

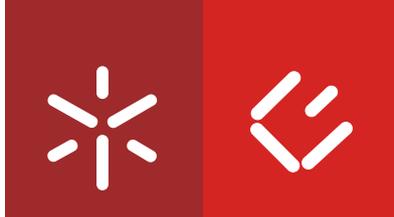


**Universidade do Minho**  
Escola de Economia e Gestão

Mariana da Silva Reis

**Indicadores de Qualidade na Teleconsulta  
em Cuidados de Saúde Primários: O Cuidado  
Centrado no Utente**





**Universidade do Minho**  
Escola de Economia e Gestão

Mariana da Silva Reis

**Indicadores de Qualidade na Teleconsulta  
em Cuidados de Saúde Primários: O Cuidado  
Centrado no Utente**

Trabalho de Projeto  
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Nazaré da Glória Gonçalves do Rego**  
e do  
**Professor Doutor José António De Almeida Crispim**

## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

### ***Licença concedida aos utilizadores deste trabalho***



**Atribuição-NãoComercial-SemDerivações**

**CC BY-NC-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## **AGRADECIMENTOS**

O desenvolvimento deste trabalho de projeto, no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde (MGUS), contou com o apoio fundamental de diferentes intervenientes, e pelos quais estou imensamente grata.

Aos profissionais de saúde que participaram na investigação, um especial obrigado pelo tempo utilizado na participação deste estudo aquando da atual fase de pandemia e consequente sobrecarga de trabalho nos serviços de saúde.

Aos Professores: Doutora Nazaré da Glória Gonçalves do Rego e Doutor José António De Almeida Crispim que estiveram a cargo da orientação de toda a investigação e por todo o apoio e disponibilidade durante a realização do projeto.

À Emília, minha companheira de investigação, por todo o apoio e, principalmente, por tudo o que me ensinou a nível académico e pessoal.

À minha família e amigos pela força, motivação e paciência que me proporcionaram no decorrer do mestrado e, em particular no projeto.

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

## **Indicadores de Qualidade na Teleconsulta em Cuidados de Saúde Primários: O Cuidado Centrado no Utente**

### **RESUMO**

Com a atual evolução da digitalização da saúde, muito impulsionada pela pandemia da COVID-19, é expectável que as teleconsultas comecem a ser mais utilizadas nos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente as consultas síncronas áudio (por telefone) ou por videoconferência (videochamadas) entre profissionais de saúde (Médicos e Enfermeiros) e utentes/doentes.

A prestação de cuidados de saúde através de teleconsultas deve ser alvo de avaliação por parte da gestão da qualidade das organizações de saúde, de forma a garantir que as necessidades dos consumidores/ utentes/ doentes sejam cumpridas. Por este motivo, surgiu o objetivo de identificar indicadores para criar uma cultura de Cuidado Centrado no Utente/Doente em teleconsultas, nos Cuidados de Saúde Primários.

Este trabalho de investigação teve por base a metodologia Delphi, em que foram concretizados os seguintes passos: definição de objetivos de investigação, escolha dos participantes para incorporar o grupo de especialistas, desenho do questionário com base na literatura e, por fim, a análise e discussão de resultados. O questionário teve como propósito o desenvolvimento e validação de métricas para identificar e monitorizar indicadores de qualidade da dimensão da qualidade "Cuidado Centrado no Utente/Doente", em teleconsultas, nos Cuidados de Saúde Primários.

De forma melhorar a prestação de cuidados de saúde, no âmbito da telemedicina, sobretudo no que diz respeito à centralidade no utente, resultou desta investigação a seleção e avaliação de 48 indicadores de qualidade com foco no Cuidado Centrado no Utente/Doente, e adaptados à teleconsulta e à realidade Portuguesa, dentro de 3 categorias: Estrutura, Processo e Resultado. O consenso entre os especialistas não foi, em geral, elevado (w de Kendall de 0,574 relativo à categoria Estrutura; 0,663 para categoria Processo; e 0,674 para categoria Resultado), mas houve bastante consenso relativamente a alguns indicadores.

Palavras Chave: Cuidado Centrado no Utente, Cuidados de Saúde Primários, Teleconsulta, Telemedicina.

## **Teleconsultation Quality Indicators in Primary Health Care: Patient Centered-Care**

### **ABSTRACT**

With the current evolution of the digitalization of health, driven by the COVID-19 pandemic, it is expected that teleconsultations will be more used in Primary Health Care, specifically synchronous audio consultations (by telephone) or videoconference (video calls) between health professionals (Doctors and Nurses) and patients.

The provision of health care through teleconsultations must be evaluated by the quality management of health organizations to ensure that the needs of consumers/ patients are met. For this reason, this study was carried out under the objective of identifying indicators to create a culture of Patient-Centered Care in teleconsultations in Primary Health Care.

This research work was based on the Delphi methodology, and the following steps were carried out: definition of research objectives, choice of participants to join the group of experts, design of the questionnaire based on the literature, and, finally, the analysis and discussion of results. The purpose of the questionnaire was to develop and validate metrics to identify and monitor quality indicators in the "Patient-Centered Care" quality dimension in teleconsultations for Primary Health Care.

To improve the provision of health care, within the scope of telemedicine, especially regarding patient-centeredness, this research resulted in the selection and evaluation of 48 quality indicators with a focus on Patient-Centered Care, and their adaptation to teleconsultation and the Portuguese reality within 3 categories: Structure, Process, and Result. The consensus among experts was, in general, not high (Kendall's  $w$  of 0.574 for the Structure category; 0.663 for the Process category; and 0.674 for the Outcome category), but there was high agreement regarding some indicators.

Keywords: Patient-Centered Care, Primary Health Care, Teleconsultation, Telemedicine.

# ÍNDICE

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Índice.....	vii
Lista de Figuras.....	ix
Lista de Tabelas.....	x
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	xi
1 Introdução.....	1
1.1 Dimensões da Qualidade em Saúde.....	1
1.2 O Cuidado Centrado no Utente/ Doente.....	3
1.3 A Telemedicina e a Teleconsulta.....	3
1.4 Pertinência do Trabalho de Projeto.....	5
2 Revisão da Literatura.....	7
2.1 Vantagens e Desvantagens da Utilização de Telemedicina.....	7
2.2 A Telemedicina e o Cuidado Centrado no Utente/ Doente.....	9
3 Metodologia de Investigação.....	13
3.1 Objetivos Gerais do Estudo.....	13
3.2 Estratégia de Investigação.....	13
3.3 Metodologia Delphi.....	14
3.4 Caracterização dos Participantes.....	17
3.5 Ferramenta de Colheita de Dados.....	21
3.6 Rondas Delphi.....	28
4 Resultados.....	30
4.1 Considerações Gerais.....	30
4.2 Categoria Estrutura.....	31
4.3 Categoria Processo.....	34
4.4 Categoria Resultado.....	36
5 Discussão.....	39
5.1 Discussão de Resultados.....	39

5.2	Limitações do Estudo .....	41
6	Conclusões .....	43
6.1	Principais Resultados .....	43
6.2	Sugestões de Investigação Futura .....	45
	Referências Bibliográficas .....	46
	Apêndice I – Questionário: “Qualidade em Teleconsultas nos Cuidados de Saúde Primários – Cuidados Centrados no Utente/ Doente” .....	49

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Dimensões da Qualidade em Saúde descritas de acordo com o Institute of Medicine (2001)	1
Figura 2 - Categorias das Seis Dimensões da Qualidade em Saúde de acordo a Agency for Healthcare Research and Quality (2016)	2
Figura 3 - Categorias dos Indicadores de Qualidade	10
Figura 4 - Estruturação para o Cuidado Centrado no Utente/ Doente	12
Figura 5 - Esquematização da Estratégia de Investigação	13
Figura 6 - Processo Metodológico do Método de Delphi	15
Figura 7 - Características do Método Delphi	16
Figura 8 - Idade dos Participantes	18
Figura 9 - Género dos Participantes	19
Figura 10 - Formação Académica dos Participantes	19
Figura 11 - Profissão dos Participantes	20
Figura 12 - Tempo de experiência em CSP dos Participantes	20
Figura 13 - Função nos CSP dos Participantes	21
Figura 14 - Secções do Questionário	22
Figura 15 - Esquematização das Rondas Delphi	28
Figura 16 - Objetivos das Rondas Delphi do estudo	29
Figura 17 - Indicadores de Qualidade da Categoria Estrutura	31
Figura 18 - Opiniões dos especialistas acerca dos indicadores da categoria Estrutura	33
Figura 19 - Indicadores de Qualidade da Categoria Processo	34
Figura 20 - Opiniões dos especialistas acerca dos indicadores da categoria Processo	35
Figura 21 - Indicadores de Qualidade da Categoria Resultado	36
Figura 22 - Opiniões dos especialistas acerca dos indicadores da categoria Resultado	37

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Benefícios e Limitações da Digitalização da Saúde nos CSP .....	7
Tabela 2 - Características Biográficas dos Participantes.....	17
Tabela 3 - Síntese dos artigos científicos utilizados na construção do questionário .....	21
Tabela 4 - Indicadores da Dimensão da Qualidade: Cuidado Centrado no Paciente - Estrutura .....	24
Tabela 5 - Indicadores da Dimensão da Qualidade: Cuidado Centrado no Paciente - Processo .....	25
Tabela 6 - Indicadores da Dimensão da Qualidade: Cuidado Centrado no Paciente - Resultado .....	27

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ARS – Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

LEDTS – Linhas Estratégicas de Desenvolvimento para a Telessaúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PENTS – Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TIC – Tecnologias da Informação e Comunicação

USF – Unidade de Saúde Familiar

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 DIMENSÕES DA QUALIDADE EM SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou as seis dimensões da qualidade em saúde definidas *a priori* pelo Institute of Medicine (2001): Segurança, Eficácia, Centralidade no Utente, Oportunidade, Eficiência e Equidade. O conceito de qualidade nos cuidados de saúde é fundamental para alcançar uma cobertura universal e, por conseguinte, bons resultados em saúde. Assim sendo, os cuidados de saúde devem assumir as seis dimensões (Figura 1) descritas de acordo com o Institute of Medicine (2001).

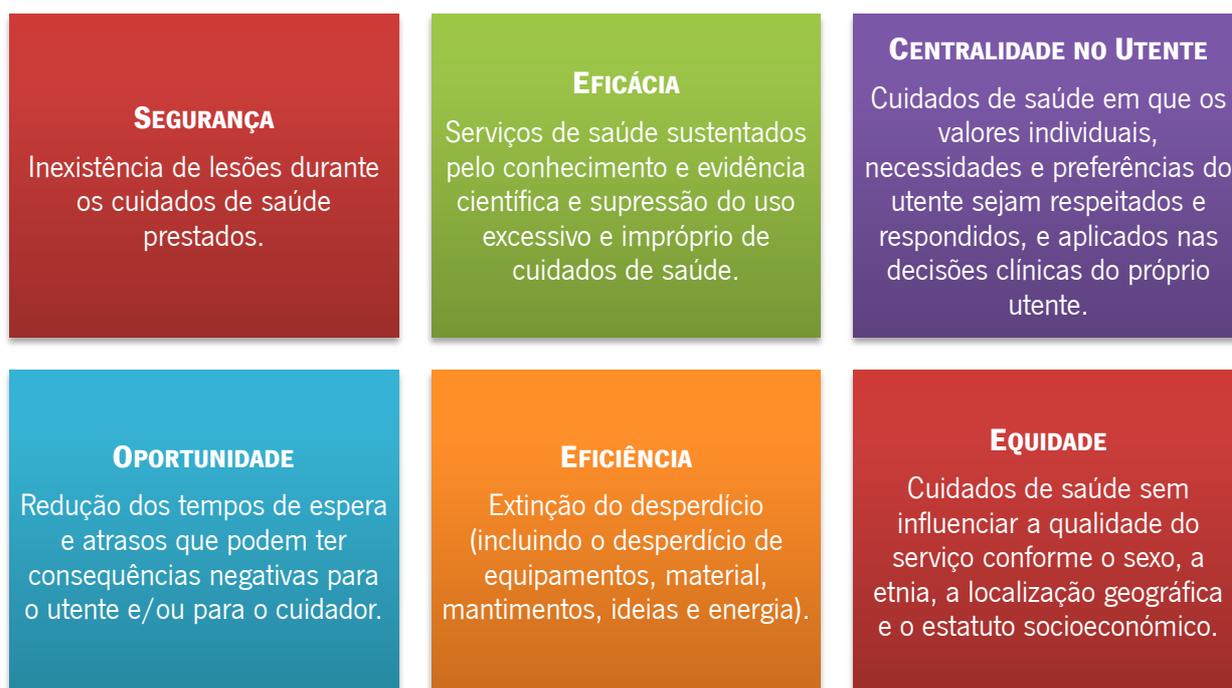


Figura 1 - Dimensões da Qualidade em Saúde descritas de acordo com o Institute of Medicine (2001)

Estudos revelam que, para a valorização de uma vasta gama de indicadores de qualidade, devem ser partilhados conhecimentos sobre os conceitos de qualidade para com os consumidores dos cuidados de saúde (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018). Além disto, ainda de acordo com a Agency for Healthcare Research and Quality (2018), é possível diferenciar as dimensões relativamente ao grau de investigação que existe, tendo havido maior abordagem de medidas no domínio da eficácia

e da segurança e com menor número de medidas relativas à oportunidade e à centralidade no utente. Assim, as dimensões que têm sido menos avaliadas são a eficácia e a equidade.

Posto isto, compreende-se que a informação partilhada com os consumidores e até mesmo com os prestadores de cuidados é mais facilmente absorvida se for estruturada através de um modelo mental para reflexão sobre a qualidade em saúde; então, em vários estudos realizados com consumidores de saúde, com o objetivo de explorar os termos das seis dimensões da qualidade em saúde, foi possível simplificar em três categorias, como explicado na Figura 2 (Agency for Healthcare Research and Quality, 2016).



*Figura 2 - Categorias das Seis Dimensões da Qualidade em Saúde de acordo a Agency for Healthcare Research and Quality (2016)*

A qualidade em saúde deve ser melhorada continuamente de forma a garantir bons resultados em saúde. Brandrud et al. (2017), na conclusão do seu estudo, afirmam que projetos de melhoria da qualidade, bem orientados e com foco na avaliação para melhoria e desenvolvimento, têm maior probabilidade de ter sucesso.

Indicadores de qualidade na saúde são um pré-requisito para monitorizar, comparar e melhorar a qualidade nos cuidados de saúde. Com a finalidade de monitorizar a qualidade nos cuidados de saúde, é fundamental para profissionais de saúde, gestores de saúde e outras entidades interessadas, considerar os indicadores de qualidade disponíveis antes de desenvolverem novos indicadores; além disto, os indicadores devem ser testados na prática quotidiana e adaptados ao contexto do país onde são utilizados (Joling et al., 2018). Os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento de indicadores

de qualidade devem especificar o objetivo da medição, tendo em conta os *trade-offs* existentes, como é o exemplo de custos de medição, de forma a assegurar a validade do conteúdo do indicador de qualidade em questão (Schang et al., 2021).

## **1.2 O CUIDADO CENTRADO NO UTENTE/ DOENTE**

O Cuidado Centrado no Utente/ Doente assume diferentes termos na literatura, tais como: Cuidados Centrados no Paciente, Centralidade no Utente, Cuidados Centrados na Pessoa, Cuidados Centrados no Consumidor, Cuidado Personalizado e/ou Individualizado. A centralidade no utente tem como objetivo compreender se os sistemas de saúde funcionam de forma a atender às necessidades individuais do utente/doente, considerando a experiência de doença e de cuidados de saúde do próprio (Institute of Medicine, 2001).

Para o setor de saúde moderno, e tendo em conta que as organizações de saúde cada vez mais são impulsionadas pelas receitas geradas, direta ou indiretamente, pelos utentes/ doentes, prestar cuidados de saúde com base na centralidade do utente é um foco de atuação importante. Compreende-se que existem diferentes tipos de consumidores nas organizações de saúde, desde o utente internado até ao utente que permanece no hospital, ou outra unidade de saúde, apenas durante um curto período de tempo, por isso, é essencial considerar que existem diferentes necessidades (Perera & Dabney, 2020).

Com o propósito de mitigar erros na saúde, incluindo ocorrências adversas, é fundamental incorporar os princípios do Cuidado Centrado no Utente/ Doente nas questões relacionadas com a segurança do próprio utente, considerando o utente e a família como agentes e parceiros promotores de cuidados seguros (Cruz & Pedreira, 2020).

## **1.3 A TELEMEDICINA E A TELECONSULTA**

O aumento da oferta e procura de cuidados de saúde através de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) ganhou visibilidade e cresceu na sequência da pandemia de COVID-19. Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2019) definiram o Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde (PENTS) 2019-2022, que tem como objetivo promover a integração da telessaúde no dia-a-dia nos cuidados de saúde. Segundo este plano, eSaúde consiste na cooperação para o desenvolvimento da

promoção, educação e gestão da saúde, através a utilização das TIC e define-se telessaúde pela utilização das TIC como meio de apoio remoto ao setor da saúde, englobando a prestação de cuidados, a organização dos serviços e a formação de profissionais de saúde e cidadãos. Além da atividade médica, a telessaúde contribui para a coordenação, integração e continuidade de cuidados, porque se tornou num meio de ultrapassar limitações como o contexto geográfico e temporal no acesso à saúde. A telessaúde abrange o conceito de telemedicina e é abrangido pelo conceito de eSaúde.

