
TELESSAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA INFORMAR E CUIDAR: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS, UFBA

TELEHEALTH AS A STRATEGY TO INFORM AND CARE: AN EXPERIENCE REPORT FROM THE UNIVERSITY HOSPITAL PROFESSOR EDGARD SANTOS, UFBA

Maria de Fátima de Araújo Geraldes

Médica especialista em Cardiologia, Terapia Intensiva e Informática em Saúde. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3626-6754>

Márcia Tie Harada

Professora do Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal da Bahia (NUTS/UFBA)

Priscila Leão Guimarães

Farmacêutica clínica no Complexo Hospital Universitário Professor Edgard Santos.

Suzy Santana Cavalcante

Doutorado (2004) e Pós-Doutorado (2007) em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Professora da Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA) e Chefe do Núcleo Universitário de Telessaúde do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos/EBSERH.

RESUMO: O ambulatório de anticoagulação, do Complexo Universitário Professor Edgard Santos, assiste a pacientes com patologias cardiovasculares crônicas em uso de anticoagulante oral. Com o surgimento da pandemia por COVID-19, em março de 2020, manter o atendimento presencial destes pacientes, sem expô-los ao risco de infecção e complicações pelo novo coronavírus, tornou-se um problema a ser equacionado. Diante deste cenário, objetivando a manutenção da assistência de forma segura, sem perda de qualidade, foram incorporados recursos de tecnologia da comunicação e informação, possibilitando a realização de 509 teleconsultas, entre março e julho de 2020.

Palavras-chave: Telemedicina; Telessaúde; Anticoagulantes; COVID-19.

ABSTRACT: The anticoagulation clinic, at the Professor Edgard Santos University Complex, assists patients with chronic cardiovascular diseases using oral anticoagulants. With the emergence of the pandemic by COVID19, in March 2020, maintaining the face-to-face care of these patients, without exposing them to the risk of infection and complications from the new virus, became a problem to be solved. In view of this scenario, aiming at maintaining assistance safely, without loss of quality, communication and information technology resources were incorporated, enabling 509 teleconsultations to be carried out between March and July 2020.

Keywords: Telemedicine; Telehealth; Anticoagulants; COVID-19.

1 INTRODUÇÃO: definições e cenário da telessaúde no Brasil

O termo telemedicina, tradicionalmente utilizado há mais tempo, significa literalmente "cura à distância" (STREHLE, 2006). Em 1997, a OMS utilizou um termo mais amplo para defini-la como: “A prestação de serviços de saúde, onde a distância é um fator crítico, por todos os profissionais de saúde usando tecnologias de informação e comunicação para a troca de informações válidas para diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças e lesões, pesquisa e avaliação, e para a educação continuada de prestadores de cuidados de saúde, tudo no interesse de promover a saúde de indivíduos e suas comunidades” (WHO, 1998). Os termos telessaúde, telemedicina, saúde digital e e-saúde, a despeito de serem usados muitas vezes como sinônimos, são também bastante utilizados com significados diferentes. Em 2007, um estudo mostrou 104 definições para a palavra telemedicina (SOOD, 2007).

A prática da telessaúde envolve a criação de estratégias de apoio ao planejamento de ações em saúde e o desenvolvimento de atividades assistenciais, de pesquisa e educação em saúde, sem perda de qualidade e com melhor relação custo-efetividade. No Brasil, as iniciativas em telemedicina eram feitas de forma isolada, sem coordenação, no período de 1994 a 2000. Em 2006, foi criada a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), uma iniciativa do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), sob a coordenação da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), que consistiu nas etapas de implantação de núcleos de telemedicina em hospitais universitários (HUs) e Instituições de Ensino Superior; e, na organização de rede acadêmica nacional. Neste mesmo ano, foi instituída a Comissão Permanente de Telessaúde pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2006).

Em janeiro de 2007, o governo federal, através da Portaria do Ministério da Saúde nº 35, instituiu o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (BRASIL, 2020a), através do qual, utilizando a infraestrutura da RNP, os Núcleos Estaduais, Intermunicipais e Regionais desenvolveriam e ofertariam serviços específicos de Telessaúde para profissionais de saúde. Em 27 de outubro de 2011, este Programa foi redefinido e ampliado por meio da Portaria MS nº 2.546 a qual trata e define alguns serviços disponíveis aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS como: Teleconsultoria, Segunda Opinião Formativa e Telediagnóstico (BRASIL, 2020b).

