de assuntos mais sensíveis: “Por *e-mail* há questões que são mais facilmente abordadas do que na consulta presencial, algumas pessoas sentem-se mais confortáveis a pôr questões sensíveis por escrito *no e-mail*”.

Mudanças na profissão dos médicos durante o período pandémico

A categoria principal deste tema designa-se por “mudanças na profissão dos médicos” e pretende agrupar todos fatores que geraram mudanças na prática clínica dos médicos, modificaram a forma como interagem com os utentes e provocaram situações de stress. Dentro desta grande categoria, encontram-se três subcategorias mais específicas, que dizem respeito à “rotura da rotina e/ou gestão de tempo”, às mudanças que provocaram “stress emocional” e às mudanças “relacionais e comunicativas com o utente”. Nesta primeira categoria principal foram detetados cinquenta e oito casos que ilustram as mudanças na profissão dos médicos.

Relativamente à rotura da rotina e à gestão de tempo, os fatores mais apontados pelos médicos foram a urgência de apoiar nas diversas funções e áreas desempenhadas nos Centros de saúde, devido à ausência de alguns profissionais que estavam doentes ou de baixa por várias razões: “Na 1.^a fase estiveram ausentes alguns profissionais, desde secretários clínicos a médicos e daí eu dizer que chegámos a ser nós médicos a atender o telefone diretamente. Fazíamos de tudo, tivemos de ocupar, no fundo, quase todas as funções dentro do Centro de Saúde”. Esta situação foi preconizada durante algum

tempo, de forma a ser possível dar apoio aos doentes Covid e não-Covid, que poderiam ser da lista de utentes do médico que os acompanhava ou, pelo contrário, pertencer a outra lista e unidade, e até mesmo no apoio aos utentes que não tinham médico de família, com o objetivo final de acompanhar todos os utentes e possibilitar-lhes a continuação da prestação de cuidados de saúde e, por consequência, a prevenção e manutenção da sua saúde. A totalidade dos participantes referiram o aumento exponencial do número de contactos, em especial no formato de e-mail e pelo telefone, o que se refletiu na desestruturação das suas rotinas de trabalho. Como consequência, os clínicos viram os seus horários de trabalho sofrerem alterações devido à sobrecarga de tarefas diárias. Não obstante, toda esta conjuntura modificou alguns aspetos importantes nas agendas médicas: “Agora temos horário só para teleconsulta que antes não tínhamos (...). Embora seja reduzido, está preenchido com teleconsultas e com consulta não presencial para avaliar exames e depois responder aos doentes. Vemos os exames, registamos e depois ligamos”. Além de passar a existir um horário para teleconsultas, também os pedidos de medicação passaram a ser feitos de outra forma: “Antigamente isso [pedidos de medicação] ficava nas agendas como um extra ou fazíamos no horário das consultas (...) e agora passa a estar na agenda.”. De forma geral, todos os participantes confessaram ter sido mais médicos mais proativos nas suas profissões, comparativamente ao período pré-pandémico, no qual não faziam teleconsultas ou faziam-nas em menor volume.

Quanto à subcategoria “stress emocional”, frisar-se-ão três passagens textuais que mereceram atenção. No que diz respeito ao desgaste que os médicos sentiram com a implementação da teleconsulta, de forma geral, todos partilharam a mesma visão: “É muito mais desgastante e cansativo para o profissional”. Ao nível do stress das equipas que apoiaram os doentes Covid e outros utentes que não pertenciam às suas listas, o sentimento foi de impotência e desmotivação: “Durante o tempo em que tivemos de pegar em doente Covid e em doentes que não eram da nossa unidade, foi muito stressante para a nossa equipa porque só conseguíamos orientar clinicamente os doentes, sem sabermos que antecedentes tinham, sem sabermos o perfil dos doentes, se eram ou não apelativos, avaliar as queixas que nos apresentavam se virmos os doentes.”. Por último, a pressão exercida pelos doentes, que, segundo a perceção dos médicos, se sentiam “desamparados” e “abandonados” e que perderam a noção das barreiras ou limites do uso do *e-mail*, desencadeou situações de grande stress e tensão nos profissionais: “Eu por acaso não tenho as notificações do *e-mail* ativadas porque tive de

as tirar do telemóvel porque na altura da pandemia tive e devo dizer que isso gerava imenso stress”.

Como forma de encetar a apresentação dos dados qualitativos, vai retratar-se um comentário de um dos participantes que, não sendo uma limitação nem uma mudança na profissão, é uma proposta de reestruturação das funções dos médicos, em colaboração com outros profissionais de saúde que poderiam vir a substituí-los ou apenas apoiá-los como reforço nesses encargos. Como consequência, as agendas dos médicos também sofreriam alterações, a fim de se agilizar e otimizar o tempo do médico. Por meio desta reformulação do papel do médico de família e das suas funções, assim como dos papéis e funções dos outros profissionais de saúde, poderia ocasionar-se a melhoria no acesso aos cuidados de saúde por mais utentes, em mais contextos clínicos, como por exemplo nas consultas de outras especialidades, e com maior celeridade: “...há muitas coisas que nós temos de fazer que não deveríamos fazer, deveríamos ter maior colaboração dos colegas farmacêuticos ou até dos enfermeiros, coisas que o médico ficava livre para poder avaliar. Devíamos ter mais tempo para outras coisas, ficarmos mais livres para outros assuntos que só nós é que conseguimos ver”.

4.3. Resultados dos Questionários

Como suprarreferido, o questionário quantitativo que foi aplicado depois das entrevistas qualitativas é composto por apenas cinco perguntas. De seguida, apresentar-se-ão os resultados recolhidos, de forma individualizada para cada afirmação.

Na primeira afirmação - “A teleconsulta é útil.” -, 80% dos médicos mostraram-se “totalmente em acordo” com a afirmação (n=4) e 20% concordou “moderadamente em acordo” com a afirmação (n=1).

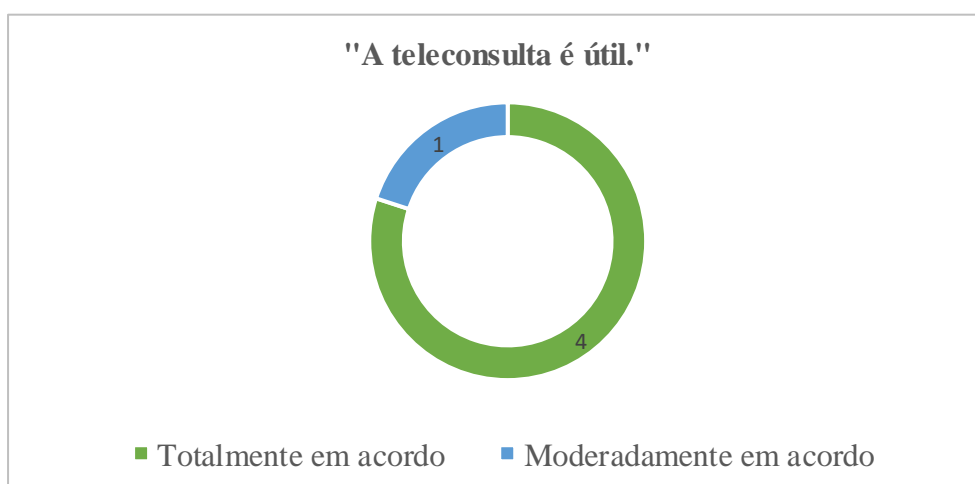


Figura 3 – Resultados da pergunta 1 do questionário quantitativo.

Na segunda afirmação - “A teleconsulta impacta positivamente a comunicação médico-doente.” - 80% dos médicos mostraram-se “moderadamente em acordo” com a afirmação (n=4) e 20% disse estar “moderadamente em desacordo” com a afirmação (n=1).

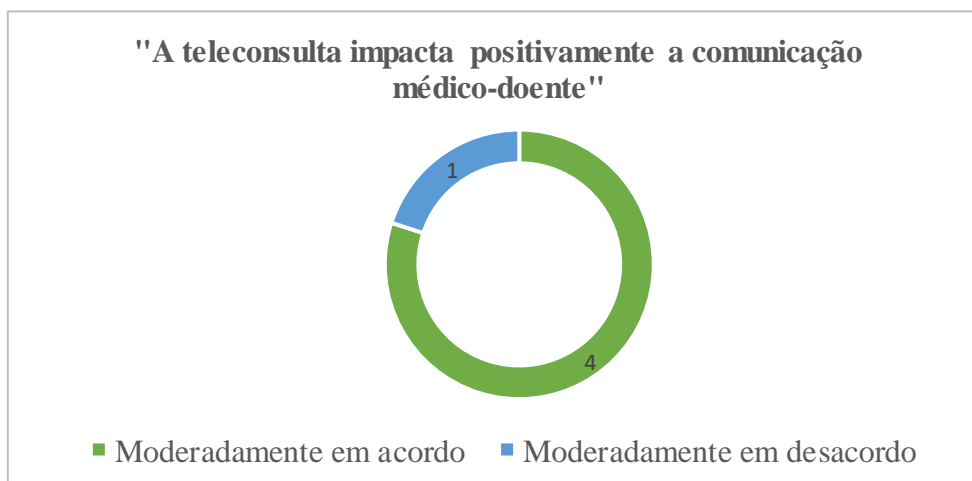


Figura 4 - Resultados da pergunta 2 do questionário quantitativo.

Quanto à terceira afirmação - “A teleconsulta impacta negativamente a comunicação médico-doente.” - 80% dos médicos mostraram-se “moderadamente em desacordo” com a afirmação (n=4) e 20% afirmou estar “um pouco em desacordo” (n=1).

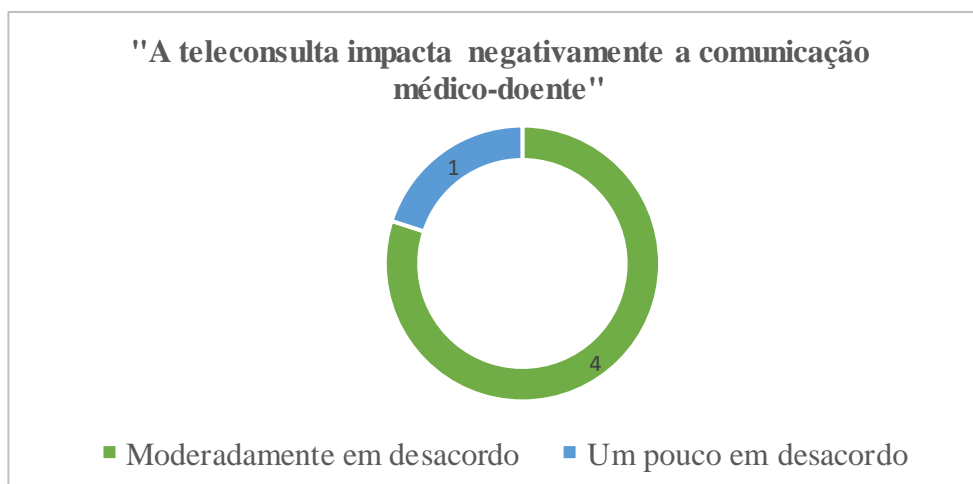


Figura 5 – Resultados da pergunta 3 do questionário quantitativo.

Sobre a quarta afirmação - “Durante a pandemia, a teleconsulta foi uma alternativa positiva na prestação de cuidados de saúde primários.” - 80% dos médicos

mostraram-se “totalmente em acordo” com a afirmação (n=4) e 20% afirmou estar “moderadamente em acordo” (n=1).

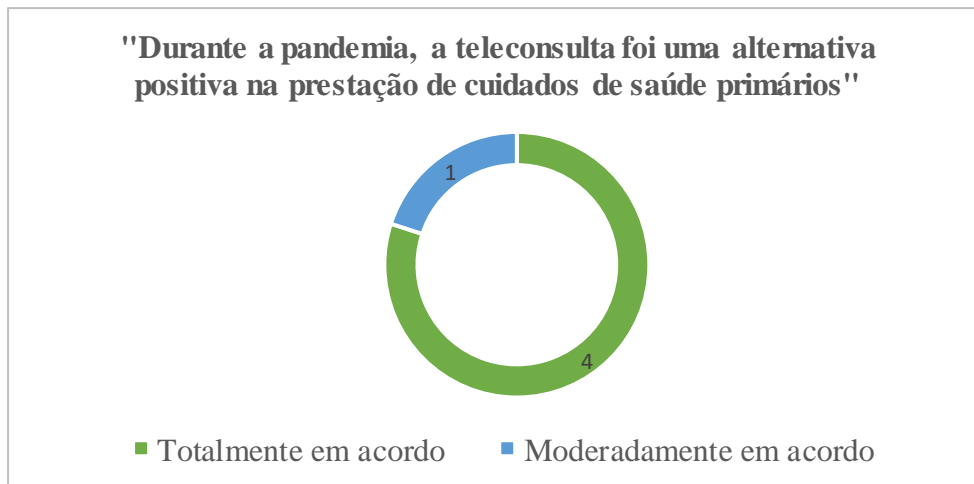


Figura 6 - Resultados da pergunta 4 do questionário quantitativo.

Relativamente à quinta e última afirmação – “Os centros de saúde têm condições favoráveis para a implementação da teleconsulta.” - 40% dos médicos mostraram-se “totalmente em acordo” com a afirmação (n=2), 10% afirmou estar “moderadamente em acordo” (n=1), outros 10% disseram estar “um pouco em desacordo” (n=1) e os restantes 10% defenderam estar “totalmente em desacordo” (n=1).

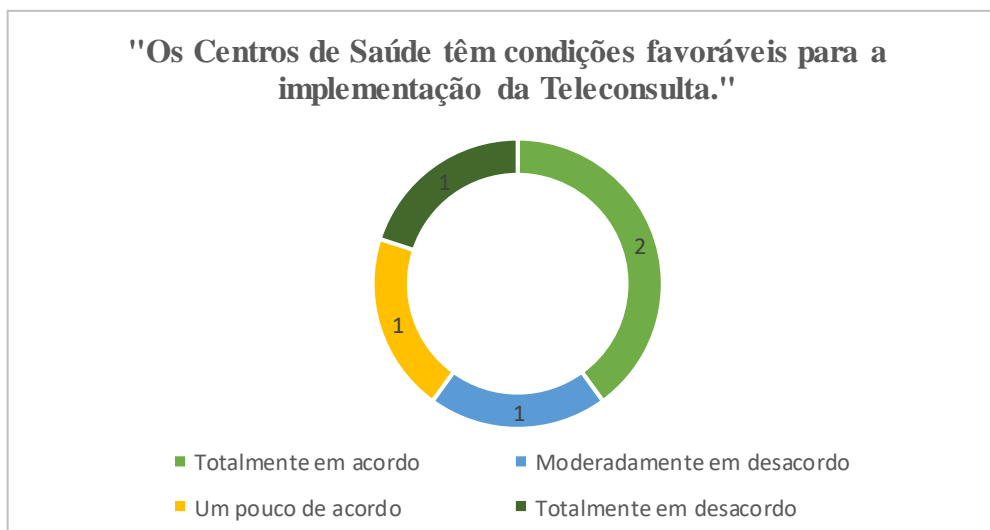


Figura 7 - Resultados da pergunta 5 do questionário quantitativo.

4.4. Resultados da PPOS-P

A última ferramenta de recolha de dados utilizada neste estudo foi a escala de orientação médica PPOS-P. Os resultados serão apresentados de forma individualmente, tendo em conta o perfil de cada participante e as duas medidas da escala em que foram avaliados– “*sharing*” e “*caring*”. Será ainda esclarecida a pontuação final de cada participante, que revelará o tipo de orientação do clínico, especificamente se é a orientação é centrada no paciente, na doença ou no profissional de saúde.

O participante 1 teve os seguintes resultados na sua avaliação: no domínio “*sharing*”, a pontuação foi de 4,22 e, na subescala “*caring*”, a pontuação foi de 5,22. No total, este participante teve um score de 4,72, que o avalia como *score* médio, ou seja, orientação centrada na doença/no profissional de saúde.

O participante 2 teve uma pontuação de 5,56 na medida “*sharing*” e 5,33 na medida “*caring*”, perfazendo um score de 5,44, considerado como *score* alto, que lhe confere a avaliação de orientação centrada no doente.

O participante 3 obteve 4,33 de pontuação na subescala “*sharing*” e 4,67 na medida “*caring*”, concluindo um total de 4,50, ou seja, um *score* baixo, que desvenda a sua visão de medicina centrada na doença e/ou no profissional de saúde.

O participante 4 conseguiu teve uma pontuação de 4,78 em “*sharing*” e 5 no domínio “*caring*”, obtendo um total de 4,88, que corresponde a um *score* médio, a saber, de orientação na doença/no profissional de saúde.

O participante 5 alcançou 4,44 pontos na medida “*sharing*” e 4,56 em “*caring*”, terminando com um *score* final de 4,26, que o classifica com centrado na doença/no profissional de saúde.

	Participantes				
Medidas	1	2	3	4	5
<i>Sharing</i>	4,22	5,56	4,33	4,78	4,44
<i>Caring</i>	5,22	5,33	4,67	5	4,56
Pontuação	4,72	5,44	4,50	4,88	4,26

<i>Score</i>	médio	alto	baixo	médio	baixo
--------------	-------	------	-------	-------	-------

Tabela 4 - Resultados da aplicação da PPOS-P na amostra estudada.

