



Global Clinical Journal

Conectando e desenvolvendo a nossa comunidade de médicos para melhor atender as pessoas



**Saúde virtual:
além dos
muros clínicos**

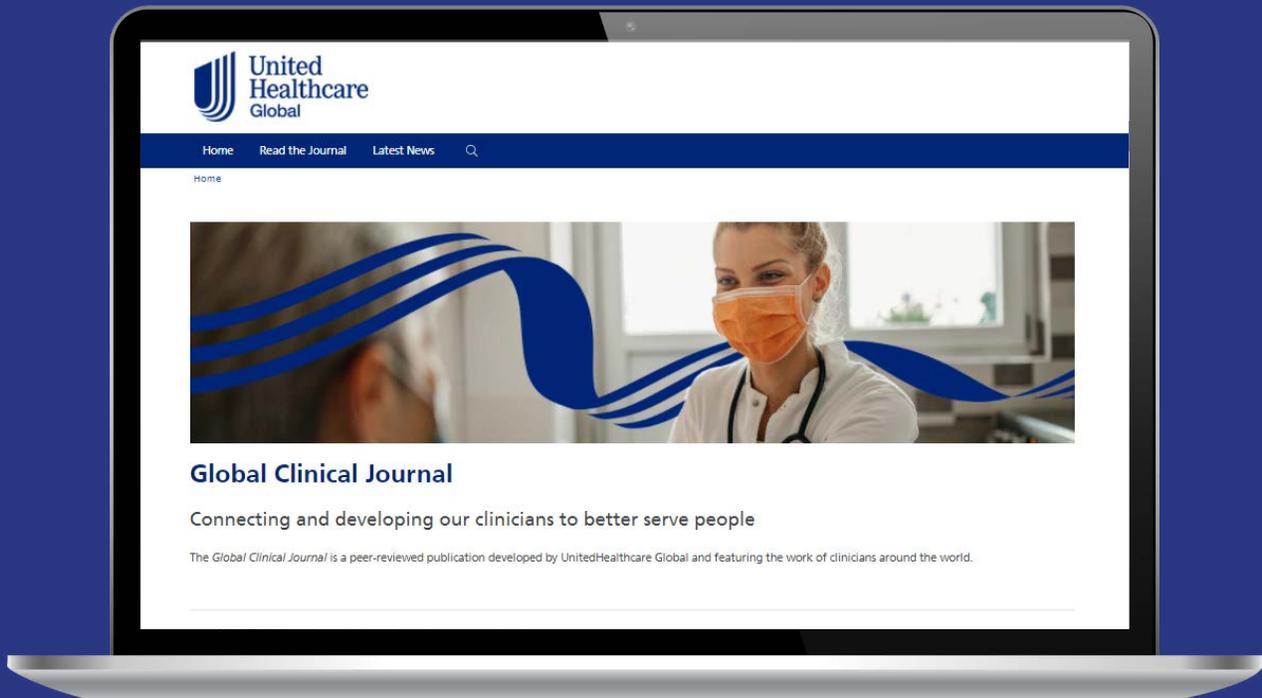
Volume 4, janeiro de 2022 – Edição em português

**United
Healthcare®
Global**



Quer mais Global Clinical Journal?

Visite www.uhcglobalclinicaljournal.com



O site do *Global Clinical Journal* dinamiza essa publicação. Obtenha mais detalhes sobre os artigos, leia as edições anteriores, veja declarações dos autores e do Chief Medical Officer, e muito mais!

Escaneie o código QR usando a câmera do seu smartphone ou visite www.uhcglobalclinicaljournal.com



Mensagem do Chief Medical Officer

Saúde virtual: além dos muros clínicos contém artigos que descrevem as tremendas evoluções que estamos fazendo para aproximar a assistência médica das pessoas que atendemos. Mas a jornada não termina aqui. Depois de ler estes textos, eu desafio você a pensar: "Para onde vamos agora?" Se realmente queremos transformar a assistência médica, e colocar mesmo a saúde em primeiro lugar para nossos clientes, devemos continuar a tentar ampliar nossas ideias. Devemos contestar os limites do que consideramos possível: inovar e criar sem as restrições das barreiras clínicas e além dos modelos tradicionais.

Testemunhamos e sentimos na pele desafios sem precedentes devido à pandemia de COVID-19. Esses desafios não apenas testaram nossa determinação, nosso foco e nosso conhecimento científico, como também testaram a integridade e a sustentabilidade do modelo global de atendimento médico. Recursos foram levados ao limite, com hospitais lotados de pacientes em estado crítico. Muitas pessoas com doenças agudas ou crônicas evitavam atendimento presencial ou achavam muito difícil conseguir acesso a instalações de saúde. Por causa desses desafios, fomos forçados a repensar como podemos simplificar o acesso eficiente a um atendimento de qualidade voltado para a pessoa e com bom custo-benefício em todo o espectro de atendimento.

Não foi surpresa o tremendo crescimento das ofertas de saúde virtual em nossas unidades, com mercados expandindo recursos existentes e implementando abordagens novas e inovadoras para o atendimento virtual. As mudanças que temos visto no atendimento de saúde, forçadas pela pandemia, culminaram em uma melhor experiência para todos. Muitos clientes da "nova era" preferem um acesso tranquilo e sem esforço. Muitos provedores também preferem ter menos restrições físicas. Ambas as partes querem interagir em um ambiente confortável, e querem buscar e oferecer atendimento rápido.

Se aprendemos alguma coisa com a pandemia de COVID-19, foi que antes construíamos modelos de atendimento dentro de restrições geográficas. Deixamos fronteiras e paisagens ditarem quem tinha acesso ao atendimento. Nossos modelos de atendimento devem se adaptar para atender às necessidades de populações em deslocamento pelo mundo. Além disso, com o aumento das opções de saúde virtual, o atendimento não pode mais ser reservado às pessoas com conhecimento tecnológico. Pessoas idosas, vulneráveis e com deficiências devem ter acesso ao atendimento virtual.

Estamos à beira de um salto transformador que vai tocar o cerne do Quadruple Aim. Podemos desenvolver modelos de atendimento médico que simplifiquem o acesso, melhorem a experiência do paciente e do profissional de saúde, reduzam o custo total do atendimento e melhorem os desfechos de saúde. Podemos, devemos e precisamos.



Bernie Elliott, M.D.
Chief Medical Officer
UnitedHealthcare Global



Índice

Retomada de cirurgias com avaliação pré-anestésica via telemedicina	4
Programa de apoio telefônico para mães positivas para SARS-CoV-2 após o parto e a alta hospitalar da Clínica Dávila, no Chile	6
Telerreabilitação: reabilitação de pacientes durante a pandemia de COVID-19.	8
Agilidade e colaboração: implementação da telemedicina Amil	10
Gerenciamento de casos de pacientes complexos e de alto risco por meio de ferramentas virtuais de saúde	12
Publicações recentes selecionadas	14
Rápida transformação da saúde digital durante a crise da COVID-19 e além.	15
Aplicativo Todos Por Um: direcionando pacientes para o atendimento correto para aumentar a sustentabilidade do sistema de saúde	18
Teleterapia: uma abordagem mais humana em tempos de pandemia.	20
Experiência do paciente com o uso dos serviços de teleconsulta na Clínica San Felipe	22
Dr. Colmédica: melhorando o aplicativo e o site de telemedicina da Colmédica	24
COVID-19: da educação em saúde à telemedicina - relato de experiência	26
Acelerando o escopo da teleconsulta na rede de provedores SANNA no Peru durante a pandemia de COVID-19	28

Retomada de cirurgias com avaliação pré-anestésica via telemedicina

Introdução

Depois da primeira onda da pandemia de COVID-19 no Brasil, o Next Hospital Butantã, em São Paulo, encarou o desafio de retomar a atividade cirúrgica enquanto mantinha os recursos necessários para a internação de pacientes com COVID-19. Processos tiveram que ser redesenhados para criar cirurgias seguras, usando protocolos apropriados para o novo perfil epidemiológico cirúrgico. A retomada dos procedimentos cirúrgicos se limitou a procedimentos com baixo risco de aerossolização que não exigissem internação em uma unidade de tratamento intensivo (UTI). Depois de mapearmos os procedimentos cirúrgicos apropriados e os processos relacionados, identificamos a telemedicina como uma oportunidade de reduzir o deslocamento e a aglomeração relacionados a avaliações pré-anestésicas presenciais (APA). Anestesiologistas com fatores de alto risco pessoal para transmissão da COVID-19 (como gravidez ou idade maior que 65 anos) foram realocados para a equipe de telemedicina, onde receberam treinamento e adquiriram as aptidões necessárias para trabalhar em um ambiente de saúde virtual. Essas aptidões foram fundamentais para realizar as APAs usando telemedicina no lugar das avaliações presenciais.

A plataforma de transformação e interoperabilidade digital chamada "Minerva"¹, plataforma de digitalização contratada pelo Americas Serviços Médicos, foi usada para coordenar todo esse processo digital. A plataforma tem certificação da Organização Internacional de Normalização² (ISO) 13485 em requisitos para sistemas de controle de qualidade para dispositivos médicos e serviços relacionados, além de certificação ISO 27001 para segurança de dados. A plataforma Minerva também cumpre os requisitos para a Lei de Portabilidade e Responsabilidade para Informações de Saúde³ (HIPAA), Regulamentação Geral de Proteção de Dados⁴ (GDPR) e outras leis globais de proteção de dados, como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)^{4,5} do Brasil. Como parte da implementação do projeto, médicos foram treinados em atendimento digital e receberam certificados digitais individuais (e-CPF) para emitir receitas, relatórios e pedidos de exames, como exigido pela legislação atual.

Objetivos

Os principais objetivos do projeto eram:

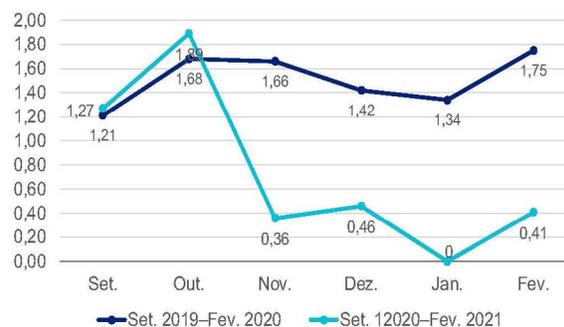
1. Retomar a atividade cirúrgica gradualmente, com a meta de realizar 30% do número de cirurgias eletivas realizadas no mesmo período do ano anterior, evitando a infecção cruzada de COVID-19 entre pacientes.
2. Implementar um sistema de telemedicina para avaliação pré-anestésica que assegurasse a segurança das informações e facilitasse o atendimento dos pacientes.
3. Como parte da avaliação pré-anestésica, identificar proativamente sintomas respiratórios que possam indicar possível infecção com o patógeno SARS-CoV-2 antes do procedimento cirúrgico e encaminhar o paciente para receber atendimento médico apropriado.