Segundo o documento anteriormente mencionado (PENTS), foram definidas seis Linhas Estratégicas de Desenvolvimento para a Telessaúde (LEDTS), que servem de orientação para a elaboração de um plano com medidas concretas para o desenvolvimento estratégico da telessaúde em Portugal, entre elas destaca-se a quinta linha orientadora: “avaliação e partilha de boas práticas que promovam a inovação e assegurem o acesso, qualidade e eficiência dos cuidados de saúde” (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019, p. 79), que se relaciona de forma direta com o objetivo do presente estudo, uma vez que este tem como foco uma das dimensões de qualidade em saúde aplicada à telemedicina em cuidados primários.

A OMS (1998) definiu telemedicina como:

Oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, onde a distância é um fator crítico; tais serviços são prestados por profissionais da área da saúde, usando tecnologias de informação e de comunicação para o intercâmbio de informações válidas para diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, investigação e crescimento científico e para a contínua educação de prestadores de serviços em saúde, tendo sempre como objetivo principal a melhoria da saúde do indivíduo e da sua comunidade. (p.10)

As TIC assumem um elevado potencial de solucionar desafios relacionados com a prestação de serviços de saúde no que diz respeito ao acesso, economia e qualidade dos mesmos, e a telemedicina utiliza as TIC como meio de ultrapassar as barreiras geográficas e promover o acesso da população a serviços de saúde, tendo especial relevância para as comunidades rurais com carências, em países em desenvolvimento, onde é comum a falta de acesso a cuidados de saúde (World Health Organization, 2010). A telemedicina atravessou uma evolução exponencial nas últimas duas décadas, que inclui

mudanças importantes nos últimos anos; no entanto, mantém-se constante o seu objetivo primordial: melhorar o acesso aos cuidados de saúde (Barbosa et al., 2021).

Em Portugal, a telemedicina abrange as seguintes áreas: Teleconferência; Teleradiologia; Telecardiologia; Telecardiologia pediátrica; Telepsiquiatria; Tele-emergência; Teleginecologia; Telediálise; Telepediatria; Telepneumologia; Tele-imagiologia; Telecuidados no domicílio; Telepatologia; Teleformação e Teleconsulta e são identificadas como principais vantagens: a diminuição das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a prestação de maior quantidade de serviços com a utilização de menos recursos, a divulgação de conhecimentos e competências fidedignos, o desenvolvimento de recursos de saúde integrados e a melhoria da comunicação entre profissionais (Direção-Geral da Saúde, s.d.). Uma das opções da telemedicina é o serviço de teleconsulta, que permite relacionar os profissionais de saúde de diferentes níveis de cuidados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), otimizar a gestão de recursos, promover o acesso aos serviços de saúde, diminuir o número de deslocações/ transporte e capacitar o cidadão na gestão da sua própria saúde (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019).

A Teleconsulta é uma consulta na qual o profissional de saúde, à distância e com recurso às tecnologias de informação e comunicação, avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde. A Teleconsulta pode acontecer em tempo real ou diferido. (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019, p. 38)

#### **1.4 PERTINÊNCIA DO TRABALHO DE PROJETO**

O presente trabalho de projeto tem como principal propósito identificar indicadores para criar uma cultura de Cuidado Centrado no Utente/Doente em teleconsultas no contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Considerando os avanços no setor da saúde, a integração das tecnologias na saúde foi um desafio acelerado pela pandemia de COVID-19, tendo em conta as vantagens e desvantagens da digitalização da saúde. A pertinência deste estudo assenta no estado atual do setor da saúde, especificamente com o destaque da digitalização da saúde, nomeadamente, os serviços de telemedicina e, em particular, a utilização crescente de teleconsultas. A prestação de cuidados de saúde em teleconsultas deve ser alvo

de avaliação por parte da gestão da qualidade das organizações de saúde, para perceber se as necessidades dos consumidores/ utentes/ doentes estão a ser cumpridas e, por isso, surgiu a motivação de reunir indicadores que permitam avaliar a dimensão da qualidade: o Cuidado Centrado no Utente/ Doente, no âmbito das teleconsultas em cuidados primários.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 VANTAGENS E DESVANTAGENS DA UTILIZAÇÃO DE TELEMEDICINA

Como referem Barbosa et al. (2021), revisões sistemáticas têm confirmado a telemedicina como segura e adequada relativamente aos modelos tradicionais de atendimento e tem sido possível perceber que, para determinadas condições médicas, a melhoria na saúde vem com a diminuição de custos associados. No entanto, os mesmos autores alertam que, para promover a implementação generalizada dos serviços de telemedicina, seriam necessárias alterações nas políticas para reembolso desses mesmos serviços digitais.

Através da literatura, Silva et al. (2022) identificaram e reuniram os principais benefícios e limitações da digitalização da saúde em CSP, descritos sucintamente na Tabela 1. Posto isto, os autores concluem que a digitalização da saúde deve ser melhorada, de forma a fortalecer os CSP e outros sistemas de saúde.

Tabela 1 - Benefícios e Limitações da Digitalização da Saúde nos CSP

<b>BENEFÍCIOS DA DIGITALIZAÇÃO DA SAÚDE NOS CSP</b> (Silva et al., 2022)	<b>LIMITAÇÕES DA DIGITALIZAÇÃO DA SAÚDE NOS CSP</b> (Silva et al., 2022)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aceitação e satisfação do utente;</li><li>• Sustentabilidade positiva no período pós-pandémico;</li><li>• Afluência de utentes aos serviços de saúde;</li><li>• Maior segurança contra a contaminação pela COVID-19;</li><li>• Poupança de tempo e dinheiro entre deslocações geográficas;</li><li>• Gestão do processo de agendamento de consultas presenciais e remotas;</li><li>• Serviço rápido;</li><li>• Diminuição de orientações para atenção secundária de saúde e hospitalizações;</li><li>• Situação confortável e prática;</li><li>• Otimização de reuniões, educação e prática dos profissionais;</li><li>• Oportunidade de ser presente na vida dos utentes;</li><li>• Triagem rápida domiciliar em casos de alteração das condições de saúde;</li><li>• Melhor comunicação com os utentes;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dificuldade no acesso à internet e/ou tecnologias;</li><li>• Necessidade de educação dos utentes e/ou dos profissionais sobre a digitalização da saúde;</li><li>• Inexatidão dos diagnósticos clínicos devido à ausência de exames físicos;</li><li>• Plataformas digitais inconsistentes com erros no armazenamento de dados;</li><li>• Comunicação limitada com idosos, crianças e pessoas com deficiência ou demência;</li><li>• Ausência de planeamento e gestão de serviços;</li><li>• Incerteza sobre confidencialidade e privacidade dos dados individuais dos utentes;</li><li>• Inexistência de garantia de acesso equitativo aos serviços de saúde remotos;</li><li>• Insuficiente suporte de profissionais especializados nas TIC;</li><li>• Exigente articulação entre consultas remotas e presenciais para atender a todas as necessidades;</li><li>• Profissionais de saúde sob stress psicológico;</li><li>• Falta de profissionais de saúde e/ou elevada rotatividade dos mesmos;</li></ul>

<b>BENEFÍCIOS DA DIGITALIZAÇÃO DA SAÚDE NOS CSP</b> (Silva et al., 2022)	<b>LIMITAÇÕES DA DIGITALIZAÇÃO DA SAÚDE NOS CSP</b> (Silva et al., 2022)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilidade na utilização das TIC;</li> <li>• Chamadas de vídeo com vantagens sob outras ferramentas;</li> <li>• Oportunidade de escolha da modalidade do atendimento;</li> <li>• Garantia do anonimato;</li> <li>• Maior possibilidade de contactar utentes inacessíveis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de patologias crónicas e da presença de efeitos secundários devido à excessiva automedicação;</li> <li>• Afluência de chamadas telefónicas;</li> <li>• Profissionais com fraca aceitação para trabalho remoto;</li> <li>• Dificuldade em monitorizar utentes em casa;</li> <li>• Dificuldade na identificação precoce de situações de saúde complexas;</li> <li>• Atraso das tarefas administrativas;</li> <li>• Árdua articulação entre os profissionais para atender a casos clínicos complexos;</li> <li>• Dificuldade na orientação para outros serviços;</li> <li>• Fraca resolução de situações no domicílio de risco elevado (como o caso da violência doméstica);</li> <li>• Oferta de serviços diminuída;</li> <li>• Complicação no acompanhamento de utentes a longo prazo.</li> </ul>

Aceitando que um serviço de telemedicina pode requerer o mesmo tempo de um atendimento presencial, os modelos de reembolso de assistência médica devem ser adaptados e, por isso, uma das barreiras importantes para a adoção da telemedicina são os custos iniciais, que são compensados a médio e longo prazo (Eze et al., 2020). Em conformidade com o descrito, Imlach et al. (2020) concluem no seu estudo que manter a telemedicina no panorama atual de saúde potencia o acesso oportuno e seguro aos CSP para os utentes; no entanto, questões tecnológicas e limitações financeiras devem ser ajustadas, bem como, uma comunicação eficaz para utentes e médicos sobre os principais aspetos dos serviços de telemedicina, como por exemplo: o custo e a privacidade.

Gradualmente, a teleconsulta tem sido aplicada como o principal facilitador de acesso a recursos médicos em áreas remotas, em que os indivíduos podem obter informação médica de qualidade e com segurança por meio de recomendação dos médicos assistentes, o que leva a vantagens dos serviços de saúde: poupança de tempo e custos dos indivíduos e facilidade de acesso aos cuidados de saúde para indivíduos de áreas remotas (Lu et al., 2021). Contudo, existe um *trade-off* entre eficiência e equidade na prestação de cuidados de saúde a populações remotas e uma consequência não intencional da telemedicina, em que se descreve que existe uma maior probabilidade de alcançar indivíduos mais saudáveis e com experiência na tecnologia nas áreas urbanas do que indivíduos sem prática e conhecimentos da área digital em áreas rurais; para isto, a supervisão política pode ser

necessária com o objetivo de garantir o acesso aos cuidados de saúde por este método (Eze et al., 2020).

Em caso de emergência em saúde, o uso de tecnologia da informação, como a telemedicina, pode fortalecer a gestão estratégica dos gestores de catástrofe, as autoridades locais e os decisores políticos, antes, durante e depois dos desastres (Salehinejad et al., 2021).

Para um contexto mais atual, especificamente durante a pandemia da COVID-19, os serviços de telessaúde tornaram-se num meio de salva-vidas, permitindo que profissionais de saúde e indivíduos se reúnam sem ocorrer risco de infeção. Organizações de saúde carecem de orientações atualizadas para integrar a ética na telemedicina; e através de avaliações de questões éticas, sociais e legais, é possível facilitar a inclusão das TIC nos cuidados de saúde de forma ética e eficaz (Kaplan, 2020).

Num estudo realizado por O'Neill et al. (2022), em Portugal, é referido que, para a adoção da teleconsulta, persistem desafios de ambas as partes interessadas, os utentes e os clínicos. Relativamente aos consumidores de saúde, destacou-se a dificuldade de adaptação do utente às TIC e ausência de equipamentos necessários. Noutra sentença, os clínicos apontam como dificuldades a impossibilidade de realizar exame físico e a complexidade da transmissão de informação clínica ao utente. No mesmo estudo, são proferidas algumas sugestões para a implementação da teleconsulta, nomeadamente: a adaptação de recursos disponíveis face às carências dos utentes, bem como, a legislação, políticas e incentivos financeiros.

## **2.2 A TELEMEDICINA E O CUIDADO CENTRADO NO UTENTE/ DOENTE**

A pandemia da COVID-19 impactou significativamente o setor da saúde, a nível social e económico, e então, surgiu a necessidade de uma rápida adaptação com foco na qualidade dos sistemas de saúde. Em particular, os CSP foram pressionados para manter rotinas e assegurar medidas de acesso e contínua gestão de problemas de saúde (Silva et al., 2022).

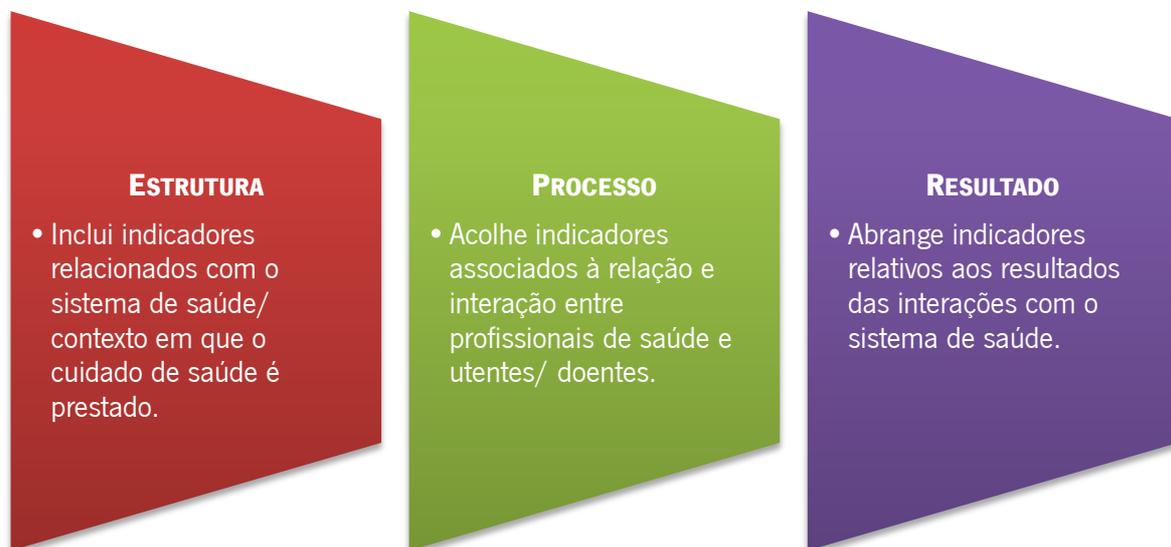
Sendo o conceito de centralidade no utente aceite pelos utentes/ doentes, é necessária uma mudança cultural na prática pela parte dos profissionais de saúde e responsáveis políticos, além da adoção de modelos inovadores para criar incentivos de apoio às boas práticas do Cuidado Centrado no Utente/ Doente. Apesar dos obstáculos associados com a mudança cultural, compreende-se que, para

melhorar e desenvolver boas práticas de saúde, os sistemas de saúde devem encontrar uma forma eficaz para implementar e medir a qualidade do Cuidado Centrado no Utente/ Doente (Santana et al., 2018).

De acordo com Imlach et al. (2020), a rápida implementação dos serviços de telemedicina, ainda que muito impulsionada pela pandemia, teve um impacto positivo para a maioria dos utentes, referindo estas experiências positivas com a digitalização da saúde. Segundo os mesmos autores, para um panorama de saúde futuro, os utentes pretendem ter a possibilidade de optar por consultas que preencham as suas necessidades, circunstâncias e preferências.

A telemedicina deve ser totalmente integrada com o sistema de informação das organizações de saúde, com a finalidade de promover a centralidade no utente/ doente na digitalização da saúde (Smaradottir & Fensli, 2020).

Para uma integração das boas práticas de Cuidados Centrados no Utente, Santana et al. (2018) descrevem no seu estudo três categorias para distinguir os indicadores de qualidade de Cuidados Centrados no Utente/ Doente (Figura 3):



*Figura 3 - Categorias dos Indicadores de Qualidade*

No seu estudo sobre intervenções relacionadas com a centralidade no utente com o intuito de auxiliar doentes com comorbilidades, Stewart et al. (2021) identificaram cinco tópicos relevantes: 1) valorização da equipa, 2) apoio aos utentes/ doentes, 3) plano de acompanhamento individualizado, 4) atualizações adequadas ao plano de tratamento e 5) resultados positivos. Os resultados do estudo

apontam para algumas sugestões: otimizar a composição da equipa de profissionais de saúde com base nas preferências do utente (através de uma verificação do número e tipo de profissionais de saúde que os utentes preferem), e, aumentar o número de horas de acompanhamento de enfermeiros, de forma a atender às necessidades do utente e a melhorar a sensação de apoio ao utente por parte dos profissionais.

As expectativas identificadas pelos utentes sobre a relação com os profissionais de saúde são diversas e diferem pela mentalidade dos utentes/doentes e não pelas suas características demográficas, tais como a idade ou o género; por isso, e de forma a aprimorar os cuidados de saúde na centralidade no utente por meio da telemedicina, os profissionais de saúde devem adaptar e estruturar a comunicação à mentalidade de cada utente para atender às necessidades individuais da pessoa. As afirmações relatadas são conclusões do estudo de Gabay et al. (2022) onde também identificam 3 tipos distintos de mentalidades dos utentes, nomeadamente: *Mindset 1* em que o foco de atenção recai no processo de mudança e pessoas com esta mentalidade contam que o profissional de saúde passe por esse mesmo processo; *Mindset 2* o foco está no locus de controle interno em que é esperado que o profissional de saúde melhore a literacia em saúde do utente, demonstrando fontes de informação fidedignas para o utente aprender mais sobre a sua condição de saúde; por fim, o *Mindset 3* procuram respeito pelo seu próprio tempo e na conduta não verbal.

Interligando com a comunicação e considerando a empatia como um dos indicadores de qualidade de avaliação de Cuidados Centrados no Utente/ Doente, Simões et al. (2021), aplicaram 2 questionários validados na literatura a utentes dos CSP, na região norte de Portugal, e concluíram que a maioria dos utentes destacam positivamente a empatia na relação com o profissional de saúde, o que resulta na ideia de que a grande parte dos médicos dos CSP em Portugal são empáticos. Apesar deste estudo não estar no âmbito da telemedicina, as conclusões obtidas podem ser importantes para relacionar com os resultados obtidos neste trabalho de projeto.