Desta forma, pode concluir-se que apenas um dos participantes é centrado no paciente, dois participantes são centrados na doença e os restantes participantes são centrados no profissional de saúde. De notar que, à exceção do participante 2, que se classificou como o único clínico desta amostra que é centrado no doente, todos os restantes participantes apresentaram um score superior no domínio “*caring*” do que no “*sharing*”.

4.5. Discussão geral

Nesta secção iremos discutir o significado e a relevância dos resultados apresentados para este estudo. Em primeiro lugar, recordaremos os objetivos do trabalho de investigação e, de seguida, apresentaremos os resultados principais e a discussão dos dados, tendo em vista a revisão de literatura científica efetuada no início do estudo e a informação discorrida na investigação.

Os principais objetivos deste estudo foram identificar as mudanças que aconteceram na comunicação médico-doente durante o processo de teleconsulta e identificar quais os benefícios, riscos e oportunidades da teleconsulta, segundo a perspetiva dos médicos de Medicina Geral e Familiar dos centros de saúde.

As entrevistas qualitativas foram a técnica de recolha de informação dominante neste estudo, pois permitiram dar resposta aos objetivos principais, possibilitando a recolha de testemunhos dos médicos de família, relativamente às mudanças mais taxativas a que estiveram sujeitos na sua prática, a nível clínico, relacional e comunicacional. Através desta técnica também foi possível fazer o levantamento das falhas ou limitações ainda existentes e que podem ser colmatadas no futuro. As respostas recolhidas nas entrevistas facultaram ainda algumas oportunidades da implementação do sistema de teleconsulta nos centros de saúde, que potencialmente poderão melhorar a prestação de cuidados de saúde primários e a satisfação de todos os atores envolvidos.

Como resultado da literatura científica (Compaine, 2001; LeRouge, Garfield & Collins, 2012; Prestin, Vieux & Chou, 2015; Singh *et al.*, 2009), a expectativa deste

estudo era de encontrar um grande número de limitações tecnológicas/materiais e socioculturais, relacionadas com a falta de equipamentos e sobre a recetividade tecnológica dos médicos e dos doentes. De forma geral, todos os médicos referiram carecer de *hardware* e *software* apropriado para a implementação da teleconsulta nos centros de saúde, em particular dando nota da falta de câmaras de vídeo e de telefones nas unidades e, com maior destaque, a falta de programas de registo adequados e outras plataformas pensadas para o fim a que se destinam, que contrariem os sistemas de informação desarticulados e disfuncionais atualmente existentes nas unidades. Esta suposição sobre as limitações de origem tecnológica/material e sociocultural verificou-se, contudo não foi a mais preeminente. Sobre a recetividade tecnológica, não se verificou resistência relevante por parte dos médicos, nem dos doentes, tendo em conta a perceção dos clínicos. Os números mais gritantes deste estudo dizem respeito às limitações institucionais e organizacionais do SNS, das quais se destaca a falta de organização e gestão do tempo de agenda dos médicos, a desvalorização da teleconsulta como ato médico, a falta de recursos humanos e a fraca gestão de capital humano, que se verificou ter um impacto pesado para os profissionais de saúde durante o período de pandemia e, conseqüentemente, para os utentes.

Um dos resultados mais inesperados foi a falta de valorização da teleconsulta por parte das administrações, pois, tal como os estudos têm vindo a demonstrar, esta prática acontece há vinte anos em Portugal e tem vindo a mostrar a sua utilidade e perspectivas de utilização nos vários contextos da saúde (Bunnell *et al.*, 2020; Carral *et al.*, 2015; Mueller *et al.*, 2020; Sommer, 1995). Além disto, com a chegada da pandemia, a teleconsulta teve uma franca expansão, permitindo a prestação de cuidados de saúde remotos, evitando o risco de propagação de infeções relacionadas ou não com a Covid-19, incluindo em contexto preventivo, no seguimento de patologias crónicas ou na triagem e avaliação de situações agudas. Associada a desvalorização, está a falta de organização ou má gestão de tempo das agendas médicas, na medida em que esta “nova” forma de exercer medicina apenas recentemente começou a entrar nas agendas médicas como uma forma de consulta, com o seu tempo devido, ao invés de ser vista como um simples contacto com o médico, sem o aspeto e rigor técnico de uma consulta, como era até agora. Ainda assim, os médicos referiram que, gradualmente, as suas agendas já começaram a incluir um horário para teleconsulta, desvanecendo assim esta visão de formato secundário e menos técnico da consulta remota. Sob outra visão,

alguns médicos mostraram a sua hesitação e ceticismo sobre a implementação da teleconsulta, pois receiam que, devido ao reconhecimento paulatino do seu valor, a teleconsulta possa vir a ser colocada noutra extremo e venha a substituir a consulta presencial num futuro próxima. Desta forma, os resultados permitem-nos perceber que existe alguma apreensão face às decisões administrativas, que virão ditar o futuro da prestação de cuidados de saúde primários.

Ainda a propósito das limitações institucionais e organizacionais, foi possível perceber que os médicos não estão satisfeitos relativamente à forma como a teleconsulta decorre atualmente, dado que este serviço não é realizado de forma otimizada, com equipas constituídas por vários profissionais de saúde, que poderiam melhorar o formato de prestação de cuidados de saúde primários, de forma mais ágil e próxima dos utentes. Além dos benefícios mais explícitos para os utentes, que poderiam usufruir de um serviço de saúde mais personalizado e adequado às suas necessidades bio-psico-sociais em qualquer parte do mundo, também os médicos e restantes profissionais beneficiariam de um trabalho de equipa, com diferentes perspetivas e opiniões clínicas, e expandiriam o seu conhecimento quer a nível médico, quer interrelacional. Esta chamada de atenção por parte dos médicos trouxe à tona uma limitação interessante sobre a forma como o próprio sistema delega o tempo e funções dos diferentes profissionais de saúde e como logra desses mesmos serviços, que acabam por não ser rentabilizados da melhor forma. Através desta mudança, juntamente com a implementação da teleconsulta nos centros de saúde, pensa-se que seria possível trazer mais serviços de cuidados de saúde primários e mais próximos dos utentes, como é o caso das consultas de nutrição, de psicologia ou de saúde materna com enfermeiros, por exemplo. Ademais, considerou-se que este conceito de proximidade e cooperação traz ainda a possibilidade de melhorar alguns dos aspetos mais importante da atividade do médico de família, em específico na deteção precoce da doença, no tratamento e orientação do utente e, especialmente, na prevenção primária, pela educação para a saúde, promovendo a adoção de hábitos e estilos de vida mais saudáveis. Como tal, a ineficiente gestão dos recursos disponíveis e do capital humano configura algumas das maiores limitações do sistema, que estão a impedir que a teleconsulta seja usada de forma sustentável e competente.

Sob outra perspetiva, foram notórias as falhas de comunicação do SNS com o público interno, assim como com o público externo. No que diz respeito ao público

interno, os médicos referiram várias vezes que as administrações não foram claras face às políticas internas e processos de tomadas de decisão durante a pandemia, o que resultou em algumas hesitações e resistência por parte dos médicos, por falta de informação e formação sobre a utilização da teleconsulta ou por desconhecimento das políticas internas. Além da insatisfação face às decisões irregulares e desadequadas ao contexto pandémico, que foram preconizadas ao longo de vários meses, alguns médicos afirmaram ainda não saber o impacto que as teleconsultas tiveram na sua avaliação de desempenho profissional. Esta incerteza foi apontada como um obstáculo à adesão dos médicos à teleconsulta pois, mesmo na ausência de remunerações decorrentes da produtividade dos clínicos, o reconhecimento do seu trabalho é um fator de satisfação profissional, que, por sua vez, se reflete na qualidade dos serviços de saúde prestados (Granja & Ponte, 2011). Neste aspeto, os médicos referiram que presumem que algumas tarefas como a realização e atendimento de telefonemas e *e-mails* não têm sido tidas em conta na construção dos indicadores de produtividade e que, se por um lado, já se sentiam assoberbados com todas as tarefas que tinham antes da pandemia, que incluíam as consultas e as tarefas que daí decorrem, como é o caso de registos, referenciações, contactos telefónicos, renovação de receituário crónico, avaliação e comunicação de MCDT e contactos com outros profissionais, entre outros, com a chegada da pandemia e todas as funções que lhes foram adicionadas, como foi o caso do seguimento dos doentes por Covid-19 (TRACE Covid), os clínicos temeram não conseguir integrar mais uma função tão ampla como o recurso à teleconsulta. Desta forma, estima-se que possa acontecer a sobrecarga de trabalho dos profissionais, que temem não conseguir conciliar as atividades presenciais com as não presenciais, devido ao acréscimo de solicitações digitais e a incapacidade de resposta atempada (Yan *et al.*, 2020). Parece claro que, além da desvalorização da teleconsulta, os médicos demonstram a sua insatisfação com os órgãos de gestão relativamente às falhas de comunicação e ao não reconhecimento do seu trabalho não presencial.

Ainda no campo das falhas de comunicação atribuídas ao SNS, segundo os médicos, houve uma comunicação ineficiente com o público externo, que resultou na utilização desadequada das ferramentas digitais como o *e-mail* e o telefone por parte dos utentes. Esta falha vai ao encontro da informação recolhida nas entrevistas sobre as limitações comunicacionais, relacionais e de literacia dos doentes, que nos sugeriu que os utentes apresentam baixa literacia na saúde e na utilização eminente das TIC, além de

que não foram nem estão devidamente informados sobre estes mecanismos e, de igual forma, não foram preparados para a sua utilização. De acordo com os médicos, estas são algumas das razões pelas quais a teleconsulta não poderá ser utilizada por todos os utentes, nem virá a ser aproveitada de forma eficaz pelos seus utilizadores. Estas foram também algumas razões apontadas pelos médicos para a resistência de utilização de alguns utentes a este modelo de cuidados de saúde.

Mais se acrescenta que, embora os resultados deste estudo tenham realçado as limitações relacionais, comunicacionais e de literacia dos utentes, de acordo com os médicos, algumas falhas poderiam ser colmatadas pois é preciso sensibilizar, formar e informar os profissionais de saúde sobre os riscos e benefícios do uso da teleconsulta, mas também os utentes, dado que são os maiores beneficiários desta ferramenta de prestação de cuidados de saúde e é perentório ensinar as pessoas sobre a melhor forma de utilizarem os recursos que têm à sua disposição. Assim, mais do que comunicar, é fundamental perceber para que tipo de público se comunica, quais as suas necessidades e quais as estratégias a adotar para tornar esta comunicação eficiente, com resultados positivos para a saúde da população.

Durantes as entrevistas, um dos participantes fez referência à não utilização do consentimento informado nos cuidados de saúde primários à distância. De facto, não é uma prática comum em Portugal, contudo, a sua utilização na teleconsulta em cuidados de saúde primários poderia ser uma estratégia para acautelar o recurso a esta ferramenta, tornando claro para ambas as partes envolvidas – médicos e utentes – as boas práticas da sua utilização, bem como uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, razão e resultado esperado da intervenção remota consentida. Com o recurso, os utentes receberiam, previamente, informações adequadas ao modelo de prestação de cuidados de saúde que escolheram, tendo em conta o objetivo, natureza da intervenção, consequências, riscos e alternativas.

Por fim, outro dado a salientar é que todos os médicos demonstraram alguma renitência quanto ao uso da teleconsulta, devido às especificidades próprias deste tipo de comunicação à distância, em específico no que diz respeito às limitações da comunicação não-verbal. Algumas das preocupações daí decorrentes são os danos nas relações interpessoais, que ficam confinadas ao espaço digital, sob perda de elementos não-verbais tão relevantes para a construção da relação terapêutica e a incapacidade de realização do exame físico completo, dificuldade que pode ser suprimida dependendo

dos contextos clínicos de cada utente. Todavia, de forma geral, todos os clínicos referiram que a utilização das câmaras de vídeo poderá ser a resposta para alguns aspetos mais limitantes neste campo, mas que só deverá ser utilizada em casos específicos e acordados entre o médico e o utente.

Quanto à comunicação verbal, foi necessário adotar novas formas de comunicação e novas dinâmicas de relação com os doentes, porém não se verificou que houvesse um impacto negativo evidente na relação e comunicação médico-doente e, de certa forma, esta adaptação tornou-se um aspeto positivo, uma vez que potenciou a manutenção das relações de proximidade entre os médicos de família e os seus utentes e impôs a necessidade de os médicos melhorarem as suas competências comunicacionais e relacionais com os utentes.

Quanto aos resultados dos questionários, deve dizer-se que a informação quantitativa se compatibilizou com os dados qualitativos, mostrando que a perceção dos médicos é de que a teleconsulta é uma ferramenta útil e que foi uma alternativa positiva e fundamental para a continuação da prestação de cuidados de saúde primários durante a pandemia. Contrariamente à revisão de literatura (Botrugno & Zózin, 2020; Dores *et al.* 2020; Menage *et al.* 2020), o *feedback* dos médicos face ao impacto da teleconsulta na comunicação médico-doente não foi firmemente negativo, pois foi referido por todos os médicos que, embora existam limitações claras que precisam de ser trabalhadas, não houve um impacto evidentemente negativo. Quanto aos centros de saúde, os médicos referiram que algumas unidades demonstram empenho na implementação de um sistema de teleconsulta, porém são necessárias mudanças de várias ordens para que as unidades de saúde prestem um serviço de qualidade, seguro e eficaz.

Já a respeito dos resultados da escala PPOS-P, quando comparados os seus resultados com os dados qualitativos, percebeu-se que a perceção dos médicos não é congruente com a realidade apresentada pela avaliação. Este é um resultado interessante, que mostra que existe ainda um longo caminho a percorrer no que diz respeito ao conhecimento dos médicos sobre o que efetivamente significa ser focado no doente, isto é, exercer medicina centrada na pessoa. Uma vez que a amostra utilizada foi muito reduzida e o objetivo de estudo não se prendia fundamentalmente com esta questão dos modelos de medicina centrada na pessoa ou na doença, os dados recolhidos não são muito relevantes, mas ajudam a criar um cenário sobre aquilo que poderá ser a perceção dos médicos. Poderia ser pertinente recorrer a uma amostra maior e mais

representativa, e a outros mecanismos de medição, destinados a profissionais de saúde e a doentes, tais como o instrumento de Medida de Comunicação Centrada na Pessoa (MCP), a Perceção da Pessoa Quanto ao Atendimento Centrado na Pessoa (PPACP) e o Questionário da Medicina Centrada no Doente em Portugal (MCP-PT), de forma a recolher dados com valor estatístico, que permitam retirar conclusões mais fundamentadas sobre esta temática (Santiago *et al.*, 2020).

Por outro lado, sublinha-se a necessidade de dar continuação a este estudo, na medida em que é necessário desenvolver mais trabalhos dentro da área da comunicação estratégica, no que diz respeito à compreensão da comunicação verbal e não-verbal, com o objetivo de melhorar a relação entre profissionais de saúde e utentes.

LIMITAÇÕES

A maior limitação deste estudo foi a dificuldade em recrutar os médicos de família para a participação na investigação. Como consequência, apenas se conseguiu uma amostra de cinco médicos de família. Não obstante, na chegada à quinta entrevista, começou a chegar-se ao processo de saturação dos dados, pelo que se considerou estar próximo da sua saturação efetiva. Sugere-se que, no futuro, sejam realizados mais estudos deste tipo, em regime de coparticipação desde o início, para se discutir a sua relevância prática com as partes interessadas, neste caso, os médicos.

CONCLUSÕES

A conjuntura nacional ocasionou a curiosidade e o interesse pelo estudo do retrato da teleconsulta, aplicada em tempos tão atípicos e desafiantes como os de uma pandemia. Este trabalho de investigação teve como objetivo específico investigar a perspetiva dos médicos relativamente às oportunidades e limitações da teleconsulta nos cuidados de saúde primários, durante o surto epidémico de Covid-19 em Portugal.

Chegando a este momento, parece claro que as “oportunidades” e “limitações” são duas palavras que se encontram de mãos dadas com o conceito de teleconsulta e que se definem como fatores críticos para a sua implementação. Embora a telemedicina exista há cerca de duas décadas em Portugal, apenas mais recentemente, com a chegada da pandemia, começou a ser utilizada com maior frequência em todas as franjas dos cuidados de saúde, incluindo nos cuidados de saúde primários, que são o primeiro contacto da população com os cuidados de saúde. Esta repentina adaptação a que as organizações de saúde e os seus atores foram sujeitos, evidenciou algumas falhas que já existiam no sistema e que se mostraram como barreiras à implementação da teleconsulta nas unidades de saúde familiar e nas unidades de cuidados de saúde primários.

Destarte, estudar a perceção dos médicos face a esta forma de exercer medicina é ouvir o sistema, perceber onde falhou e como pode melhorar no futuro, tendo em vista os resultados em saúde. Sobre este ponto, as conclusões a que se chegou através da realização das entrevistas, são de que os médicos sentem que as organizações de saúde não adequam as suas medidas e políticas às necessidades da população e dos profissionais de saúde porque não procuram saber as suas visões, isto é, não ouvem o que os públicos têm para lhes dizer, quais as suas “dores” e necessidades e, como

consequência, não sabem ou não comunicam de forma ajustada. Como se pôde ver, os resultados destas ações desajustadas têm impacto direto nos utentes, que acabam por não usufruir dos recursos que têm à sua disposição, por não saberem que o podem fazer e por não saberem como o fazer da melhor forma, e ainda tem impacto nos profissionais de saúde, que ficam assoberbados com todo o trabalho próprio das suas carreiras médicas, que não lhes permite prestarem um serviço de qualidade, no menor tempo possível, com as melhores condições para os utentes.