4. Evitar aglomerações e deslocamentos desnecessários durante uma pandemia.

Resultados

Na implementação da avaliação pré-anestésica (APA) virtual, de setembro de 2020 a fevereiro de 2021, realizamos um total de 1.560 cirurgias eletivas. Durante o mesmo período, foram realizadas 1.608 APAs, das quais 1.511 (94,0%) foram realizadas usando a plataforma de telemedicina Minerva. Embora 455 avaliações (30,1%) fossem concluídas exclusivamente usando a plataforma, a maioria das APAs (69,9%) também exigiram o uso de celulares e outros canais de comunicação. Esperávamos observar vários benefícios do modelo de telemedicina, e um dos maiores impactos foi observado nas taxas de suspensão cirúrgica. Suspensão cirúrgica é definida como o cancelamento de um procedimento cirúrgico planejado depois de o paciente ter sido admitido no hospital para o procedimento cirúrgico agendado.

Figura 1: Taxa de suspensão cirúrgica (%)



Noventa e sete do total de 1.608 pacientes não foram avaliados por telemedicina, predominantemente devido à dificuldade do paciente em usar a ferramenta. Tivemos também 25 cirurgias canceladas (antes da internação hospitalar e, portanto, não incluídas no nosso total de 1.560) como resultado de triagem das respostas ao questionário, que se concentrava nos sintomas respiratórios e sinais vitais medidos. Esses processos foram 100% efetivos para prevenção de contaminação cruzada por SARS-CoV-2.

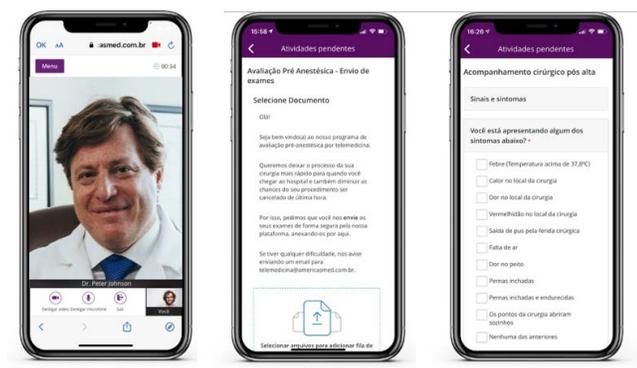
Mais de 1.500 pacientes se submeteram a procedimentos cirúrgicos com os novos processos virtuais pré-internação, mais eficientes, que incluíam teleconsultas e pedidos eletrônicos de exames.

Nosso modelo de avaliação virtual pré-internação resultou em melhor fluxo de comunicação, economia de tempo para pacientes e médicos, menos pessoas no ambiente hospitalar e menos emissões de dióxido de carbono devido à menor locomoção.

Anestesiologistas vulneráveis também ficaram protegidos de exposição desnecessária à COVID-19.

Desde a implementação, nosso modelo de saúde virtual cirúrgica foi aprimorado. Além da avaliação pré-anestésica via telemedicina, os resultados de exames anatomopatológicos são enviados diretamente para o paciente por e-mail criptografado, e o mapeamento de processos cirúrgicos de rotina, parte do processo de cirurgia segura, é realizado por teleconferência, usando a ferramenta Microsoft Teams. Além disso, o acompanhamento pós-alta, antes conduzido por telefone, agora é automatizado por meio de um questionário enviado ao paciente pela plataforma Minerva (Figura 2).

Figura 2: Interface da plataforma Minerva no smartphone: teleconsulta, anexação de arquivo e acompanhamento pós-alta



Lições aprendidas

As mudanças necessárias para retomar o atendimento cirúrgico durante a primeira onda da pandemia nos ensinou várias lições.

- Conseguimos identificar melhor oportunidades para melhoria quando trabalhamos em equipe.
- Para melhorar, precisamos nos abrir para formas novas e diferentes de trabalhar.
- O comprometimento da equipe ajuda na adaptação às mudanças.
- Parceiros tecnológicos devem participar como aliados no desenvolvimento e revisão de protocolos/processos de atendimento.
- Os protocolos podem ser ampliados e adaptados para diferentes atividades.
- As pessoas devem ser estimuladas e apoiadas durante o processo de gestão de mudanças, especialmente durante uma pandemia.
- A capacidade de fazer ajustes em tempo real à plataforma de telemedicina foi crítica para a maturação de processos e do desenvolvimento de confiança entre médicos e pacientes.
- Existe uma oportunidade para as empresas replicarem e

escalonarem o modelo de APA digital para integrar ainda mais os modelos de atendimento cirúrgico ambulatorial e hospitalar. Isso ajudaria na pronta avaliação de pacientes por outros especialistas durante o processo de APA e facilitaria encaminhamentos e encaminhamentos cruzados entre a equipe clínica e a cirúrgica.

Conclusão

Avaliações pré-anestésicas conduzidas por telemedicina se mostraram eficientes e eficazes. Mantivemos nossos profissionais vulneráveis em ambiente seguro, evitamos deslocamento e aglomeração de pacientes e mantivemos pontos de controle para manter a segurança dos processos cirúrgicos.

1. Go Beyond Transformation with the Minerva Platform. MPHRX. <https://www.mphrx.com/>. Publicado em 5 de abril de 2021. Acessado em 12 de abril de 2021.

2. International Organization for Standardization. (2018). Occupational health and safety management systems—Requirements with guidance for use (ISO Standard No. 45001:2018).

3. The Health Insurance Portability and Accountability Act. (2004). (HIPAA). Washington, D.C.: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration.

4. General Data Protection Regulation (2018). (GDPR). Strasbourg, FR, European Parliament and of the Council.

5. Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil (2018). (LGPD) Brasília, BR, Senado Federal.

Autores

Antonio Eduardo Giriboni Monteiro, M.D., MSc, novo Diretor do Butantã Hospital, São Paulo, Brasil

Carolina Isilda Teles Torres R.N., Gerente de Enfermagem do Hospital Next Butantã, São Paulo, Brasil

Daniela Akemi BSc, Gerente de Qualidade do UnitedHealth Group Brasil, São Paulo, Brasil

Tiago Frigini MD, Gerente Médico para Telemedicina do Americas Serviços Médicos; São Paulo, Brasil

Programa de apoio telefônico para mães positivas para SARS-CoV-2 após o parto e a alta hospitalar da Clínica Dávila, no Chile

Introdução

A pandemia de COVID-19 no Chile^{1,2} foi mais letal para a população idosa e pacientes com doenças crônicas³. Como é amplamente sabido hoje, os sintomas e a apresentação clínica da COVID-19 varia muito. Em alguns casos, a doença é muito severa, causando morte, enquanto em outros o paciente pode ser assintomático⁴.

Gestantes também têm risco de infecção por COVID-19. A transmissão vertical ou pela placenta da doença para o feto é possível, mas não comum, portanto a maioria dos recém-nascidos entram em contato com a doença por transmissão horizontal⁵.

Relatos de recém-nascidos infectados são raros⁶; no entanto, a evolução clínica da infecção por COVID-19 em recém-nascidos era desconhecida nos estágios iniciais da pandemia. Essa área de incerteza foi o motivo para considerarmos de importância primordial para determinar o status clínico de nossos recém-nascidos logo após o parto e monitorar sua progressão após a alta hospitalar.

Objetivo

Nosso objetivo era relatar os resultados de um programa de apoio telefônico projetado para acompanhamento ambulatorial de recém-nascidos com resultados positivos em exames de transcrição reversa e reação em cadeia da polimerase (RT-PCR) para SARS-CoV-2.

Processo

Um neonatologista, enfermeiro ou cinesiologista entrava em contato telefônico com o pai, mãe ou responsável pelo recém-nascido a cada dois a quatro dias após a alta hospitalar até a criança ter pelo menos 14 dias. Perguntas padronizadas eram feitas com relação à saúde geral do recém-nascido e sua alimentação. As respostas eram registradas para oferecer orientação relativa ao cuidado neonatal. Casos emergentes eram encaminhados para o departamento de emergência.

Entre 19 de março de 2020 e 28 de fevereiro de 2021, um total de 4.429 recém-nascidos (RN) foram registrados como nascidos no hospital. Desses, 128 tinham mãe positiva para SARS-CoV-2. Apenas quatro dessas mães, ou 3,1%, eram sintomáticas.

Recém-nascidos de mães positivas para SARS-CoV-2 variaram de 32 a 41 semanas de idade gestacional (IG), com média de 39 semanas antes do parto. No grupo positivo para SARS-CoV-2, apenas 12 recém-nascidos nasceram com menos de 37 semanas de idade gestacional.

O peso no nascimento variou de 1.965 gramas a 4.870 gramas, com mediana de 3.327 gramas e média de 3.306 gramas, \pm 473 gramas. 50 dos recém-nascidos eram meninas (39%).

A partir de 7 de abril de 2020, foi feita triagem clínica usando RT-PCR para SARS-CoV-2 em todas as aberturas de fichas de atendimento de gestantes. Antes dessa data, o RT-PCR era realizado

apenas em gestantes com sintomas ou registro de contato próximo com pessoas com resultado positivo em testes de SARS-CoV-2 ou sintomas de COVID-19.

Todos os recém-nascidos com mãe positiva para SARS-CoV-2 receberam o primeiro RT-PCR para SARS-CoV-2 até seis horas após o nascimento, e um segundo teste 24 horas após o parto. Apenas dois recém-nascidos apresentaram resultados positivos no RT-PCR de amostras tomadas nas primeiras 24 de vida. Ambos os recém-nascidos tiveram evolução assintomática.

O programa de apoio telefônico continuou por pelo menos os primeiros 14 dias da vida do recém-nascido para 117 (91%) dos 128 recém-nascidos incluídos no programa. Para 11 recém-nascidos, foi impossível estabelecer contato telefônico e, portanto, não puderam participar.

Três bebês foram hospitalizados devido a quadros clínicos não relacionados à COVID-19. Noventa e sete bebês tiveram alta sob os cuidados da mãe, seis sob os cuidados paternos e 22 sob os cuidados de uma outra pessoa responsável saudável sem contato próximo com alguém que tenha tido resultado positivo para COVID-19.

As modalidades de nutrição foram: 68 recém-nascidos receberam aleitamento materno, 18 recém-nascidos foram alimentados apenas com fórmula e 19 foram alimentados com fórmula e leite materno. A modalidade nutricional era desconhecida em 12 dos casos de recém-nascidos.