Telessaúde e a crise por Covid-19

No dia 26 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde (MS) publicou no seu site a notícia sobre o primeiro caso de novo coronavírus na cidade de São Paulo, em um homem de 61 anos, com histórico de viagem para a região da Lombardia na Itália. Em 6 de março, foi confirmado pela Secretaria Estadual de Saúde Bahia (SESAB) o primeiro caso importado de infecção pelo COVID-19 e, no dia 11 de março, a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracterizou a infecção pelo novo vírus como uma pandemia.

Desde então, a comunidade científica internacional, capitaneada pela OMS, autoridades sanitárias e administrativas locais, assumiram o gerenciamento de ações de prevenção, como distanciamento social, lavagem de mãos e utilização de máscaras faciais, com a finalidade de retardar o pico da infecção e achatar a curva, evitando a experiência desastrosa e letal vivenciada por muitas nações, principalmente em alguns grupos etários e portadores de certas co-morbidades.

No Brasil, a prática de teleconsulta não era autorizada para a maioria dos profissionais de saúde, incluindo o médico. Em 20 de março de 2020, foi publicado no DOU a Portaria Nº 467 que “dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19” (BRASIL, 2020c), seguida pela Lei 13.989/2020, publicada no DOU, em 15 de abril de 2020 (BRASIL, 2020d), que “dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2)”. Estes documentos viabilizaram, temporariamente, a prática de teleconsultas.

Ambulatório de anticoagulação do c-hupes

O Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (C-HUPES), integra o Hospital das Clínicas (HC), o Ambulatório Magalhães Neto (AMN) e o Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira (CPPHO), constituindo-se em campo de prática para Faculdades e Escolas da área de saúde na UFBA. O ambulatório de anticoagulação (AMBAC) do C-HUPES conta com farmacêuticos e uma médica cardiologista, com expertise em anticoagulação e

assiste a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), portadores de doenças cardíacas crônicas e que fazem uso de anticoagulante oral, do tipo antagonista da vitamina K (AVK), a fim de prevenir tromboembolismo venoso (BENJAMIN, 1998; Krahn, 1995; PSATY, 1997; VIDAILLET, 2002; STEWART, 2002; GO, 2001; HART, 2007). Ou seja, pacientes com alto risco de eventos tromboembólicos e eventos hemorrágicos, portadores de co-morbidades cardiovasculares, que lhes conferem uma maior possibilidade de complicações maiores se foram infectados por Covid-19 (RUAN, 2020), além de apresentarem limitações de acesso ao atendimento presencial, em virtude das restrições de locomoção impostas pela administração pública estadual, em prol do isolamento social.

Diante deste cenário, em março de 2020, a equipe de anticoagulação do AMBAC desenvolveu estratégias de educação, comunicação e disponibilização de ferramentas de tecnologias de informação e comunicação (TIC) que possibilitaram a realização de teleconsultas, mantendo a qualidade do serviço prestado e minimizando o risco da possível ausência presencial.

2 MATERIAL E MÉTODOS: Descrição do Processo de Atendimento Presencial

Os pacientes que chegam para o atendimento do AMBAC, tem, inicialmente, sangue coletado para medida do tempo de protrombina (TP) e da relação normatizada internacional (RNI). Logo após, são avaliados pela equipe da anticoagulação. O tempo de permanência na Instituição, até a finalização do atendimento, é de cerca de quatro a seis horas, podendo alcançar até mais de 12 horas, para os pacientes que residem no interior do estado. O intervalo de tempo entre as consultas é, geralmente, de 30-45 dias; podendo ser semanais (no início do uso do anticoagulante) ou quinzenais, o que torna o processo, muitas vezes, desgastante e dispendioso para o paciente.

Descrição do Processo para Início do Atendimento Virtual

O principal desafio neste processo foi desenvolver uma forma de comunicação eficaz que atingisse os pacientes que estavam em isolamento social e os fizesse entender e participar do atendimento virtual, que, por sua vez, deveria se adequar às limitações de um grupo

heterogêneo quanto à escolaridade, afinidade com tecnologia, disponibilidade de acesso à internet e a recursos de hardware.