Pelo lado do médico de família, por muito que deseje investir numa abertura relacional, tal não é, muitas vezes, possível, devido à dificuldade em gerir o tempo de consulta de que dispõe (Rodrigues, 2000). Da parte dos utentes, as fracas competências comunicacionais e relacionais são vistas como uma das maiores barreiras ao proveito da teleconsulta, pelo que é crucial informar a população e, de alguma forma, formar os utentes para as boas práticas de utilização das plataformas digitais, com o apoio dos profissionais de saúde.

Além de se ter percebido que é fundamental reformular algumas políticas internas e ajustar a comunicação interna e externa destas unidades de saúde, também se retiraram outras conclusões significativas tais como o facto de as algumas limitações ao nível da comunicação não-verbal poderem ser ultrapassadas se forem adotadas novas abordagens na relação médico-doente, em específico ajustando a comunicação do médico com o doente, utilizando frases curtas e objetivas e dando mais atenção a outros fatores não-visuais como a respiração, os silêncios, o tom de voz e as emoções perceptíveis daí decorrentes. Estas abordagens mais holísticas virão privilegiar outros sentidos além da visão, em particular a audição, que vai além daquilo que os nossos olhos podem ver, trazendo novas informações para as fases de exploração, análise e contextualização da situação do utente durante a consulta. Não obstante, como suprarreferido, esta ferramenta não poderá ser uma opção para todos os utentes, como é o caso dos contextos clínicos em que o exame físico é imprescindível para a avaliação clínica. Ainda assim, poderá ser uma opção para muitos outros contextos clínicos e socioculturais e sempre que todos os fatores psico-bio-sociais assim o permitam. No fundo, a base do sucesso desta interação remota está fundamentalmente relacionada com as competências comunicacionais e relacionais de todos os intervenientes, sejam utentes ou profissionais de saúde, pelo que é urgente informar os utentes e formar os médicos

para uma medicina centrada na pessoa e esclarecer o que este conceito efetivamente significa.

As principais conclusões deste trabalho de investigação demonstraram que a teleconsulta poderá ser uma ferramenta opcional para os utentes, isto é, poderá ser um tipo de consulta a que a população pode recorrer se assim o pretender, embora categorizando-a como uma ferramenta complementar à consulta presencial, sem que seja vista como uma forma de a substituir. Esta premissa é vital para a longevidade da teleconsulta nos cuidados de saúde primários, pois, no momento atual, não existem condições favoráveis para que a consulta não presencial venha a substituir a consulta presencial, em especial devido às suas características próprias, que impedem a realização do exame objetivo completo e com rigor. Uma vez mais, é de referir que, como ferramenta opcional e complementar, a teleconsulta poderá ser viável para alguns utentes, mas não para todos.

Outra das conclusões mais interessantes deste estudo é que, contrariamente àquilo que a literatura científica refere (Bauer, 2001; Matusitz & Breen, 2007; Zózimo & Botrugno, 2020), os médicos entrevistados não consideraram que a teleconsulta promova a desumanização dos cuidados de saúde. Embora os estudos tenham demonstrado que a perda deste espaço tridimensional interfira com as pistas humanas (van der Meide, 2018), segundo a amostra estudada, a teleconsulta poderá ser uma estratégia para melhorar a prestação de alguns cuidados de saúde primários, em alguns casos particulares, de forma mais personalizada e próxima dos utentes, levando em conta todas as suas características, que vão além das suas condições da doença. De todo o modo, o argumento *one size does not fits all* mantém-se, pois embora seja uma estratégia interessante para alguns utentes, tais como as pessoas em idade ativa ou os “nativos digitais”, é preciso acautelar-se a comunicação não-verbal para o estabelecimento de uma relação terapêutica e, em alguns casos, não será possível fazê-lo remotamente. O tipo de teleconsulta também poderá definir o sucesso na manutenção da relação de confiança entre o médico e o doente e, neste aspeto, a videoconsulta é o modelo apontado como o que tem condições para ser mais eficaz e que acrescenta mais informação à consulta, particularmente ao nível da comunicação não-verbal.

Assim, é consensual que a teleconsulta é um importante instrumento para o uso mais eficiente dos recursos, para a centralização de especialistas e para a descentralização da assistência, aumentando, assim, o acesso de mais utentes aos

cuidados de saúde primários. Além disso, a teleconsulta será útil quando usada como ferramenta complementar, através da combinação de encontros presenciais com as trocas e ligações mediadas tecnologicamente, de forma a compensar os efeitos do distanciamento físico. De acordo com os médicos, e tal como já foi estabelecido pelo Ministério da Saúde, concluiu-se que a teleconsulta não deverá ser utilizada como primeira forma de contacto com o profissional de saúde (Despacho n.º 3571/2013; Lindberg *et al.*, 2013).

É evidente que o futuro passa pela poupança de recursos materiais e de tempo, por isso, os sistemas de saúde têm de acompanhar esta evolução da sociedade apostando cada vez mais em telemedicina. O esforço tem de ser conjunto para que a implementação do sistema de teleconsulta seja viável nos centros de saúde. Nada obstante, tal só será possível através da reorganização dos sistemas, dos investimentos no SNS e na reeducação dos profissionais de saúde e da população, bem como através da manutenção da relação médico-doente, que, cada vez mais, tem de assentar na compreensão, na partilha e na confiança mútua.

Este trabalho de investigação, em particular no que diz respeito às oportunidades apontadas pelos médicos, revelou-se um contributo positivo para a construção de um plano estratégico de implementação da teleconsulta nos cuidados de saúde primários em Portugal. Partindo deste ponto, espera-se, no futuro, alargar o espectro de investigação e fazer um levantamento dos fatores críticos da implementação da teleconsulta nos centros de saúde a nível nacional.

Como nota final, dado que os estudos sobre a perceção dos médicos face à implementação da teleconsulta em Portugal são escassos - em particular, como é expectável, no que diz respeito ao período de pandemia por Covid-19 - e os estudos de integração entre a investigação feita na área da telemedicina (Lapão *et al.*, 2016; Romanick-Schmiedl & Raghu, 2020; Zózimo e Botrugno, 2020) e a investigação feita na área da comunicação estratégica (Broom & Sha, 2013, Falkheimer & Heide, 2014, 2018) são igualmente escassos, seria meritório realizar mais investigações nesse sentido e integrar mais trabalhos na área da comunicação estratégica sobre a comunicação clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvares, S., Paiva, M., Ribeiro, C., e Cruz, V. (2004). *Telemedicina: Situação em Portugal*. *Nascer e Crescer*, 13 (2): 89-97.
2. American Telemedicine Association (2012). What is telemedicine? Disponível em <http://www.americantelemed.org/learn/what-is-telemedicine> [Consultado a 13 de Março de 2020].
3. Araújo, M. F. (2020). 1 ano de Covid-19. O que mudou num mundo a meio gás. SIC Notícias. Disponível em <https://sicnoticias.pt/especiais/coronavirus/2020-11-17-1-ano-de-Covid-19.-O-que-mudou-num-mundo-a-meio-gas> [consultado em 13 de dezembro de 2020].
4. Associação Portuguesa de Telemedicina (2021). *A Associação Portuguesa de Telemedicina divulga as conclusões do estudo sobre a teleconsulta no SNS*. Disponível em <https://aptelemedicina.com/a-associacao-portuguesa-de-telemedicina-divulga-as-conclusoes-do-estudo-sobre-a-teleconsulta-no-sns/>. [Consultado a 5 de junho de 2021].
5. Balaouras, P., Crepulja, M. L., Dores, A.R., Hudej, N., Köttner, H., Drda-Kühn, K., Schlenk, E., Silva, R. A. & Stevanovic, A. (2018). *Therapy2.0 -Aconselhamento e interações terapêuticas com nativos digitais. Intervenções Online: Guia para Orientadores, Conselheiros e Terapeutas*. Disponível em https://www.ecounselling4youth.eu/online-material/courses/files/guidelines_pt.pdf [Consultado em 12 de maio de 2021].
6. Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
7. Bashshur, R.L. (2002) Telemedicine and Health Care. *Telemedicine Journal and E-health* (volume 8).
8. Bashshur, R.L., Reardon, T.G. & Shannon, G.W. (2000). Telemedicine: a new health care delivery system. *Annual. Rev. Public. Health*, 21: 613-37.
9. Batista, F. (2010). *Telemedicina em catástrofe*. Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe. Universidade do Porto.
10. Bauer, K. (2001). Telemedicina Domiciliar: Um Levantamento de Questões Éticas. *Quarterly of Healthcare Ethics*.10 (2): 137-146. DOI: 10.1017/S0963180101002043
11. Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Portugal: Porto Editora. ISBN: 978-972-0-34112-9

12. Botrugno, C. & Zózimo, J. R. (2020). A difusão da telemedicina em Portugal: dos benefícios prometidos aos riscos de um sistema de cuidados a duas velocidades. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 93: 89-107.
13. Broom, G. & Sha, B. (2013). *Cutlip and Center's Effective Public Relations* (11.ª ed.). England: Pearson Educational Limited.
14. Brashers, D. E. & Babrow, A. S. (1996). Theorizing communication and health. *Communication Studies*, 47 (3), 243-251. DOI: 10.1080 / 10510979609368479.
15. Bunnell, B. E., Sprague, G., Qanungo, S., Nichols, M., Magruder, K., Lauzon, S., Obeid, J. S., Lenert, L. A., & Welch, B. M. (2020). An Exploration of Useful Telemedicine-Based Resources for Clinical Research. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, 26(1), 51–65. Disponível em <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0221>.
16. Carral, F., Ayala, M., Fernández, J. J., González, C., Piñero, A., García, G., Cañavate, C., Jiménez, A. I., & García, C. (2015). Web-based telemedicine system is useful for monitoring glucose control in pregnant women with diabetes. *Diabetes technology & therapeutics*, 17(5), 349–354. Disponível em <https://doi.org/10.1089/dia.2014.022>.
17. Carvalho, I. P., Neves, A. L. e Martins, R. G. (2021). *Comunicação clínica à distância: Vantagens, desafios e cuidados*. Workshop do 3.º Congresso Nacional de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde: Comunicação clínica na era Covid-19: novos desafios e oportunidades na prática e no ensino.
18. Centro Nacional da Telessaúde (2017). *O percurso da telessaúde em Portugal*. Disponível em <http://www.cnts.min-saude.pt/2017/03/28/211/> [Consultado em 6 de Novembro de 2020].
19. Centro Nacional de Telessaúde (2019). *Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022*. Disponível em https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS_portugu%C3%AAs.pdf [Consultado a 10 abril de 2021].
20. Centro Nacional de TeleSaúde (2020) *Tool Kit – TeleConsulta*. Obtido de http://www.cnts.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2017/03/Tool-Kit_Teleconsulta_V08_2020.pdf.
21. Chaudhry, S., Mattera, J., Curtis, J., Spertus, J., Herrin, J., Lin, Z., Phillips, C., Hodshon, B., Cooper, L. & Krumholz, H. (2010). Telemonitoring in patients with heart failure. *New England Journal of Medicine*, 363: 2301-2309.

22. Compaine, B. (2001). The Digital Divide Facing a Crisis or Creating a Myth? *Library & Information Science Research*. DOI: [10.1016 / S0740-8188 \(02\) 00114-7](https://doi.org/10.1016/S0740-8188(02)00114-7).
23. Davis, M. (2020). A crise do coronavírus é um monstro alimentado pelo capitalismo. In: Davis, M., Harvey, D., Bihr, A., Zibechi, R., Badiou, A., Žižek, S. *Coronavírus e a luta de classes*. Brasil: Terra sem Amos, 5-12.
24. Daymon, C. & Holloway, I. (2011). *Qualitative Research Methods in Public Relations and Marketing Communications*. (2.ª Ed). Routledge.
25. Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011. Disponível em <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=ES> [Consultado em 2 de Fevereiro de 2021].
26. Despacho n.º 3571/2013 do Ministério da Saúde. Diário da República: n.º 46, Série II de 2013-03-06 em https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Março/Desp_3571_2013.pdf [Consultado a 16 de Abril de 2021].
27. Despacho n.º 3571/2013, Ministério da Saúde. Diário da República: Série II, n.º 46. Disponível em https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Março/Desp_3571_2013.pdf. [Consultado a 25 de Janeiro de 2021].
28. Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/118376180/202010291059/73662511/exportPdf/maximized/1/cacheLevelPage?rp=diploma> [Consultado em 5 de janeiro de 2021].
29. Direção-Geral da Saúde (2020) *Distanciamento Social*. Disponível em <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/Distanciamento-social-07-04-2020.pdf> acedido a 14/04/2021 [Consultado a 20 de Junho de 2021].
30. Dutra, Ana Sofia Ormonde Mendes (2016) *Telemedicina no Serviço Regional de Saúde dos Açores – Estudo de Caso*. Dissertação de Mestrado em Ciências Biomédicas. Universidade da Beira Interior. Covilhã.
31. Dores, A. R., Geraldo, A., Carvalho, I. P. e Barbosa, F. (2020). O Uso de Novas Tecnologias de Informação e Comunicação Digital em Aconselhamento Psicológico durante a Pandemia de COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, no. 20: 7663. DOI: [0.3390/ijerph17207663](https://doi.org/10.3390/ijerph17207663).

32. Falkheimer, J. & Heide, M. (2018). *Strategic Communication: An Introduction*. (1.^a ed). Routledge.
33. Falkheimer, J. & Heide, M. (2014). *From Public Relations to Strategic Communication in Sweden: The Emergence of a Transboundary Field of Knowledge*. Nordicom Review. DOI: 35. 10.2478/nor-2014-0019.
34. Fatehi, F. & Wootton, R. (2013). Telemedicine, telehealth or e-health? A bibliometric analysis of the trends in the use of these terms. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 18 (8): 460-464. DOI: 10.1258/jtt.2012.GTH108
35. Ferreira, B.; Marques, H.; Caetano, J.; Rasquilha, L. e Rodrigues, M. (2015). *Fundamentos de Marketing*. 3.^a edição. Edições sílabo.
36. Ferreira, D. (2018). Teleconsultas: Ir ao Hospital Sem Sair de Casa. Implicações na Relação Médico-Doente. *Revista da Sociedade Portuguesa da Medicina Interna*. Vol.25, N.º 1. DOI: 10.24950/rspmi/Opiniaio/1/2018.
37. Ferreira, J. H. (2002). *Telemedicina dos conceitos à prática*. Dissertação Mestrado em Gestão da Informação nas Organizações. Faculdade de Economia. Universidade Coimbra.
38. Freimuth, V., Linnan, HW, & Potter, P. (2000). *Comunicar ao público a ameaça de infecções emergentes*. *Doenças infecciosas emergentes*, 6 (4): 337-347. DOI: 10.3201/eid0604.000403.
39. Freimuth, V. & Quinn, S. C. (2004). As contribuições da comunicação em saúde para a eliminação das disparidades de saúde. *American Journal of Public Health*, 94: 2053-2055. DOI: [10.2105/AJPH.94.12.2053](https://doi.org/10.2105/AJPH.94.12.2053).
40. Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusodidacta: Loures. ISBN: 978-972-8383-10-7.
41. Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
42. Garcia, Ana Andreia Alves (2020) *Relações Públicas: uma função integradora. Estudo de caso na área da saúde*. Candidatura à admissão de provas públicas conducentes à atribuição do Título de Especialista em Gestão Estratégica das Relações Públicas pelo Instituto Politécnico de Lisboa.
43. Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (6.^a ed) Atlas: São Paulo.
44. Gomes, M. (2014). *A comunicação e relação médico-doente como benefício para o doente e para a decisão médica*. Trabalho final do 6º ano médico com vista à

atribuição do grau de mestre no âmbito do ciclo de estudos de mestrado integrado em medicina. Universidade de Coimbra.

45. Gonçalves, L., Castelo-Branco, M., & Campanella, N. (2018). *e-Saúde livro de ensino para estudantes de cursos de ciências da saúde e para profissionais de saúde*. Covilhã: Tipografia da Universidade da Beira Interior.
46. González Rey, F. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. Tradução: Marcel Aristides F. Silva. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
47. Granja, M. & Ponte, C. (2011). O que ocupa os médicos de família?: Caracterização do trabalho médico para além da consulta. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27: 388-396. DOI: 10.32385/rpmgf.v27i4.10870.
48. Grilo, Ana; Rita, Joana; Carolino, Elisabete; Gomes, Ana; Santos, Margarida (2018). Centração no paciente: Contributo para o estudo de adaptação da Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). *Psychology, Community & Health*, Vol. 6(1): 170–185 DOI:10.5964/pch.v6i1.148 .
49. Grunig, J. E. (2001) *Two-Way Symmetrical Public Relations – Past, Present, and Future, in Handbook of Public Relations*. New York: Sage Publication.
50. Grunig, J. E., & Grunig, L. A. (2000). Public relations in strategic management and strategic management of public relations: Theory and evidence from the IABC Excellence project. *Journalism Studies*, 1(2):303-321. DOI: 10.1080/14616700050028271
51. Jiménez, A. I. & García, C. (2015). *Diabetes Technology & Therapeutics*. Mary Ann Liebert, Inc. Volume 7: 349.
52. Kamsu-Foguem K, Foguem C. (2014). Could telemedicine enhance traditional medicine practices? *European Research in Telemedicine/La Recherche Européenne en Télémédecine*, 3: 117-123.
53. King, A., Hoppe, R. B. (2013). “Melhores práticas” para a comunicação centrada no paciente: uma revisão narrativa. *Journal Graduation Medicine Education*; 5(3): 385–393. DOI: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-13-00072.1>
54. Kvale, Steinar (2011). *Las Entrevistas En Investigacion Cualitativa*. Morato.
55. Laine, C., & Davidoff, F. (1996). Patient-centered medicine: A professional evolution. *Journal of the American Medical Association*. 275(2): 152-156. DOI:10.1001/jama.1996.03530260066035.
56. Lamiani, G., Meyer, E. C., Rider, E. A., Browning, D. M., Vegni, E., Mauri, E., Truog, R. D. (2008). Assumptions and blind spots in patient-centredness: Action

research between American and Italian health care professionals. *Medical Education*, 42(7): 712-720. DOI:10.1111/j.1365-2923.2008.03038.