De forma a obter uma implementação abrangente de serviços de telemedicina com foco na centralidade no utente, Talal et al. (2020) sugerem domínios que alcançam os desafios associados à integração de uma população vulnerável: as infraestruturas das TIC, as pessoas e *interface* homem-computador, o conteúdo clínico, o fluxo de trabalho e comunicação, as políticas e procedimentos internos e externos, e, por fim, a monitorização e avaliação sistema.

Na Figura 4, estão sumariamente descritos os conceitos-chave identificados no artigo de Santana et al. (2018) para a estruturação dos Cuidados Centrados no Utente/ Doente:

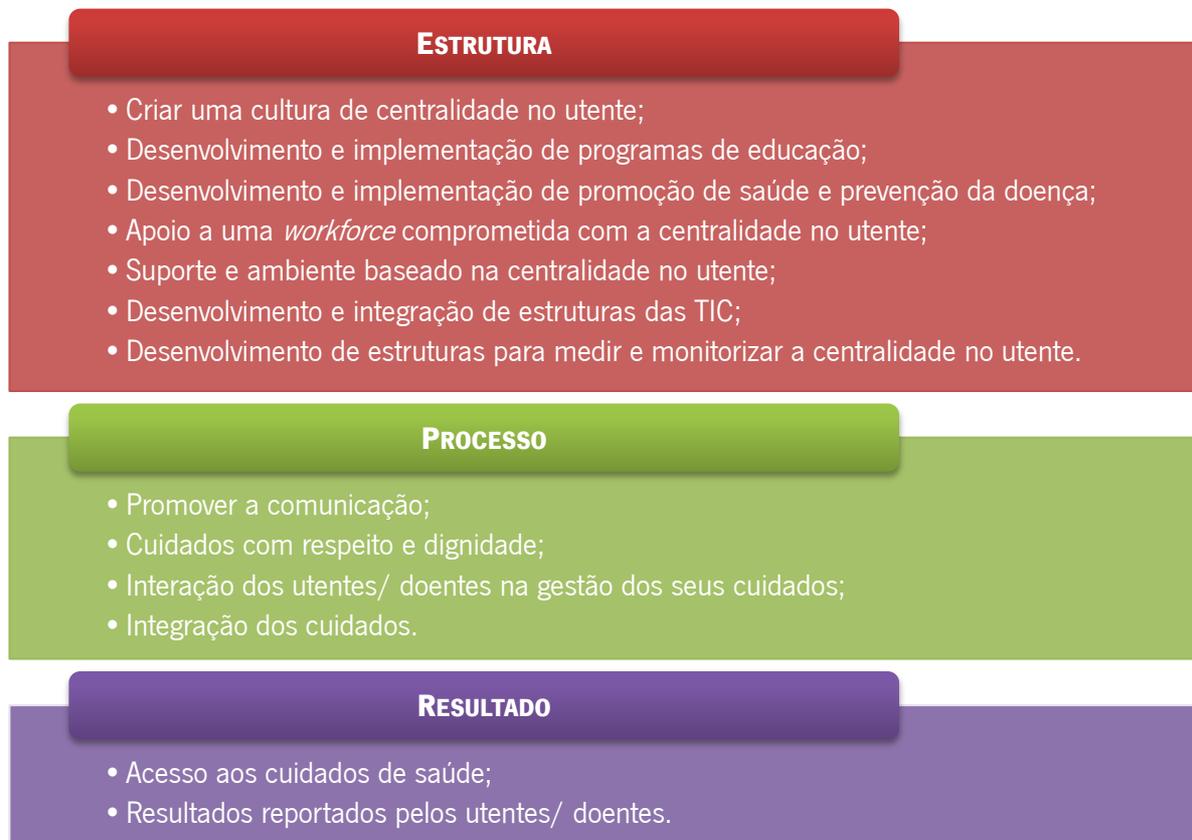


Figura 4 - Estruturação para o Cuidado Centrado no Utente/ Doente

Importa referir que 2 artigos foram a base de ligação entre a revisão da literatura e a parte de recolha de dados deste trabalho, os quais serão detalhadamente descritos no próximo capítulo: "*How to practice person-centred care: A conceptual framework*" de Santana et al. (2018) e "*Measuring patient-centred system performance: a scoping review of patient-centred care quality indicators*" de Santana et al. (2019). Estes artigos foram especificamente utilizados pelo seu conteúdo de extrema importância, em que são inumerados indicadores de qualidade no Cuidado Centrado no Utente. Alguns dos indicadores identificados como relevantes desses mesmos artigos foram adaptados para a realidade portuguesa nos CSP.

### 3 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

#### 3.1 OBJETIVOS GERAIS DO ESTUDO

O presente estudo tem como principal objetivo: identificar indicadores para avaliar/medir a dimensão da qualidade: *Cuidado Centrado no Utente/ Doente*, em teleconsultas no contexto de CSP.

Este estudo tem como propósito desenvolver um conjunto de indicadores relacionados com os Cuidados Centrados no Utente/ Doente, para serem utilizados regularmente, e revistos quando necessário, com a finalidade de perceber se o serviço prestado em teleconsulta em contexto de CSP apresenta qualidade. Com este conjunto de métricas será possível descobrir falhas de qualidade no planeamento dos serviços de saúde e no ato de contacto entre profissional de saúde e utente para o caso específico da teleconsulta, contribuindo para a posterior melhoria do serviço prestado. Sendo identificado o conjunto de indicadores, tornar-se-á possível transformá-los numa *check-list* com o intuito de avaliação da qualidade do serviço.

#### 3.2 ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO

O desenvolvimento deste trabalho de projeto foi dividido em seis fases principais, seguindo uma metodologia Delphi: definição dos objetivos, revisão da literatura, construção do questionário conforme o estado da arte, aplicação do método, análise e discussão dos resultados e, por fim, as conclusões finais (Figura 5).

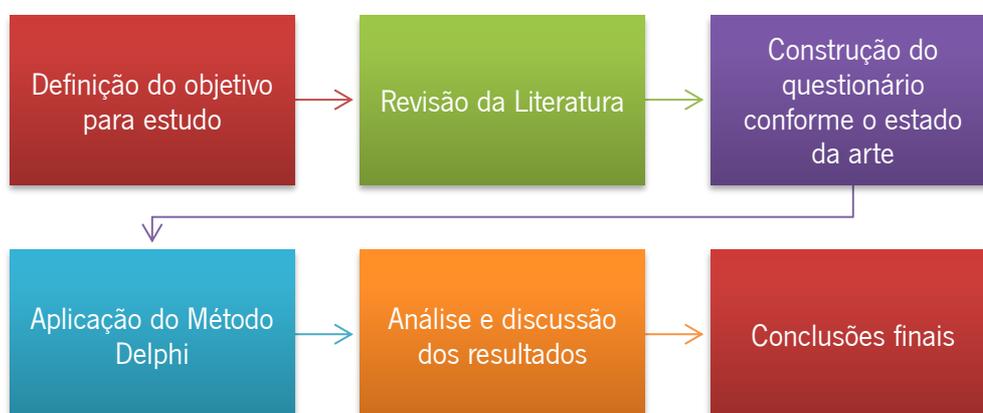


Figura 5 - Esquemática da Estratégia de Investigação

Com os objetivos do trabalho bem definidos, efetuou-se uma revisão da literatura sobre o tema em estudo, tendo sido realizadas pesquisas de artigos científicos na base de dados Pubmed, com ênfase no período temporal de 2019 a 2022 (salvo algumas exceções pertinentes, em que se utilizou matéria de artigos científicos com datas de publicação anteriores às descritas).

Cumprida a revisão da literatura, incluindo a definição dos conceitos importantes para a temática, possibilitou-se o desenho de um questionário com indicadores já encontrados na literatura, para serem adaptados para o contexto dos serviços de telemedicina, nomeadamente as teleconsultas, em CSP, em Portugal pelos participantes do estudo.

Seguidamente, aplicou-se o método Delphi através da administração do inquérito, com o objetivo de desenvolver e validar métricas para identificar e monitorizar indicadores de qualidade da dimensão *Cuidado Centrado no Utente/Doente* em teleconsultas em cuidados primários. As métricas apresentadas, focadas na dimensão da qualidade respetivas à centralidade no utente, foram retiradas da literatura, mas não são específicas das teleconsultas. Foi pedido aos especialistas que, com base na sua experiência e conhecimento, quais dos indicadores de qualidade devem ser considerados em teleconsultas. A informação recolhida através do inquérito destina-se apenas a fins de investigação, garantindo o anonimato e o tratamento dos dados de forma a que os resultados sejam apresentados de forma agregada e completamente anónima.

Para finalizar, as últimas fases são respetivas à análise e discussão dos resultados obtidos e a redação das conclusões finais da investigação.

### **3.3 METODOLOGIA DELPHI**

O método Delphi tem como objetivo principal conceber uma opinião consensual e credível através de um painel de especialistas, com suporte num questionário por um processo iterativo e com feedback controlado. Através do anonimato assegurado em todo o processo metodológico, é anulado o pensamento de grupo, ou seja, o domínio e conformidade de grupo comumente observados em reuniões presenciais (Nasa et al., 2021).

Niederberger & Spranger (2020) efetuaram várias revisões sistemáticas de métodos de Delphi em diferentes setores das ciências da saúde e identificaram os objetivos mais comuns na utilização deste

método: identificar o estado atual do conhecimento; melhorar as previsões de circunstâncias; resolver julgamentos polémicos; identificar e formular padrões ou *guidelines*; desenvolver ferramentas de medição e identificação de indicadores; e formular recomendações para ação e priorização de medidas.

Importa referir que o objetivo do questionário deste projeto está descrito na literatura e foi adaptado para o contexto em estudo: desenvolver e validar métricas para identificar e monitorizar indicadores de qualidade da dimensão *Cuidado Centrado no Utente/Doente* em teleconsultas em CSP.

Nasa et al. (2021) sugerem que um estudo Delphi com qualidade será desenvolvido através de um processo metodológico de quatro etapas essenciais (Figura 6): área problemática, painel de membros, rondas de Delphi e critérios de conclusão; e sequencialmente por nove pontos de avaliação qualitativa: avaliação sistemática da área problemática, seleção de membros baseada em critérios objetivos e predefinidos, anonimato do painel de membros bem como das respostas, feedback controlado e rondas interativas, critério de consensos, análise de consensos, critérios de conclusão definidos *a priori* e estabilidade de resultados. Além de avaliar a qualidade do estudo, os nove pontos descritos permitem solidificar a credibilidade da pesquisa científica no estudo em que são aplicados.



Figura 6 - Processo Metodológico do Método de Delphi

Na conclusão do seu estudo Romero-Collado (2021) afirmam não haver padronização de definições em métodos Delphi ao contrário de outros métodos, e por isso pode transmitir a ideia de que é um método que fornece poucas evidências. Em conformidade, Nasa et al. (2021) defendem a inexistência de parâmetros de qualidade padronizados na pesquisa em saúde para avaliar os diferentes métodos de Delphi e nomeiam os elementos vitais da metodologia Delphi: o anonimato, a interação e o feedback controlado e a estabilidade estatística do consenso.

Além da evidência dos objetivos, Niederberger & Spranger (2020) destacaram também no seu estudo, um grupo de cinco características da metodologia Delphi, encontradas na literatura: participação de especialistas sob anonimato; utilização de um questionário padronizado e que pode ser submetido a alteração para cada rodada de perguntas; resposta estatística do grupo de participantes; feedback dos resultados com os especialistas participantes, ainda com o anonimato, com a finalidade de estes reverem os seus pareceres; e a possibilidade de uma ou várias repetições do questionário (Figura 7).



*Figura 7 - Características do Método Delphi*

### 3.4 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O grupo de peritos, denominado muitas vezes na literatura como especialistas, é considerado para este estudo a fração fundamental, pois sobre este grupo de pessoas dependem as respostas e consequentes resultados para análise do tema em estudo, e, com a ausência dos participantes não é possível trabalhar com a metodologia Delphi.

A escolha do painel de especialistas está relacionada com as suas funções, pois é pertinente para o estudo que as métricas/ indicadores recolhidos da literatura, sejam validados por profissionais que trabalham diretamente e constantemente com os serviços de telemedicina nos CSP, e por isto, foram selecionados 22 profissionais entre enfermeiros e médicos que exercem funções em Unidades de Saúde Familiar (USF), na Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte de Portugal, com funções em: assistência, reabilitação e gestão.

*Tabela 2 - Características Biográficas dos Participantes*

N.º DE PARTICIPANTE	IDADE	GÉNERO	FORMAÇÃO ACADÉMICA	PROFISSÃO	FUNÇÃO	EXPERIÊNCIA EM CSP
1	45 a 54 anos	Feminino	Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)	Enfermeiro(a)	Assistencial	5 anos ou mais
2	45 a 54 anos	Feminino	Licenciatura	Enfermeiro(a)	Assistencial	5 anos ou mais
3	45 a 54 anos	Feminino	Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)	Enfermeiro(a)	Assistencial	5 anos ou mais
4	35 a 44 anos	Feminino	Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)	Enfermeiro(a)	Assistencial	5 anos ou mais
5	35 a 44 anos	Feminino	Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)	Enfermeiro(a)	Reabilitação	Menos de 2 anos
6	25 a 34 anos	Feminino	Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)	Médico(a)	Assistencial	5 anos ou mais
7	45 a 54 anos	Feminino	Licenciatura	Médico(a)	Assistencial	5 anos ou mais
8	25 a 34 anos	Feminino	Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)	Médico(a)	Assistencial	De 2 a menos de 5 anos
9	45 a 54 anos	Feminino	Licenciatura	Enfermeiro(a)	Assistencial	5 anos ou mais
10	25 a 34 anos	Feminino	Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)	Médico(a)	Gestão	5 anos ou mais
11	35 a 44 anos	Masculino	Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)	Enfermeiro(a)	Assistencial	5 anos ou mais
12	45 a 54 anos	Feminino	Licenciatura	Enfermeiro(a)	Assistencial	5 anos ou mais
13	45 a 54 anos	Feminino	Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)	Médico(a)	Assistencial	5 anos ou mais

N.º DE PARTICIPANTE	IDADE	GÉNERO	FORMAÇÃO ACADÉMICA	PROFISSÃO	FUNÇÃO	EXPERIÊNCIA EM CSP
14	25 a 34 anos	Masculino	Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)	Médico(a)	Assistencial	5 anos ou mais
15	35 a 44 anos	Feminino	Licenciatura	Médico(a)	Assistencial	5 anos ou mais
16	25 a 34 anos	Masculino	Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)	Médico(a)	Assistencial	De 2 a menos de 5 anos
17	35 a 44 anos	Masculino	Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)	Enfermeiro(a)	Gestão	5 anos ou mais
18	45 a 54 anos	Feminino	Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)	Médico(a)	Gestão	5 anos ou mais
19	35 a 44 anos	Feminino	Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)	Enfermeiro(a)	Assistencial	5 anos ou mais
20	25 a 34 anos	Feminino	Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)	Enfermeiro(a)	Assistencial	5 anos ou mais
21	35 a 44 anos	Feminino	Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)	Médico(a)	Assistencial	5 anos ou mais
22	55 a 64 anos	Feminino	Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)	Médico(a)	Assistencial	5 anos ou mais

Para maior especificação do painel de peritos, na Tabela 2 são expostas as suas características biográficas, nomeadamente, a formação académica, a profissão, a função que cada participante desempenha dentro dos cuidados primários, e, também, o tempo de experiência, em anos, em CSP. Além disto, estão também descritas a idade e género dos participantes.

Na totalidade de 22 participantes, 36% (8 respostas) representam idades entre 45 a 54 anos, 32% (7 respostas) dizem respeito ao intervalo de 35 a 44 anos, com 27% (6 respostas) são idades respetivas no intervalo de 25 a 34 anos e com menor percentagem, nomeadamente 5%, apenas 1 resposta e, portanto, 1 especialista com idade entre 55 a 64 anos (Figura 8).