Durante o período de acompanhamento, um bebê apresentava anormalidades de respiração aos 12 dias de vida e foi encaminhado para serviços de emergência, onde a COVID-19 foi confirmada. A mãe do bebê teve um caso assintomático de COVID-19 no nascimento e o bebê ficou sob os cuidados de um cuidador saudável quando do encaminhamento aos serviços de emergência. Todos os outros recém-nascidos tiveram evolução assintomática.

Lições aprendidas

A pandemia dificultou o cuidado neonatal presencial após a alta hospitalar e o aconselhamento das pessoas responsáveis pelo bebê. O programa de apoio telefônico foi muito bem recebido por cuidadores de bebês recém-nascidos. Esse programa permitiu a identificação precoce de um recém-nascido infectado e facilitou o pronto encaminhamento.

Estratégias de apoio telefônico também se mostraram particularmente úteis na conexão de recém-nascidos e seus cuidadores a pronto atendimento médico durante um período no qual o acesso ao atendimento presencial era limitado e restrito.

O contato telefônico também nos permitiu monitorar e reforçar medidas de prevenção apropriadas contra a transmissão de COVID-19 para reduzir a infecção cruzada entre mãe e bebê.

Conclusão

O programa de apoio telefônico para bebês recém-nascidos com mãe positiva para SARS-CoV-2 por PCR oferece uma abordagem prática para monitoramento e pronta intervenção e encaminhamento de bebês com sintomas condizentes com COVID-19.

1. Epidemiological situation report COVID 19; MINSAL, Chile.
2. World Health Organization (2020) Coronavirus disease 2019 (COVID 19). Situation Reports. 10 de março de 2020.
3. Fei Zhou MD; Ting Yu MD, Ronghui Du MD; et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with Covid 19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet, The, 2020; 03-28; Vol. 395, Núm. 10229, pág. 1054-1062.
4. Hassan Ashktorab, Antonio Pizuorno; Gholamreza Oskroch, et al. Covid 19 in Latin America: symptoms, morbidities and gastrointestinal manifestations. Gastroenterology 2021-02-01, vol. 1160; núm. 3; pág. 938-940.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Coronavirus (COVID 19) Infections in Pregnancy. Versão 6 - Publicada sexta-feira, 3 de abril de 2020.
6. Chen Y; Peng H; Wang L; et al. Infants born to mothers with a New Coronavirus (Covid 19). Frontiers in Pediatrics 2020; 8(104) doi:10.3389/fped.2020.00104

Autores

Antonio Rios, M.D., Pediatra Neonatologista, Clínica Dávila,
antonio.rios@davila.cl

Giovanna Loguercio, M.D., Pediatra Neonatologista, Clínica Dávila

Paulette Rompeltien, R.N., Enfermeira de Acompanhamento,
Clínica Dávila

Elena Vallejos, R.N., Enfermeira de Acompanhamento,
Clínica Dávila

Romina Ecchio, P.T., Cinesiolegista de Acompanhamento,
Clínica Dávila

Cherie Gutierrez, M.D., Gestão Clínica, Clínica Dávila

Manuel Becerra, M.D., Chief of Neonatology Unit, Clínica Dávila

*A pandemia dificultou o cuidado neonatal presencial após a alta hospitalar e o aconselhamento das pessoas responsáveis pelo bebê. O programa de apoio telefônico foi muito bem recebido por cuidadores de bebês recém-nascidos. **Esse programa permitiu a identificação precoce de um recém-nascido infectado e facilitou o pronto encaminhamento.***

Telerreabilitação: reabilitação de pacientes durante a pandemia de COVID-19

Introdução

Pacientes em programas tradicionais de reabilitação ambulatorial precisam se deslocar duas ou três vezes por semana para o centro de reabilitação. Essa frequência representa uma barreira importante à adesão ao programa e costuma ser o fator determinante da não adesão dos pacientes.

Com a tecnologia, é possível superar esse obstáculo por meio da telemedicina. Os serviços de reabilitação que não exigem visitas presenciais conseguem maior acessibilidade para pacientes. Programas de telessaúde, já usados com alguma frequência em muitos países, foram incorporados por necessidade perante a pandemia de COVID-19. Provedores começam a considerar a telerreabilitação como alternativa para oferecer serviços de reabilitação aos pacientes com segurança, em um formato sem contato que estimularia a adesão.

Uma meta-análise publicada por Rawstorn, et.al. em 2016 demonstrou a eficácia de programas de telerreabilitação em níveis crescentes de atividade física, adesão aos exercícios e proteção contra fatores de risco cardiovasculares¹. Revisões sistemáticas publicadas entre 2010 e 2018 também demonstraram que a telerreabilitação melhora fatores de risco cardiovascular e a qualidade de vida relatada e reduz eventos adversos^{2,3,4,5,6}.

Processo

No Hospital Samaritano Paulista, do UnitedHealth Group, em São Paulo, Brasil, a pandemia de COVID-19 forçou a suspensão da reabilitação cardiovascular presencial em meados de março de 2020. Logo depois, começamos a oferecer serviços de telerreabilitação para pacientes do programa de reabilitação cardiovascular. Os pacientes eram inicialmente triados por meio de avaliações médicas e funcionais antes da alta hospitalar, para atestar a qualificação para o programa de telerreabilitação. Os seguintes parâmetros eram considerados contra-indicações para o início precoce do programa: infarto do miocárdio extenso e complicado, pacientes em recuperação de ataque cardíaco e pacientes com cicatrizes cirúrgicas infectadas ou mal cicatrizadas.

Os pacientes qualificados receberam orientação e passaram por sessões de treinamento presencial pré-alta para se familiarizarem com o programa e poderem continuar a terapia em casa por telerreabilitação.

Meta

Nossa meta principal era proporcionar continuidade de reabilitação para que os pacientes melhorassem ou mantivessem a saúde cardiovascular. Além disso, queríamos capturar a experiência de implementar um programa de telerreabilitação em nossa instituição.

Cada sessão de telerreabilitação era composta por quatro etapas:

1. Aquecimento
2. Exercícios funcionais e de resistência de intensidade leve a moderada
3. Resfriamento
4. Alongamento

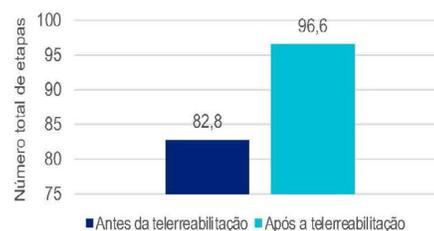
O programa consistia em sessões de terapia de 40 minutos duas vezes por semana, por aproximadamente seis semanas (12 sessões). Todos os pacientes eram monitorados por monitor de frequência cardíaca, oxímetro de pulso, monitor de pressão arterial, escore de RPE (Escala de Percepção Subjetiva) de Borg e teste de fala.

Resultados

Total de 32 pacientes inscritos no programa de telerreabilitação. Noventa e quatro por cento deles concluíram a reabilitação. Vinte e cinco (78,1%) pacientes eram homens, sete (21,9%) eram mulheres, e a idade média (desvio padrão) do grupo era de 60,3 (\pm 10) anos.

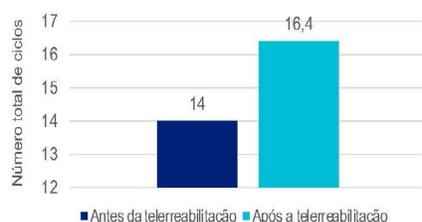
A coorte de pacientes apresentou melhora dos resultados de desempenho na comparação dos escores antes e depois da telerreabilitação. Primeiro nos resultados do "teste de caminhada de dois minutos", que requer que os indivíduos testados marchem no lugar o mais rapidamente possível por dois minutos, levantando os joelhos até uma altura entre a patela e a crista ilíaca quando em pé. O desempenho no teste é definido como o número de passos com a perna direita dentro do critério de altura completados em dois minutos⁷. O desempenho no "teste de caminhada de dois minutos" aumentou de 82,8 para 96,6 passos, no total, entre pré e pós telerreabilitação, respectivamente (Figura 1).

Figura 1: Desempenho de pacientes avaliados por "teste de caminhada de dois minutos" antes e depois da telerreabilitação



O "teste de sentar e levantar de 30 segundos" consiste em contar manualmente o número de ciclos de sentar-levantar completados durante os 30 segundos do teste. O teste de sentar e levantar de 30 segundos é um dos mais importantes testes clínicos para avaliação funcional, porque mede a força da porção inferior do corpo e a relaciona com as atividades diárias mais desafiadoras (como subir escadas, levantar-se de uma cadeira, banheira ou cama)⁸. O número total de ciclos de "sentar-levantar" também aumentou de 14,0 para 16,4 nos pacientes (Figura 2). Além disso, os pacientes também relataram melhora no bem-estar.

Figura 2: Desempenho de pacientes avaliados no "teste de sentar e levantar de 30 segundos" antes e depois da telerreabilitação



Lições aprendidas

Nossa principal lição foi que criatividade e inovação são essenciais na busca de novas soluções perante novos desafios.

Enfrentamos dois desafios principais: monitoramento dos sinais vitais e da intensidade dos exercícios durante as sessões de treinamento e recursos tecnológicos inadequados na casa da maioria dos pacientes.

Aprendemos a reconhecer melhor situações em que a supervisão presencial era necessária. Com isso, foi possível determinar quando era apropriada a transição segura para a telerreabilitação.

Essa experiência nos deu uma percepção melhor do potencial e das possibilidades dos programas de telerreabilitação. Esse programa deve ser incorporado a recursos de saúde pública como uma ferramenta para proporcionar acessibilidade para um número maior de participantes de programas de reabilitação e aumentar a adesão à terapia.

Conclusões

Apesar das dificuldades iniciais para usar uma plataforma digital, tivemos boa adesão dos pacientes no programa de telerreabilitação. Consideramos a telerreabilitação uma alternativa eficiente para pacientes que não vão até os centros de reabilitação.

A curva de aprendizagem para usar o recurso digital demonstrou melhoria rápida em termos de automonitoramento dos pacientes e conscientização dos sinais de alerta e ajudou os participantes a incluir exercícios na rotina diária. A equipe de atendimento, por sua vez, amadureceu com o tempo e alavancou sua experiência para oferecer o programa para outros grupos de pacientes, incluindo pacientes em recuperação de infecção por COVID-19.