57. Lapão, L.V. & Correia, A., (2015). Improving Access to Pediatric Cardiology in Cape Verde through a Collaborative International Telemedicine service. *Global Telehealth Studies in Health Technology and Informatics*, 209; 51-57.

58. Lapão, L. V., Messina, L. A., Ungerer, R e Campos, F. (2016). Roteiro estratégico para a telessaúde na CPLP: diagnóstico e prioridades para o desenvolvimento da telessaúde. Anais do instituto de Higiene e Medicina Tropical. 15: Suplemento 1, S65-S73. Lisboa.

59. LeRouge, C., Garfield, M. J., Collins, R. W. (2012) Telemedicine: Technology mediated service relationship, encounter, or something else? *International Journal of Medical Informatics*, 81: 622-636.

60. Lindberg, B., Nilsson, C., Zotterman, D., Söderberg, S., & Skär, L. (2013). Using Information and Communication Technology in Home Care for Communication between Patients, Family Members, and Healthcare Professionals: A Systematic Review. *International journal of telemedicine and applications*. DOI: 10.1155/2013/461829.

61. Lopes, F., Marinho, S., Ruão, T., Pinto-Coelho, Z. & Fernandes, L., (2012). *Olhares Cruzados sobre Comunicação na Saúde: relatório de um debate*. Braga: Universidade do Minho – Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade.

62. Lundin, I. B. (2016). *Metodologia de Pesquisa em Ciências Sociais*. Maputo: Escolar Editora.

63. Malhotra, N, Sakthivel, P, Gupta, N, et al. (2020). Telemedicine: a new normal in COVID era; perspective from a developing nation. *Postgraduate Medical Journal*. DOI: 10.1136/postgradmedj-2020-138742.

64. Matusitz, J. & Breen, G. M. (2007). Telemedicine: its effects on health communication. *Health communication*, 21(1): 73–83. DOI: 10.1080/10410230701283439.

65. Mueller, A. L., Mcnamara, M. S., Sinclair, D. A. (2020). Why does COVID-19 disproportionately affect the elderly? *Aging*. v. 12, n. 10: 9959-9981.

66. Mamede, R. P., Pereira, M. e Simões, A. (2020). *Portugal: Uma análise rápida do impacto da COVID-19 na economia e no mercado de trabalho*. In Organização Internacional do Trabalho. Disponível em <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-->

[-europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_754606.pdf](#)

[Consultado em 13 de dezembro de 2020].

67. Maia, R. S. (2006). *Um sistema de telemedicina de baixo custo em larga escala*. Universidade Federal de Santa Catarina, programa de pós-graduação em ciência da computação. Tese de mestrado, Florianópolis, Brasil.
68. Martins, R.G.; Neves, A.L.; Carvalho, I.P. (no prelo). *Comunicação digital*. In M Quartilho (Coord.), *Comunicação Clínica*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
69. Matos, R. (2014). *Telemedicina em Portugal: onde estamos?* R. V. Mendes, Ed Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
70. Minayo (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (14.^a ed). São Paulo: Hucitec.
71. Moré, C. (2015). *A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação*. Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. v. 3: Atas - Investigação Qualitativa nas Ciências Sociais. ISBN: 978-972-8914-55-4 Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/158/154> [Consultado a 13 de Fevereiro de 2021].
72. Monteiro, M. H. (2008). *A Telemedicina como um vector de profunda transformação no espaço da saúde e do bem-estar*. Apresentado na VI Congresso Português de Sociologia, Lisboa. Disponível em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/210.pdf>. [Consultado em 21 de janeiro de 2021].
73. Mozzato, A. R., & Grzybovski, D. (2011). Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da Administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea*, 15(4): 731-747.
74. Norma 010/2015 da Direcção Geral da Saúde, 15/06/2015 Modelo de Funcionamento das Teleconsultas. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102015-de-15062015-pdf.aspx>. [Consultada a 21 de Fevereiro de 2021].
75. Okamoto, S. (2007). *Transformations in doctor-patient communication in Japan: The role of cultural factors*. *Patient Education and Counseling*. 65(2): 153-155. DOI:10.1016/j.pec.2006.11.004.

76. Orazem, M., Oblak, I., Spanic, T. & Ratos, I. (2020). Telemedicine in Radiation Oncology Post-COVID-19 Pandemic: There Is No Turning Back. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, Volume 108: 411-415.
77. Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6 . [Consultado em 7 de junho de 2021].
78. Raposo, H. (2009). Risco e incerteza no pensamento biomédico: notas teóricas sobre o advento da quantificação e da prova experimental na medicina moderna. *Análise Social*, XLIV, 193: 747-765.
79. Pacheco, J. A. (1995). *O pensamento e a acção do professor*. Porto: Porto Editora.
80. Pardal, L. e Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal.
81. Pinto, I., Gomes, C. & Siqueira, C. (2018). *Investigação qualitativa: Perspetiva geral e importância para as ciências da nutrição*. Acta Portuguesa de Nutrição. Associação Portuguesa de Nutrição. 30-34.
82. Prestin, A., Vieux, S. N., & Chou, W. Y. (2015). Is Online Health Activity Alive and Well or Flatlining? Findings From 10 Years of the Health Information National Trends Survey. *Journal of health communication*, 20(7): 790–798. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1018590>.
83. Preston, J., Brown, F. W. & Hartley, B. (2006). Using Telemedicine to Improve Health Care in Distant Areas. *Hospital and Community Psychiatry*. Vol 43, No. 1. DOI: 10.1176/ps.43.1.25.
84. Poppas, A., Rumsfeld, J. S. & Wessler, J. D. (2020). Telehealth Is Having a Moment: Will it Last? *Journal of the American College of Cardiology*.
85. Ramos, V. (2009). A consulta em 7 passos. Execução e análise crítica de consultas em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 25(2), 208–20. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i2.10609>.
86. Ratzan, S., Payne, J. & Bishop, C. (1996) The Status and Scope of Health Communication. *Journal of Health Communication*, 1: 25-41.
87. Ribeiro, C. (2007). Família, saúde e doença. O que diz a investigação?. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 23, n. 3: 299-306. ISSN 2182-5181.

88. Rodrigues, J. (2000). *Obstáculos à comunicação médico-paciente. Medicina Geral e Familiar*. Disponível em https://www.mgfamiliar.net/MMGF/textos/11/6_texto.html [Consultado a 20 de abril de 2021].
89. Rodrigues, R., Maria, A., Bragança, A., Simões, S., Tomé, A., Rodrigues, D., Pinto, D., & Heleno, B. (2015). Comunicação e percepção de risco: diferentes modos de comunicar, diferentes modos de partilhar a decisão clínica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 31(2): 125-33. Disponível em <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v31i2.11468> [Consultado em 2 de maio de 2021].
90. Santiago, L., Simões, J., Vale, M., de Faria, E., Ferreira, P., & Rosendo, I. (2020). *Autoconsciência para a prática da Medicina Centrada no Paciente na Clínica Geral/Medicina de Família: Desenvolvimento de uma Escala de Medida*. *Acta Médica Portuguesa*, 33 (6): 407-414. DOI: 10.20344/amp.11742.
91. Silva, P. R. (2008). A comunicação na prática médica: Seu papel como componente terapêutico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 24: 505–512.
92. Silverman, D. (2013). *Doing Qualitative Research: A Practical Handbook*. (3.^a ed) London: Sage.
93. Sistema Nacional de Saúde (2021). *eHealth Summit 2021*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/06/01/ehealth-summit-2021/> . [Consultado a 5 de Junho de 2021].
94. Taylor, B. & Francis, K. (2013). *Qualitative Research in the Health Sciences: Methodologies, Methods and Processes*. (1.^a ed) Routledge. ISBN: 978-0415682619.
95. Teal, C. R., & Street, R. L. (2009). Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: A review and model. *Social Science & Medicine*. 68(3): 533-543. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.10.015.
96. Teixeira, J. (2004). Comunicação em Saúde, Relação Técnicos de Saúde – Utentes. *Análise Psicológica*, 22 (3): 615-620.
97. Thompson, T. (2014). *Encyclopedia of Health Communication*. Vols. 1-3. SAGE Publications, Inc.
98. Triviños, A. (2017). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. (1.^a ed). São Paulo: Atlas.
99. Turato, E. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objectos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, 39 (3): 507-14.

100. Turner, J. W., Robinson, J. D., Alaoui, A., Winchester, J., Neustadtl, A., Levine, B. A., Collmann, J., & Mun, S. K. (2003). Media attitudes vs. use: the contribution of context to the communication environment in telemedicine. *Health care management review*, 28(2): 95–106. Disponível em <https://doi.org/10.1097/00004010-200304000-00002> [Consultado em 2 de maio de 2021].
101. Riess, H.; Kelley, J. M.; Bailey, R. W.; Dunn, E. J. & Phillips, M. (2012) Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *Journal General Internal Medicine*, 27(10):1280-6.
102. Romanick-Schmiedl, S. & Raghu, G. (2020). Telemedicina - mantendo a qualidade durante os tempos de transição. *Nat Rev Dis Primers*, 6: 55. DOI:10.1038/s41572-020-0199-4.
103. Schiavo, R. (2007). *Comunicação em saúde: da teoria à prática*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
104. Schiavo, R. (2009). *Mapeamento e revisão de orientações e planos existentes para comunicação com base na comunidade e nas famílias para preparar e responder à pandemia de gripe*. In UNICEF Nova York. Disponível em https://sites.unicef.org/influenzaresources/index_1072.html.
105. Schiavo, R. (2014). *Health Communication: From Theory to Practice* (2ª ed.). EUA: Jossey Bass.
106. Singh, I. P.; Mishra, S. K. & Kapoor, L. (2009). *Telemedicina e e-Saúde*. Vol. 15, N.º 6: 568-575. Mary Ann Liebert, Inc. <http://doi.org/10.1089/tmj.2009.0059>.
107. Sommer, T. J. (1995). *Telemedicine: a useful and necessary tool to improving quality of healthcare in the European Union*, Computer Methods and Programs in Biomedicine, Volume 48: 73-77. Disponível em [https://doi.org/10.1016/0169-2607\(95\)01663-E](https://doi.org/10.1016/0169-2607(95)01663-E). [Consultado a 8 de julho de 2021]
108. Sousa, M. J. & Baptista, C. S. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. (1.ª ed). Lisboa: Lidel.
109. Taylor, B., & Francis, K. (2013). *Qualitative Research in the Health Sciences: Methodologies, Methods and Processes* (1.ª ed). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203777176>.
110. Teixeira, J. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. *Análise Psicológica*. 22: 615-620.

111. van der Meide, H. (2017). Towards a Three-Dimensional Perspective of Space for Humanizing Hospital Care. In F. Krause (Eds.) et. al., *Care in Healthcare: Reflections on Theory and Practice*. (pp. 265–281). Palgrave Macmillan.
112. van Gemert-Pijnen, J., Nijland, N., van Limburg, M., Ossebaard, H., Kelders, S., Eysenbach, G., Seydel, E. (2011). A Holistic Framework to Improve the Uptake and Impact of eHealth Technologies. *Journal Medicine Internet Res*, 13(4).
113. Webster, A. (2002). Innovative health technologies and the social: redefining health, medicine and the body. *Current Sociology*, 50 (3): 443-457. DOI : 10.1177/0011392102050003009.
114. Yan, Mengling; Tan, Hongying; Jia, Luxue & Akram, Umair. (2020). The Antecedents of Poor Doctor-Patient Relationship in Mobile Consultation: A Perspective from Computer-Mediated Communication. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. DOI: 17. 2579. 10.3390/ijerph17072579.

ANEXOS

Anexo 1 – Escala de avaliação PPOS-P

PPOS (Krupat et al., 2000; Grilo, Rita, Carolina, Gomes & Santos, 2017, adaptação)

Leia as afirmações seguintes referentes às atitudes face à interação médico-paciente. Indique o seu grau de acordo para cada uma das afirmações, considerando: 1. Concordo completamente e 6 – discordo completamente.

PPOS	1 – Concordo Completamente	2 - Concordo	3 – Concordo ligeiramente	4 – Discordo ligeiramente	5 Discordo	6 – Discordo Completamente
1. É o médico que deve decidir o que é conversado durante uma consulta.	1	2	3	4	5	6
2. Apesar de hoje em dia o serviço de saúde ser menos personalizado, este é um pequeno preço a pagar pelos avanços na área da saúde.	1	2	3	4	5	6
3. A parte mais importante de uma consulta médica comum é o tratamento físico.	1	2	3	4	5	6
4. Muitas vezes é melhor para os pacientes não terem uma explicação completa da sua condição médica.	1	2	3	4	5	6
5. Os pacientes deveriam confiar no saber técnico do médico e não procurarem, pelos seus próprios meios, informação sobre o seu estado.	1	2	3	4	5	6
6. Quando os médicos fazem muitas perguntas sobre o passado do paciente, estão a intrometer-se demasiado em assuntos pessoais.	1	2	3	4	5	6
7. Se os médicos forem realmente tecnicamente bons, a forma como se relacionam com os pacientes não é muito importante.	1	2	3	4	5	6
8. Muitos pacientes continuam a fazer perguntas, apesar de não estarem a aprender nada de novo.	1	2	3	4	5	6
9. Os pacientes deveriam ser tratados como parceiros dos médicos, com igualdade de poder e estatuto.	1	2	3	4	5	6
10. Geralmente, os pacientes preferem ser tranquilizados a possuírem informação sobre a sua doença.	1	2	3	4	5	6
11. Se as principais ferramentas do médico forem ser aberto e caloroso, este não terá muito sucesso.	1	2	3	4	5	6

PPOS	1 – Concordo Completamente	2 - Concordo	3 – Concordo ligeiramente	4 – Discordo ligeiramente	5 Discordo	6 – Discordo Completamente
12. Quando os pacientes discordam do médico, isso é um sinal de que este último não possui o respeito e a confiança do paciente.	1	2	3	4	5	6
13. Um tratamento não pode ser bem-sucedido se colidir com o estilo de vida e os valores do paciente.	1	2	3	4	5	6
14. A maior parte dos pacientes quer que a consulta médica seja o mais breve possível	1	2	3	4	5	6
15. O paciente tem que ter sempre presente que é o médico que lidera.	1	2	3	4	5	6
16. Não é muito importante saber informações sobre a cultura e o passado do paciente para tratar a doença de uma pessoa.	1	2	3	4	5	6
17. O humor é um dos principais ingredientes utilizado pelo médico no tratamento do paciente.	1	2	3	4	5	6
18. Quando os pacientes procuram informação clínica pelos seus próprios meios, isso habitualmente costuma confundir mais do que ajudar.	1	2	3	4	5	6

APÊNDICES

Apêndice 1 – Guião de entrevista aplicado aos médicos.