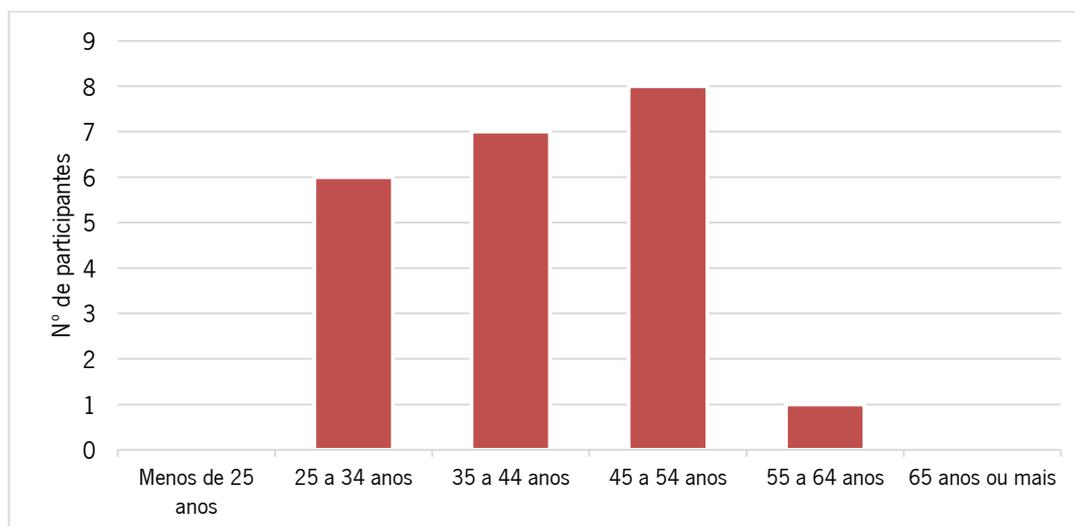
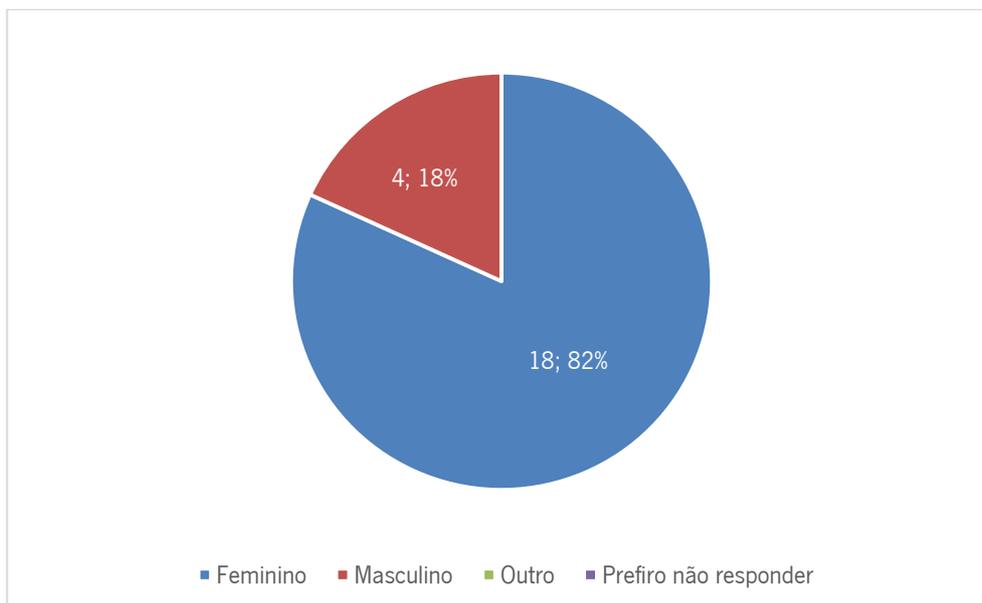


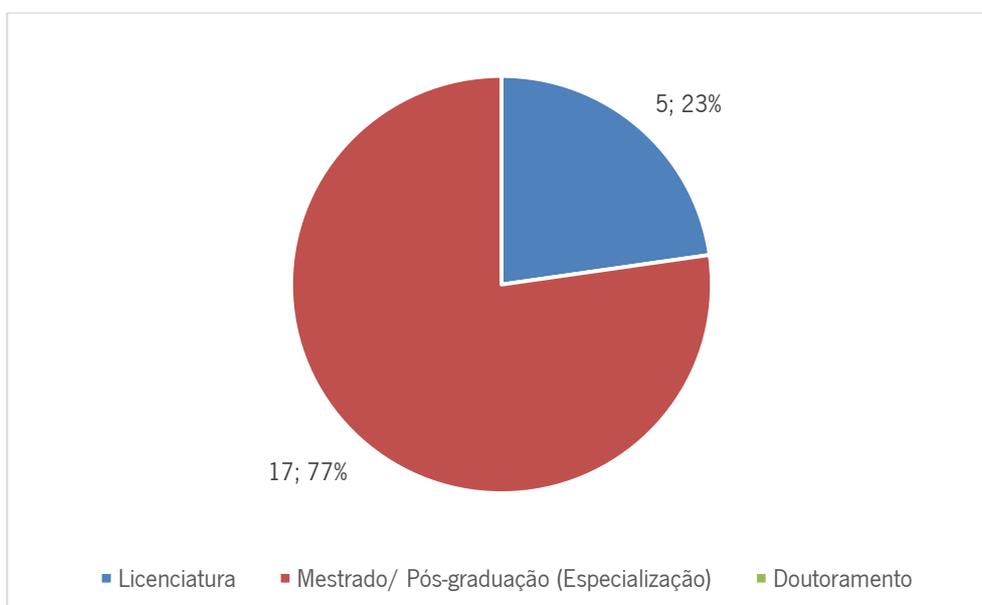
Figura 8 - Idade dos Participantes

Como é possível observar na Figura 9, a grande maioria de participantes são do género feminino, com representação de 82% (18 respostas), sendo apenas 18% das respostas (4) de participantes do género masculino.



*Figura 9 - Género dos Participantes*

Relativamente às características profissionais, especialmente à formação académica (Figura 10), 17 participantes (77%) tinham formação ao nível de Mestrado/ Pós-graduação (Especialização) e 5 (23%) licenciatura. Nenhum dos participantes detinha doutoramento.



*Figura 10 - Formação Académica dos Participantes*

Foi conseguido um equilíbrio perfeito entre as profissões pois 50% (11 respostas) são profissionais de enfermagem e 50% (11 respostas) são médicos (Figura 11).

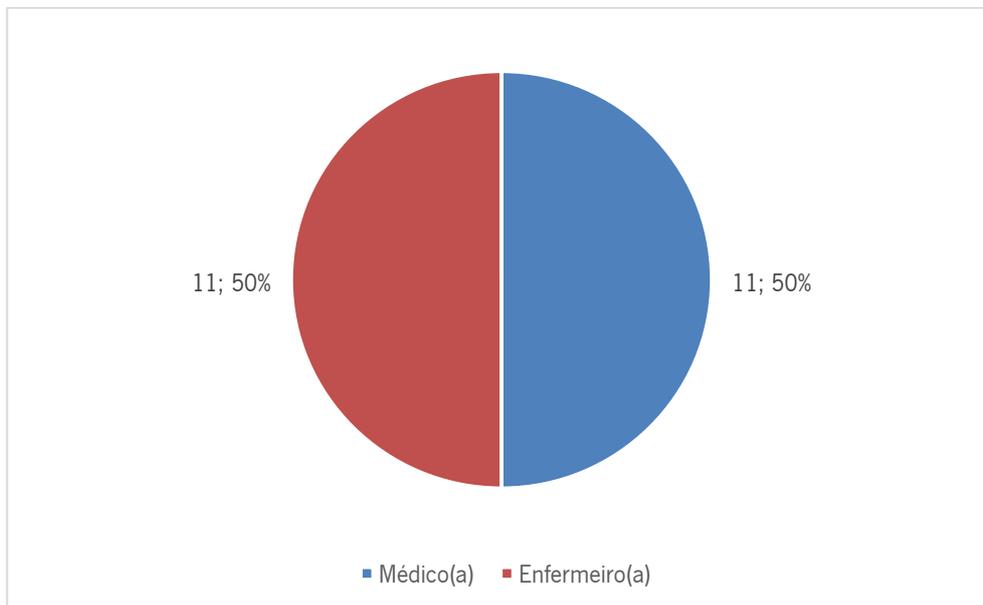


Figura 11 - Profissão dos Participantes

De entre os médicos e enfermeiros selecionados, 86% (19 respostas) trabalham há 5 anos ou mais em CSP e apenas 9% (2 respostas) apresentavam de 2 anos a menos de 5 anos de experiência profissional em CSP, havendo apenas 1 participante (5%) com tempo de experiência inferior a 2 anos (Figura 12).

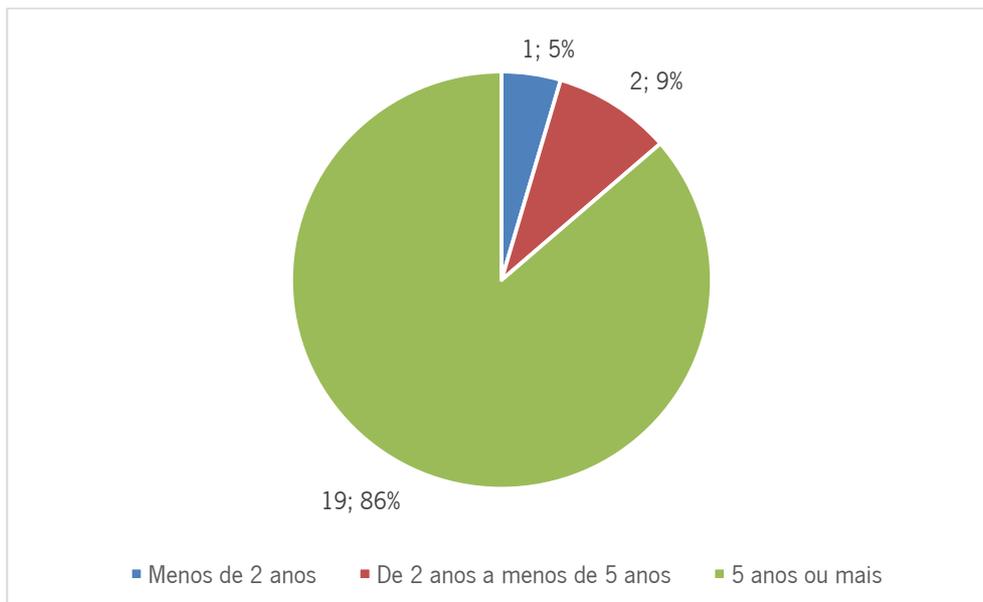


Figura 12 - Tempo de experiência em CSP dos Participantes

Apenas 1 participante tem como função a reabilitação, 3 participantes executam funções em gestão e destaca-se a grande maioria (18 respostas) dos especialistas com funções no cargo assistencial. Refere-se ainda que não se obtiveram respostas em funções exclusivas no cargo administrativo (Figura 13).

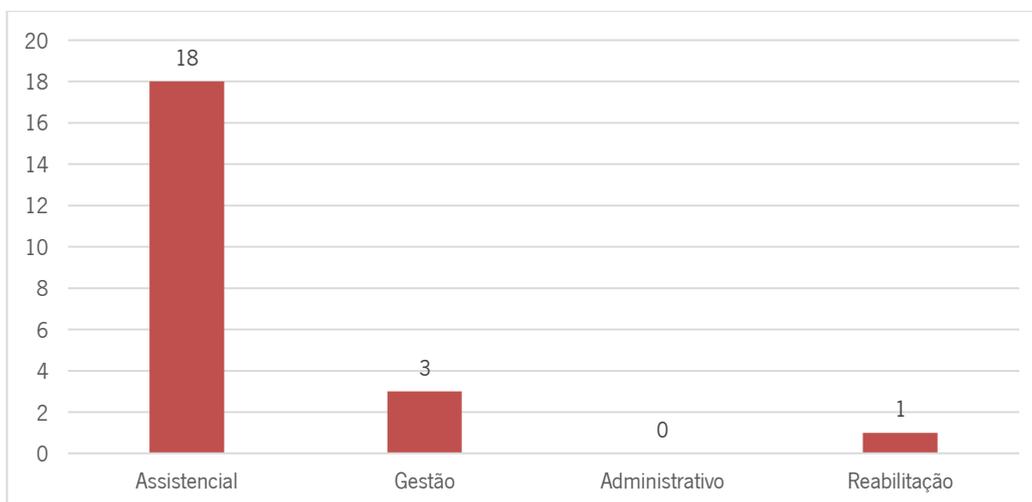


Figura 13 - Função nos CSP dos Participantes

### 3.5 FERRAMENTA DE COLHEITA DE DADOS

O questionário (Apêndice I – Questionário: “Qualidade em Teleconsultas nos Cuidados de Saúde Primários – Cuidados Centrados no Utente/ Doente”) foi desenhado conforme os indicadores encontrados na literatura como explicado em capítulos anteriores. Para a construção deste questionário utilizou-se dois artigos científicos, descritos na Tabela 3, nomeadamente: “*How to practice person-centred care: A conceptual framework*” de Santana et al. (2018) e “*Measuring patient-centred system performance: a scoping review of patient-centred care quality indicators*” de Santana et al. (2019).

Tabela 3 - Síntese dos artigos científicos utilizados na construção do questionário

	<b>"HOW TO PRACTICE PERSON-CENTRED CARE: A CONCEPTUAL FRAMEWORK"</b> (Santana et al., 2018)	<b>MEASURING PATIENT-CENTRED SYSTEM PERFORMANCE: A SCOPING REVIEW OF PATIENT-CENTRED CARE QUALITY INDICATORS"</b> (Santana et al., 2019)
<b>RESUMO</b>	(Canadá) O trabalho realizado consiste na descrição e interligação dos principais domínios e boas práticas de Cuidados Centrados no Utente/ Doente para um modelo de implementação prática. Isto foi possível através de uma visão geral da literatura e de documentos políticos e organizacionais.	(Canadá) Este estudo teve como objetivo identificar indicadores de qualidade que possam ser utilizados para medir o Cuidado Centrado no Utente/ Doente.

	<b>"HOW TO PRACTICE PERSON-CENTRED CARE: A CONCEPTUAL FRAMEWORK"</b> (Santana et al., 2018)	<b>MEASURING PATIENT-CENTRED SYSTEM PERFORMANCE: A SCOPING REVIEW OF PATIENT-CENTRED CARE QUALITY INDICATORS"</b> (Santana et al., 2019)
<b>MÉTODOS</b>	Foi desenvolvida uma estrutura concetual com base na literatura existente sobre os Cuidados Centrados no Utente/ Doente, e, com a colaboração de um utente-parceiro, com a finalidade de sintetizar evidências, recomendações e boas práticas já existentes. Os domínios de Cuidados Centrados no Utente/ Doente foram classificados, segundo o modelo Donabedian, em três categorias: Estrutura, Processo e Resultado.	Trabalho desenvolvido através de uma revisão da literatura, em que os artigos incluídos mencionavam os seguintes conceitos: desenvolvimento e/ou implementação de Indicadores de Qualidade Centrados no Utente/ Doente.
<b>RESULTADOS</b>	Esta estrutura concetual destaca a Estrutura, relacionando com o contexto em que são prestados os cuidados de saúde, e assim, desenvolvendo a base para os Cuidados Centrados no Utente/ Doente e influenciando o Processo e Resultado dos cuidados. Foram identificados vários domínios em cada uma das três categorias.	Na sua maioria, os Indicadores de Qualidade Centrados no Utente/ Doente eram apresentados como medidas de Cuidados Centrados no Utente/ Doente e identificados como <i>guidelines</i> , questionários ou recomendações, e por isso, não podem ser classificados exatamente como Indicadores de Qualidade Centrados no Utente/ Doente. Importa referir que nenhum dos artigos identificados procedeu à implementação dos indicadores de qualidade em ambientes assistenciais.
<b>CONCLUSÕES</b>	Este artigo serve como guia para orientação dos sistemas e organizações de saúde, no que diz respeito aos Cuidados Centrados no Utente/ Doente, nos diferentes setores da saúde.	A identificação de Indicadores de Qualidade Centrados no Utente/ Doente, com base na evidência, e a pesquisa em saúde, são necessárias para o contínuo desenvolvimento e implementação dos indicadores, e conseqüente melhoria da qualidade em saúde.

O questionário divide-se em cinco secções principais, como descrito na Figura 14. Inicialmente, é introduzida a temática, de forma breve, bem como o objetivo do inquérito e a apresentação dos autores do estudo. Exposto o assunto, as secções seguintes são dedicadas às questões relacionadas com os indicadores de qualidade no Cuidado Centrado no Utente/ Doente. Para finalização do questionário, procede-se à recolha dos dados biográficos de cada especialista e do seu consentimento de participação no estudo.



Figura 14 - Secções do Questionário

A recolha dos dados biográficos centrou-se nas seguintes variáveis: formação académica, profissão, função e anos de experiência nos CSP. Além dos aspetos mais técnicos, foi recolhida informação sobre a idade e o género de cada especialista. Relativamente ao consentimento informado, cada especialista poderia selecionar uma das opções: “Concordo” ou “Discordo” relativamente à seguinte afirmação:

“A informação recolhida através deste inquérito:

- destina-se apenas a fins de investigação;
- será anonimizada (isto é, os endereços de email serão apagados) logo que a recolha de dados esteja concluída;
- será tratada de forma a que os resultados sejam apresentados de forma agregada e completamente anónima.

Consinto que as minhas respostas sejam utilizadas para os fins e nas condições referidas”.

Sendo que, a totalidade dos 22 participantes consentiu participar no estudo.

Com a finalidade de desenhar um questionário simples e de fácil perceção para os participantes do estudo, dividiu-se o questionário em três secções de perguntas, conforme as três categorias de indicadores encontradas na literatura: Estrutura (Tabela 4), Processo (Tabela 5) e Resultado (Tabela 6). Para cada uma dessas três secções, são apresentadas duas questões: uma de resposta fechada, com vários itens (indicadores adaptados da literatura), e uma de resposta aberta.

A primeira questão avalia o grau de importância atribuído aos indicadores: “Indique, conforme a sua experiência, qual o grau de importância dos seguintes indicadores da dimensão: Cuidados Centrado no Utente – Estrutura/Processo/Resultado” seguido da indicação dos indicadores de cada dimensão. Com base numa Escala de *Likert* de 4 pontos: "Muito importante", "Importante", "Pouco importante", "Nada importante", e ainda as opções "Não entendi" e "Não tenho opinião", que pertencem detetar eventuais problemas relativos aos indicadores ou à forma como estão formulados.

Para concluir, é colocada uma questão de resposta aberta com a finalidade de permitir que o especialista sugira um novo indicador que não conste na lista de indicadores da pergunta anterior ou faça outros comentários. A partir da questão "Gostava de sugerir outro(s) indicadores ou fazer comentário(s)?" o especialista pode responder entre as opções: "Sim" ou "Não", e no caso de

responde "Sim", devem responder à questão "Que indicadores gostava de sugerir ou que comentário(s) gostaria de fazer?".