Meses antes de deflagrada a pandemia, a equipe no Núcleo Universitário de Telessaúde (NUTS) do HUPES já estava trabalhando no desenvolvimento de um aplicativo WEB destinado aos pacientes do AMBAC, com o objetivo de ofertar educação continuada sobre uso de anticoagulantes e assuntos correlacionados e, facilitar a comunicação rápida com a equipe de saúde. Este aplicativo já vinha sendo utilizado por alguns pacientes, em sua fase experimental, desde janeiro de 2020.

Durante a fase de implantação do teleatendimento foi utilizada uma estratégia de comunicação através do desenvolvimento de materiais instrutivos sob forma de impressos e em folders enviados por mensagens eletrônicas, além da viabilização de um ramal telefônico para informações. Como parte dos investimentos para estruturação do processo de teleatendimento dos pacientes matriculados no AMBAC, foi adquirido um aparelho celular.

O contato com o paciente passou a ser realizado apenas no formato virtual, através do AMBACapp, de ligações telefônicas convencionais, do envio de mensagens instantâneas e comunicação por videochamada. O desenvolvimento de uma plataforma de telessaúde para viabilização da realização de teleconsultas, utilizando a internet como veículo facilitador, veio a enriquecer o processo, permitindo comunicação de voz e imagem entre paciente e profissional de saúde, com qualidade e segurança.

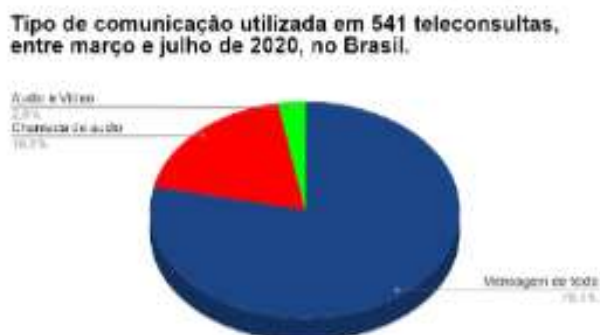
O processo de teleatendimento, utilizando vários formatos de comunicação, objetivou aumentar a inclusão da população assistida, com qualidade, a despeito das limitações já conhecidas do método como: dificuldade para a realização do exame físico do paciente; redução do acesso para pacientes vulneráveis, especialmente idosos ou aqueles com dificuldades em usar os recursos tecnológicos; mudanças estruturais e dificuldades organizacionais para estabelecer novas rotinas e superar questões regulatórias ou políticas, entre outros (CATAPAN, 2020).

3 RESULTADOS

Durante o período analisado, de 19 de março a 30 de julho de 2020, foram realizados 541 teleconsultas, sendo 364 (78,4%) por mensagem de texto, 87 (18,8%) por telefone

(chamada de áudio), 13 (2,8%) por Videochamada (áudio e vídeo) (Gráfico 1). Em 77 teleatendimentos não foi registrado o tipo de comunicação utilizada.

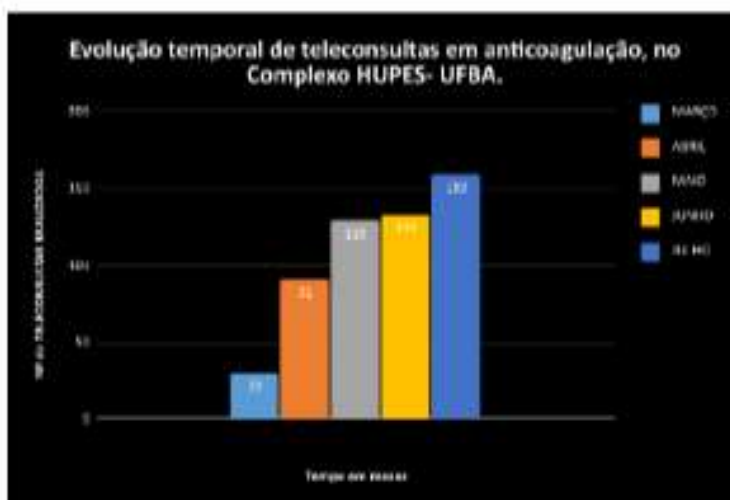
Gráfico 1 - Frequência do tipo de contato utilizado pelo paciente do AMBAC para a realização de teleconsultas no período de março a julho de 2020.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Vale ressaltar que as Teleconsultas com transmissão de imagem e voz só foram iniciadas na 2ª quinzena de julho. Na fase inicial de implantação do teleatendimento, o número de atendimentos foi de 30 teleconsultas/ mês, alcançando 159 atendimentos no final do período analisado (Gráfico 2).