Objetivo geral	Objetivo Específico	Observações
Legitimar a entrevista	<p>Explicar o enquadramento do estudo;</p> <p>Motivar o entrevistado a participar na entrevista e reafirmar a importância da sua participação;</p> <p>Solicitar autorização para o registo áudio da entrevista;</p> <p>Informar sobre a gestão dos dados recolhidos e a sua anonimização;</p> <p>Alertar para o direito de desistência de participação a qualquer momento da entrevista;</p>	<p>Apresentar sucintamente o trabalho de investigação;</p> <p>Indicar os objetivos da entrevista;</p> <p>Assegurar o carácter confidencial dos dados recolhidos;</p> <p>Agradecer a colaboração do entrevistado;</p> <p>Referir que os dados recolhidos serão alvo de análise por parte de investigadores peritos da área, ressalvando a anonimização do entrevistado</p>
Retratar a teleconsulta na fase pré pandemia		
Caracterizar o entrevistado e recolher informações de carácter geral	<p>Nome</p> <p>Idade</p> <p>Situação laboral</p> <p>Local de trabalho</p> <p>Tempo de prática clínica</p> <p>Opinião sobre teleconsulta</p> <p>Experiência com teleconsulta</p>	<p>O que entende por teleconsulta?</p> <p>Já fazia teleconsultas antes da pandemia?</p> <p>Se sim, de que tipo? E agora?</p> <p>O que é que mudou com a pandemia?</p> <p>Se não fazia e agora o faz, que mudanças aconteceram?</p>

	Número médio de horas de consulta por semana antes e durante a pandemia	<p>Pode clarificar que tipo de teleconsultas faz atualmente?</p> <p>Como classifica a sua experiência com a consulta remota?</p> <p>Tendo em conta a sua experiência, como é que os médicos vêem a possibilidade de continuar a recorrer à teleconsulta nos cuidados de saúde primários?</p>
Retratar a teleconsulta na fase pandémica		
Compreender as condições na prestação de cuidados de saúde	<p>Recolher as possíveis mudanças nos padrões de prestação de cuidados de saúde do Sistema Nacional de Saúde, tendo por base a telemedicina;</p> <p>Identificar os benefícios, riscos e oportunidades da teleconsulta para os médicos durante o processo de teleconsulta;</p> <p>Identificar as barreiras da teleconsulta para os médicos</p> <p>Recolher as limitações institucionais mais relevantes à implementação da teleconsulta no Sistema</p>	<p>Enquanto médico, quais são as limitações técnico-funcionais (de ordem administrativa, institucional, técnica...) que podem estar a influenciar a qualidade da teleconsulta? E quais os riscos? E oportunidades?</p> <p>Na sua perspetiva enquanto médico, considera que os Centros de Saúde se encontram capacitados a prestar um serviço de teleconsultas? Porquê?</p> <p>Considera ser um serviço eficaz e de qualidade?</p> <p>Quais as limitações do Sistema Nacional de Saúde sentidas pelos médicos e</p>

	Nacional de Saúde	<p>resolvidas pela consulta remota?</p> <p>O que acredita ser fundamental para que as teleconsultas sejam efetuadas de forma sustentável para o Sistema Nacional de Saúde?</p>
<p>Descrever a relação médico-doente no processo de teleconsulta e perceber quais os diferentes desafios que emergiram com a consulta remota</p>	<p>Identificar as mudanças que ocorreram na comunicação médico-doente durante a pandemia e identificar os desafios comunicacionais e novas abordagens detetadas na teleconsulta</p>	<p>Qual a sua perspetiva sobre a relação médico-doente?</p> <p>E a comunicação médico-doente, como a descreve?</p> <p>De que forma as teleconsultas durante a pandemia influenciam a forma como interage com os utentes? (especificar sempre o tipo de teleconsulta a que se refere)</p> <p>Considera que a teleconsulta foi uma alternativa positiva no que diz respeito à relação médico-doente? Porquê? E quanto à comunicação médico-doente? Porquê?</p> <p>Quais as vantagens da teleconsulta na comunicação com os doentes? E as desvantagens?</p> <p>De todos os tipos de teleconsulta (vídeo, áudio, online), na sua opinião, qual</p>

		<p>é o mais eficaz? Qual é que acrescenta mais informação à consulta? Porquê?</p> <p>Na sua opinião, as teleconsultas influenciam o vínculo humano dos médicos com os utentes? Porquê?</p> <p>Qual o impacto que estas mudanças tiveram na sua prática clínica?</p> <p>Teve de adotar estratégias de comunicação alternativas?</p> <p>Se sim, quais?</p> <p>Se não, porquê?</p>
Considerações finais	<p>Encorajar o entrevistado a acrescentar mais dados sobre os tópicos mais importantes da entrevista;</p> <p>Incentivar a exposição de outros tópicos por parte do entrevistado;</p> <p>Esclarecer as dúvidas que surgirem por parte do entrevistado;</p> <p>Reforçar a garantia de confidencialidade;</p> <p>Apresentar um agradecimento final</p>	<p>Os serviços de saúde à distância podem contribuir para oferecer as melhores condições na prestação de cuidados de saúde? Porquê?</p> <p>Em que contextos clínicos a teleconsulta poderá vir a oferecer uma alternativa sustentável e segura para os utentes à consulta presencial?</p> <p>E a que tipo de consultas este modelo não deverá ser aplicável? (especificar o tipo de teleconsultas)</p> <p>Na sua experiência, como avalia a satisfação dos doentes/utentes em relação a</p>

		<p>cada tipo de teleconsulta?</p> <p>Há mais alguma coisa que gostaria de partilhar em relação à consulta remota, que tenha potenciais implicações na sua interação com os utentes?</p>
--	--	---

Apêndice 2 – Guião do questionário aplicado aos médicos.

	Afirmações	Totalmente em desacordo	Moderadamente em desacordo	Um pouco em desacordo	Não concordo nem discordo	Um pouco de acordo	Moderadamente de acordo	Totalmente em acordo
		1	2	3	4	5	6	7
1	A teleconsulta é útil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	A teleconsulta impacta positivamente a comunicação médico-doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	A teleconsulta impacta negativamente a comunicação médico-doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Durante a pandemia, a teleconsulta foi uma alternativa positiva na prestação de cuidados de saúde primários.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Os Centros de Saúde têm condições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

favoráveis para a implementaç ão da teleconsulta.								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

Apêndice 3 – Pedido de Consentimento Informado aos médicos

Nota Explicativa

Este documento foi preparado com base nas informações que foram disponibilizadas à equipa do Encarregado de Proteção de Dados Pessoais da Universidade Nova de Lisboa. Foram feitas alterações ao mesmo, tendo em vista o cumprimento das exigências previstas no artigo 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados Pessoais, estando estas registadas neste documento.

O presente estudo: “A Telemedicina em Portugal no contexto epidémico de COVID-19: um retrato da teleconsulta sob o ponto de vista dos médicos”, faz parte de uma Dissertação de Mestrado que está a ser realizada no âmbito do Mestrado em Ciências da Comunicação, na vertente de Comunicação Estratégica, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa (FCSH-UNL), sob a orientação da Professora Doutora Ivone Marília Carinhas Ferreira da Silva e da Professora Doutora Maria Grazia Rossi.

Com este estudo pretende-se analisar a comunicação entre médicos e pacientes no contexto da teleconsulta, durante o surto epidémico por Covid-19, em Portugal. O projeto visa estudar de que forma a teleconsulta foi adotada durante o período em questão, com o objetivo de mapear as práticas clínicas desenvolvidas e explorar as atuais barreiras de comunicação no sistema de implementação de teleconsulta, sob a perspetiva dos médicos da Unidades de Saúde Familiar (USF), do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

O estudo tem por objetivos identificar as mudanças na comunicação médico-doente durante o processo de teleconsulta; identificar quais os benefícios, riscos e oportunidades da teleconsulta para os médicos; identificar quais as limitações do SNS sentidas pelos médicos e resolvidas pela consulta remota; identificar as barreiras da teleconsulta para os médicos e identificar os desafios comunicacionais e novas abordagens detetadas na teleconsulta.

Para tal serão efetuadas entrevistas virtuais, via plataforma Zoom, aos médicos das USF. Poderão ainda ser efetuados questionários que analisarão a posição dos médicos da USF quanto à teleconsulta. Serão igualmente solicitados pareceres a investigadores peritos na área em questão, sobre o conteúdo das entrevistas, salvaguardando-se a confidencialidade do entrevistado.

Tratamento dos seus dados pessoais

A investigadora Mariana Laura Carrasco Rodrigues e as orientadoras de Mestrado desta, Professora Doutora Ivone Marília Carinhas Ferreira da Silva e a Professora Doutora Maria Grazia Rossi, são as responsáveis pelo tratamento dos seus dados pessoais, nos termos do Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD).

A sua participação neste estudo é fundamental, mas voluntária, e rigorosamente confidencial, tendo por base o seu consentimento.

Na entrevista e questionário serão recolhidos alguns dos seus dados pessoais, nomeadamente, o seu nome, idade, informações sobre a sua situação laboral, o e-mail e a localização laboral. Estes dados destinam-se unicamente ao trabalho de investigação académica no âmbito do mestrado acima mencionado e serão publicados na dissertação de mestrado.

Os dados pessoais serão pseudonimizados após a entrevista e questionário e serão tratados de forma agregada. É nesta forma agregada e estatística que estes dados serão depois publicados na dissertação de mestrado.

Os dados pessoais tratados serão conservados pelo prazo de 12 meses, que corresponde ao prazo de término da investigação.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

1. Declaro que estou informado sobre os objetivos deste estudo e sobre a natureza da investigação.
2. Compreendo que a minha participação neste estudo é totalmente voluntária.
3. Concordo com o tratamento dos meus dados pessoais para as finalidades explicadas, nomeadamente, para o fim de investigação científica, para elaboração e publicação da dissertação de Mestrado em questão, e com o seu armazenamento pelos responsáveis pelo tratamento pelo prazo informado.

4. Tomei conhecimento da possibilidade de exercer os meus direitos de acesso, atualização, retificação e eliminação dos meus dados pessoais a todo o tempo, bem como o exercício posterior do direito de oposição à utilização dos dados facultados para os fins acima descritos, devendo, para tal, enviar pedido nesse sentido por e-mail.

5. Tomei também conhecimento do meu direito de apresentar reclamação a uma autoridade de controlo – a Comissão Nacional de Proteção de Dados Pessoais – relativamente ao tratamento dos meus dados pessoais relacionados com o projeto.

Nome:

- Concordo
- Não concordo

Data: _____

Assinatura: _____

Apêndice 4 – Tabela de categorização e subcategorização dos dados recolhidos nas entrevistas aos médicos.

Categorias principais	Subcategorias	Exemplos
<p>Limitações que os médicos atribuem ao Sistema Nacional de Saúde:</p> <p><i>Fatores atribuídos ao Sistema Nacional de Saúde que, da perspetiva dos médicos, dificultam ou impossibilitam a implementação de um sistema de Teleconsulta sustentável, eficaz e de qualidade.</i></p>	<p>Jurídicas-legais</p>	<p>“Se o nosso horário é de 30-40 horas, não podemos fazer mais do que isso porque tem um custo em termos de saúde”</p> <p>“...sabermos que estamos mesmo a falar com aquela pessoa, nós não sabemos, não a conhecemos.”</p> <p>“Confidencialidade é um risco, mas já era antes do covid porque todos os nossos processos são informatizados, embora já existam mecanismos de segurança que conseguem assegurar que sabemos que entrou no nosso histórico e somos avisados, se quisermos, podemos saber quem acedeu ao nosso ficheiro clínico. O mesmo acontece com o email, porque se tivermos alguém que entre no nosso email, recebemos um alerta, portanto cada vez mais essa segurança digital vai acabar por existir, não é uma preocupação muito</p>

		<p>grande”</p> <p>“O email convencional levanta problemas de segurança brutais, pela questão de proteção de dados, porque circularem dados clínicos em plataformas de email não seguras é complicadíssimo. O doente precisa de ter um registo administrativo prévio para eu conseguir fazer um registo no processo. Isto é de uma importância brutal porque aumenta o trabalho e às vezes, para não ter tanto trabalho, pode diminuir os registos”</p> <p>“O consentimento também é muito importante. Dizemos a alguém <i>"estou a ligar para fazer a consulta, consente que isto seja feita neste formato? Sei que solicitou esta consulta, mas podemos avançar?"</i>, ou seja, formalizar mais processo para evitar aquele facilitismo do <i>"estou a ligar-lhe porque me</i></p>
--	--	---

		<p><i>pediu”</i></p> <p>“Em termos de legitimidade da consulta, de proteção de dados, deixa-nos muito desconfortáveis não termos a certeza com quem estamos a falar, se é de facto com o doente.”</p> <p>“Em termos de segurança, é importante assegurarmos que o doente tem condições de segurança para poder expor-se da maneira mais aberta e mais à vontade numa verdadeira consulta.”</p> <p>“O <i>e-mail</i> tem um registo próprio, fica lá, mas é separado do processo clínico do doente e isto levanta uma serie de questões brutais”</p>
	Técnicas-funcionais	<p>“Muitos colegas utilizavam os telemóveis pessoais porque havia muitos doentes e era impossível ligar-lhes facilmente, tinham de ficar à espera de vez”</p> <p>“Não há câmaras para as videoconsulta”</p> <p>“Havia muitas chamadas e</p>

		<p>a nossa unidade só tinha 4 linhas (...), uma 5.^a pessoa tinha de esperar”</p> <p>“É preciso tempo [para passar medicação] e não é só 1 minuto porque o sistema informático em vez de ajudar, dificulta”</p> <p>“A gente está no computador com o telefone encostado no ombro”</p> <p>“Ao nível da postura corporal era péssimo porque termos os telefones assim, amparados no ombro enquanto se escreve no computador é impossível para mim”</p> <p>“A abertura de muitos canais de teleconsulta que não se fecham tão facilmente, como o email, que não tem limite de entrada, houve um <i>boom</i> de trabalho em que não se consegue dar resposta”</p> <p>“Entram muitos mais emails e diretamente para os médicos e claramente deixou de ser uma boa forma de funcionar. Se eu receber 40 emails num dia,</p>
--	--	---

		<p>tenho de pedir 40 inscrições ao administrativo e isso é uma trabalhadeira louca para mim”</p> <p>“Os telefones são dos comuns, até tive de comprar um <i>headset</i> para ser mais fácil, mas não foi solução”</p> <p>“O sistema de registo em Portugal é muito complicado e nós não podemos fazer as coisas facilmente”</p> <p>“A nossa aplicação de registos não está apropriada para consultas a não ser as convencionais, o que torna tudo muito complicado”</p> <p>“Se houvesse plataformas pensadas e organizadas, era muito mais fácil conseguir-se ter resultados.”</p> <p>“Eu tenho 10 pessoas a quem telefonar e a meio surge-me um exame e preciso de fazer mais um telefonema. Se eu quero registar aquilo, eu tenho de pedir ao administrativo do</p>
--	--	---

		<p>Centro de Saúde para me fazer um registo no computador para eu conseguir entrar no processo da pessoa. Acontece que, muitas vezes no <i>boom</i>, numa pilha de coisas, em alguns casos eu digo que vou só telefonar e depois logo se vê e as coisas ficam por registar.”</p> <p>“Nós sentimos cada vez mais a necessidade de haver o acesso por email sim, mas de uma forma formal e organizada, como se fosse a consulta: há uma plataforma onde a pessoa se regista, por o seu número de utente, sabe o que tem ou não de pagar, tem um tempo de resposta e que eu, ao abrir o email, já estou no processo do paciente”</p> <p>“O telefone é o sincronismo porque quando me dá jeito a mim, pode não dar jeito ao doente e vice-versa e temos de fazer vários telefonemas.</p>
--	--	--

		<p>“Seria um impacto muito grande se o sistema mudasse, tivesse um bom atendimento do secretariado, um bom sistema de gestão, de agendamento. Mas para já não”</p> <p>“A maior parte dos emails a que eu respondo, eu não registo no sistema onde eu faço consultas. Está no meu email de trabalho, mas em termos de contabilização, tenho colegas meus que registam todos os emails que conseguem abrir, eu não registo porque não tenho tempo para isso e prefiro responder ao doente e não estar a copiar para outra plataforma à parte e dizer "fiz x e respondi a este email"</p> <p>“Da parte dos médicos, nós temos de ter câmaras, equipamento para fazer, não pode estar sempre a ir abaixo e avariar, não posso estar a preocupar-me se tenho a atualização do Java cada vez que faço isto</p>
--	--	--

		<p>e depois ficar 5 minutos ali à espera... por isso da parte do equipamento tem de estar operacional”</p> <p>“riscos propriamente só se for por perda da informação que esteja armazenada e que desaparece, mas isso já acontece hoje em dia, às vezes estamos a passar receitas, é tudo informatizado, e supostamente o histórico dos medicamentos está lá, mas há dias em que não está porque pode haver problemas no sistema e não ficar devidamente registado”</p> <p>“...com a pandemia devíamos fazer [Teleconsultas] por videochamada, mas não temos esse equipamento nos Centros de Saúde.”</p> <p>“Na maior parte dos Centros de Saúde, apesar de o Ministério ter, de facto, a plataforma, que é o RSE-LIVE, que permite essa interação com videochamada, em</p>
--	--	---

		<p>videoconferência, mas é preciso a instalação de câmaras e isso impede, nalguns sítios, na maior parte, diria eu”</p> <p>“...temos de pensar numa teleconsulta assim, em tempo real, para muitas das coisas funcionarem, porque só pelo telefone às vezes não é o ideal.”</p> <p>“A câmara faz muita falta.”</p> <p>“[é preciso] ter uma plataforma que me permita ter uma consulta, fazer registos e estar a consultar ao mesmo tempo o que já tenho registado noutros contactos. O grande entrave será haver condições de parte a parte do sistema, condições de internet e de condições de segurança para que isso aconteça.”</p> <p>“Não faz sentido nenhum que em 2021 eu tenha um programa de registos em que eu não possa ditar uma coisa e aparecer escrito no ecrã, nem faz sentido que o programa onde eu</p>
--	--	---

		<p>registo MCDT não importe os resultados de umas análises e eu tenha de os escrever.”</p>
	<p>Institucionais e organizacionais</p>	<p>“É preciso que as administrações estejam dispostas a considerar que a teleconsulta é tão válida como a consulta presencial.”</p> <p>“Há centros de saúde que nem sequer têm linhas de telefone, que fará pessoas”</p> <p>“Ficou sempre na dúvida se as consultas que nós fizemos de vigilância foram contabilizadas como contactos presenciais em termos de indicadores de desempenho. A administração não dá respostas suficientes para as nossas preocupações e isso preocupa-nos ainda mais ao fazermos teleconsulta.”</p> <p>“A quantidade de chamadas que entram e saiam das unidades não foi de todo acautelada e nós tivemos de usar os nossos telemóveis.”</p> <p>“Deixou de haver agenda”</p>

		<p>“...os meus colegas diziam que não conseguiam muito tempo para as teleconsultas porque envolviam outros médicos de outros serviços como cardiologia e eles dificilmente conseguiam ter tempo para estarem ali todos e era mais fácil para eles escreverem um texto a dizer "preciso que este doente seja visto na cardiologia" e mandavam a bola para o lado de lá. Para o doente não era tão útil e, neste vai e vem, perde-se muita informação. Para o doente era mais útil resolver-se logo aquilo, ter um cardiologista, um médico de família e se fosse preciso outro profissional, e todos centrados nele, a ajudarem o doente.”</p> <p>“Não é compreensível que o SIGMA ainda não esteja a funcionar porque eu tenho câmaras, mas não as consigo usar a não ser que use o <i>Teams</i> ou <i>Zoom</i> e quando propusemos isso à</p>
--	--	--