Tabela 4 - Indicadores da Dimensão da Qualidade: Cuidado Centrado no Paciente - Estrutura

CATEGORIA	INDICADOR DE QUALIDADE	FONTE
ESTRUTURA	Existência de planos de supervisão, avaliação e desenvolvimento individual dos profissionais de saúde.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019)
	Existência de um programa do Cuidado Centrado no Utente.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019; Santana et al., 2018)
	Existe envolvimento da comunidade na criação de protocolos de teleconsulta.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019; Santana et al., 2018)
	Foram criados grupos de utentes para aconselhamento do serviço de teleconsulta.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019; Santana et al., 2018)
	Existe envolvimento da comunidade na definição dos recursos necessários para a teleconsulta.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019; Santana et al., 2018)
	Existência de publicitação dos tipos de serviços disponibilizados.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019)
	Existe um plano de formação sobre Cuidados Centrados no Utente em ambiente de teleconsulta para profissionais de saúde.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019; Santana et al., 2018)
	Existe um plano de formação sobre Cuidados Centrados no Utente em ambiente de teleconsulta para profissionais administrativos e auxiliares.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019; Santana et al., 2018)
	Durante a prática de teleconsulta, há avaliação da formação dos profissionais.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019; Santana et al., 2018)
	A formação sobre teleconsulta foi acreditada.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	A experiência e conhecimento dos utentes é integrada no desenvolvimento da teleconsulta.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	Foi desenvolvida uma linguagem comum utente-profissional de saúde para a teleconsulta.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	Existe uma declaração com os direitos de utentes e profissionais em contexto de teleconsulta.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	A teleconsulta abrange a diversidade dos cuidados prestados	(Adaptado para a

CATEGORIA	INDICADOR DE QUALIDADE	FONTE
	pela USF.	teleconsulta de Santana et al., 2018)
	Existem incentivos aos profissionais para a inclusão do utente na teleconsulta.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	Existe educação para a teleconsulta direcionada aos utentes.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	Os utentes recebem educação sobre quais os ambientes apropriados à teleconsulta (confortáveis, seguros, que promovam o respeito e dignidade de utente e assegurem a privacidade).	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019; Santana et al., 2018)
	Em caso de língua diferente, são assegurados serviços de intérprete.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	São asseguradas horas de atendimento (teleconsulta em "casa aberta") para interação utente-profissional de saúde.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	Existe suporte técnico à teleconsulta na USF.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	Existe suporte técnico à teleconsulta direcionado ao utente.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	O sistema de informação permite consultar e registar informação da teleconsulta.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	O sistema de informação assegura privacidade e segurança da informação da teleconsulta.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	Existe recolha da opinião dos utentes sobre a teleconsulta e respetivo feedback (ex., resposta a reclamações atempado).	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	Elaboram-se relatórios periódicos sobre a teleconsulta.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)

Tabela 5 - Indicadores da Dimensão da Qualidade: Cuidado Centrado no Paciente - Processo

CATEGORIA	INDICADOR DE QUALIDADE	FONTE
PROCESSO	Existe protocolo para que utentes sejam envolvidos na decisão sobre o seu tratamento.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019; Santana et al., 2018)
	Protocolo prevê que o profissional discuta as questões que preocupam o utente.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019; Santana et al., 2018)
	Protocolo aborda necessidade de bom comportamento não-	(Adaptado para a

CATEGORIA	INDICADOR DE QUALIDADE	FONTE
	verbal (contacto visual, audição ativa, etc.).	teleconsulta de Santana et al., 2018)
	Existem procedimentos que dão conhecimento e apoiam o utente na tomada de decisões.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019; Santana et al., 2018)
	Transmitem-se explicações fáceis de entender ao utente.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019; Santana et al., 2018)
	É promovida uma relação profissional com o utente.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019; Santana et al., 2018)
	O utente tem acesso a um registo eletrónico de saúde online.	(Santana et al., 2019)
	Transmitem-se ao utente todas as informações sobre a sua condição de saúde.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019)
	Promove-se o envolvimento do utente na decisão sobre o seu cuidado ou tratamento.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019; Santana et al., 2018)
	Existe informação sobre o cumprimento dos direitos dos utentes.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019; Santana et al., 2018)
	Está prevista a partilha de informação com o utente sobre o seu estado de saúde e a forma como os seus comportamentos o afetam.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019; Santana et al., 2018)
	É dada informação ao utente para que possa gerir a sua doença.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019; Santana et al., 2018)
	Discutem-se tratamentos alternativos, com base em resultados e efeitos secundários, com o utente.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	Avalia-se o utente tendo em conta o seu contexto cultural e psicológico.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	O doente é considerado especialista na sua saúde e parte integrante da equipa.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	Existe protocolo para referenciação da teleconsulta para outras valências.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)

Tabela 6 - Indicadores da Dimensão da Qualidade: Cuidado Centrado no Paciente - Resultado

CATEGORIA	INDICADOR DE QUALIDADE	FONTE
<b>RESULTADO</b>	Recolhe-se e analisa-se feedback de utentes sobre o serviço de teleconsulta da USF.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019)
	Recolhe-se e analisa-se feedback de utentes sobre interação com os profissionais de saúde durante a teleconsulta/ videoconsulta.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019)
	Existe ficheiro/ registo com as condições/ necessidades de saúde do utente.	Equipa de investigação*
	Existe equipamento e software necessário para a teleconsulta (som, vídeo e rede móvel).	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019)
	Existem relatórios de avaliação do serviço por parte de utentes.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2019)
	Tempos de espera pela teleconsulta.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	Duração da teleconsulta.	Equipa de investigação*
	Horário e disponibilidade de teleconsultas.	Equipa de investigação*
	Informação sobre o custo da teleconsulta para o utente e para a USF.	Equipa de investigação*
	Informação sobre dificuldades no acesso à teleconsulta.	Equipa de investigação*
	Informação sobre dificuldades na realização da teleconsulta.	Equipa de investigação*
	Informação sobre sintomas e doenças diagnosticados/ tratados na teleconsulta.	(Adaptado para a teleconsulta de Santana et al., 2018)
	Informação sobre aceitação da teleconsulta por utentes e profissionais.	Equipa de investigação
	Informação sobre progressão da doença após teleconsulta.	Equipa de investigação*
	Informação sobre efeitos adversos após teleconsulta.	Equipa de investigação*
Informação sobre n.º de idas a urgências após teleconsulta.	Equipa de investigação*	
Informação sobre n.º de eventos sentinela após teleconsulta.	Equipa de investigação*	

\*Equipa de Investigação – Indicador de Qualidade sugerido em discussão entre equipa de investigação

A colheita de dados aconteceu durante o mês de março de 2022, em que foram enviados os questionários através do e-mail para cada um dos especialistas.

### 3.6 RONDAS DELPHI

Através da informação recolhida dos artigos científicos utilizados para a contextualização da metodologia Delphi, foi possível elaborar um esquema (Figura 15) para este estudo, de forma a sintetizar as etapas das rondas Delphi e a servir de orientação para a presente investigação.

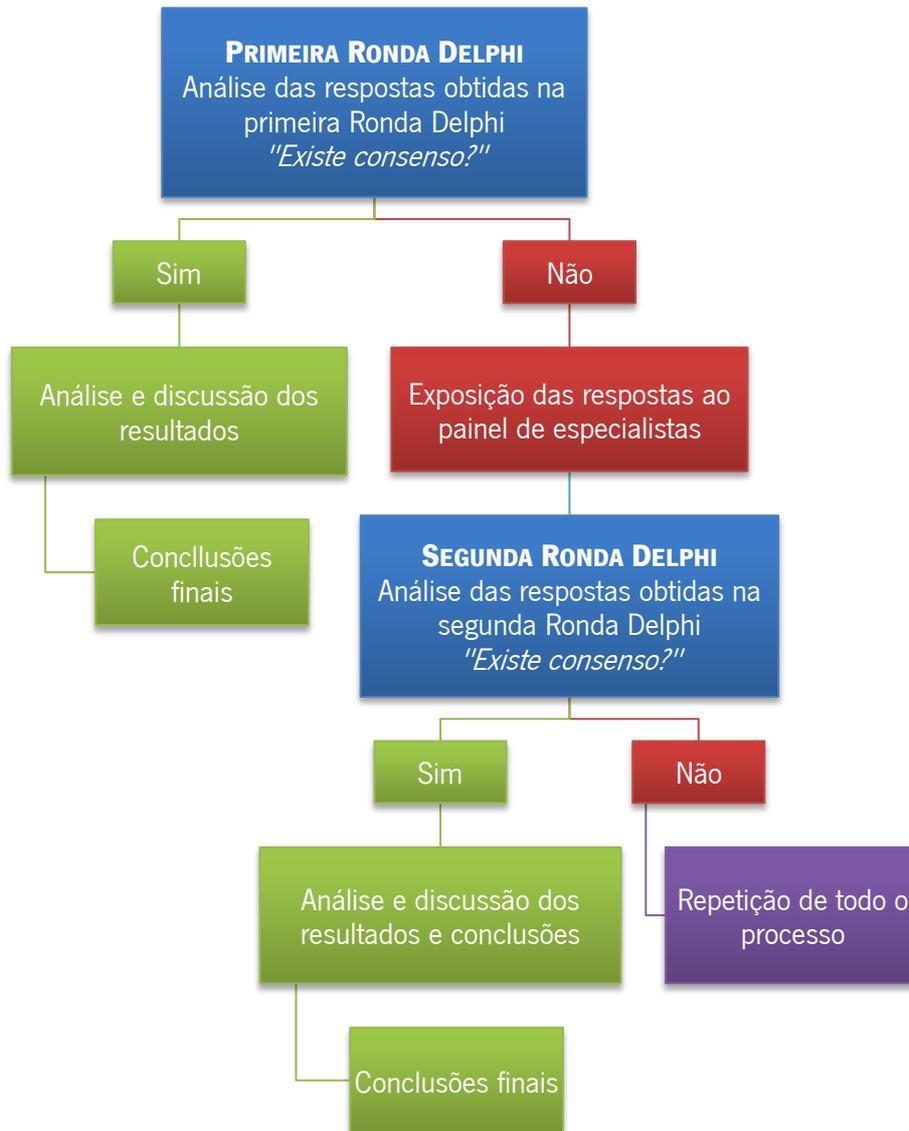
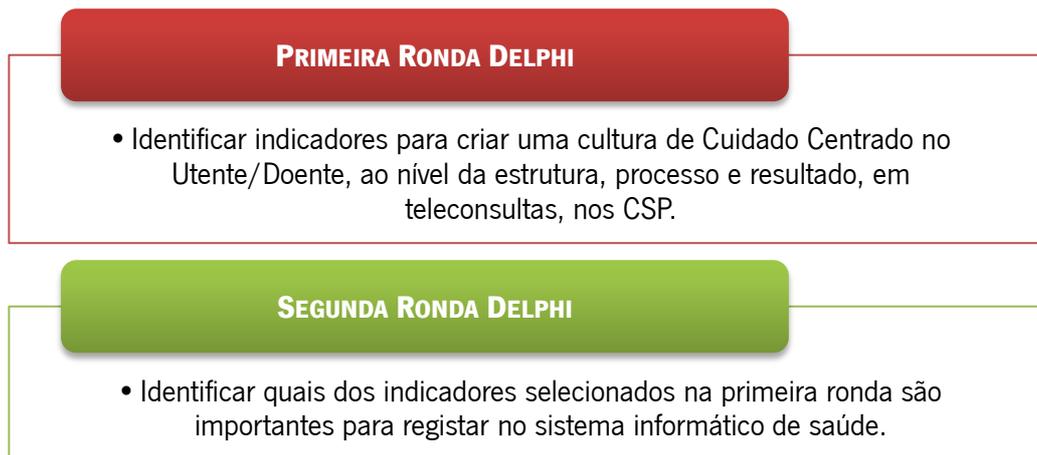


Figura 15 - Esquematização das Rondas Delphi

Como descrito anteriormente, as rondas Delphi são uma etapa característica deste método e, para este estudo, foram necessárias duas rondas com diferentes objetivos para cada uma (Figura 16).



*Figura 16 - Objetivos das Rondas Delphi do estudo*

A primeira ronda teve como objetivo “identificar indicadores para criar uma cultura de Cuidado Centrado no Utente/Doente, ao nível da estrutura, processo e resultado, em teleconsultas, nos CSP”, e, apesar desse objetivo ter sido cumprido foi necessário desenvolver um objetivo para uma segunda ronda, pois os participantes identificaram a maioria dos indicadores como “Muito importante” e “Importante” e, por essa razão, surgiu a necessidade de maior diferenciação nos resultados.

Posto isto, surge um novo objetivo e, por conseguinte, uma nova ronda Delphi. “Identificar quais dos indicadores selecionados na primeira ronda são importantes para registar no sistema informático de saúde”, foi o objetivo definido para a segunda ronda, porque desta maneira os peritos teriam de ser mais específicos com os indicadores que elegeriam para registar diariamente nos serviços informáticos.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Para o grupo definido de 22 especialistas, foram obtidas respostas na sua totalidade. 22 questionários tiveram as suas respostas analisadas e tratadas para o presente estudo.

Avaliou-se a existência de consenso entre os especialistas e as suas opiniões sobre 48 indicadores de qualidade alusivos ao *Cuidado Centrado no Utente/ Doente*: 25 indicadores de qualidade para a categoria Estrutura (Figura 17), 16 indicadores de qualidade para a categoria Processo (Figura 19) e 17 indicadores de qualidade para a categoria Resultado (Figura 21).

Previamente a uma análise mais detalhada de cada categoria, é fundamental referir alguns aspetos comuns às 3 categorias:

- o consenso entre os especialistas não foi elevado ( $w$  de Kendall de 0,574 relativo à categoria Estrutura; 0,663 para categoria Processo; e 0,674 para categoria Resultado); nas próximas secções, analisa-se, de forma mais detalhada, quais os indicadores sobre os quais as opiniões foram mais e menos consensuais;
- relativamente à classificação dos indicadores de qualidade, a maioria das respostas concentraram-se entre o “Muito importante” e o “Importante”; na classificação de “Nada importante” poucas respostas foram obtidas; por último, as opções “Não entendi” e “Não tenho opinião” foram pouco frequentes;
- não foram detetadas respostas na pergunta de resposta aberta para as categorias: *Processo* e *Resultado*, portanto, não foram sugeridos novos indicadores pelos participantes, além dos que constam enumerados no questionário. Com a exceção da categoria *Estrutura*, que foi sugerido por um participante: *a avaliação do efeito do contexto telemático das consultas vs presencial, sobre a demonstração das competências relacionais de ajuda dos profissionais de saúde (comunicação, empatia, relacional)*.

## 4.2 CATEGORIA ESTRUTURA

A categoria *Estrutura* dos indicadores de qualidade para a centralidade do utente inclui os indicadores relacionados com o sistema de saúde e/ou contexto em que o cuidado de saúde é prestado. Para esta categoria, foram analisados 25 indicadores (Figura 17).



Figura 17 - Indicadores de Qualidade da Categoria Estrutura

Alguns indicadores receberam a classificação “Muito importante” com frequência elevada: 18, 16 e 15 vezes. Os indicadores considerados como “Muito importante” com mais frequência foram: *Existe um*

*programa do Cuidado Centrado no Utente*, com 18 respostas, seguindo-se *O sistema de informação permite consultar e registar informação da teleconsulta* (16 respostas) e, com 15 respostas, os seguintes indicadores: *O sistema de informação assegura privacidade e segurança da informação da teleconsulta*; *Existe suporte técnico à teleconsulta direcionada ao utente*; *Existe suporte técnico à teleconsulta na USF*; e, por fim, *Existe um plano de formação sobre os Cuidados Centrados no Utente em ambiente de teleconsulta para profissionais de saúde*. O indicador semelhante a este último, mas com alteração do grupo de profissionais: *Existe um plano de formação sobre os Cuidados Centrados no Utente em ambiente de teleconsulta para profissionais administrativos e auxiliares* obteve apenas 12 respostas na opção “Muito importante” e 5 respostas para as opções mais negativas entre o “Pouco importante” e o “Nada importante”.

Dos restantes, destacam-se 3 indicadores com apenas 7 respostas de “Muito importante” cada: *Existe envolvimento da comunidade na criação de protocolos de teleconsulta*; *A formação sobre teleconsulta foi acreditada*; e *A teleconsulta abrange a diversidade dos cuidados prestados pela USF*.

O indicador mais valorizado referido anteriormente, *Existe um programa do Cuidado Centrado no Utente*, foi o único que obteve apenas classificações positivas entre o “Muito Importante” (18 respostas) e o “Importante” (3 respostas). Destaca-se ainda o indicador *Existência de planos de supervisão, avaliação e desenvolvimento individual dos profissionais de saúde*, com classificação na sua maioria entre o “Muito importante” e o “Importante” e apenas 1 especialista classifica o indicador como “Pouco importante”. Também os indicadores *Existe suporte técnico à teleconsulta na USF* e *São asseguradas horas de atendimento (teleconsulta em “casa aberta”) para interação utente-profissional de saúde* obtiveram apenas classificações entre o “Muito importante” e o “Importante”, mas com o acréscimo de 1 resposta em cada um destes indicadores, na opção “Não entendi”.