1. Rawstorn JC, Gant N, Direito A et al. Telehealth exercise-based cardiac rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *Heart*. 2016;102:1183-1192.
2. Piotrowicz E, Baranowski R, Bilinska M, Stepnowska M, Piotrowska M, Wójcik A, Korewicki J, Chojnowska L, Malek LA, Kłopotowski M, Piotrowski W, Piotrowicz R. A new model of home-based telemonitored cardiac rehabilitation in patients with heart failure: effectiveness, quality of life, and adherence. *Eur J Heart Fail*. 2010 Feb;12(2):164-71.
3. Clark RA, Conway A, Poulsen V, Keech W, Tirimacco R, Tideman P. Alternative models of cardiac rehabilitation: a systematic review. *Eur J Prev Cardiol*. 2015 Jan; 22(1):35-74.
4. Frederix I, Vanhees L, Dendale P, et al. A review of telerehabilitation for cardiac patients. *J Telemed Telecare*. 2015;21:45-53.
5. Huang K, Liu W, He D, Huang B, Xiao D, Peng Y, He Y, Hu H, Chen M, Huang D.

Telehealth interventions versus center-based cardiac rehabilitation of coronary artery disease: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol*. 2015 Aug;22(8):959-71.

6. Cristo D, Nascimento NP, Dias AS, Sachetti A. Telerehabilitation for Cardiac Patients: Systematic Review. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 2018;31(4):443-450.

7. Bohannon, Richard W. PT, DPT, EdD, NCS; Crouch, Rebecca H. PT, DPT, CCS. Two-Minute Step Test of Exercise Capacity: Systematic Review of Procedures, Performance, and Clinimetric Properties, *Journal of Geriatric Physical Therapy*: April/June 2019 - Volume 42 - Issue 2 - p 105-112)

8. Millor N., Lecumberri P., Gómez M., Martínez-Ramírez A., Izquierdo M. An evaluation of the 30-s chair stand test in older adults: Frailty detection based on kinematic parameters from a single inertial unit. *J. Neuroeng. Rehabil*. 2013;10:86. doi: 10.1186/1743-0003-10-86.

Autores

Luana Talita Diniz Ferreira PT, MSc, PhD, Centro de Reabilitação, Hospital Samaritano Paulista, Rede Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil, luana.ferreira@samaritanopaulista.com.br

Patrícia Canteruccio Pontes Vianna M.D., Centro de Reabilitação, Hospital Samaritano Paulista, Rede Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil

Tiago Frigini M.D., Telemedicina, Rede Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil

Vanessa Chaves Barreto Ferreira de Lima PT, PhD, Práticas de Cuidado, Rede Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil

Pedro Gabriel Melo de Barros e Silva M.D., PhD, Centro de Reabilitação, Hospital Samaritano Paulista, Rede Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil

Eneas Antonio Rocco M.D., Centro de Reabilitação, Hospital Samaritano Paulista, Rede Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil

Colaboradores: Bianca Sprovieri Moraes, Fisioterapeuta, Centro de Reabilitação, Hospital Samaritano Paulista, Rede Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - dados coletados; Gabriela Macoppi Carreiro, Fisioterapeuta, Centro de Reabilitação, Hospital Samaritano Paulista, Rede Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - dados coletados; Raquel Yuri Mori, Educação Física, Centro de Reabilitação, Hospital Samaritano Paulista, Rede Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - dados coletados; Renata Leão Silva Pinheiro, Fisioterapeuta, Centro de Reabilitação, Hospital Samaritano Paulista, Rede Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - dados coletados; Thaís Pellegrino Miranda, Fisioterapeuta, Centro de Reabilitação, Hospital Samaritano Paulista, Rede Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - dados coletados; Amanda Barbuio Teixeira M.D., Centro de Reabilitação, Hospital Samaritano Paulista, Rede Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - dados coletados; Viviane Aparecida Fernandes, Gerente de Atendimento, Hospital Samaritano Paulista, Rede Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - apoio administrativo; Valter Furlan, Diretor Técnico, Hospital Samaritano Paulista, Rede Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - apoio administrativo.

Agilidade e colaboração: implementação da telemedicina Amil

Introdução

Em janeiro de 2020, a equipe clínica da Amil começou a antecipar os possíveis desafios que a pandemia de COVID-19 poderia trazer. Tornou-se necessário tomar decisões rápidas e se comunicar com clareza e responsabilidade, assegurando qualidade e segurança na prestação de atendimento médico a clientes e colaboradores. Logo ficou evidente que os serviços de atendimento virtual seriam cruciais nesse cenário.

A Amil já tinha algumas soluções de saúde a caminho, mas, pela importância das relações presenciais, havia resistência a lançar a telemedicina no Brasil. As entidades regulatórias e a sociedade não conseguiam chegar a um consenso sobre como essa forma de atendimento poderia ser praticada com segurança e qualidade^{1,2}. A pandemia acelerou a derrubada de restrições como uma forma de reduzir o súbito impacto sobre o acesso a atendimento médico causado pela pandemia³.

Em março de 2020, os desafios impostos pela pandemia sobre o acesso aos sistemas de saúde não permitiram o privilégio de explorar e implementar com calma a solução ideal. A equipe da Amil precisou responder ao desafio com ousadia e engenhosidade. Em uma semana, no início de abril, foi organizado um serviço virtual de atendimento de urgência composto por uma equipe de enfermeiros, médicos de família e psicólogos. Para isso, houve uma reformulação no "Amil Ligue Saúde", uma central de assistência de enfermagem 24 horas, todos os dias, já existente. O serviço telefônico de atendimento virtual se tornou um portal para acessar atendimento remoto urgente de baixa complexidade.

Colaboradores assistenciais e profissionais de saúde terceirizados que não conseguiam atender pacientes presencialmente por causa das restrições da quarentena foram treinados em casa. Essa solução contribuiu para mitigar o desperdício de recursos humanos e financeiros durante a crise humanitária causada pela pandemia.

Em julho, foi lançada a plataforma da Amil para consultas virtuais com vídeo. As teleconsultas eram iniciadas nessa plataforma, também integrada aos serviços de saúde da Amil. A plataforma era acessada pelo aplicativo para celular da Amil, uma central digital para informações sobre planos de saúde e utilitários para clientes da Amil. A plataforma integrou as agendas dos provedores, os registros médicos eletrônicos dos pacientes e os sistemas operacionais da empresa, preservando a segurança dos dados, a transparência do processo e a troca de informações em tempo real.

A implementação dos recursos de telemedicina pela Amil tinha o potencial para expandir as possibilidades para novos produtos e facilitar novas integrações entre serviços, dispositivos, redes e sistemas. Permite também a otimização do uso de ferramentas analíticas para melhorar a saúde da população e melhorar a eficiência do atendimento.

No espírito da inovação, a telemedicina pode ser uma ferramenta fundamental para a transformação digital de um modelo de saúde integrado, promovendo o equilíbrio responsável no uso dos recursos e contribuindo para um sistema de saúde melhor para todos.

Meta

O objetivo de curto prazo do projeto era oferecer uma alternativa rápida, acessível, segura e de qualidade de serviço de saúde por meio de consultas virtuais para os mais de 3,5 milhões de clientes da Amil. As metas de médio prazo eram:

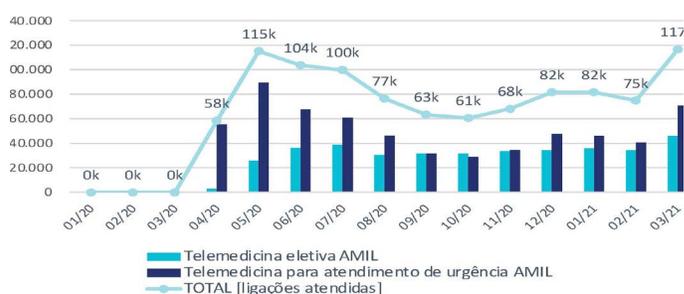
- promover uma mudança nos comportamentos de busca de atendimento médico para reduzir visitas desnecessárias e custosas ao Pronto Socorro (PS) para problemas de saúde de baixa complexidade e
- alavancar outras iniciativas de saúde digital na Amil que melhorassem a experiência do provedor sem colocar em risco a saúde do paciente.

Resultados

Uma equipe de profissionais de saúde foi treinada para oferecer atendimento e educação em saúde para pacientes sobre os sintomas da COVID-19, prevenção de transmissão e orientações nas melhores práticas usando telemedicina. Quando houvesse indicação clínica, enfermeiros de triagem por telefone encaminhariam o paciente para consulta com um médico por chamada de vídeo pelo smartphone. O tempo de espera para a consulta com o médico variava de alguns minutos a algumas horas. Pacientes com problemas agudos de saúde mental como problema principal também eram encaminhados para consulta psicológica, com base no protocolo de triagem da enfermagem. O volume de ligações aumentou em 20 vezes depois do primeiro mês, com uma média de 1.850 ligações por dia, aumentando para uma média de 2.877 ligações por dia em maio.

No fim de abril, a Amil oferecia consultas virtuais eletivas e urgentes por telefone. Consultas virtuais eletivas incluíam a maioria das especialidades médicas, com suporte para consultas com outros profissionais de saúde aliados e terapias em grupo. Isso permitiu a continuidade do atendimento eficiente para pacientes com doenças crônicas, continuando a manter o acesso para atendimentos urgentes de baixa complexidade. No primeiro ano de operação, o serviço de telemedicina da Amil atingiu 1 milhão de consultas (Figura 1).

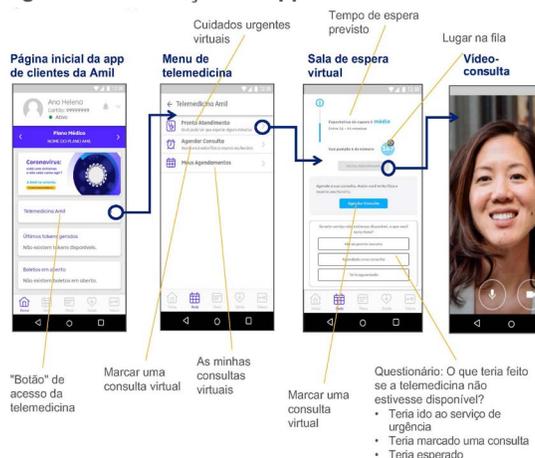
Figura 1: Volumes da telemedicina da Amil



A medida de satisfação do cliente foi implementada em outubro, usando o Net Promoter Score (NPS). Os dados indicam que resultados de NPS para telemedicina urgente eram sensíveis a maior tempo de espera pelo médico (medido pela velocidade média para atender cada chamada) e usabilidade da plataforma⁴.

A implementação gradual, começando com recursos existentes e passando a tecnologia mais nova e elaborada foi uma abordagem ágil que permitiu um início rápido. Em quatro meses, o acesso por telemedicina estava disponível no aplicativo para clientes da Amil para smartphones (Figura 2).

Figura 2: Visualização do App Amil Clientes



A telemedicina para atendimento de urgência se tornou um substituto seguro e eficiente para algumas visitas de baixa complexidade ao Pronto Socorro sem aumentar a utilização (Figura 3).