		<p>administração, a resposta foi "<i>nem pensar!</i>" porque não eram plataformas seguras”</p> <p>“Preocupa-me que a teleconsulta se sobreponha ao resto e os decisores políticos achem que, se isto é assim tão bom, então deve sobrepor-se a consulta presencial”</p> <p>“Por parte das administrações é precisa que se perceba o valor da teleconsulta como um ato médico.”</p> <p>“Recebi emails de doentes com questões que eu nunca pensei que receberia porque as pessoas estavam mesmo desnorteadas e apesar de tudo precisam de nós como uma figura em quem confiavam, precisavam de uma validação minha para tudo, se calhar porque a comunicação dos órgãos institucionais não funcionou, não foi a melhor.”</p> <p>“As administrações tiveram sempre uma</p>
--	--	--

		<p>gestão de "as unidades é que sabem e são autónomas", foi muito "laissez faire laissez passer", por isso temos esta assimetria de unidades que só estou a atender telefonemas e a responder a emails e depois temos unidades que estão a fazer tudo.”</p> <p>“Nós temos horários estipulados só para teleconsulta, mas o que acaba por acontecer é que as consultas presenciais têm sempre prioridade e nem sempre eu consigo telefonar aos doentes no horário previsto.”</p> <p>“... a nossa equipa está muito desmotivada porque acima de nós, as nossas chefias, continuam a manter as decisões preconizadas em Abril de 2020, que é com os profissionais da casa a dar resposta a uma pandemia e isso é impossível porque somos médicos de família e fazemos gestão da doença crónica, rastreios e</p>
--	--	--

		<p>cuidados preventivos, não podemos estar a fazer ADR (Áreas Dedicadas para Doentes Respiratórios) e a fazer corpo presente nos Centros de Vacinação Covid, não podem querer que os mesmos profissionais consigam dar resposta a tudo, têm de contratar profissionais para fazer isso”</p> <p>“Arranjaram uma serie de telemóveis, mas depois não há quem atenda os telemóveis, portanto não é solução”</p> <p>“A teleconsulta não é valorizada como uma consulta quer para os pacientes, quer pelas gestões”</p> <p>“...é preciso tempo e que é preciso ter tudo na agendado”</p> <p>“Precisamos de ter pessoas com competências para resolver os problemas às pessoas e que atendam e enquanto aquilo não se resolver não desligam”</p> <p>“Nós precisávamos de</p>
--	--	--

		<p>uma razão inversa de administrativos-médicos</p> <p>há muito tempo, porque precisávamos de muitos mais administrativos do que de médicos”</p> <p>“Tem de haver pessoas, recursos humanos, isso é um problema nacional.”</p> <p>“Tem de haver mais meios humanos e reduzir as listas de utentes é fundamental para nós conseguirmos dar respostas aos pacientes”</p> <p>“O tempo de consulta pode ser inferior, mas tem de haver tempo na agenda para isso e para o resto”</p> <p>“É preciso não sobrecarregar a marcação de consultas presenciais com teleconsultas em situações como vermos os exames sem a presença do doente e darmos uma resposta depois, com a necessidade de incluir isso no agendamento”</p> <p>DS- “É preciso tempo na agenda para fazer tudo”</p> <p>“É preciso aceitar e dignificar tempo da consulta na agenda e</p>
--	--	--

		<p>depois considerar que esta consulta está ao mesmo nível que as outras consultas, porque nós também passámos a valorizar mais o tempo que passamos não presencialmente à leitura de meios complementares de diagnóstico e aos relatórios, que é trabalho que nós fazemos e deve ser dignificado como tal porque nós não temos o doente à frente, mas estamos a trabalhar para o doente na mesma.”</p> <p>“As pessoas não valorizam que aquilo é uma consulta, portanto, isto é, um <i>handicap</i>, o doente não foi devidamente informado ou não se adaptou porque também não era opção dele e, portanto, a teleconsulta entrou abruptamente na vida deles e não foi devidamente valorizada.”</p> <p>“é preciso que seja dado tempo à teleconsulta, entrarem no nosso horário com respeito e com um</p>
--	--	--

		<p>período que representa o que é uma consulta e houve uma altura em que isso não acontecia e entrava tudo o que fosse, demorasse meia hora ou 5 minutos e a verdade é que se é uma consulta, tem que se lhe dar o tempo devido.”</p> <p>“Pode haver pessoas (médicos) que não queiram adotar tanto estas ferramentas por causa da questão da acessibilidade, de poderem não ter tempo de verem os emails, por terem as consultas marcadas, portanto a própria organização se calhar ainda tem de ser melhor trabalhada para percebermos como é que isto é aceitável do ponto de vista da organização.”</p> <p>“a questão da organização, as pessoas saberem que têm tempo para fazerem as consultas á distância, sem acharem que é mais uma coisa em cima das outras.”</p> <p>“O sistema tem a limitação de não integrar bem as</p>
--	--	--

		<p>diferentes vertentes da saúde, o médico de família, o cardiologista, o nutricionista... para já quase não há nutricionista nem psicólogos, mas se existissem, a saúde digital era uma excelente ferramenta para se integrarem e o doente é que beneficia com isso sem ter de andar a saltitar entre sítios e consultas a diferentes horas.”</p> <p>“...seria o desejável, haver outros profissionais de saúde, como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, sociólogos, envolver várias vertentes [na Teleconsulta], mas neste momento isso ainda não acontece.”</p> <p>“...vamos estender o prazo das receitas todas, vamos permitir que nas farmácias haja renovação do receituário, mas acontece que isso foi na pandemia, mas, fora da pandemia, esse trabalho que nos é imposto acaba por nos desviar para coisas que são</p>
--	--	---

		<p>desperdício. Devíamos concentrar-nos em tarefas relacionadas com os doentes, com as famílias, a comunidade, um conhecimento mais dentro dessas áreas.”</p> <p>“Há fatores que não ajudam nada, sendo por exemplo termos muito trabalho não relacionado com a clínica, como renovação de receitas, algumas tarefas que poderíamos não estar a fazer para podermos assistir melhor aos nossos doentes, com mais tempo e em maior número até e coisas mais burocráticas como relatórios.”</p> <p>“Há aqui coisas que são uma barreira a podermos fazer mais consultas e estar mais com os doentes, mas não temos tempo para isso porque temos de fazer outras coisas”</p>
<p>Limitações que os médicos atribuem aos doentes:</p> <p><i>Fatores imputados aos</i></p>	<p>Materiais/tecnológicas</p>	<p>“...os doentes também podem não ter [câmaras de vídeo]</p> <p>“Não chega ter um smartphone, é preciso ter</p>

<p><i>doentes que, da perspectiva dos médicos, dificultam ou impossibilitam a implementação de um sistema de Teleconsulta sustentável, eficaz e de qualidade.</i></p>		<p>uma ligação à internet segura para que possa fazer-se uma teleconsulta e o doente estar disposto a expor o seu problema, estar num sítio em que possa ter uma consulta dessas, estar num local seguro para o fazer”</p>
	<p>Comunicativas, relacionais e literacia</p>	<p>“Acho que há vontade para os Centros de Saúde estarem capacitados e ter teleconsulta, acho que estamos nesse caminho, mas as regras e orientações partem de nós também colocá-las, ensinar os doentes, fazer esta divulgação. Há coisas que se podem melhorar sim, mas muito na base da educação, não tanto na parte tecnológica.”</p> <p>“Há coisas que se perdem com a teleconsulta, embora com a câmara se tenha melhorado muito as coisas, mas não deixa de ser uma consulta à distância e não é a mesma coisa que eu ver uma pessoa a entrar, que eu cumprimento, que há uma</p>

		<p>proximidade física.”</p> <p>“Tive de contactar alguns doentes que não eram meus para apoiar os colegas que não estavam ao serviço e tínhamos de atender os doentes covid que não tinham medico de família e aí tive de mandar o email ao administrativo para ele mandar ao doente para o doente não ficar com o meu email para não correr o risco de as pessoas depois não me largarem quando não eram minhas pacientes”</p> <p>“As pessoas ouvem mal, não têm comunicação não verbal para ajudar e isso gera mais mal entendidos”</p> <p>“Há pessoas que têm muita dificuldade em construir um email, tem a ver com literacia, com estilos de aprendizagem e interesses e as suas competências no geral.”</p> <p>“A quantidade de emails que chegam durante a noite e no fim de semana, quando as pessoas bem lhes apetecem e mandar</p>
--	--	--

		<p>uma coisa a dizer que precisavam muito de fazer isto ou aquilo.”</p> <p>“O que parecia é que nós estávamos fechados e parecia que não estávamos a ter consulta. o doente diz-nos <i>"já não falava consigo há imenso tempo"</i> e eu dizia, <i>"mas no ano passado falámos imensas vezes"</i>, portanto esta perceção do que é uma consulta não está enraizada, portanto não houve essa preparação porque isto foi uma coisa abrupta e isto inibe muito o aspeto técnico de uma consulta.”</p> <p>“Se eu estou a perguntar sinais e sintomas, estou a fazer-lhe uma análise do que me está a dizer e parece que é insuficiente para o doente, portanto nós ficamos um pouco na dúvida, se o doente está a perceber este plano como se fosse um plano útil para ele. Ficamos um pouco na dúvida se o doente valorizou as</p>
--	--	--

		<p>consultas.”</p> <p>“Nós as vezes ligamos a uma determinada hora e o doente pode estar ocupado com alguma coisa e nós interrompemos. Ficamos na dúvida se ele está de facto a ouvir o que nós estamos a dizer.”</p> <p>“O que nós tivemos foi muita gente a ligar, mas sempre os mesmos, e email foi a mesma coisa <i>"olhe eu esqueci-me de dizer que afinal tinha também uma dor do pé!"</i> e logo depois outro email a dizer <i>"afinal esqueci-me de dizer que precisava também de um bem-u-ron"</i> e gerava muito mais contactos e muito mais consultas porque o período de consulta não é o mesmo.”</p> <p>“Os telefones não davam para atender toda a gente, mas atendeu-se muitas vezes as mesmas pessoas e isso também demonstra a tal literacia que a pessoa não tinha noção de que estava a ter uma consulta e</p>
--	--	---

		<p>no fundo criou-se um certo abuso desta forma de consulta porque era fácil, acessível e a qualquer hora ligavam a perguntar e pressionavam-nos com "<i>afinal quando é que a médica me vai ligar?</i>"</p> <p>“Eu tenho em rodapé as instruções para uma boa utilização do email, sobre o doente se identificar na totalidade, em saber exatamente com quem estou a falar, mas continuo a receber emails como se estivessem a enviar um email a uma prima. Porque para mim são nomes e posso até saber com quem estou a falar pelo contexto do que me está a dizer, mas tem de se identificar e ser claro.”</p> <p>“Nós temos até orientações e normas para que não exista erro ou um erro para aquele doente, mas devo dizer que é uma luta porque este rodapé já está há muito tempo e eu de vez em quando vou pondo as letras em BOLD,</p>
--	--	--

		<p>amplificando, modificando, mas não passa e são sempre os mesmos que fazem a mesma coisa nesta semana e na outra semana e com muita pressão a dizerem que precisavam muito daquela semana e na semana passada já tinha feito outra coisa qualquer para aquele doente.”</p> <p>“...a questão de utilizar o tempo e o email adequadamente piorou muito nesta fase. É uma ferramenta que lhes é dada como um dado adquirido, então vamos usar, mas não há a correta utilização e isso pode prejudicar outros, porque o nosso trabalho é dar resposta a tudo o que nos chegasse, mas se eu recebo 30 emails e 15 são repetidos de alguma coisa que eu já fiz, eu estou sempre a duplicar trabalho, e esta perceção ainda não passou e ainda não conseguimos ter uma utilização adequada às nossas</p>
--	--	---

		<p>unidades.”</p> <p>“O stress é imenso porque as pessoas estavam e estão nervosas, falavam de uma maneira super desajustada para perguntar e pedir coisas quando nós estávamos de facto a responder e a atender o telefone, portanto o que se passa do lado de cá não é bem transmitido e ainda não conseguimos que fosse acautelado.”</p> <p>“O problema está na falta de literacia e de bom senso das pessoas.”</p> <p>“É curioso porque eu notei que aqueles que eram mais utilizadores do email e do telefone, são aqueles que agora faltam às consultas presenciais. Aquela pessoa tantas vezes nos contactava, agora que lhe dizemos que venha à consulta, não vem, marca e falta. Há aqui uma falta de noção da utilização dos recursos a que tem acesso e também falta de bom senso.”</p> <p>“As pessoas expõem-se</p>
--	--	---

		<p>demasiado, nós recebíamos fotografias por email que nos deixavam muito preocupados pela falta de literacia e de noção dos perigos que isso acarreta.”</p> <p>“É urgente que se ensine a população a perceber o que é uma situação urgente para uma boa utilização de todos os serviços.”</p> <p>“Tínhamos de por o nosso número como privado e quando eu me esquecia de o fazer, havia logo abuso da parte dos doentes, que me enviavam mensagens com receitas que eu já nem sabia quem eram nem porque me estavam a contactar para o meu telemóvel pessoal.”</p> <p>“A teleconsulta tem como alguma dificuldade o próprio doente perceber que está a ter uma consulta, acho que este foi um dos grandes <i>handicaps</i> que tivemos em equipa.”</p> <p>“A teleconsulta foi percebida de formas diferentes, algumas</p>
--	--	---

		<p>“Pessoas pareciam não valorizar tanto e depois a sua valorização e utilização não era correta.”</p> <p>“Algumas doentes dizem que não houve consulta e perguntam quando a terá. Poderá ter havido alguma insatisfação da parte dos doentes por não considerarem que a teleconsulta é uma consulta.”</p> <p>“Não é aceitável eu andar com 40 email para trás e para a frente a fazer perguntas porque raramente 1 email esclarece tudo o que é preciso”</p> <p>“Só dar uma palavrinha ao médico" não é só isso, é uma consulta. As palavrinhas são sempre uma consulta e agora vêm com o email e telemóvel.”</p> <p>“Quando eram consultas que as pessoas não queriam que fossem assim e queriam vir pessoalmente, de facto a comunicação não era eficaz”</p>
--	--	---

		<p>“Se a consulta era na quarta, eu tentava ligar na terça e as pessoas adoravam receber o telefonema e depois no fim perguntavam <i>"então e agora, quando é que vai ser a consulta?"</i></p> <p>“(…) é difícil comunicar e depois [o <i>e-mail</i>] também tem um período de interação limitada porque nalguns casos há estas chuvas de <i>e-mail</i> em que eu respondo e a pessoa está a responder-me logo imediatamente e há casos onde a pessoa me põe uma situação clínica complexa em que eu tenho de ir ao processo ver o que é, faltam-me dados, respondo à pessoa e depois aquela pessoa responde-me dali a 4 ou 5 dias e eu já não me lembro do que é que vi e tenho de voltar a iniciar o processo todo e aquilo que seria uma consulta arrastasse por 2/3 semanas”</p> <p>“O doente que me escreve é o Sr. A e eu tenho de descobrir quem é o utente,</p>
--	--	---

		<p>o seu número de utente, que é uma pesquisa que nem sempre é fácil porque o doente esquece-se muitas vezes de indicar isso”</p> <p>“(…) às vezes estavam pessoas na sala que eu não fazia ideia de que estavam quando telefonava e a certa altura eu estava a telefonar ao senhor A e já vinha a sobrinha B que estava lá e que queria aproveitar para discutir comigo alguma coisa”</p> <p>“Dar esta noção que o email esta sempre com elas, mas nos não estamos sempre do lado de lá”</p> <p>“Pode ter havido um pouco mais de desconfiança porque os doentes diziam que estávamos sem fazer nada”</p> <p>“Houve muita gente que sentiu o <i>"oh pois eles agora estão ali fechados e não querem é ver-nos"</i></p> <p>“O uso do <i>e-mail</i> é cada vez mais informal, as pessoas usam-no como se fosse um <i>chat</i>”. A partir de</p>
--	--	--

		<p>certa altura eu começo a receber emails com fotografias mal tirada e eu tenho de me por ao contrário para ver uma fotografia horrível e com uma perspetiva toda alterada de um RX. Perdeu-se a noção de consulta e passou a ser um <i>chat [e-mail]</i> e as pessoas começaram a mandar resultados de exames que eu não consigo ver bem, nem no computador mesmo imprimindo por estar mal fotografado”</p> <p>“Era muito complicado para pessoas que não estavam habituadas e que não tinham escolhido fazer consulta, apanhá-las em alturas que lhes fosse conveniente”</p> <p>“Às vezes apanhava as pessoas em situações em que elas não estavam a contar ser contactadas”</p> <p>“A facilidade de o <i>e-mail</i> estar num smartphone, levou a que isto tomasse proporções impossíveis de gerir, porque as pessoas</p>
--	--	---

		<p>contactavam por tudo e por nada.”</p> <p>“As pessoas são menos concisas nas mensagens dos <i>e-mails</i>, este facilitismo do <i>e-mail</i> é um problema. Se tem uma dúvida, enviam um email. Se, entretanto, surge outra dúvida, enviam outro email e assim sucessivamente. Isto aumenta exponencialmente o nosso trabalho.”</p> <p>“É preciso educar a população e ensiná-la como se utilizam os serviços. É preciso explicar às pessoas o que podem esperar de um contacto por email para elas não estarem à espera de uma consulta, porque isso não vai acontecer.”</p> <p>“Inicialmente, como era obrigatório fazer teleconsulta, os doentes ficam muitíssimo insatisfeitos e não sentiam aquilo como uma verdadeira consulta.”</p> <p>“A pandemia tornou os</p>
--	--	---