O indicador mais classificado como “Nada importante” e por apenas 3 especialistas foi *Durante a prática de teleconsulta, há avaliação da formação dos profissionais*. Importa ainda referir que 2 especialistas responderam como “Não tenho opinião” ao indicador: *Foram criados grupos de utentes para aconselhamento do serviço de teleconsulta*, além disto, a opção “Não entendi” foi selecionada por 1 especialista em vários dos indicadores.

A Figura 18 apresenta as opiniões dos vários especialistas acerca dos indicadores da categoria Estrutura (o número de indicador refere-se à posição do mesmo na Figura 17; por razões de confidencialidade, os participantes estão ordenados de forma diferente do que acontece na Tabela 2,

mas na mesma ordem que na Figura 20 e na Figura 22). Esta figura permite ter uma ideia sobre o grau de consenso entre os especialistas: apesar de muitas respostas terem sido “Muito importante” ou “Importante”, nota-se alguma falta de consenso relativamente à importância atribuída aos vários indicadores.

Indicador	Participante																				Soma	Média	dp		
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T				U	V
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	84	3.82	0.386
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	2	78	3.55	0.582
20	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	78	3.71	0.452	
22	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	2	4	3	3	78	3.71	0.547	
19	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	77	3.67	0.471	
21	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	2	4	4	3	77	3.67	0.563	
23	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3	2	3	3	77	3.67	0.563	
6	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	2	76	3.45	0.582
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	1	2	3	1	76	3.45	0.940
12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	4	4	4	3	4	3	3	3	3	1	76	3.45	0.782
18	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	2	4	3	3	76	3.62	0.575	
16	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	2	3	4	3	3	3	3	4	3	3	74	3.52	0.587	
17	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	2	4	3	3	74	3.52	0.587	
3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	2	72	3.27	0.538
11	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	4	3	4	3	3	4	3	3	3	3	1	72	3.43	0.791	
24	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	4	2	1	2	3	70	3.33	0.836	
8	4	4	4	4	3	4	4	4	4	2	3	3	4	3	4	4	4	2	1	2	2	69	3.29	0.933	
13	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	2	4	2	3	3	3	3	3	2	3	69	3.29	0.765	
9	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	2	1	1	3	1	68	3.09	0.996
14	4	4	3	4	4	3	4	3	3	2	4	3	3	3	3	3	2	2	1	3	1	66	3.00	0.905	
15	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	2	4	1	3	2	3	3	2	3	3	66	3.14	0.833	
25	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	2	3	3	2	3	4	2	1	1	3	66	3.14	0.990	
5	4	4	4	4	4	3	3	4	3	2	4	3	4	3	3	3	2	3	3	1	1	64	3.20	0.812	
4	4	4	4	4	4	3	2	4	2	2	4	3	4	3	2	3	4	3	1	2	1	62	3.10	0.943	
10	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	2	3	3	3	2	3	3	3	1	1	1	61	3.05	0.921	

Legenda: 4 - "Muito importante"; 3 - "Importante"; 2 - "Pouco importante"; 1 - "Nada importante"; quadrícula em branco - "Não tenho opinião"; quadrícula a preto - "Não entendi"; dp - desvio padrão

Figura 18 - Opiniões dos especialistas acerca dos indicadores da categoria Estrutura

Para perceber melhor quais os indicadores sobre os quais as opiniões foram mais ou menos consensuais, determinou-se o desvio padrão, por indicador, das pontuações que constam na figura (desvio padrão inferior significa maior consenso entre os especialistas; as situações em que os especialistas não tinham opinião ou não entenderam o indicador foram, para efeitos deste cálculo, excluídas).

Em suma, entre as 3 categorias, a Estrutura foi onde existiu maior diversidade entre as opiniões dos especialistas. Os indicadores relacionados com o sistema de saúde e/ou contexto em que o cuidado de saúde é prestado com maior destaque foram: *Existência de um programa do Cuidado Centrado no Utente* (indicador 2); *Existência de planos de supervisão, avaliação e desenvolvimento individual dos profissionais de saúde* (indicador 1); *Existe suporte técnico à teleconsulta na USF* (indicador 20); *O sistema de informação permite consultar e registar informação da teleconsulta* (indicador 22); *São asseguradas horas de atendimento (teleconsulta em “casa aberta”) para interação utente – profissional de saúde* (indicador 19); *Existe suporte técnico à teleconsulta direcionado ao utente* (indicador 21); *O sistema de informação assegura privacidade e segurança da informação da teleconsulta* (indicador 23);

Existência de publicitação dos tipos de serviços disponibilizados (indicador 6); e, por fim, Existe um plano de formação sobre os Cuidados Centrados no Utente em ambiente de teleconsulta para profissionais de saúde (indicador 7).

### 4.3 CATEGORIA PROCESSO

A categoria *Processo* dos indicadores de qualidade para a centralidade do utente acolhe indicadores associados à relação e interação entre profissionais de saúde e utentes/ doentes. Para esta categoria, foram analisados 16 indicadores (Figura 19).

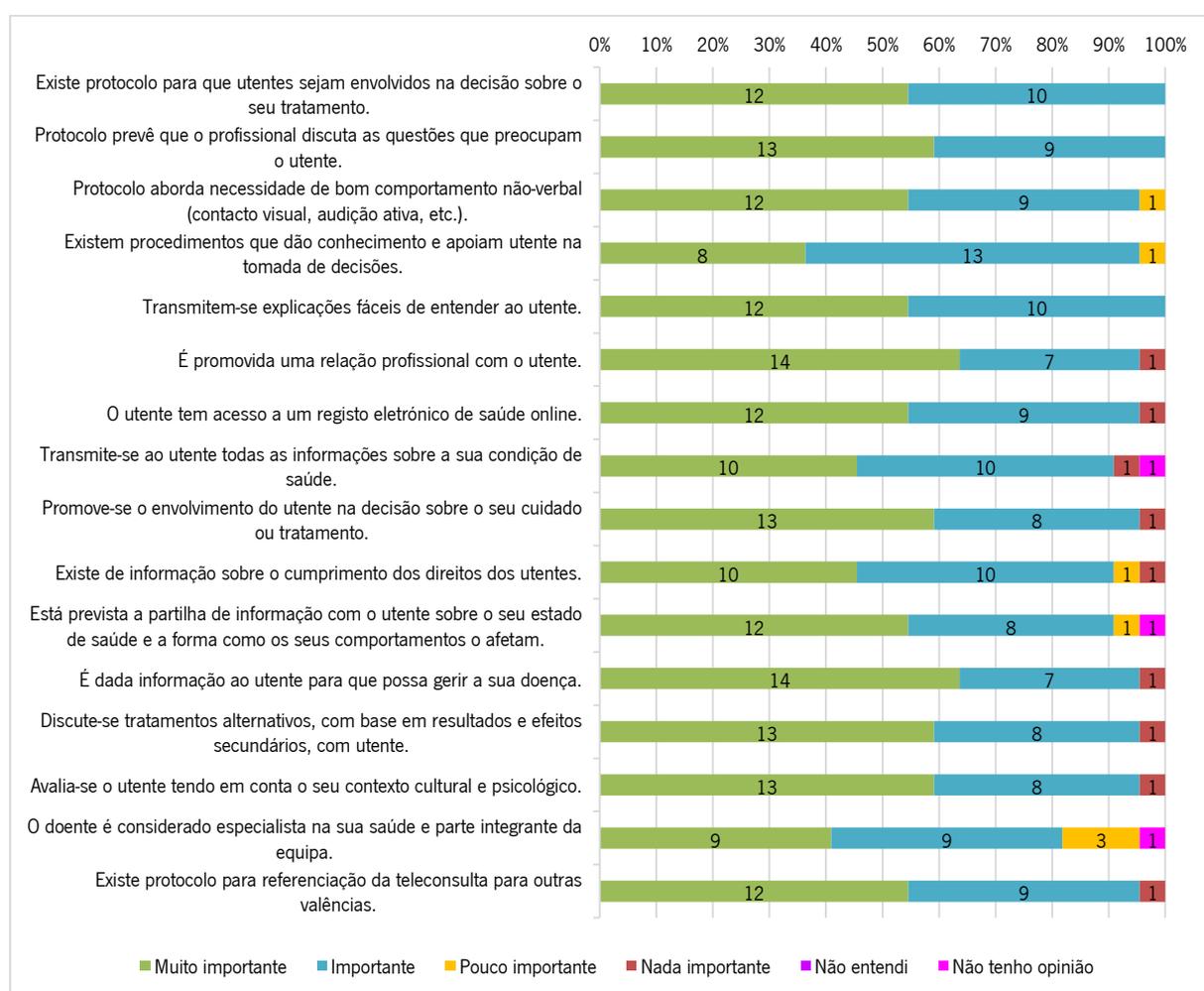


Figura 19 - Indicadores de Qualidade da Categoria Processo

Os indicadores que foram mais frequentemente avaliados com “Muito importante” foram-no em 14 ou 13 respostas. Com 14 respostas “Muito importante” cada, destacam-se os seguintes: *É dada informação ao utente para que possa gerir a sua doença* e *É promovida uma relação profissional com o*

utente. E com 13 respostas “Muito importante” cada um dos indicadores: *Avalia-se o utente tendo em conta o seu contexto cultural e psicológico; Discute-se tratamentos alternativos, com base em resultados e efeitos secundários, com o utente; Promove-se o envolvimento do utente na decisão sobre o seu cuidado ou tratamento; e Protocolo prevê que o profissional discuta as questões que preocupam o utente.*

Os indicadores *Transmitem-se explicações fáceis de entender ao utente; Protocolo prevê que o profissional discuta as questões que preocupam o utente; e Existe protocolo para que utentes sejam envolvidos na decisão sobre o seu tratamento* foram classificados apenas com “Muito importante” ou “Importante”. Nesta categoria de indicadores, foram raras as classificações de “Pouco importante” ou “Nada importante”. *O doente é considerado especialista na sua saúde e parte integrante da equipa* foi o indicador com mais respostas na opção “Pouco importante” (3 respostas). A opção “Não entendi” não foi selecionada para nenhum dos indicadores, ao contrário do que aconteceu na categoria anterior.

A Figura 20 apresenta as opiniões dos vários especialistas acerca dos indicadores da categoria Processo (o número de indicador refere-se à posição do mesmo na Figura 19; os participantes estão ordenados na mesma ordem que na Figura 18 e na Figura 22). Apesar da maior parte das respostas terem sido “Muito importante” ou “Importante” e do consenso ter sido mais elevado do que na categoria anterior, ainda se nota alguma falta de consenso relativamente à importância atribuída aos vários indicadores.

		Participante																				Soma	Média	dp		
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V			
Indicador	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	79	3.59	0.492
	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	78	3.55	0.498
	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	78	3.55	0.498
	6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	1	3	3	3	3	78	3.55	0.722
	12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	1	3	4	3	3	3	78	3.55	0.722
	3	4	4	4	4	3	4	4	3	2	3	4	4	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	77	3.50	0.584
	9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	1	3	4	3	3	3	77	3.50	0.723
	13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3	1	3	3	3	3	3	77	3.50	0.723
	14	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	1	3	3	3	3	3	77	3.50	0.723
	7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	3	1	3	3	3	3	3	76	3.45	0.722
	16	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	1	3	4	3	3	3	76	3.45	0.722
	11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3		3	3	2	3	3	3	3	3	74	3.52	0.587
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	73	3.32	0.555
	10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	73	3.32	0.762
	8	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3		3	3	1	3	4	3	3	3	71	3.38	0.722
	15	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3		3	3	2	2	3	3	2	3	69	3.29	0.700

**Legenda:** 4 - "Muito importante"; 3 - "Importante"; 2 - "Pouco importante"; 1 - "Nada importante"; quadrícula em branco - "Não tenho opinião"; quadrícula a preto - "Não entendi"; dp - desvio padrão

Figura 20 - Opiniões dos especialistas acerca dos indicadores da categoria Processo

Em jeito de conclusão, nos 16 indicadores associados à relação e interação entre profissionais de saúde e utentes/ doentes, foram obtidas no total 16 respostas nas opções “Pouco importante” ou “Nada importante”, o que faz do Processo, entre as 3 categorias, a que obteve menos classificações

pouco positivas. A grande maioria dos especialistas classificaram todos os indicadores como “Muito importante” ou “Importante”. Destacam-se os indicadores melhor classificados: *Protocolo prevê que o profissional discuta as questões que preocupam o utente* (indicador 2); *Existe protocolo para que utentes sejam envolvidos na decisão sobre o seu tratamento* (indicador 1); *Transmitem-se explicações fáceis de entender ao utente* (indicador 5); *É promovida uma relação profissional com o utente* (indicador 6); *É dada informação ao utente para que possa gerir a sua doença* (indicador 12); *Protocolo aborda necessidade de bom comportamento não-verbal (contacto visual, audição ativa, etc.)* (indicador 3); *Promove-se o envolvimento do utente na decisão sobre o seu cuidado ou tratamento* (indicador 9); *Discute-se tratamentos alternativos, com base em resultados e efeitos secundários, com o utente* (indicador 13); e, *Avalia-se o utente tendo em conta o seu contexto cultural e psicológico* (indicador 14).

#### 4.4 CATEGORIA RESULTADO

A categoria *Resultado* dos indicadores de qualidade para a centralidade do utente abrange indicadores relativos aos resultados das interações com o sistema de saúde. Para esta categoria foram analisados 17 indicadores (Figura 21).

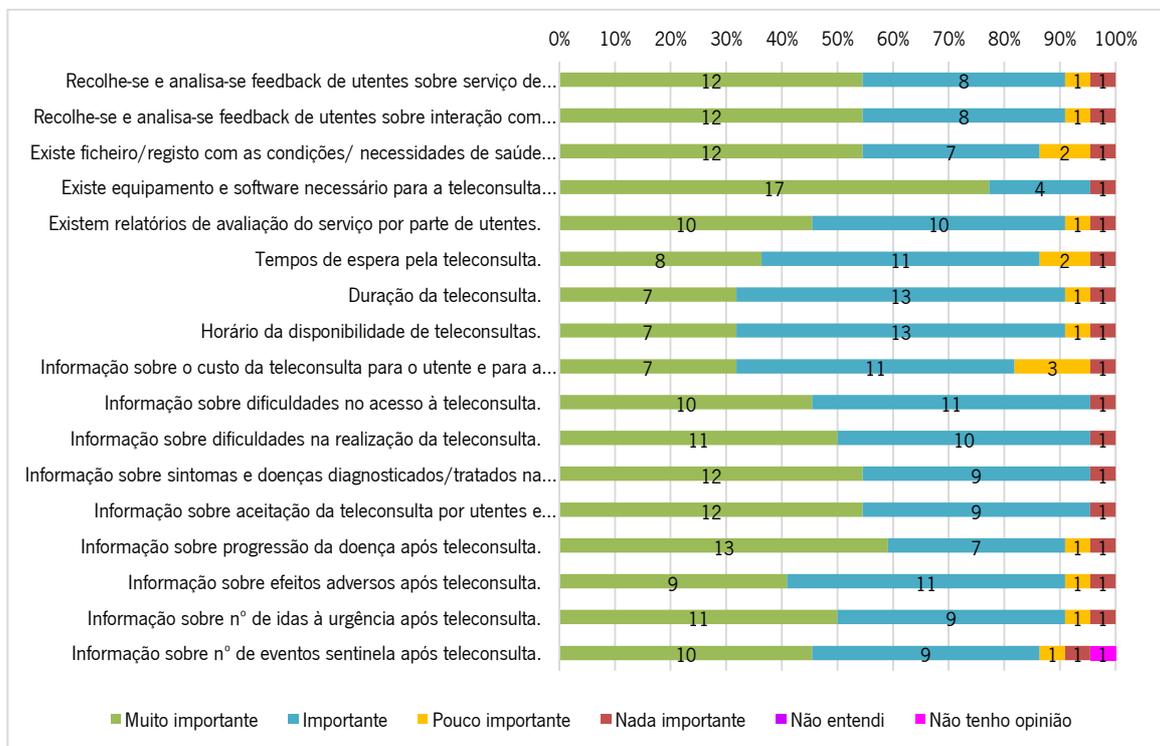


Figura 21 - Indicadores de Qualidade da Categoria Resultado

Os indicadores que foram mais vezes classificados como “Muito importante” foram-no 17, 13 e 12 vezes: com 17 respostas “Muito importante”, *Existe equipamento e software necessário para a teleconsulta (som, vídeo e rede móvel)*; seguindo-se *Informação sobre progressão da doença após teleconsulta* (13) e, todos com 12 respostas atribuindo importância máxima, *Informação sobre aceitação da teleconsulta por utentes e profissionais*; *Informação sobre sintomas e doenças diagnosticados/ tratados na teleconsulta*; *Existe ficheiro/ registo com as condições/ necessidades de saúde do utente*; *Recolhe-se e analisa-se feedback de utentes sobre interação com os profissionais de saúde durante a teleconsulta/ videoconsulta*; e *Recolhe-se e analisa-se feedback de utentes sobre o serviço de teleconsulta da USF*. Além do referido, um grande número de respostas recaiu sobre a classificação “Importante”, com 13 ocorrências: *Horário da disponibilidade de teleconsulta* e *Duração da teleconsulta*.

Houve poucas respostas que correspondessem a classificar indicadores como “Pouco importante” ou “Nada importante”, sendo que a maior concentração deste tipo de respostas foi para o indicador *Informação sobre o custo da teleconsulta para o utente e para a USF* (3 respostas “Pouco importante” e uma “Nada importante”). Não houve respostas na opção “Não entendi” e apenas 1 participante selecionou a opção “Não tenho opinião” para o indicador *Informação sobre o nº de eventos sentinela após teleconsulta*.