Gráfico 2: Número de teleconsultas realizadas no Ambulatório de Anticoagulação do Complexo HUPES, no período de 19 de março a 23 de julho de 2020, durante a pandemia por COVID-19.



Fonte: Elaborado pelo autor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que a utilização de TIC para realizar teleconsultas é uma alternativa factível de ser utilizada, devendo-se, entretanto, considerar as limitações inerentes ao método. Houve um aumento progressivo de adesão ao atendimento virtual, que pode estar relacionado ao mecanismo de aprendizagem do processo e confiança no método por parte do usuário.

Vale ressaltar que, a despeito de estarem disponíveis as melhores tecnologias de comunicação e informação deve-se atentar para as características da população assistida e suas limitações tecnológicas, as quais tornam imperiosa a oferta de diferentes modalidades e de acesso para maior abrangência do cuidado.

REFERÊNCIAS

BENJAMIN EJ, Wolf PA, et al. Clinical Investigation and Reports Impact of Atrial Fibrillation on the Risk of Death The Framingham Heart Study. **Circulation**. 1998;98(10): 946–53.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria nº 7**, de 24 de julho de 2006. Designa representantes para compôr a Comissão Permanente de Telessaúde. Diário Oficial da União, nº 141, Seção 2, pág. 21, de 25 de julho de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 35** de 4 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde.

<<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114726-20141104150856br-portaria-35-2007.pdf>>; Acesso em: 12 de ago. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.546**, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde

Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html>Acesso em: 12 de ago. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 467**, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Diário Oficial da União, Edição 56-B, Seção 1 - Extra, pág. 1, de 23 de março de 2020c.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.989**, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial da União, pág. 1, de 16 de abril de 2020d.

CATAPAN, SC; CALVO, MCM. Teleconsulta: uma Revisão Integrativa da Interação Médico-Paciente Mediada pela Tecnologia. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 44, n. 1, e002, 2020.

Go AS, Hylek EM, Phillips KA, Chang Y, Henault LE, Selby J V., et al. Prevalence of Diagnosed Atrial Fibrillation in Adults. **JAMA**. 2001;285(18):2370-75.

HART RG, PEARCE LA, AGUILAR MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. **Ann Intern Med**. 2007;146(12):857-67.

KRAHN A. D. et al.. The natural history of atrial fibrillation: Incidence, risk factors, and prognosis in the Manitoba follow-up study. **Am J Med**.1995;98(5):476-84.

PSATY B.M. et al. Incidence of and Risk Factors for Atrial Fibrillation in Older Adults. **Circulation**. 1997;96(7):2455-61.

RUAN Q, et al. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. **Intensive Care Medicine**, 2020 Jun;46(6):1294-1297.

SOOD SP, et al. Differences in public and private sector adoption of telemedicine: Indian case study for sectoral doption. **Studies in Health Technology and Informatics**, 2007, 130:257-268.

STEWART S. et al. A population-based study of the long-term risks associated with atrial fibrillation: 20-year follow-up of the Renfrew/Paisley study. **Am J Med**. 2002;113(5):359-64.

STREHLE, E. M., SHABDE, N. One hundred years of telemedicine: does this new technology have a place in paediatrics? **Archives of Disease in Childhood**, 2006, 91(12): 956-959.

VIDAILLET, H. et al. A population-based study of mortality among patients with atrial fibrillation or flutter. **Am J Med** [Internet]. 2002;113(5):365-70.

WHO. A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, 11-16 December, Geneva, 1997. Geneva, World Health Organization, 1998.

<p>Recebido/ Received: 18/08/2020 Aceito/ Accepted: 09/09/2020 Publicado/ Published: 25/10/2020</p>