		<p>doentes mais dependentes do médico e eles sentiram-se abandonados durante um período porque viram as suas consultas de rotina canceladas e, apesar dos nossos esforços, não foi possível fazer mais.”</p> <p>“Houve uma dependência excessiva do médico.”</p> <p>"(...) a câmara eu acho melhor, mas tenho dúvidas se os doentes estarão disponíveis para ligar a câmara.”</p> <p>“Há sempre pessoas que não querem enviar certas coisas por <i>e-mail</i> porque reconhece que isso vai passar primeiro pelo secretariado e tem receio e pede para ir presencialmente à unidade.”</p> <p>“Houve uma clara insatisfação comigo, como se eu não tivesse sido suficiente para o que os doentes queriam. Muitas vezes os doentes chegam e dizem "<i>que saudades de a ver doutora, já há mais de um ano que não a via</i>" e</p>
--	--	--

		<p>eu perguntava se não se recordava de quando fizemos consultas não-presenciais. Parece que houve um apagão do que foi feito, os doentes já nem se lembravam que tínhamos feito consultas, embora por telefone. Estes telefonemas que fizemos proactivamente não teve impacto, os doentes não os viram como consulta. Sentiam-se bem com estes telefones, mas não os veem como consultas.”</p> <p>“Nem sempre pelos telefones eles [utentes] conseguem atender naquele momento”</p> <p>“(…) em tempo diferido perde-se mais informação. Acho que os doentes vão sempre preferir [teleconsultas] em tempo real (...) porque é mais próximo, é naquele momento, e a gente interage naquele momento, às vezes por email eu posso demorar mais um bocadinho a responder e eles ficam assim "será que</p>
--	--	---

		<p>ela viu mesmo o meu email?"</p> <p>“(...) falar sobre um estado de ansiedade, um <i>e-mail</i> deixa tudo muito no ar. Se me diz "<i>sinto-me ansiosa, com uma pressão no peito</i>", não tem muito sentido, em último caso é melhor do que nada, mas em termos de comunicação podemos fazer melhor”</p> <p>“Havia doentes que ligavam sem razão nenhuma para aquela chamada urgente”</p> <p>“Depois as coisas foram-se baralhando e o doente às vezes manda um e-mail as 9h e ao 12h se não tiver resposta, manda outra vez <i>e-mail</i> a reforçar”</p>
<p>Limitações gerais causadas pelo meio:</p> <p><i>Fatores provocados pelo uso da Teleconsulta enquanto ferramenta, que dificultam ou impossibilitam a implementação de um sistema de Teleconsulta sustentável, eficaz e de</i></p>	<p>(esta categoria não se encontra dividida em subcategorias)</p>	<p>“Colegas recém especialistas ou que têm listas há pouco tempo, fazer consultas por telefone não é fácil conseguir criar relação terapêutica, saber quem é a pessoal do outro lado e valorizar as suas queixas por telefone e ter o</p>

<p><i>qualidade.</i></p>		<p>discernimento se esta orientação à distância está bem ou se precisa de vir à unidade para avaliar melhor a situação.”</p> <p>“...não é a mesma coisa, não podemos dizer igual porque, mesmo em termos de abordagem objetiva ao doente, nós não podemos tocar e em alguns coisas é difícil fazer o exame objetivo, auscultar o doente com sintomas respiratórios, mas dentro das limitações é um mal necessário e parece-me que é uma boa aquisição ter esta ferramenta e saber quando é que ela pode ser usada e otimizada”</p> <p>“Eu digo que a teleconsulta não é a mesma coisa que a consulta presencial, mas também não digo que seja destruidora da relação médico doente porque eu acho que o esforço de corresponder de alguma forma a uma necessidade que é sentida da parte do doente e não sendo</p>
--------------------------	--	--

		<p>possível presencial, nós estamos lá na mesma”</p> <p>“Temos a dificuldade do exame físico, há muitas coisas que os doentes tentam esclarecer e dizem <i>"doi me aqui, esta dor não passa e está a ir daqui para acolá"</i>, ou seja, aquelas referências que sem vermos não temos a capacidade de avaliar e, portanto, na anamnese, pode ser mais prolongado ou difícil de esclarecer.”</p> <p>“No email é a falta de comunicação não verbal que até pode ser enriquecida, dependendo das competências de escrita quer do medico quer do paciente. Quando são boas de parte a parte.”</p> <p>“Com a consulta à distância perderam-se algumas coisas, porque nós não estamos a tocar, não temos o doente ali à nossa frente, é diferente, não podemos dizer que é a mesma coisa”</p> <p>“uma primeira consulta em teleconsulta é complicado</p>
--	--	---

		<p>e deve ser difícil para o vínculo humano porque se perde muita informação em relação ao doente. Mesmo com câmara, há uma serie de outras coisas que se leem presencialmente que de outra forma não vamos conseguir ler.”</p> <p>“Alguns colegas dizem ter medo das coisas que ficam escritas no email porque podem ser usadas contra eles”</p> <p>“...não é que no telefone não exista alguma comunicação verbal, é possível ver e ouvir, mas aquela sensação de <i>"será que o doente está mesmo a dizer isto com alguma confiança ou não..."</i>. Penso que aqui poderá haver alguma dificuldade.”</p> <p>“Pode ser uma consulta incompleta se for necessário o exame físico; posso não ter a perceção de toda a veracidade da informação que o doente me está a comunicar, pode haver fatores que não são</p>
--	--	---

		<p>perceptíveis, por exemplo a hesitação do doente e eu não estar a perceber exatamente onde ele quer chegar, ou seja, falhar algum aspeto da comunicação não verbal.”</p> <p>“As desvantagens são o não verbal que estava limitado ao tom de voz”</p> <p>“As desvantagens são a comunicação não verbal, a falta do toque e do exame físico”</p> <p>“Por telefone ainda ouvimos o tom de voz, percebe-se se a pessoa está bem ou não está se já conhecer a pessoa, mas a comunicação não verbal desaparece completamente, portanto é muito mais pobre por telefone. Por vídeo, não tanto, mas é na mesma prejudicada.”</p>
<p>Oportunidades no acesso aos cuidados de saúde:</p> <p><i>O médico assume que a implementação do sistema de Teleconsulta, criou oportunidades que incrementam uma maior</i></p>	<p>(esta categoria não se encontra dividida em subcategorias)</p>	<p>“[A Teleconsulta] pode substituir em situações pontuais como a reavaliação terapêutica, medicar, ajustar medicação”</p> <p>“Foi a primeira vez em</p>

<p><i>proximidade do utente ao médico, bem como aumentam a celeridade na hora de o utente usufruir de cuidados de saúde.</i></p>		<p>que se assumiu que era possível passar uma baixa sem ver um doente presencialmente”</p> <p>“Ao início os emails estavam todos a cargo do médico, mas agora há essa ajuda do secretariado.”</p> <p>“...o facto de ser uma comunicação assíncrona, que é uma das vantagens do email, que aproveita a disponibilidade de cada um, na hora que é mais interessante”</p> <p>“Pode melhorar os cuidados de saúde desde que seja complementar e opcional”</p> <p>“Nas doenças mentais, se for a opção da pessoa porque há pessoas que não conseguem sair de casa ou tem medo de ir e pode ajudá-las porque é a única opção para elas”</p> <p>“...em situações vagas em que se faz uma triagem sobre se vale ou não a pena a pessoa ir à consulta e assim tornamos as pessoas muito mais capazes e informadas</p>
--	--	--

		<p>sobre o que podem ou não fazerem diferentes situações”</p> <p>“Em monitorização de questões simples como por exemplo da tensão que está provado que os valores são mais fidedignos quando medidos fora do stress da consulta”</p> <p>“A teleconsulta servirá para resolver situações pontuais com benefícios para o médico e para o doente não ter de se deslocar”</p> <p>“(…) adaptação de medicação e no acompanhamento de pessoas dependentes em que o cuidador articula comigo (...). Essas pessoas mais do que ninguém estão muito frágeis e precisam de um canal extra porque de manhã estão bem e ao fim da tarde estão péssimas e precisam de acessos mais fáceis e rápidos”</p> <p>“Telemedicina é um extra, nunca uma substituição,</p>
--	--	--

		<p>nem nunca uma barreira.”</p> <p>“Poder esclarecer dúvidas por telefone de pessoas que estavam potencialmente infetadas e que podiam vir ao centro de saúde infetar outras, aí foi muito positivo”</p> <p>“Resolver algumas questões por email como a papelada e assim...”</p> <p>“O assincronismo do <i>e-mail</i> também tem a vantagem de apanhar o melhor momento de cada uma das partes”</p> <p>“Aumentou o acesso, seja por pessoas que estão fechadas no seu domicílio, mas absolutamente capazes, seja em situações de pandemia em que o contacto tem de ser muito reduzido, seja pela vida das pessoas”</p> <p>“A curto prazo, isto é uma resposta de adaptação, não podemos ver o doente, mas estamos aqui com o telefone, <i>e-mail</i> todos os dias...”</p> <p>“Não havendo possibilidade de ser</p>
--	--	---

		<p>presencial, pois, sem dúvida nenhuma que a teleconsulta foi uma alternativa muito positiva, pois, mesmo que haja a necessidade de as pessoas estarem ali presentes, algumas poderão até beneficiar desta mudança, sentirem-se mais confortáveis assim, estarem menos expostas ou porque a sua vida permite-lhes compatibilizar melhor estes cuidados de saúde assim.”</p> <p>“(…) tivemos de deixar para trás doentes como os diabéticos e assim que ficaram "esquecidos" e fazer a consulta à distância era uma obrigação porque não havia outra hipótese para um doente que estava isolado”</p> <p>“(…) eu creio que vai haver situações em que a pessoa se sente mais resguardada se não tiver presencialmente, mas isso é muito dependente, não há uma regra”</p>
--	--	--

		<p>“(…) a vantagem ultrapassada, em termos de localização, ser à distância e das pessoas estarem fechadas, ou porque estão a trabalhar e eu já fazia isso antes por ter uma lista muito jovem, ou seja, tinha pessoas ativas e eu percebi que essas pessoas tinham pouca disponibilidade para irem ao centro de saúde e era muito mais fácil para elas falarem por <i>e-mails</i> comigo.”</p> <p>“Se nós pensarmos no estilo de vida das pessoas, móvel, mudam de casa e de país, e agora até já se fala de não haver fronteiras da informação médica ao nível da europa, se pensarmos nesta globalização, faz todo o sentido que os próprios canais de resposta acompanhem esta capacidade de as pessoas mudarem a sua vida, portanto temos necessariamente de ter canais de saúde à distância, seja <i>e-mail</i>, seja</p>
--	--	--

		<p>videochamada, seja telefone”</p> <p>“estamos num mundo global, é mais fácil viajar, as pessoas fazem isso com facilidade e a própria saúde tem de permitir acomodar estas variações geográficas das pessoas e não tem de ser só porque elas mudaram de casa, mas também por serem doentes ativos que trabalham e vão menos ao Centro de Saúde, ou se são doentes idosos que estão em casa, não tem muito cabimento eles irem para lá perder horas em transporte e com dificuldade em andar... acho que há aqui montes de coisas em que o sistema tem limitações e a consulta à distância vai permitir ultrapassar, seja no doente jovem ou no idoso, apesar de ser mais difícil, mas envolvendo a família, e nós somos médicos de família e temos o privilegio de trabalhar com as famílias e sabemos quem dá ou não apoio e</p>
--	--	---

		<p>trabalhamos em parceria com a família, aí acho que se consegue algo e é bom para as pessoas”</p> <p>“Da parte dos doentes, acho que eles querem, veem muito bem não ter que ir, verem que os médicos falam uns com os outros, isso é consensual”</p> <p>“A teleconsulta veio para ficar, mas não será a principal, o doente é que opta.”</p> <p>“Nós vamos manter a teleconsulta, mas vai ser por opção do doente, aberta ou programada ou algum contacto mais urgente”</p> <p>“A questão da acessibilidade à distância é muito importante porque há zonas do país que não são tão cobertas pelos médicos de família e quando os nossos doentes vão residir noutra zona do país, mantem-se na nossa lista.”</p> <p>“(…) facilita o acesso e os doentes percebem que são atendidos por uma unidade</p>
--	--	--

		<p>de saúde, por uma equipa de médicos e enfermeiros e não pelo médico, ou seja, o atendimento é mais personalizado e muitas vezes são situações que nem sequer precisavam de ser vistas pelo médico, basta pelo enfermeiro ou pode até receber a opinião ou feedback de toda a equipa de médicos e enfermeiros e não apenas daquele médico que lhe foi atribuído.”</p> <p>“Isto ajuda a que não haja uma dependência tão grande do médico, eu não posso atender toda a gente, mas quero saber como todos estão. Com uma equipa, é melhor para todos.”</p> <p>“Ultrapassaram-se as barreiras em termos físicos, para as pessoas que não se podem deslocar; ter acessibilidade, ter vantagem de poder ligar e agendar uma consulta não urgente.”</p> <p>“Acho que devemos dar</p>
--	--	--

		<p>autonomia ao doente para escolher como quer ser ouvido, que tipo de consulta pretende.”</p> <p>“Agora, como é opcional, gostam e é muito mais rápido chegar até mim, porque não é uma consulta de vigilância, mas sim para orientar um problema em concreto.”</p> <p>“Se queremos chegar até aos <i>Millenials</i>, sabemos muito bem que eles não vão estar 1 mês ou 2 à espera de uma consulta, mas se for uma videoconsulta existe essa facilidade porque eles vão aceitar mais facilmente.”</p> <p>“Noto que os utilizadores da teleconsulta são pessoas que ainda estão em idade ativa e que não querem estar a perder tempo a vir presencialmente à pandemia. Neste momento a satisfação da teleconsulta é muito superior porque é muito mais fácil fazer a gestão de um único problema numa teleconsulta, do que fazer</p>
--	--	--

		<p>uma consulta de vigilância em que tenho de abordar uma serie de problemas e situações em que não vejo o doente.”</p> <p>“eu acho que a teleconsulta é excelente e responde a uma serie de necessidades num subgrupo de pessoas que a veem como vantajosa...”</p> <p>“Em termos de distância, quando é fisicamente impossível estar numa consulta, quando um doente está noutra área geográfica, melhora o acesso aos serviços, pode servir para fazer uma triagem antes de se perceber se se precisa efetivamente de deslocar a uma unidade; são consultas mais curtas porque são orientadas para uma resolução de um determinado problema e são muito mais objetivas”</p> <p>“O doente ter um acesso mais rápido ao invés de marcar uma consulta e só ter consulta dali a 1 ou 2 meses, ficar aquele tempo</p>
--	--	--

		<p>todo angustiado e se tiver a possibilidade de tirar uma dúvida, nem que seja pelo telefone, acaba por se sentir mais confortável e acaba por ser útil”</p> <p>“Um doente acamado ou limitado pode aceder mais facilmente ao médico de família”</p> <p>“Foi positivo porque permitiu resolver algumas situações que não sendo possível a consulta presencial, não seriam resolvidas”</p> <p>“Por exemplo, um rastreio teledermatológico é muito útil para mim porque a resposta pode ser só uma resposta terapêutica ou um encaminhamento ou até dizer que aquilo não é grave, não precisa de ser feito nada”</p> <p>“É útil nos doentes covid e nos doentes crónicos para monitorizar tensões e glicemias, coisa que já faziam antes e não precisam de se deslocarem”</p>
--	--	--

<p>Oportunidades relacionais e de comunicação:</p> <p><i>O médico assume que a implementação da Teleconsulta criou condições favoráveis à melhoria das competências comunicativas, na medida em que foram restauradas as relações de confiança e empatia com o utente.</i></p>	<p>(esta categoria não se encontra dividida em subcategorias)</p>	<p>“Para mim que já tenho esta lista de doentes há muito tempo, a teleconsulta não alterou a minha relação com os doentes, na verdade manteve-se e foi muito interessante porque os meus doentes gostavam que eu lhes ligasse porque sentiam uma proximidade maior comigo, saberem que a médica estava ali para eles. Aqueles que não me conheciam, a relação ia-se construindo.”</p> <p>“Nos doentes covid, só de falarem connosco, surgia ali um ponto de alívio, de respirarem fundo e foram consultas especialmente ao fim de semana, alturas mais difíceis, pessoas de maior de maior idade, notava que esse telefonema era fundamental e eles ficavam muito agradecidos por falarmos com eles.”</p> <p>“Na maioria dos casos, pareceu-me que foi muito mais fácil falar com o telefone, houve alguma</p>
---	---	--

		<p>proximidade.”</p> <p>“Houve pessoas que bastou uma única consulta telefónica para eu perceber que estavam em sofrimento, até os silêncios são mais fáceis na teleconsulta do que presencialmente, foi uma coisa que eu achei muito interessante porque, se eu não falar e eu fizer parecer que estou atenta, o doente sente que tem de falar e às vezes estes silêncios na teleconsulta foram muito interessantes para algumas pessoas se sentirem à vontade para me dizerem certas coisas.”</p> <p>“(…) ensinar aos doentes a fazer o próprio exame, estimular o doente a ser mais capaz, mais envolvido e com mais literacia em saúde.”</p> <p>“Eu acho que houve algumas experiências muito interessantes em termos de relação na teleconsulta porque me permitiram que eu estivesse mais atenta a</p>
--	--	--