A Figura 22 apresenta as opiniões dos vários especialistas acerca dos indicadores da categoria Resultado (o número de indicador refere-se à posição do mesmo na Figura 21; os participantes estão ordenados na mesma ordem que na Figura 18 e na Figura 20). Nota-se que, nesta categoria, o consenso foi inferior ao que aconteceu na categoria anterior.

		Participante																				Soma	Média	dp				
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V					
Indicador	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	3	1	81	3.68	0.700
	12	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	1	76	3.45	0.722	
	13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	1	76	3.45	0.722	
	14	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	3	2	3	3	3	1	76	3.45	0.782	
	1	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4	3	3	3	2	3	3	3	1	75	3.41	0.778	
	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	75	3.41	0.778	
	11	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	75	3.41	0.717	
	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	4	2	3	2	3	3	3	1	74	3.36	0.828	
	10	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	1	74	3.36	0.710	
	16	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	1	74	3.36	0.771	
	5	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	73	3.32	0.762	
	15	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	1	72	3.27	0.750	
	6	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	4	3	4	3	3	3	3	2	3	3	3	1	70	3.18	0.777	
	7	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	2	3	3	3	1	70	3.18	0.716	
	8	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	2	3	3	3	1	70	3.18	0.716	
	17	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	1	70	3.33	0.777	
	9	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	3	4	4	2	3	3	3	2	3	3	3	1	68	3.09	0.793	

**Legenda:** 4 - "Muito importante"; 3 - "Importante"; 2 - "Pouco importante"; 1 - "Nada importante"; quadrícula em branco - "Não tenho opinião"; quadrícula a preto - "Não entendi"; dp - desvio padrão

Figura 22 - Opiniões dos especialistas acerca dos indicadores da categoria Resultado

Em síntese, dos 17 indicadores relativos aos resultados das interações com o sistema de saúde, são destacados como mais importantes: *Existe equipamento e software necessário para a teleconsulta (som, vídeo e rede móvel)* (indicador 4); *Informação sobre sintomas e doenças diagnosticados/ tratados na teleconsulta* (indicador 12); *Informação sobre aceitação da teleconsulta por utentes e profissionais* (indicador 13); *Informação sobre progressão da doença após teleconsulta* (indicador 14); *Recolhe-se e analisa-se feedback de utentes sobre o serviço de teleconsulta da USF* (indicador 1); *Recolhe-se e analisa-se feedback de utentes sobre interação com os profissionais de saúde durante a teleconsulta/ videoconsulta* (indicador 2); *Informação sobre dificuldades na realização da teleconsulta* (indicador 11); e, *Existe ficheiro/ registo com as condições/ necessidades de saúde do utente* (indicador 3).

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Como é possível observar no capítulo anterior, quando comparadas as três categorias de indicadores consideradas, *Estrutura*, *Processo* e *Resultado*, na *Estrutura*, foi mais fácil de distinguir os indicadores que, para os especialistas, são mais importantes, pois obtiveram elevado número de respostas na opção “Muito importante”. Já nas restantes categorias, essa distinção não foi tão evidente. Houve alguns indicadores menos consensuais e que recolheram avaliações de “Não entendi”, que merecerão alguma reflexão e, provavelmente, terão que ser reescritos ou retirados. Alternativamente, podem ser relativos a aspetos que deveriam implicar ações de formação junto dos profissionais.

Atentando nos resultados obtidos neste Trabalho de Projeto, especialmente, os indicadores mais destacados e melhor classificados pelos especialistas envolvidos na investigação, é possível relacionar com as principais considerações encontradas na revisão de literatura realizada nos primeiros capítulos. Em conformidade com Silva et al. (2022), que identificam e reuniram os principais benefícios e limitações da digitalização da saúde nos CSP (descritos na Tabela 1), e com a finalidade de atuar no mesmo sentido, os indicadores destacados na análise dos resultados desta investigação podem contribuir positivamente para a evolução da telemedicina nos CSP em Portugal. Num outro estudo, realizado em Portugal por O'Neill et al. (2022), são referidas dificuldades de adaptação do utente às TIC e ausência de equipamentos necessários para a teleconsulta, e para isto, os indicadores enumerados a seguir, podem contribuir para ultrapassar essas mesmas limitações: *Existe suporte técnico à teleconsulta direcionado ao utente* (da categoria *Estrutura*); *Existe equipamento e software necessário para a teleconsulta (som, vídeo e rede móvel)* (da categoria *Resultado*); *Informação sobre aceitação da teleconsulta por utentes e profissionais* (da categoria *Resultado*); *Recolhe-se e analisa-se feedback de utentes sobre o serviço de teleconsulta da USF* (da categoria *Resultado*); *Existe ficheiro/registo com as condições/ necessidades de saúde do utente* (da categoria *Resultado*).

Numa outra linha de estudo, nomeadamente a centralidade no utente, Santana et al.(2018) afirmam que os sistemas de saúde devem encontrar uma forma eficaz de implementação do Cuidado Centrado no Utente e, na mesma linha de raciocínio, Imlach et al. (2020) asseguram que os utentes pretendem conseguir optar por consultas que preencham as suas necessidades, circunstâncias e preferências (o

que vai de encontro à definição de centralidade no utente). Também Talal et al. (2020) sugerem domínios para uma implementação abrangente de serviços de telemedicina associados ao foco da centralidade no utente e, de encontro às afirmações destes estudos, alguns indicadores (da categoria *Estrutura*), resultado da presente investigação, podem contribuir para uma boa implementação da teleconsulta, tais como: *Existência de um programa do Cuidado Centrado no Utente; Existência de planos de supervisão, avaliação e desenvolvimento individual dos profissionais de saúde; O sistema de informação assegura privacidade e segurança da informação da teleconsulta; e Existe um plano de formação sobre os Cuidados Centrados no Utente em ambiente de teleconsulta para profissionais de saúde.* O *feedback* obtido por parte dos utentes é também uma boa forma de desenvolver e melhorar estratégias para uma boa implementação abrangente da telemedicina e para isto, os seguintes indicadores da categoria *Resultado*, acrescentam valor: *Informação sobre sintomas e doenças diagnosticados/ tratados na teleconsulta; Informação sobre aceitação da teleconsulta por utentes e profissionais; Informação sobre progressão da doença após teleconsulta; Recolhe-se e analisa-se feedback de utentes sobre o serviço de teleconsulta da USF; Existe ficheiro/ registo com as condições/ necessidades de saúde do utente; e Informação sobre dificuldades na realização da teleconsulta.*

Stewart et al. (2021) apresentam sugestões sobre intervenções relacionadas com a centralidade no utente, particularmente: otimizar a equipa de profissionais de saúde através da escolha do número e do tipo de profissionais, tendo em conta as preferências do utente; e aumentar número de horas de acompanhamento de enfermeiros para atender as necessidades do utente e melhorar a sensação de apoio ao utente por parte dos profissionais de saúde. No mesmo sentido, e para colmatar essas intervenções, destacam-se os indicadores: *São asseguradas horas de atendimento (teleconsulta em “casa aberta”) para interação utente – profissional de saúde* (da categoria *Estrutura*); *Recolhe-se e analisa-se feedback de utentes sobre o serviço de teleconsulta da USF* (da categoria *Resultado*).

Ainda dentro do mesmo contexto e relacionado com o descrito no parágrafo anterior, Gabay et al. (2022) sugerem que, para aprimorar os cuidados de saúde em serviços de telemedicina focando na centralidade no utente, os profissionais de saúde devem adaptar e estruturar a comunicação à mentalidade de cada utente. Nos resultados aqui obtidos, os especialistas destacaram indicadores relacionados com a comunicação, de uma forma geral no ato de comunicar: *Transmitem-se explicações fáceis de entender ao utente; É promovida uma relação profissional com o utente; Protocolo aborda necessidade de bom comportamento não-verbal (contacto visual, audição ativa, etc.); Avalia-se o utente tendo em conta o seu contexto cultural e psicológico;* e, mais especificamente, no

âmbito de adaptar a comunicação a cada pessoa e envolver o doente no seu processo de saúde: *Protocolo prevê que o profissional discuta as questões que preocupam o utente; Existe protocolo para que utentes sejam envolvidos na decisão sobre o seu tratamento; É dada informação ao utente para que possa gerir a sua doença; Promove-se o envolvimento do utente na decisão sobre o seu cuidado ou tratamento; e Discute-se tratamentos alternativos, com base em resultados e efeitos secundários, com o utente.* Todos os indicadores referidos encaixam na categoria *Processo*, porque se trata da interação e relação utente – profissional de saúde.

Correlacionando a comunicação com a empatia, e sobre este conceito Simões et al. (2021) concluem, no seu estudo efetuado nos CSP, em Portugal, que a maioria dos utentes destacam positivamente a empatia na relação com o profissional de saúde, e neste sentido, os indicadores descritos no parágrafo anterior podem também contribuir para a apreciação de empatia nos cuidados de saúde prestados. Além disto, através do indicador: *Recolhe-se e analisa-se feedback de utentes sobre interação com os profissionais de saúde durante a teleconsulta/ videoconsulta* (da categoria *Resultado*), existe a possibilidade de avaliar a perceção dos utentes e, após isso, desenvolver estratégias para melhorar a interação utente – profissional de saúde.

## **5.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Após a análise e discussão de resultados, apesar de bem conseguidos, percebe-se que não foi obtida uma distinção eficaz entre os 48 indicadores, transmitindo-se a ideia de que todos os indicadores enumerados para avaliação são “Muito importantes” ou “Importantes” para criar uma cultura de Cuidado Centrado no Utente/Doente em teleconsultas, nos CSP, em Portugal.

O tempo de investigação foi uma limitação para o estudo, pois devido ao curto período de tempo, não foi possível realizar uma segunda ronda Delphi, de modo a conseguir maior distinção entre os indicadores de qualidade de todas as categorias para estabelecimento uma cultura de Cuidado Centrado no Utente/Doente em teleconsultas ou maior consenso relativamente aos que levantaram mais dúvidas, para *a posteriori* ser possível reunir os indicadores numa *check-list* e se fazerem esforços para os incorporar em registo clínico nos sistemas de informação.

Uma outra limitação relaciona-se com o facto dos participantes serem todos, e apenas, profissionais de saúde da mesma região de Portugal. Teria sido interessante envolver outro tipo de especialistas (por exemplo, académicos que estudam o tema, membros de associações de utentes/doentes).

## 6 CONCLUSÕES

A telemedicina, como oportunidade de superar grandes desafios na prestação de cuidados e promoção da saúde, direcionada a uma população cada vez mais envelhecida com comorbidades crónicas e consequentes problemas de acesso e de sustentabilidade, é uma das áreas fundamentais e em crescimento exponencial no setor da saúde português. Setor este pressionado por fatores económicos, político-legais, demográficos, tecnológicos, educacionais, socioculturais e organizacionais (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019).

Tendo em conta todos os benefícios e desvantagens ou limitações dos serviços de telemedicina, importa garantir a qualidade, assegurando cuidados de saúde com base na segurança, oportunidade, eficácia e eficiência, equidade e, com especial relevância para esta investigação, a centralidade no utente. É fundamental atender às necessidades individuais do utente/doente, considerando a experiência de doença e de cuidados de saúde do próprio utente (Institute of Medicine, 2001) para obter qualidade nos cuidados prestados, nomeadamente em contexto de teleconsulta.

### 6.1 PRINCIPAIS RESULTADOS

De forma melhorar a prestação de cuidados de saúde, em contexto de teleconsulta em CSP, sobretudo no que diz respeito à centralidade no utente, para este estudo foi o objetivo primordial identificar indicadores para criar uma cultura de Cuidado Centrado no Utente/Doente em teleconsultas. Resultou desta investigação a seleção e avaliação de 48 indicadores de qualidade, dentro de 3 categorias: *Estrutura*, *Processo* e *Resultado*, com foco na centralidade no utente, e adaptados à realidade portuguesa. O consenso entre os especialistas não foi elevado para as categorias como um todo (w de Kendall de 0,574 relativo à categoria *Estrutura*; 0,663 para categoria *Processo*; e 0,674 para categoria *Resultado*). Houve, no entanto, bastante consenso relativamente a alguns indicadores.

Para a primeira categoria, a *Estrutura*, foram selecionados 25 indicadores respetivos ao sistema de saúde ou contexto em que o cuidado de saúde é prestado e, destes, o grupo de especialistas salientou os seguintes: *Existência de um programa do Cuidado Centrado no Utente*; *Existência de planos de supervisão, avaliação e desenvolvimento individual dos profissionais de saúde*; *Existe suporte técnico à teleconsulta na USF*; *O sistema de informação permite consultar e registar informação da teleconsulta*; *São asseguradas horas de atendimento (teleconsulta em “casa aberta”) para interação utente –*

*profissional de saúde; Existe suporte técnico à teleconsulta direcionado ao utente; O sistema de informação assegura privacidade e segurança da informação da teleconsulta; Existência de publicitação dos tipos de serviços disponibilizados; e, por fim, Existe um plano de formação sobre os Cuidados Centrados no Utente em ambiente de teleconsulta para profissionais de saúde.*

Na segunda categoria avaliada, inserem-se os indicadores com foco na relação e interação entre profissionais de saúde e utentes/ doentes, por isso, o *Processo*, em que os melhor classificados dos 16 indicadores foram: *Protocolo prevê que o profissional discuta as questões que preocupam o utente; Existe protocolo para que utentes sejam envolvidos na decisão sobre o seu tratamento; Transmitem-se explicações fáceis de entender ao utente; É promovida uma relação profissional com o utente; É dada informação ao utente para que possa gerir a sua doença; Protocolo aborda necessidade de bom comportamento não-verbal (contacto visual, audição ativa, etc.); Promove-se o envolvimento do utente na decisão sobre o seu cuidado ou tratamento; Discute-se tratamentos alternativos, com base em resultados e efeitos secundários, com o utente; e Avalia-se o utente tendo em conta o seu contexto cultural e psicológico.*

Por último, foram avaliados 17 indicadores, da categoria *Resultado*, que abordam resultados das interações com o sistema de saúde. Foram destacados como mais importantes: *Existe equipamento e software necessário para a teleconsulta (som, vídeo e rede móvel); Informação sobre sintomas e doenças diagnosticados/ tratados na teleconsulta; Informação sobre aceitação da teleconsulta por utentes e profissionais; Informação sobre progressão da doença após teleconsulta; Recolhe-se e analisa-se feedback de utentes sobre o serviço de teleconsulta da USF; Recolhe-se e analisa-se feedback de utentes sobre interação com os profissionais de saúde durante a teleconsulta/ videoconsulta; Informação sobre dificuldades na realização da teleconsulta; e Existe ficheiro/ registo com as condições/ necessidades de saúde do utente.*

Tal como defendem Santana et al. (2018), a implementação dos Cuidados Centrados no Utente traz desafios e envolve mudanças críticas, especialmente na forma de como os cuidados de saúde são prestados e, claro, na interação entre profissionais de saúde e utentes. Através dos resultados obtidos neste estudo, destaca-se a pertinência de avaliação dos cuidados de saúde prestados, bem como, da adaptação dos cuidados, profissionais e utentes à digitalização da saúde.

Para um contínuo desenvolvimento de ferramentas validadas, que avaliam a qualidade dos cuidados de saúde prestados com base na centralidade no utente, é fundamental a existência de investigações futuras neste sentido (Santana et al., 2019).

Particularmente, para a implementação dos serviços de telemedicina nos CSP, em Portugal, nomeadamente a teleconsulta, salienta-se a importância da contínua formação na área da digitalização da saúde, para utentes e profissionais de saúde.

## **6.2 SUGESTÕES DE INVESTIGAÇÃO FUTURA**

Fundamentado nos resultados e conclusões deste trabalho de projeto, sugere-se para uma investigação futura, na mesma área de estudo, o cumprimento do objetivo da segunda ronda Delphi descrito em capítulos anteriores como: “Identificar quais dos indicadores selecionados na primeira ronda são importantes para registar no sistema informático de saúde”. A partir deste objetivo sugere-se que, com base nos indicadores identificados neste estudo, sejam nomeados para um registo diário no sistema informático dos serviços de saúde, de modo a compreender a qualidade no âmbito da centralidade do utente nos CSP.