Em comparação, a taxa total de visitas ao Pronto Socorro mais visitas virtuais para atendimento de urgência de 2020 (total de 109 visitas de atendimento de urgência por 1.000 clientes, em média) ou de 2021 (120 visitas de atendimento de urgência por 1.000 clientes, em média) não ultrapassou a taxa de visitas presenciais ao Pronto Socorro do período pré-pandêmico de 2019 (162 visitas ao Pronto Socorro por 1.000, em média), sugerindo que a telemedicina para atendimento de urgência da Amil pode ser uma substituição satisfatória para algumas visitas ao Pronto Socorro, contribuindo para a redução de visitas ao Pronto Socorro desnecessárias e custosas em casos de problemas de saúde de baixa complexidade.

Lições aprendidas

- O trabalho em equipe e a intensa colaboração entre as áreas funcional e empresarial é essencial.

Figura 3: Visitas ao Pronto Socorro por 1.000 clientes



- O desenvolvimento tecnológico demanda criatividade, ousadia, tenacidade, resiliência e paciência.
- O analfabetismo digital e problemas de conectividade podem ser uma barreira para um atendimento virtual de qualidade.
- Decisões regulatórias referentes aos limites da telemedicina devem assegurar a segurança do paciente, a qualidade do atendimento e o acesso simplificado a atendimento médico seguro e conveniente.

Conclusão

O programa de telemedicina da Amil foi implementado usando uma abordagem progressiva, com desenvolvimento contínuo da tecnologia. Em menos de quatro meses, tornou-se uma plataforma única para atendimento médico integrado e de qualidade por meio de chamadas de vídeo, acessadas pelo smartphone, disponível 24 horas, todos os dias, para todos os 3,6 milhões de clientes da Amil.

Essa solução está impulsionando a transformação digital de nosso modelo de atendimento médico. Os avanços obtidos com essa inovação extraordinária incluem monitoramento remoto de quadros crônicos e pacientes em tratamento domiciliar, promoção de bem-estar e alavancagem de novas parcerias. O serviço de telemedicina da Amil também está ajudando a otimizar o uso de ferramentas analíticas para melhorar a saúde da população e aumentar a eficiência do atendimento.

1. Resolução do Conselho Federal de Medicina autorizando a telemedicina. Publicada em 9 de fevereiro de 2019. Revogada em 22 de fevereiro de 2019. <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao222718.pdf>
2. Tadeu, Erivelto. Cercada por resistências, telemedicina tenta avançar. Valor Econômico. 26 de setembro de 2019. Disponível em <https://www.anahp.com.br/noticias/noticias-do-mercado/cercada-por-resistencia-telemedicina-tenta-avancar/>
3. Sanção presidencial (Lei número 13.989 de 15 de abril de 2020) autorizando o uso de telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em português em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm
4. Estudo interno do UnitedHealth Group Brasil para Amil Telemedicina. Agosto de 2021.

Autores

Caroline Villa Martignoni Rebicki, M.D., MCISc., Gerente de Telemedicina, Amil, Brasil, caroline.rebicki@amil.com.br

Fernando Moisés José Pedro, M.D., MBA, Diretor Executivo de Valor Total de Atendimento, Amil, Brasil

Nulvio Lermen Junior, M.D., MSc., Diretor de Serviços e Sistemas de Saúde, Amil, Brasil

Camila de Souza Lobo Botti, M.D., MBA, Diretora de Tecnologia e Informações Clínicas, Amil, Brasil

Gerenciamento de casos de pacientes complexos e de alto risco por meio de ferramentas virtuais de saúde

Introdução

Devido à crescente carga de doenças crônicas, o gerenciamento de quadros de longo prazo é um grande desafio de sustentabilidade para os sistemas de saúde. A situação é agravada pela utilização excessiva de recursos para pacientes complexos e de alto risco, com frequência caracterizados por cuidados fragmentados, descoordenados e não periódicos. Devido às maiores necessidades médicas, pacientes complexos e de alto risco também geram visitas ao pronto-socorro e internações hospitalares mais frequentes em comparação com pacientes menos complexos e de menor risco. O resultado tem sido um aumento nos custos médicos, sem tradução em melhoria da qualidade do atendimento ao paciente^{1,2,3}.

Os sistemas de saúde estão desenvolvendo estratégias para fornecer serviços de alta complexidade e centrados no paciente, com o objetivo de aumentar a qualidade do atendimento e reduzir os custos médicos. Uma estratégia inclui a incorporação de modelos virtuais de saúde para gerenciar essa população como parte dos programas gerais de gerenciamento de casos. Programas eficazes de gerenciamento de casos usam uma abordagem de atendimento integrado para pacientes complexos e demonstram impacto positivo, melhorando a saúde dos indivíduos, a coordenação do atendimento e os resultados clínicos^{1,2,3}. Programas eficazes de gerenciamento de casos também contribuem para a sustentabilidade do sistema com o potencial de reduzir as visitas ao pronto-socorro, as internações hospitalares e, em última análise, o custo do atendimento. Ao incluir opções de telessaúde nos programas de gerenciamento de casos, melhoramos o acesso aos pacientes e superamos as barreiras ao atendimento⁴.

Em 2019, 12% das internações de clientes da Amil foram decorrentes de diagnósticos compatíveis com quadros crônicos de saúde mapeados no banco de dados da Amil. Isso contribuiu para um custo adicional evitável⁵.

Considerando esses desafios de qualidade e custo, foi identificada uma oportunidade para implementar um programa de gerenciamento de casos complexos e, ao mesmo tempo, introduzir opções virtuais de saúde. Em parceria com um provedor externo, treinamos uma equipe dedicada de enfermagem para gerenciamento de casos de saúde virtual para acompanhar e coordenar a jornada dos pacientes inscritos, orientando-os pela rede da Amil e oferecendo atendimento amplo de acordo com a complexidade e os riscos dos pacientes.

A população de pacientes incluiu 5.000 clientes com perfil inicial de alta utilização de serviços de saúde, alto custo médico, múltiplos quadros crônicos e falta de coordenação de atendimento.

As principais intervenções do programa incluíram: visitas periódicas de tele-enfermagem para monitorar as condições de saúde, visitas domiciliares por médicos e enfermeiros, visitas de alta hospitalar por médicos e enfermeiros para facilitar atendimento de transição seguro e alta segura, central de atendimento médico 24 horas para assistência ao paciente e orientação aos pacientes para agendamento e navegação dentro da rede Amil.

Metas

- Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente
- Implementar coordenação do atendimento dentro de uma rede preferencial
- Garantir a continuidade do tratamento para quadros além da COVID-19, considerando as questões de quarentena e isolamento, especialmente para idosos
- Otimizar a jornada dos pacientes e a experiência de acesso aos serviços de saúde
- Prestar atendimento adequado em ambientes apropriados
- Evitar visitas ao pronto-socorro e internações hospitalares desnecessárias
- Reduzir o custo médico

Resultados

Dados demográficos dos pacientes no gerenciamento de casos: 75% têm mais de 60 anos, e 64% são mulheres. A localização geográfica predominante é o estado de São Paulo (70%), seguido pelo Rio de Janeiro (14%). As cinco doenças crônicas mais prevalentes são: hipertensão arterial sistêmica (46%); quadros relacionados à oncologia (25%); diabetes mellitus (24%), transtornos mentais (17%) e dislipidemia (15%) (Figura 1).

Redução de custos evitados, dias de internação e por cliente por mês: Um estudo comparativo de economia de saúde analisou 12 meses do programa, comparando o envolvimento anterior e posterior dos pacientes. O período anterior do programa foi de julho de 2018 a junho de 2019, e o período posterior foi de julho de 2019 a junho de 2020. Clientes com menos de 100 dias de adesão ao programa e com valores extremos foram excluídos do estudo. Os extremos foram identificados durante a análise dos dados, representando beneficiários com custos muito diferentes, muito elevados ou muito baixos, quando comparados com o grupo.

O reajuste de quinze por cento para COVID-19 foi incluído nos valores pagos em abril, maio e junho de 2020 devido à redução de custos observada durante a pandemia de COVID-19, a fim de equalizar os custos. O estudo mostrou uma redução de 25,6% no custo médico total após a adesão ao programa. As reduções nas internações de pacientes indicaram o maior impacto (-47,9%).

Os dados comparativos mostraram uma redução média de dias de internação de 2,06/K no ano até a data, com tendência de redução de -32% ano a ano (Figura 2, outubro de 2020). A redução de aberturas de fichas de atendimento no Pronto Socorro teve média de 817/K no ano até a data, com tendência de redução de -38% ano a ano (Figura 3, outubro de 2020).

Lições aprendidas

- O trabalho em equipe e a colaboração entre as áreas são essenciais.
- O acesso digital aos serviços de saúde empoderou nossos pacientes, ampliou o acesso aos cuidados e contribuiu para um aumento no engajamento de saúde, sem comprometer a qualidade e a segurança.
- Por meio de treinamentos específicos em telemedicina, é possível integrar conhecimento técnico e atendimento humanizado.
- A integração com as equipes de gerenciamento de pacientes internados foi crucial para a transição no atendimento.
- Orientar os pacientes para o ambiente correto de prestação de atendimento atenua os indicadores inadequados de admissão no pronto-socorro e na internação hospitalar.
- Os profissionais de saúde obtêm percepções adicionais baseadas em dados sobre o gerenciamento de pacientes crônicos complexos.