		<p>tudo naquela pessoa, tenta perceber como ela estava, se estava mais triste ou angustiada, se era só tristeza de não ver os netos há muito tempo e quando nós abríamos a caixa de pandora, lá vinha toda a situação dos dramas associados a estas questões, mas que eu achei que foi fácil identificar, porque as pessoas também estavam mais ávidas para este contacto.”</p> <p>“(…) ter pessoas, que ao ter este acesso mais facilitado e de uma forma tão disponível, acabavam por levar as coisas, manifestando algumas preocupações que presencialmente teriam mais dificuldade e até mesmo com profissionais diferentes”</p> <p>“(…) quem estava do outro lado tratava-nos com se fossemos nós o seu médico e isso é uma experiência gratificante de as pessoas estarem tão desesperadas ou</p>
--	--	---

		<p>angustiadas que aquela voz, a nossa, era importante e foi muito bom, foi muito positivo.”</p> <p>“(…) algumas pessoas podem estar mais à vontade a falar sobre assuntos sensíveis por telefone ou email.”</p> <p>“(…) até os que nós não conhecíamos, pediam para falar connosco mais vezes porque empatizavam naturalmente connosco, tal como já acontecia na consulta presencial”</p> <p>“Acho que o consentimento do doente é um dos pontos fundamentais a incluir o quanto antes.”</p> <p>“Pessoas mais velhas começaram a usar o <i>e-mail</i>, mesmo através dos seus familiares, e antes não acontecia.”</p> <p>“Conheço muitíssimo bem os meus doentes e isso facilita muito o contato por telefone.”</p> <p>“Eu sinto que da minha parte a nossa interação se manteve. Alguns doentes</p>
--	--	---

		<p>preferem ver-nos e estarem lá presencialmente na consulta, mas de geral, eu não sinto diferença”</p> <p>“A teleconsulta permite-nos adaptar as circunstâncias que estamos a viver e isso humaniza os cuidados porque nós estamos a adaptar-nos às necessidades que ambas as partes estão a viver”</p> <p>“Enquanto médica, não tem nada a ver, até há estudos que dizem que as pessoas preferem ver-nos pelo ecrã por estarem mais confortáveis, não estarem tão expostas e até aí poderia ser variável, mas ver a pessoa não tem nada a ver com estar apenas a ouvir a voz ou estar a escrever um email, em que se perde imensa informação”</p> <p>“Passei a fazer muito mais teleconsulta. Aqueles doentes que precisam de baixa, estavam constipados, eu dizia assim "olhe venha cá que eu observo". Agora não, há</p>
--	--	--

		<p>muitos doentes que estão constipados, que eu sei que não tenho de auscultar, não podem ir trabalhar e eu envio-lhes a baixa para o email. Isto jamais aconteceria antes e agora tornou-se muito mais regular. Daqui para a frente, mesmo quando o covid se for embora, vai ser muito mais regular porque já estou muito mais habituada a fazer as coisas assim e é muito melhor para os doentes e para nós também”</p> <p>“Os doentes dizem-me “<i>Sr. Dr. Eu de estar aqui na consulta até já me sinto melhor</i>”</p> <p>“Nos doentes isolados com covid, ouvir o medico, tranquilizar, responder às dúvidas, acho que ajudou”</p> <p>“Os doentes covid quando recebiam o contato do medico de família ficavam todos satisfeitos porque o medico estava em contacto e estava informado e ligar todos os dias para fazer o acompanhamento”</p>
--	--	--

		<p>“Eu acho que irá reforçar o vínculo humano com o médico nesse aspecto [de proximidade ao doente]”</p> <p>“Na videoconsulta os doentes tendem a ficar contentes e acabam por querer mostrar até a casa ao médico, mostram-se mais e falam mais, são mais ativos”</p> <p>“O <i>e-mail</i> é escrito e é um documento que posso pensar e repensar da forma que acho melhor e o doente depois pode consultar sempre que necessário”</p> <p>“As pessoas sentiram-se muito confiantes por nos terem de alguma maneira, por saber que podiam ligar e esclarecer as suas dúvidas”</p> <p>MG- “Por <i>e-mail</i> há questões que são mais facilmente abordadas do que na consulta presencial, algumas pessoas sentem-se mais confortáveis a pôr questões sensíveis por escrito no email”</p> <p>“As pessoas gostam muito,</p>
--	--	---

		<p>só não gostam quando é algo obrigatório”</p> <p>“Apreciam e valorizam imenso poderem falar comigo e eu devolver as chamadas quando estão aflitos ou numa situação complicada, o que é bom porque expressam-no por escrito e nós recebemos esse valor”</p> <p>“(…) sobretudo se as teleconsultas não forem uma barreira à consulta presencial, se forem levadas como um extra, as pessoas apreciam imenso e sentem-se mais apoiadas e mais conectadas, sem dúvida alguma”</p> <p>“Fazia o exame objetivo via doente, há muitas coisas que se conseguem fazer, não só pela imagem, mas também pondo o doente a examinar-se a si mesmo”</p>
<p>Mudanças na profissão dos médicos:</p> <p><i>Fatores que geraram mudanças na prática clínica dos médicos,</i></p>	<p>Rotura da rotina e/ou gestão de tempo</p>	<p>“Na 1.^a fase estiveram ausentes alguns profissionais, desde secretários clínicos a médicos e daí eu dizer que chegámos a ser nós</p>

<p><i>modificaram a forma como interage com os utentes e/ou provocaram situações de stress.</i></p>		<p>médicos a atender o telefone diretamente. Fazíamos de tudo, tivemos de ocupar, no fundo, quase todas as funções dentro do Centro de Saúde.”</p> <p>“Durante a pandemia manteve-se a utilização do telemóvel e do e-mail, mas aumentou exponencialmente”</p> <p>“(…) nós também passámos a valorizar mais o tempo que passamos não presencialmente à leitura de meios complementares de diagnóstico e aos relatórios, que é trabalho que nós fazemos e deve ser dignificado como tal porque nós não temos o doente à frente, mas estamos a trabalhar para o doente na mesma”</p> <p>“Agora desde que o e-mail explodiu, eu tinha umas contas pré-pandemia que recebia 30 mensagens de emails de pacientes por dia de trabalho. Durante a pandemia passou para as 40 e tal e tem vindo a aumentar.”</p>
---	--	--

		<p>“Este abuso do telefone e do email foi necessária para alguns que tinham mesmo essa necessidade. Isso era significativo de alguma coisa e eu percebia isso e acabava por chamá-los à consulta presencial e tentava perceber o que se passava. Estes contactos constantes eram chamadas de atenção que alertavam para algo mais. Embora tenha sido um formato de trabalho diferente, também eu me tornei mais atenta à forma como comunico com os meus doentes, desde o silêncio até à forma como os ouço falar. A falta de imagem, da cara do doente, possibilitou-me perceber outras coisas também importantes e isso ajudou-me muito porque modificou a forma como nós estamos atentos ao doente, que nos dá outros índices e dicas.”</p> <p>“Durante a pandemia continuei a usar o telefone e o email, mas aumentou o uso exponencialmente.”</p>
--	--	--

		<p>“Durante a pandemia o volume de emails quadruplicou.”</p> <p>“(…) aquilo que eu fazia presencial antes, passou agora a ser não presencial.”</p> <p>“Alargámos as ocasiões em que utilizávamos a teleconsulta, passámos a ter um formato de teleconsulta quase obrigatório porque a maioria das consultas eram em forma de teleconsulta como forma de triagem e uma forma de acesso aos doentes. Tínhamos na mesma a consulta, mas obrigava sempre a uma primeira abordagem por consulta telefónica para a triagem.”</p> <p>“Nós já estamos em consulta presencial atualmente, mas temos de dar <i>feedback</i> de alguns exames e só o facto de ter de voltar a ligar aos doentes é remeter a emoções que, naquele período, não foram gratificantes”</p>
--	--	---

		<p>“(…) íamos falando também com doentes que não eram da nossa lista (…)”</p> <p>“Em termos físicos é muito mais desgastante estar uma tarde ou uma manhã ou um dia inteiro ao telefone do que presencialmente.”</p> <p>“Nós estabelecemos em equipa fazer três tentativas e tentar que não seja tudo no mesmo tempo, tentar ligar em períodos diferentes e por isso é que apanhamos as pessoas a jantar, por exemplo, porque ligamos durante o dia e a última tentativa é à noite, portanto tentamos pôr-nos no lugar do doente. Isto cria muita tensão e cria uma responsabilidade acrescida.”</p> <p>“Alterou completamente a estrutura do nosso trabalho e isso criou uma pressão muito grande por causa da rutura da rotina de trabalho que também nunca foi leve”</p>
--	--	---

		<p>“Tentava resolver situações pontuais e tranquilizar o doente”</p> <p>“Antigamente isso [pedidos de medicação] ficava nas agendas como um extra ou fazíamos no horário das consultas (...) e agora passa a estar na agenda.”</p> <p>“Agora temos horário só para teleconsulta que antes não tínhamos (...). Embora seja reduzido, está preenchido com teleconsultas e com consulta não presencial para avaliar exames e depois responder aos doentes. Vemos os exames, registamos e depois ligamos”</p> <p>“Mas o impacto na prática clínica foi de desestruturação da rotina que existia e que ainda estou a tentar regressar sem saber se vai ser possível voltar”</p> <p>“Tive de ser mais proativa ao telefonar, quando noutros casos não telefonaria”</p>
--	--	--

	<p>“quer da minha parte, quer da parte dos pacientes passou a ser muito frustrante ter o passo intermédio obrigatório da teleconsulta e isso desvirtuou muito”</p> <p>“Obrigavam-me a fazer teleconsulta em situações em que eu achava que a teleconsulta não se aplicava”</p> <p>“Passava a vida no computador para trás e para a frente enquanto tentava ouvir as pessoas, depois distraí-me enquanto as pessoas falavam”</p> <p>“Nós já estávamos na pré-pandemia a sentir que não tínhamos tempo para fazer tudo o que precisávamos no Centro de Saúde e isso só piorou na pandemia”</p> <p>“Há outros [médicos] que já não estavam muito felizes na profissão e ficaram muito felizes por não terem doentes à frente e por isso a perspetiva de voltar a ter doentes à frente foi stressante, embora penso que seja</p>
--	--

		<p>uma minoria”</p> <p>“Termos de responder na hora porque eram situações de dúvida em relação ao covid”</p> <p>“A explosão de emails obrigou-me a dar uma volta de 360 graus e eu que era adepta do <i>e-mail</i>, estou a ficar farta a ponto de pensar que vou acabar com o acesso direto do <i>e-mail</i>. Está a passar um ponto que não é gerível”</p> <p>“(…) é um esforço enorme porque eu acabo por me esquecer por serem muitas coisas”</p> <p>“Fazia-me imensa confusão não ver o doente, não conseguir integrar a informação toda que ele me estava a dizer.”</p> <p>“Durante a covid, orientar doentes de outros colegas era difícilimo por eu não os conhecia.”</p> <p>“Nós estávamos completamente assoberbados, com uma sensação de estarmos sempre em esforço a tentarmos chegar a tudo e</p>
--	--	--

		<p>a não conseguirmos deixar alguém satisfeitos e os doentes claramente insatisfeitos porque não estavam a ver as suas necessidades claramente resolvidas.”</p> <p>“O que estávamos a fazer era altamente insatisfatório para todos, especialmente para nós, e antes que todos começássemos a ficar em <i>burnout</i>, todos dissemos que tínhamos de mudar e logo que ficámos todos vacinados, fomos começando aos bocadinhos e agora já temos as agendas abertas completamente e isso teve um impacto significativo no volume de emails, que diminuiu imenso.”</p> <p>“Conseguo fazer mais telefonemas nesse período do que se tivesse em consultas presenciais, por isso aumenta a minha capacidade de acessibilidade aos serviços que doutra forma não teria.”</p> <p>“(…) tive semanas em que</p>
--	--	--

		<p>trabalhei 60h, em que apesar de ter um volume de consultas presenciais mais reduzido, tive uma quantidade de tarefas não presenciais, que eram consultas também, nomeadamente contatos telefónicos e emails, era tão volumoso que justificou isso.”</p> <p>“No ano passado em novembro, lembro-me que houve um dia que fiquei até à meia noite porque estava tão sobrecarregada de tarefas dos dias anteriores, que eu não conseguia deixar aquilo muito mais tempo por resolver.”</p> <p>“Num dos dias da semana, fico para além das 20h, que é o término do meu trabalho e é quando a unidade fecha e às quintas-feiras fico até às 21/21:30, porque àquela hora já não está mais ninguém na unidade e ajuda-me a ser mais diligente a fazer certas tarefas.”</p>
	Stress emocional	“Criou um enorme stress,

		<p>uma enorme pressão porque deixou de haver limites de tempo”</p> <p>“É muito mais desgastante e cansativo para o profissional.”</p> <p>“Não houve barreiras nenhuma, nem bom senso de utilizar aquele tempo como útil.”</p> <p>“Eu por acaso não tenho as notificações do email ativadas porque tive de as tirar do telemóvel porque na altura da pandemia tive e devo dizer que isso gerava imenso stress.”</p> <p>“O impacto inicial foi traumático em termos de stress e pressão”</p> <p>“Durante o tempo em que tivemos de pegar em doente covid e em doentes que não eram da nossa unidade, foi muito stressante para a nossa equipa porque só conseguíamos orientar clinicamente os doentes, sem sabermos que antecedentes tinham, sem sabermos o perfil dos doentes, se eram ou não</p>
--	--	--

		<p>apelativos, avaliar as queixas que nos apresentavam se vermos os doentes...”</p> <p>“Alterou completamente a rotina e o ritmo e criou uma pressão e stress muito grande”</p> <p>“Foi uma experiência necessária, não necessariamente gratificante, mas foi útil. Foi muito mais stressante, muito mais cansativo.”</p> <p>“Nós sentimos que o período de teleconsulta era muito stressante.”</p> <p>“Sentia imensa pressão por partes dos doentes e ainda hoje a minha luta é o uso do email.”</p>
	<p>Relacionais e comunicativas com o utente</p>	<p>“Passei a ter uma mensagem automática no email a dizer que os tempos de resposta seriam mais extensos que o habitual porque eu costumava dar resposta ao email em 1 ou 2 dias, mas isso acabou porque eram emails excessivos e não conseguimos”</p> <p>“Eles não têm o meu</p>

		<p>contacto pessoal, usam o meu email e sabem quando eu não estou lá, porque recebem uma resposta automática. Eu até lhes peço que não liguem para o centro de saúde porque aquilo é tao confuso lá e os telefones estão desligados ou avariados e não conseguem falar comigo. Eu digo-lhes que me enviem um email porque não vale a pena ligarem para cá. Eu posso é ligar de volta quando já estou no serviço, em vez de responder por email por ser mais rápido”</p> <p>“Perguntava coisas simples como se conseguia subir três lances de escada para avaliar a respiração; antes eu não atendia a isso, mas agora sim, saber se a pessoa parece ou não ofegante ao telefone”</p> <p>“Por telefone temos de ser mais claros, falar menos, porque não estamos a ver e temos de tentar ouvir o que sai de lá, se não perde-se tudo. Por isso eu acho</p>
--	--	---

		<p>que a comunicação tem de ser muito mais simples e direta, porque temos menos recursos. Por ecrã não muda assim tanto, porque há outras interferências, de repente é a cadela, o bebé e há aqui outros fatores que podem condicionar e nós temos de tentar tornar o mais pacífico possível. Por telefone há sempre alguma informação que pode não se perceber tão bem, temos de tentar perceber se a pessoa está realmente a tentar falar daquele medicamento... a comunicação é mais difícil, mas por outro lado tem muitas outras vantagens, de poder acontecer, e quando passar a pandemia poder também ajudar as pessoas a funcionar melhor”</p> <p>“Não utilizadores do email, faixas etárias mais idosas, passaram a utilizar o email através de outros elementos do agregado, o que criou uma nova</p>
--	--	---

		<p>dinâmica de comunicação com outros elementos da família.”</p> <p>“Colocámos um <i>banner</i> no email a pedir para as pessoas não nos contactarem em situações não urgentes e irem presencialmente à unidade nessas situações.”</p> <p>“Eu cumprimentava os meus doentes, dava beijinhos e abraços e tocava muito nos doentes e como isso acabou, eles agora queixam-se muito dessa falta de contacto, nota-se muita carência.”</p> <p>“Eu passei a usar mais parcimónia a responder às coisas, sou muito mais objetiva e sucinta. Respondo muito menos por escrito, nomeadamente porque o volume é tanto que me levou a crer que menos é mais e é preciso escrever mensagens muito simples para que as pessoas consigam perceber.”</p> <p>“Nós criámos um guião com perguntas-chave e</p>
--	--	---

		<p>pontos fundamentais que eram necessários abordar na consulta, era uma <i>check-list</i> útil para nos orientar na conversa com o doente.”</p> <p>“Eu tentava sempre identificar-me porque nós ligávamos em número privado e as pessoas não gostavam, algumas eram até rudes, e nós explicávamos o que estava a acontecer. A identificação, tanto nossa como a de alguém de referência do Centro de Saúde, para tranquilizar os doentes. Os meus doentes reconheciam a minha voz, os que não eram meus e ficavam alarmados, também tentava perceber com quem é que eu estava a falar, se com o doente, se com o cuidador ou outro familiar”</p>
--	--	---