Seria também interessante envolver outros tipos de atores-chave e especialistas (por exemplo, académicos que estudam o tema, membros de associações de utentes/doentes) num estudo semelhante.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2016). *Organizing Quality Measures by Domains of Health Care Quality*. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/translate/organize/quality-domain.html>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2018). *Six Domains of Health Care Quality*. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html>
- Barbosa, W., Zhou, K., Waddell, E., Myers, T., & Dorsey, E. R. (2021). Improving Access to Care: Telemedicine Across Medical Domains. *Annual Review of Public Health*, 42, 463-481. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090519-093711>
- Brandrud, A. S., Nyen, B., Hjortdahl, P., Sandvik, L., Helljesen Haldorsen, G. S., Bergli, M., Nelson, E. C., & Bretthauer, M. (2017). Domains associated with successful quality improvement in healthcare - a nationwide case study. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 648. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2454-2>
- Cruz, A. C., & Pedreira, M. D. L. G. (2020). Patient-and Family-Centered Care and Patient Safety: reflections upon emerging proximity. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0672>
- Direção-Geral da Saúde. (s.d.). *Telemedicina*. <https://eportugal.gov.pt/en/servicos/obter-informacoes-sobre-a-telemedicina>
- Eze, N. D., Mateus, C., & Cravo Oliveira Hashiguchi, T. (2020). Telemedicine in the OECD: An umbrella review of clinical and cost-effectiveness, patient experience and implementation. *PLoS One*, 15(8), e0237585. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237585>
- Gabay, G., Ornoy, H., & Moskowitz, H. (2022). Patient-centered care in telemedicine – An experimental-design study. *International Journal of Medical Informatics*, 159, 104672. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104672>
- Imlach, F., McKinlay, E., Middleton, L., Kennedy, J., Pledger, M., Russell, L., Churchward, M., Cumming, J., & McBride-Henry, K. (2020). Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences and preferences. *BMC family practice*, 21(1), 269-269. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01336-1>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/10027>
- Joling, K. J., van Eenoo, L., Vetrano, D. L., Smaardijk, V. R., Declercq, A., Onder, G., van Hout, H. P. J., & van der Roest, H. G. (2018). Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PLoS One*, 13(1), e0190298. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190298>
- Kaplan, B. (2020). Revisiting Health Information Technology Ethical, Legal, and Social Issues and Evaluation: Telehealth/Telemedicine and COVID-19. *Int J Med Inform*, 143, 104239. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104239>
- Lu, W., Hou, H., Ma, R., Chen, H., Zhang, R., Cui, F., Zhang, Q., Gao, Y., Wang, X., Bu, C., Zhao, J., & Zhai, Y. (2021). Influencing factors of patient satisfaction in teleconsultation: A cross-sectional study. *Technological Forecasting and Social Change*, 168, 120775. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2021.120775>
- Nasa, P., Jain, R., & Juneja, D. (2021). Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World J Methodol*, 11(4), 116-129. <https://doi.org/10.5662/wjm.v11.i4.116>
- Niederberger, M., & Spranger, J. (2020). Delphi Technique in Health Sciences: A Map. *Front Public Health*, 8, 457. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00457>

- O'Neill, C., Matias, M. V., Peixoto, V. R., O'Neill, H., Aguiar, P., & Castela, E. (2022). [Teleconsultation in the Portuguese National Health Service During the COVID-19 Pandemic: A Survey of Physicians' Views and Future Implications]. *Acta Med Port.* <https://doi.org/10.20344/amp.16724> (Consulta Não Presencial no Serviço Nacional de Saúde Português Durante a Pandemia de COVID-19: Estudo da Opinião dos Médicos e Implicações para o Futuro.)
- Perera, S., & Dabney, B. W. (2020). Case management service quality and patient-centered care. *J Health Organ Manag, ahead-of-print*(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/jhom-12-2019-0347>
- Romero-Collado, A. (2021). Essential elements to elaborate a study with the (e)Delphi method. *Enferm Intensiva (Engl Ed)*, 32(2), 100-104. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.09.001> (Elementos esenciales para elaborar un estudio con el método (e)Delphi.)
- Salehinejad, S., Jannati, N., Ershad Sarabi, R., & Bahaadinbeigy, K. (2021). Use of telemedicine and e-health in disasters: a systematic review. *Journal of Emergency Practice and Trauma*, 7(1), 56-62. <https://doi.org/10.34172/jept.2020.34>
- Santana, M.-J., Ahmed, S., Lorenzetti, D., Jolley, R. J., Manalili, K., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2019). Measuring patient-centred system performance: a scoping review of patient-centred care quality indicators. *BMJ Open*, 9(1), e023596. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023596>
- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, 21(2), 429-440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>
- Schang, L., Blotenberg, I., & Boywitt, D. (2021). What makes a good quality indicator set? A systematic review of criteria. *Int J Qual Health Care*, 33(3). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab107>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). *Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022*. [https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS\\_portugu%C3%AAs.pdf](https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS_portugu%C3%AAs.pdf)
- Silva, C., Lopes, R. H., Bay, O. G., Jr., Martiniano, C. S., Fuentealba-Torres, M., Arcêncio, R. A., Lapão, L. V., Dias, S., & Uchoa, S. (2022). Digital health opportunities to improve Primary Health Care in the context of COVID-19: A Scoping Review. *JMIR Hum Factors*. <https://doi.org/10.2196/35380>
- Simões, J. A., Prazeres, F., Maricoto, T., Simões, P. A., Lourenço, J., Romano, J. P., & Santiago, L. M. (2021). Physician empathy and patient enablement: survey in the Portuguese primary health care. *Fam Pract*, 38(5), 606-611. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab005>
- Smaradottir, B. F., & Fensli, R. W. (2020). An Evaluation of Telemedicine Systems in Patient-Centred Care Teams. *Stud Health Technol Inform*, 271, 65-66. <https://doi.org/10.3233/shti200075>
- Stewart, M., Fortin, M., Brown, J. B., Ryan, B. L., Pariser, P., Charles, J., Pham, T.-N., Boeckstaens, P., Reichert, S. M., Zou, G. Y., Bhattacharya, O., Katz, A., Piccinini-Vallis, H., Sampalli, T., Wong, S. T., & Zwarenstein, M. (2021). Patient-centred innovation for multimorbidity care: a mixed-methods, randomised trial and qualitative study of the patients' experience. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 71(705), e320-e330. <https://doi.org/10.3399/bjgp21X714293>
- Talal, A. H., Sofikitou, E. M., Jaanimägi, U., Zeremski, M., Tobin, J. N., & Markatou, M. (2020). A framework for patient-centered telemedicine: Application and lessons learned from vulnerable populations. *J Biomed Inform*, 112, 103622. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2020.103622>
- World Health Organization. (1998). *A Health Telematics Policy in Support of WHO'S Health-For-All Strategy for Global Development: Report of the WHO Group Consultation on Health Telematics*

11-16 December, Geneva, 1997. World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/63857>

World Health Organization. (2010). Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. In. Geneva: World Health Organization.

# APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO: “QUALIDADE EM TELECONSULTAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – CUIDADOS CENTRADOS NO UTENTE/ DOENTE”

## Qualidade em teleconsultas nos cuidados de saúde primários - Cuidados Centrados no Utente/Doente

Com a transição para a saúde digital, é expectável que as teleconsultas - consultas síncronas audio (por telefone) ou por videoconferência (videochamadas) entre profissionais de saúde (de medicina familiar ou enfermagem) e utente/doente - comecem a ser mais utilizadas nos cuidados de saúde primários.

Este questionário tem como objetivo desenvolver e validar métricas para identificar e monitorizar indicadores de qualidade da dimensão "Cuidado Centrado no Utente/Doente", em teleconsultas em cuidados primários (que, por questões de simplificação, designamos por Unidades de Saúde Familiar, USF).

As métricas aqui apresentadas, focadas na dimensão da qualidade do Cuidado Centrado no Utente foram retiradas da literatura, mas não são específicas das teleconsultas.

Pedimos-lhe que nos dê a sua opinião, com base na sua experiência e conhecimento, sobre quais indicadores de qualidade devem ser considerados em teleconsultas.

A informação recolhida através deste inquérito:

- destina-se apenas a fins de investigação;
- será anonimizada (isto é, os endereços de email serão apagados) logo que a recolha de dados esteja concluída;
- será tratada de forma a que os resultados sejam apresentados de forma agregada e completamente anónima.

Muito Obrigado!

A equipa de investigação:

Mariana Reis, Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho;  
Nazaré Rego, Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho;  
José Crispim, NIPE, Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho.

\*Obrigatório

### 1. Email \*

---

Indicadores da Dimensão da Qualidade: Cuidado Centrado no Utente - Estrutura

Quais dos seguintes indicadores são importantes para criar uma cultura de Cuidado Centrado no Utente/Doente, ao nível da estrutura, para a utilização da teleconsulta por telefone?

Por favor, com base na sua experiência e conhecimento, indique a sua opinião sobre a importância de cada indicador.

### 2. Indique, conforme a sua experiência, qual o grau de importância dos seguintes indicadores da dimensão: Cuidados Centrado no Utente - Estrutura \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante	Não entendi	Não tenho opinião
Existência de planos de supervisão, avaliação e desenvolvimento individual dos profissionais de saúde.	<input type="radio"/>					
Existência de um programa do Cuidado Centrado no Utente.	<input type="radio"/>					

Existe envolvimento da comunidade na criação de protocolos de teleconsulta.	<input type="radio"/>					
Foram criados grupos de utentes para aconselhamento do serviço de teleconsulta.	<input type="radio"/>					
Existe envolvimento da comunidade na definição dos recursos necessários para a teleconsulta.	<input type="radio"/>					
Existência de publicitação dos tipos de serviços disponibilizados.	<input type="radio"/>					
Existe um plano de formação sobre Cuidados Centrados no Utente em ambiente de teleconsulta para profissionais de saúde.	<input type="radio"/>					
Existe um plano de formação sobre Cuidados Centrados no Utente em ambiente de teleconsulta para profissionais administrativos e auxiliares.	<input type="radio"/>					
Durante a prática de teleconsulta, há avaliação da formação dos profissionais	<input type="radio"/>					
A formação sobre teleconsulta foi acreditada.	<input type="radio"/>					
A experiência e conhecimento dos utentes é integrada no desenvolvimento da teleconsulta.	<input type="radio"/>					
Foi desenvolvida uma linguagem comum utente-profissional de saúde para a teleconsulta.	<input type="radio"/>					
Existe uma declaração com os direitos de utentes e profissionais em contexto de teleconsulta.	<input type="radio"/>					
A teleconsulta abrange a diversidade dos cuidados prestados pela USF.	<input type="radio"/>					
Existem incentivos aos profissionais para a inclusão do utente na teleconsulta.	<input type="radio"/>					
Existe educação para a teleconsulta direcionada aos utentes	<input type="radio"/>					
Os utentes recebem educação sobre quais os ambientes apropriados à teleconsulta (confortáveis, seguros, que promovam o respeito e dignidade de utente e assegurem privacidade).	<input type="radio"/>					

Em caso de língua diferente, são assegurados serviços de intérprete.	<input type="radio"/>					
São asseguradas horas de atendimento (teleconsulta em "casa aberta") para interação utente-profissional de saúde.	<input type="radio"/>					
Existe suporte técnico à teleconsulta na USF.	<input type="radio"/>					
Existe suporte técnico à teleconsulta direcionado ao utente.	<input type="radio"/>					
O sistema de informação permite consultar e registar informação da teleconsulta.	<input type="radio"/>					
O sistema de informação assegura privacidade e segurança da informação da teleconsulta.	<input type="radio"/>					
Existe recolha da opinião dos utentes sobre a teleconsulta e respetivo feedback (ex., resposta a reclamações) atempado.	<input type="radio"/>					
Elaboram-se relatórios periódicos sobre a teleconsulta.	<input type="radio"/>					

3. Gostava de sugerir outro(s) indicadores ou fazer comentário(s)? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não    Avançar para a pergunta 5

Sugerir indicador(es) ao nível da Estrutura

4. Que indicadores gostava de sugerir ou que comentário(s) gostaria de fazer? \*

---



---



---



---

Indicadores da Dimensão da Qualidade: Cuidado Centrado no Utente - Processo

Quais dos seguintes indicadores são importantes para criar uma cultura de Cuidado Centrado no Utente, ao nível do Processo, para a utilização da teleconsulta por telefone?

Por favor, indique a sua opinião sobre a importância de cada indicador, em cada uma das categorias apresentadas, com base na sua experiência profissional.

5. Indique, conforme a sua experiência, qual o grau de importância dos seguintes indicadores da dimensão: Cuidados Centrado no Utente - Processo \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante	Não entendi	Não tenho opinião
Existe protocolo para que utentes sejam envolvidos na decisão sobre o seu tratamento.	<input type="radio"/>					
Protocolo prevê que o profissional discuta as questões que preocupam o utente.	<input type="radio"/>					
Protocolo aborda necessidade de bom comportamento não-verbal (contacto visual, audição ativa, etc.).	<input type="radio"/>					
Existem procedimentos que dão conhecimento e apoiam utente na tomada de decisões.	<input type="radio"/>					
Transmitem-se explicações fáceis de entender ao utente.	<input type="radio"/>					
É promovida uma relação profissional com o utente.	<input type="radio"/>					
O utente tem acesso a um registo eletrónico de saúde online.	<input type="radio"/>					
Transmite-se ao utente todas as informações sobre a sua condição de saúde.	<input type="radio"/>					
Promove-se o envolvimento do utente na decisão sobre o seu cuidado ou tratamento.	<input type="radio"/>					
Existe de informação sobre o cumprimento dos direitos dos utentes.	<input type="radio"/>					
Está prevista a partilha de informação com o utente sobre o seu estado de saúde e a forma como os seus comportamentos o afetam.	<input type="radio"/>					
É dada informação ao utente para que possa gerir a sua doença.	<input type="radio"/>					
Discute-se tratamentos alternativos, com base em resultados e efeitos secundários, com utente.	<input type="radio"/>					
Avalia-se o utente tendo em conta o seu contexto cultural e psicológico.	<input type="radio"/>					
O doente é considerado especialista na sua saúde e parte integrante da equipa.	<input type="radio"/>					
Existe protocolo para referenciação da teleconsulta para outras valências.	<input type="radio"/>					

6. Gostava de sugerir outro(s) indicadores ou fazer comentário(s)? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não    *Avançar para a pergunta 8*

Sugerir indicador(es) ao nível do Processo

7. Que indicadores gostava de sugerir ou que comentário(s) gostaria de fazer? \*

---



---



---



---

Indicadores da Dimensão da  
 Qualidade: Cuidado Centrado  
 no Utente - Resultado

Quais dos seguintes indicadores são importantes para criar uma cultura de Cuidado Centrado no Utente, ao nível do Resultado, para a utilização da teleconsulta por telefone?

Por favor, indique a sua opinião sobre a importância de cada indicador, em cada uma das categorias apresentadas, com base na sua experiência profissional.

8. Indique, conforme a sua experiência, qual o grau de importância dos seguintes indicadores da dimensão: Cuidados Centrado no Utente - Resultado \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante	Não entendi	Não tenho opinião
Recolhe-se e analisa-se feedback de utentes sobre serviço de teleconsulta da USF.	<input type="radio"/>					
Recolhe-se e analisa-se feedback de utentes sobre interação com os profissionais de saúde durante a teleconsulta/ videoconsulta.	<input type="radio"/>					
Existe ficheiro/registo com as condições/ necessidades de saúde do utente.	<input type="radio"/>					
Existe equipamento e software necessário para a teleconsulta (som, vídeo e rede móvel).	<input type="radio"/>					
Existem relatórios de avaliação do serviço por parte de utentes.	<input type="radio"/>					
Tempos de espera pela teleconsulta.	<input type="radio"/>					
Duração da teleconsulta.	<input type="radio"/>					
Horário da disponibilidade de teleconsultas.	<input type="radio"/>					

Informação sobre o custo da teleconsulta para o utente e para a USF.	<input type="radio"/>					
Informação sobre dificuldades no acesso à teleconsulta.	<input type="radio"/>					
Informação sobre dificuldades na realização da teleconsulta.	<input type="radio"/>					
Informação sobre sintomas e doenças diagnosticados/tratados na teleconsulta.	<input type="radio"/>					
Informação sobre aceitação da teleconsulta por utentes e profissionais.	<input type="radio"/>					
Informação sobre progressão da doença após teleconsulta.	<input type="radio"/>					
Informação sobre efeitos adversos após teleconsulta.	<input type="radio"/>					
Informação sobre nº de idas à urgência após teleconsulta.	<input type="radio"/>					
Informação sobre nº de eventos sentinela após teleconsulta.	<input type="radio"/>					

9. Gostava de sugerir outro(s) indicadores ou fazer comentário(s)? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não    Avançar para a pergunta 11

Sugerir indicador(es) ao nível do Resultado

10. Que indicadores gostava de sugerir ou que comentário(s) gostaria de fazer? \*

---



---



---



---



---

Outros comentário(s) / sugestão(s)

11. Se desejar, deixe-nos comentários ou sugestões finais (opcional)

---



---



---



---



---

## Questões Biográficas

### 12. Idade \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 25 anos
- 25 a 34 anos
- 35 a 44 anos
- 45 a 54 anos
- 55 a 64 anos
- 65 anos ou mais

### 13. Tempo de experiência em cuidados primários \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 2 anos
- De 2 anos a menos de 5 anos
- 5 anos ou mais

### 14. Género \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Feminino
- Masculino
- Outro
- Prefiro não responder

### 15. Qual o nível mais elevado da sua formação académica? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Licenciatura
- Mestrado/ Pós-graduação (Especialização)
- Doutoramento
- Outra: \_\_\_\_\_

### 16. Profissão \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Médico(a)
- Enfermeiro(a)
- Gestor(a)
- Outra: \_\_\_\_\_

### 17. Função \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Assistencial
- Gestão
- Administrativo
- Outra:  \_\_\_\_\_

Consentimento informado

A informação recolhida através deste inquérito:

- destina-se apenas a fins de investigação;
- será anonimizada (isto é, os endereços de email serão apagados) logo que a recolha de dados esteja concluída;
- será tratada de forma a que os resultados sejam apresentados de forma agregada e completamente anónima.

Em caso de dúvida sobre os objetivos ou procedimentos do estudo, contactar José Crispim ([crispim@eeq.uminho.pt](mailto:crispim@eeq.uminho.pt))

18. Consinto que as minhas respostas sejam utilizadas para os fins e nas condições referidas. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo

Discordo

Submissão da resposta

Muito obrigada pela sua colaboração na investigação.

Se tiver alguma questão acerca do estudo, por favor, contacte: [crispim@eeq.uminho.pt](mailto:crispim@eeq.uminho.pt)