Figura 1: Prevalência de doenças crônicas nos pacientes inscritos

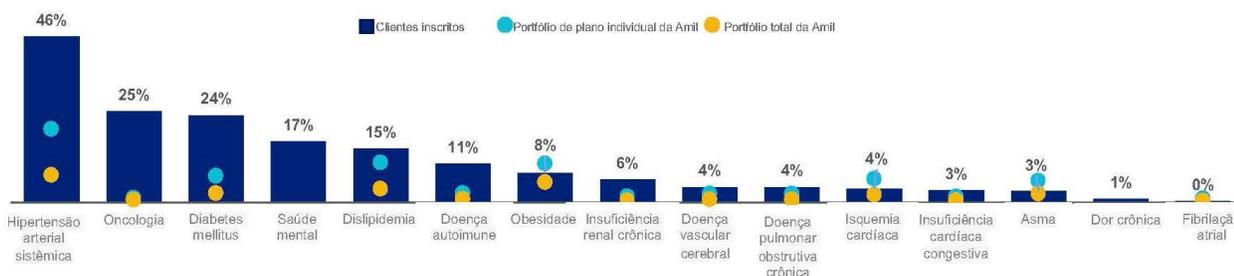


Figura 2: Redução de dias de internação

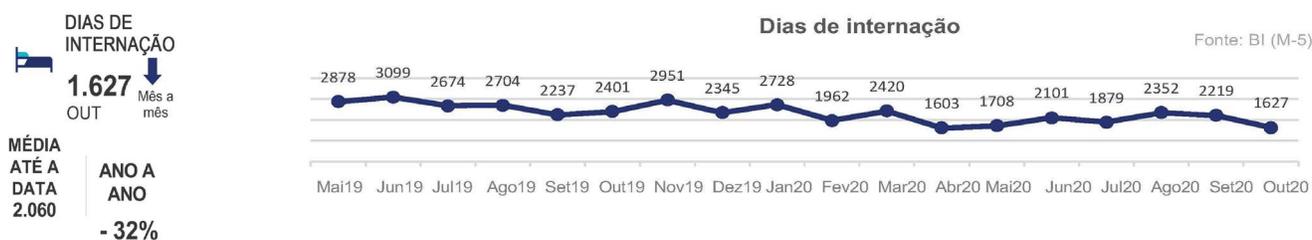
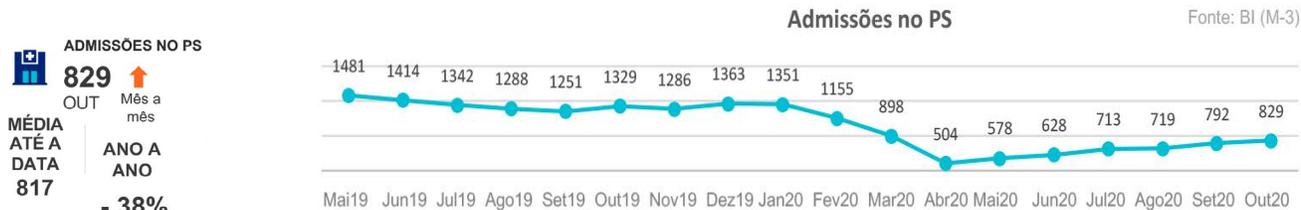


Figura 3: Redução de visitas ao Pronto Socorro (PS)



Gerenciamento de casos de pacientes complexos e de alto risco por meio de ferramentas virtuais de saúde, *continuação*

Conclusão

Um programa de gerenciamento de casos para pacientes crônicos complexos com componentes de saúde virtual é uma solução inovadora com potencial para ter um impacto significativo sobre o sistema de saúde da Amil. Apresentando teleconsultas com enfermeiros e médicos habilitados para telemedicina, restrições geográficas reduzidas, acesso a atendimento ampliado e relações estabelecidas de apoio entre pacientes e provedores. Apesar das dificuldades com barreiras para acessar a tecnologia e desafios regulatórios, a adoção da telemedicina ajudou a melhorar o atendimento de pacientes complexos com doenças crônicas e a superar barreiras socioeconômicas, geográficas e climáticas.

Ela tem permitido um atendimento coordenado, contínuo e personalizado a pacientes com quadros crônicos, por meio de diferentes métodos de atendimento. Embora os resultados completos e a viabilidade de longo prazo ainda estejam sendo avaliados, a telemedicina tem se mostrado uma ferramenta tecnológica promissora. Os resultados obtidos até o momento mostram que essa transformação abre portas para novas possibilidades de melhor gestão da qualidade e do custo do atendimento.

Considerando os resultados positivos do programa e as ferramentas de saúde virtual disponíveis, a Amil está expandindo o número de pacientes-alvo a serem inscritos em nosso programa de gerenciamento de casos. Utilizando os mesmos critérios de perfil, estima-se que 60.000 pacientes serão inscritos em 2021. Essa é uma excelente oportunidade para otimizar os hospitais e a rede credenciada da Amil e do Americas, fechando as lacunas na continuidade do atendimento.

1. Lukersmith, S., Millington, M., & Salvador-Carulla L. (2016). What is Case Management? A Scoping and Mapping Review. *International Journal of Integrated Care*. 2016;16(4):2. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.2477>
2. Ross, S., Curry, N., & Goodwin, N. (2011). Case management. What it is and how it can best be implemented. *The King's Fund*. Novembro de 2011.
3. Tortajada, S., Giménez-Campos, M. S., Villar-López, J., Faubel-Cava, R., Donat-Castelló, L., Valdivieso-Martínez, B., Soriano-Melchor, E., Bahamontes-Mulió, A., & García-Gómez, J. M. (2017). Case Management for Patients with Complex Multimorbidity: Development and Validation of a Coordinated Intervention between Primary and Hospital Care. *Int J Integr Care*. 2017 Apr-Jun; 17(2). <https://www.cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/>
4. United Health Group Brazil, HealthCare Economics (HCE). Study of Amil's System chronic health conditions in 2019. Agosto de 2020.
5. Shea, S., Weinstock, R. S., Teresi, J. A., Palmas, W., Starren, J., Cimino, J. J., Lai, Albert M. & Eimicke, J. P. (2009). A randomized trial comparing telemedicine case management with usual care in older, ethnically diverse, medically underserved patients with diabetes mellitus: 5-year results of the IDEATel study. *England: Elsevier B.V. Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 2009-07, Vol.16 (4), p.446-456.

Autores

Fernanda De Conto, R.N., Gerente de Operações de Gerenciamento de Casos, Amil, Brasil, fernanda.conto@amil.com.br

Nulvio Lermen Junior, MD,
Diretor de Gerenciamento de Sistemas de Saúde, Amil, Brasil

Carlos Daniel Moutinho Junior, MD,
Diretor de Gestão Clínica, Amil, Brasil

Camila de Souza Botti, MD, Gerente de Gerente de Tecnologias e Informações Clínicas, Amil, Brasil

Publicações recentes selecionadas

Recomendamos os seguintes artigos para ampliar os conhecimentos sobre a COVID-19 e outros desenvolvimentos clínicos.

1. ["Virtual health care in the era of COVID-19"](#) Webster, P., *The Lancet*, 11 de abril de 2020.
2. ["Intubation Practices and Adverse Peri-intubation Events in Critically Ill Patients From 29 Countries"](#) Russotto, V., Myatra, S. N., Laffey, J. G., Tassistro, E., Antolini, L., Bauer, P., ... & INTUBE Study Investigators. *JAMA*, 23 de março de 2021.
3. ["Sequelae in Adults at 6 Months After COVID-19 Infection"](#) Logue, J. K., Franko, N. M., McCulloch, D. J., McDonald, D., Magedson, A., Wolf, C. R., & Chu, H. Y., *JAMA network open*, 1 de fevereiro de 2021.
4. ["Streaming from a Diagnostic and Therapeutic Endoscopy Room: It Is Possible at Low Cost"](#) Garcia, C. N., Arango, L., Valdivieso, E., Ponce, M., Castillo, C., Barrientos, C., ... & Ortiz, P., *Gastroenterology*. Junho de 2021.
5. ["Management of the Difficult Airway"](#) Heidegger, T., *The New England Journal of Medicine*. 13 de maio de 2021.
6. ["Postinfectious Interstitial Pneumonia After COVID-19 Infection"](#) Salcedo, R. M., Flores, R. G., Medina, C. A., Mogollon, R. J., & Madariaga, M. G., *Infectious Diseases in Clinical Practice*, 29 de maio de 2021.

Rápida transformação da saúde digital durante a crise da COVID-19 e além

Introdução

A resposta à COVID-19 e a subsequente mudança para um ecossistema de atendimento virtual mudou a estrutura da prestação de atendimento de saúde. Hoje, as organizações de saúde são desafiadas a criar um modelo de prestação de atendimento de saúde progressivo que integre soluções digitais de saúde em serviços presenciais. O objetivo é criar um sistema de atendimento mais inteligente que simultaneamente agregue valor aos pacientes, aos profissionais de saúde e à empresa.

Em resposta à pandemia e em consideração às necessidades pós-COVID-19, a Optum adotou uma abordagem holística para implantar a telessaúde que levou em conta as necessidades variáveis de prestação de atendimento local, mas ainda assim seria escalonável. O esforço exigiu coordenação estratégica entre países e empresas para implementar rapidamente soluções de saúde digital para que as operações clínicas pudessem ser mantidas.

Em parceria com a Optum Advisory Services, a Optum lançou a Equipe de Resposta Digital (DRT) para desenvolver uma estratégia de telessaúde que integrasse ofertas de telessaúde em vídeo, gerenciamento de atendimento agudo e crônico por aplicativo e equipes de monitoramento de enfermagem digital para atender às várias necessidades clínicas de cada clínica. Esses esforços definem o padrão para uma abordagem de melhores práticas na execução de programas de saúde digital: mais de 10.000 provedores ao vivo em plataformas de consultas por vídeo dentro de dois meses e uma infraestrutura de implantação ágil que estabeleceu a base para um progresso rápido e contínuo.

Meta

O objetivo de curto prazo da equipe de resposta digital era manter as operações clínicas para atender às necessidades de nossos pacientes durante a pandemia. O objetivo de longo prazo era aprender com essa resposta para reinventar a forma de atendimento primário. As equipes de estratégia digital e implementação da Optum instalaram rapidamente os serviços de telessaúde com um modelo operacional e organizacional que permitiu a expansão do acesso remoto a milhões de pacientes.

Esse trabalho:

1. Definiu as melhores práticas de coordenação em todo o UnitedHealth Group nacionalmente, usando equipes multidisciplinares que propiciaram conhecimento rápido e compartilhamento de experiências
2. Implementou uma abordagem ágil que usou um design centrado no ser humano no processo de desenvolvimento do

produto e ciclos rápidos de "teste, implementação e iteração" para obter resultados ótimos em rápida sucessão

3. Projetou um processo de análise rigoroso para avaliar o progresso em relação às metas estabelecidas e criou uma estrutura de valor para determinar os benefícios das ferramentas de saúde digital
4. Usou um desenho de serviço para ajudar colegas de equipe operacional e médicos a superar uma curva de aprendizado rápida, acelerar a implementação e estimular a adoção
5. Desenvolveu um modelo operacional de saúde digital que serve como base para operacionalizar com eficiência inovações em saúde, gerenciar através da ambiguidade e continuar a impulsionar um progresso rápido.

Resultados

A Optum inclui uma família de mais de 56.000 médicos dedicados em todo o país, promovendo atendimento ambulatorial de alta qualidade conduzido por médicos em três áreas: atendimento primário, atendimento especializado e atendimento pós-agudo, com uma presença que continua a crescer nos Estados Unidos (Figura 1).

Figura 1: Rede Optum nos Estados Unidos

48.000

Médicos colaboradores e terceirizados

10.500+

Médicos integrados na plataforma de telessaúde no início de 2020

1,3 milhões

Consultas virtuais adicionais concluídas em 2020 como parte da resposta rápida



Rápida transformação da saúde digital durante a crise da COVID-19 e além, *continuação*

Dada a experiência existente em prontidão e implementação digital, a Optum estava preparada e pronta para acelerar iniciativas digitais em uma resposta rápida à crise da COVID-19. Em meados de março de 2020, foi formada a Equipe de Resposta Digital, com foco não apenas na implementação de ferramentas e serviços digitais, mas também nos "aceleradores" para gerar resultados rápidos (Figura 2).

Figura 2: Serviços de aceleração permitem rápida implementação e adoção



O investimento e a criação de Serviços de Aceleração intencionais, aliados com o modelo operacional e a tomada de decisões com base em design delineada em "Lições Aprendidas", teve como resultado:

- Em 12 semanas, mais de 10.000 médicos foram adicionados às plataformas de consultas por televídeo (menos de 1.000 médicos estavam ao vivo em plataformas de consultas por televídeo antes da COVID-19).
 - Como resultado, mais de 1,3 milhão de consultas por vídeo foram concluídas em 2020; as consultas por vídeo compreenderam mais de 25% de todas as consultas de abril a maio de 2020 (em comparação com <1% de todas as consultas concluídas por vídeo em 2019).
- Em três semanas, um Centro de Suporte e Chamadas de Telemedicina da Optum foi construído para gerenciar a integração de 1.000 médicos por semana em plataformas de visita por vídeo (o mesmo número de consultas presenciais conduzidas pelo atendimento da Optum no ano anterior).
 - Treinamentos personalizados para cinco plataformas de consultas virtuais e ferramentas de gerenciamento de atendimento por aplicativo foram acessados e vistos mais de 5.000 vezes por provedores e colegas de equipe da Optum.
- Em seis semanas, um Centro de Monitoramento de Enfermagem Digital da Optum foi construído para lançar o monitoramento remoto para pacientes com COVID-19. O Centro agora está ativo em todas as organizações de atendimento médico em Washington.

- Lançamento do monitoramento remoto de pacientes para sintomas de COVID-19 para 58.000 pacientes, com monitoramento remoto ativo de 4.000 pacientes, e adicionado monitoramento remoto de pacientes com doenças crônicas, além do monitoramento da COVID-19 (Figura 3).

Figura 3: Escalonamento rápido e serviços de aceleração na prática

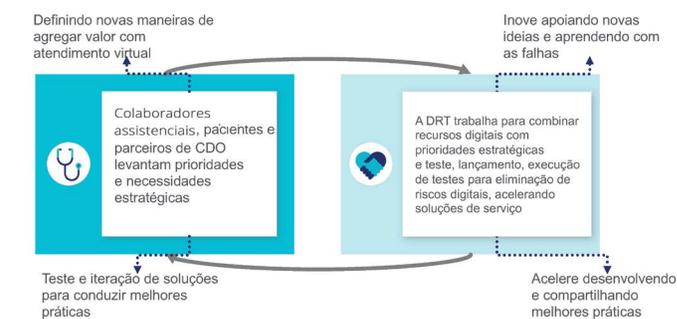


Lições aprendidas

O sucesso foi impulsionado por um modelo de operação organizacional que facilitou explicitamente coordenação entre empresas e nacional-local, compartilhamento de recursos e metodologia de "design thinking" para rápida tomada de decisões. Isso permitiu que a diversidade de ideias, o rápido compartilhamento de conhecimento e a experiência empresarial emergissem e fossem implementadas rapidamente. A equipe de liderança intencionalmente criou uma abordagem de "design thinking" que foi aplicada em modalidades digitais, abordagem essa que resultou em resultados diferenciados e agora está formalizada como Center for Digital Health (Centro de Saúde Digital) da Optum.

Em primeiro lugar, a Equipe de Resposta Digital desenvolveu parcerias intencionais com organizações de atendimento médico da Optum (CDOs) locais, com foco na construção de uma parceria para progresso baseado em design: a capacidade de testar, iterar, projetar e escalar (Figura 4).

Figura 4: O modelo de parceria da Equipe de Resposta Digital



Essa abordagem operacional baseada em design incluiu:

- Avaliações da capacidade de fornecedores internos e externos para atender às necessidades comerciais e estratégicas, juntamente com velocidade de implementação
- Teste e implementação de diferentes produtos e serviços em diferentes mercados simultaneamente
- Desenvolvimento, aprendizagem e iteração de serviços de capacitação (os "aceleradores") e estratégias de implementação
- Limitação a um conjunto preferencial de fornecedores e serviços baseada em aprendizado rápido
- Sobrecarga de operações e adoção do conjunto preferencial com Equipe de Resposta Digital e Serviços de Aceleração
- Seleção das melhores práticas e escalonamento rápido

Em segundo lugar, essa abordagem usou um modelo de operação organizacional que resolveu obstáculos empresariais comuns, facilitou a colaboração dos tomadores de decisão certos para levar as decisões adiante e abraçou a diversidade, o conhecimento empresarial e o compartilhamento de recursos entre as equipes clínicas, de operações e tecnologia (Figuras 5 e 6).

Em terceiro lugar, para sustentar o rápido progresso e inovação, essa estrutura serviu como base para o novo Center for Digital Health da Optum, um serviço crescente acessível ao UnitedHealth Group globalmente.

Conclusão

A Optum conseguiu criar uma base para permitir uma transformação digital rápida e agora está acelerando esse progresso investindo ainda mais no Center for Digital Health. O Center for Digital Health concentra-se na inovação aplicada que agrega valor por meio da transformação do atendimento médico proporcionada pela tecnologia. Nossa confiança e recém-descoberta compreensão do valor da saúde digital estão alimentando nossos esforços entre empresas para redesenhar nosso modelo de atendimento para um modelo combinado de atendimento virtual com serviços de atendimento presencial. Atendimento virtual e ferramentas de saúde digital já não são novidade, mas uma necessidade para alcançar um modelo de atendimento eficaz, baseado em valor, que melhore a saúde, reduza o custo total de atendimento, leve em conta a escassez de força de trabalho clínica e vise melhorar a experiência geral do paciente.

Autores

Sonia Samagh, M.D., MBA, Estados Unidos

John Kontor, M.D., SVP, Serviços de Tecnologia para o Prestador, Optum, Estados Unidos

Garry Choy, M.D., MBA, Vice-presidente Sênior e Chief Medical Officer Adjunto, Sistemas Clínicos, UnitedHealth Group, Estados Unidos

Kristi Henderson, DNP, NP-C, FAAN, FAEN, Vice-presidente Sênior, Center for Digital Health and Innovation, Optum, Estados Unidos

Figura 5: Modelo operacional para implementação rápida baseada em design



Figura 6: Estrutura organizacional e modelo "equipe de equipes"



Aplicativo Todos Por Um: direcionando pacientes para o atendimento correto para aumentar a sustentabilidade do sistema de saúde

O problema: Fornecer atendimento médico no momento certo e no ambiente certo é essencial para a qualidade do atendimento e a sustentabilidade do sistema de saúde. Isso se provou especialmente verdadeiro durante a pandemia de COVID-19, que restringiu os recursos de saúde em todo o mundo. Quando clinicamente aconselhável, expandir o acesso dos pacientes a atendimento de qualidade no conforto do lar pode ajudar a evitar visitas desnecessárias ao hospital. Tratar pacientes virtualmente quando apropriado, por sua vez, garante que os hospitais possam fornecer pronto atendimento hospitalar aos pacientes que mais precisam.

No ambiente de pandemia e além, profissionais de saúde precisam de ferramentas digitais fáceis de usar para conectar os pacientes aos serviços certos para suas necessidades de atendimento. O novo aplicativo *Todos Por Um* da Lusíadas Saúde atende essa necessidade, proporcionando avaliação remota de sintomas e orientação para o atendimento adequado por colaboradores assistenciais altamente qualificados.

O programa: A Lusíadas Saúde, empresa de serviços de saúde em Portugal, criou em apenas sete dias o aplicativo de avaliação de sintomas da COVID-19 *Todos Por Um* em parceria com a desenvolvedora de aplicativos Outsystems. O aplicativo usa inteligência artificial e a mais recente abordagem baseada em evidências para fazer uma primeira avaliação dos sintomas de um usuário.

Ao apresentar ao paciente uma série de perguntas, o aplicativo reúne informações e aplica um algoritmo, dando ao usuário uma classificação de risco em uma de três cores:

- Verde informa ao usuário para continuar monitorando os sintomas e tomar medidas de segurança apropriadas.
- Amarelo aconselha o usuário a falar com um dos profissionais clínicos usando a função de bate-papo do aplicativo.
- Vermelho recomenda que o usuário vá imediatamente para o hospital.

Se o paciente for atribuído à categoria amarela, todos os profissionais de saúde inscritos como provedores no aplicativo recebem uma notificação. Quando um provedor clica em "aceitar" na notificação, assume a responsabilidade de monitorar o processo do paciente e fornecer recomendações clínicas.

*Podemos concluir que há uma necessidade urgente de ferramentas de navegação para atendimento que esclareçam dúvidas de saúde e direcionem os pacientes para a opção de atendimento correta para suas necessidades. Da população que usou o aplicativo, estimamos que **mais de 25% não conseguiria receber atendimento adequado nas centrais de contato clínico por telefone existentes.***

Após a aceitação do provedor, uma sessão de bate-papo com o paciente é aberta automaticamente e o provedor pode avaliar as necessidades do paciente. Esse processo de correspondência paciente-provedor é semelhante ao dos aplicativos de compartilhamento de viagens as solicitações de passageiros aos motoristas.

O aplicativo *Todos Por Um* é gratuito para provedores e pacientes. Qualquer profissional de saúde em Portugal pode se voluntariar para participar. Basta enviar a licença para validação pelos Conselhos Nacionais de Medicina e Enfermagem. Ao usar esse aplicativo, os provedores têm a oportunidade de alcançar mais pacientes e evitar visitas desnecessárias a hospitais e clínicas. Temos o cuidado de enfatizar para os usuários que o aplicativo é uma ferramenta complementar, não um substituto para o atendimento médico regular ou de emergência.

Dois fatores críticos impulsionaram o sucesso desse projeto: colaboração interdisciplinar e atualizações com membros do projeto seis vezes por dia.

Resultados: O aplicativo *Todos Por Um* ajuda prestadores a chegarem aos pacientes em casa e, quando clinicamente aconselhável, encaminhá-los ao local correto de atendimento em um momento de superlotação e recursos reduzidos. Até setembro de 2020, mais de 100.000 usuários de Portugal já haviam recebido orientações pelo aplicativo. Desde abril de 2021, mais de 398.000 solicitações

foram atendidas por mais de 3.800 profissionais de saúde. Destas, 1.900 casos foram encaminhados para uma unidade de atendimento por necessidade clínica (fonte: análise interna do aplicativo).

Com base no grande número de consultas dos usuários, podemos concluir que há uma necessidade urgente de ferramentas de navegação para atendimento que esclareçam dúvidas de saúde e direcionem os pacientes para a opção de atendimento correta para suas necessidades. Da população que usou o aplicativo, estimamos que mais de 25% não conseguiria receber atendimento adequado nas centrais de contato clínico por telefone existentes^{1,2}. Pacientes que não conseguem obter respostas pelo telefone podem ter procurado atendimento presencial em um hospital ou clínica, aumentando custos, contribuindo para superlotação e diminuindo a eficiência e sustentabilidade do sistema. Além de sobrecarregar o sistema de saúde, internações desnecessárias também desalojam pacientes que deveriam ser hospitalizados.

Todos Por Um foi reconhecido em maio de 2020 pela Fundação Gulbenkian como uma das melhores soluções portuguesas para o combate à COVID-19, conquistando um prêmio nacional de sustentabilidade e recebendo um subsídio da organização. Recebeu também Menção Honrosa Nacional do Journal de Negócios como uma das soluções mais sustentáveis de 2020³.

Autores: Sofia Couto da Rocha, M.D., MSc, MBA, Chief Transformation Officer, Lusíadas Saúde, Portugal; Eduarda Reis, M.D., Chief Medical Officer, Lusíadas Saúde, Portugal; Wal Chevrant, Pharm.D, MSc, CCEP-I, Diretor de Produção para a Região de Lisboa, Lusíadas Saúde, Portugal; Susana Fonseca, MSc, Gerente de Comunicação e Marketing, Lusíadas Saúde, Portugal; Catarina Marques, MSc, Gerente de Projetos, Sustentabilidade, Lusíadas Saúde, Portugal; Sofia Fernandes, MSc, Gerente de Desenvolvimento de Talentos, Lusíadas Saúde, Portugal; Vasco Antunes Pereira, J.D., MBA, Chief Executive Officer, Lusíadas Saúde, Portugal

1. Campos A., Barros R. Coronavírus: Linha SNS24 não atendeu um quarto das chamadas em dia de pico da procura. PÚBLICO. <https://www.publico.pt/2020/03/05/sociedade/noticia/linha-sns-24-nao-atendeu-quarto-chamadas-dia-pico-procura-1906518>. Publicado em 5 de março de 2020. Acessado em 29 de abril de 2021.

2. Tsf. Linha SNS 24 não atendeu 54% das chamadas. TSF Rádio Notícias. <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/linha-sns-24-nao-atendeu-54-das-chamadas-11910219.html>. Publicado em 10 de março de 2020. Acessado em 29 de abril de 2021.

3. Fernandes FS. The Weight of Digital in the Fight Against COVID-19. Business Journal. <https://www.jornaldenegocios.pt/negocios-iniciativas/saude-sustentavel/detalhe/o-peso-do-digital-no-combate-a-covid-19>. Publicado em 12 de novembro de 2020 Acessado em 29 de abril de 2021.

Resumo de relatórios: saúde virtual

Teleterapia: uma abordagem mais humana em tempos de pandemia

O problema: A disponibilidade e acessibilidade de serviços clínicos são essenciais para um atendimento médico oportuno e eficaz, bem como a identificação de barreiras para acessá-los¹.

A pandemia de COVID-19 impôs, na maioria dos países, barreiras na disponibilidade e acessibilidade dos serviços. As medidas de controle da transmissão nas equipes de saúde e na população com quadros existentes, bem como a reorganização dos serviços para responder aos casos de coronavírus, resultaram em menor acesso aos pacientes, ausência ou restrição do atendimento em outras patologias que não COVID-19, aumento das listas de espera, suspensão de serviços e limitações de tratamento².

As restrições esgotaram ainda mais a oferta de serviços de saúde mental no mundo. Todos os anos, uma em cada cinco pessoas desenvolve um problema de saúde mental³ e muito poucas recebem tratamento⁴. Esse grupo também tem maior risco de morrer mais cedo do que aqueles com outras doenças⁵. Durante a pandemia de COVID-19, 93% dos países relataram interrupção em um ou mais serviços de saúde mental, e quase 60% de todos os serviços de psicoterapia e aconselhamento foram parcialmente interrompidos⁶.

A prestação de atendimento em saúde mental a grupos com maior risco de doença ou morte no contexto de uma pandemia era uma prioridade na Clínica Dávila, em Santiago, Chile. Foi criado um programa piloto baseado em telemedicina para facilitar a melhoria do acesso.

O programa:

Objetivos

1. Prestar apoio em saúde mental aos pacientes, seus familiares e, secundariamente, à equipe envolvida no tratamento, uma vez que a saúde mental da equipe também desempenha um papel nos resultados clínicos dos pacientes.
2. Oferecer suporte emocional à equipe de atendimento e aos familiares dos pacientes em momentos de alto estresse, como a morte.
3. Prevenir patologias e recidivas em casos de diagnósticos prévios de condições psiquiátricas.
4. Gerenciar o estresse agudo após hospitalizações prolongadas.

Protocolo

1. Avaliação de necessidades pelas respectivas unidades.
2. Encaminhamento imediato para o programa.
3. Diagnóstico e intervenção psiquiátrica com paciente e família.
4. Intervenção psicológica com paciente e família.
5. Intervenções no local com equipes de atendimento: apoio no atendimento, apoio na comunicação com as famílias, identificação conjunta de casos e pronto encaminhamento.
6. Encaminhamento oportuno e eficaz para a rede.
7. Acompanhamento dos casos após a alta.
8. Avaliação dos pacientes três e seis meses após a participação no programa para avaliar o nível de satisfação.
9. O atendimento é feito por um psiquiatra e um psicólogo por telefone ou videochamada.

O protocolo é aplicado em:

1. Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
2. Unidade de Tratamento Intensivo*
3. Unidade de Transplantes
4. Unidade de Cuidados Paliativos

** Pacientes que requerem monitoramento e vigilância em um nível de complexidade inferior ao das UTIs, mas muito superior às unidades de internação tradicionais. As unidades de tratamento intensivo são definidas pelo tipo de atendimento que prestam, pelo nível de especialização do pessoal e pelo tipo de equipamento associado.*

Participantes: Os pacientes se qualificam para participar do programa se forem alocados para uma das quatro unidades acima, tiverem habilidades de comunicação oral (básica ou completa) e, preferencialmente, tiverem recomendação para apoio psicoterapêutico familiar. Pacientes hospitalizados são encaminhados pelos médicos que os atendem.

Crêterios para qualifica o:

- Pacientes com doenas autoimunes
- Pacientes em risco para atendimento presencial
- Pacientes hospitalizados, dependendo das condioes de saúde física

Resultados: Conforme observado em países desenvolvidos^{7,8,9}, a telemedicina foi uma importante ferramenta para prestar atendimento em saúde mental em áreas onde esse servio não costuma estar disponível (como unidades de terapia intensiva) nem ser de fácil acesso devido a restrioes durante a pandemia, por exemplo, o fornecimento de apoio psicológico em cuidados paliativos.

O atendimento em saúde comportamental foi adaptado às necessidades dos pacientes no contexto da pandemia, criando uma abordagem na qual não era necessário equipamento de proteo individual, mas que ainda permitia o reconhecimento de rostos e gestos, essencial para uma relao terapêutica. Além disso, essa abordagem também protege grupos especialmente vulner veis¹⁰.

Dos mais de 1.000 pacientes tratados nos últimos seis meses, aproximadamente 30% foram tratados via telemedicina por meio desse programa de apoio.

Autores: Eugenia Escorza Dinamarca, M.D., Psiquiatra, Coordenadora de Psiquiatria e Saúde Mental, Clínica Dávila, Santiago, Chile, eugenia.escorza@davila.cl; Lucy Poffald Angulo, MA em Psicologia, Unidade de Coordenao, Cuidados Paliativos, Clínica Dávila, Santiago, Chile

1. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ.* 1978;56(2):295–303.
2. Organizao Mundial da Saúde. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context Interim guidance 1 junho de 2020. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems>. Acessado em 12 de maro de 2021.
3. Steel Z, Mamane C, Iranpour C et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis. 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014; 43: 476-93.
4. The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *The Lancet Psychiatry.* 2018; 5 (3): 237-86.
5. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, Kleiboer A, Li J y Pennix W. Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illness. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 453-62.
6. Organizao Mundial da Saúde. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of rapid assessment. <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>. Acessado em 12 de maro de 2021.
7. Reay R, Looi J and Keightley P. Telehealth mental health services during COVID-19: summary of evidence and clinical practice. *Australas Psychiatry.* 2020 Oct; 28(5):514-516. doi: 10.1177/1039856220943032. Epub 28 de julho de 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32722963/>
8. Wang Y, Duan Z, Ma Z. et al. Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. *Transl Psychiatry* 10, 263 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00950-y>
9. Zhou X, Snoswell C, Harding L, Bambling M, Edirippulige S, Bai X and Smith A. The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19.
10. Drissi N, Ouhbi S, Marques G, de la Torre I, Ghogho M, and Idriss M. A Systematic Literature Review on e-Mental Health Solutions to Assist Health Care Workers During COVID-19 Telemedicine and e-Health.

Experiência do paciente com o uso dos serviços de teleconsulta na Clínica San Felipe

O problema: Em março de 2020, a pandemia de COVID-19 prejudicou as atividades econômicas no Peru e resultou na suspensão completa de todo o atendimento ambulatorial no sistema de saúde público e privado. A Clínica San Felipe historicamente baseia sua interação com clientes e pacientes em serviços personalizados e atendimento presencial. Diante disso, a pandemia mergulhou o hospital em uma situação que representou desafios substanciais para suas operações.

Mesmo após o término do período inicial de quarentena, sabíamos que haveria desafios e dificuldades para manter a sustentabilidade do modelo tradicional de atendimento presencial. Era necessário mudar o paradigma de atendimento ambulatorial. Como resultado, a equipe implementou rapidamente um serviço de teleconsulta. Essa iniciativa foi inicialmente recebida com muitas incertezas. No Peru, tanto pacientes quanto médicos estão acostumados à interação pessoal e não confiam em canais digitais. A incerteza foi agravada por constantes mudanças nas regulamentações de saúde e pelo surgimento de regulamentações para atendimento por telemedicina no Peru, que constituíram um desafio complexo para nossa instituição.

O programa: A implementação do serviço de teleconsulta incluiu dois requisitos críticos. Em primeiro lugar, seria dirigido a nossos pacientes segurados por meio de uma apólice contratada por seus empregadores (EPS). O serviço de teleconsulta estaria disponível para aproximadamente 60% dos nossos pacientes ambulatoriais. Em segundo lugar, a consulta médica virtual só poderia ser gerada pelo aplicativo de consulta da clínica, agendada com no mínimo oito horas de antecedência.

Em 22 de junho de 2020, após dois meses e meio de planejamento e desenvolvimento, foi lançada a primeira fase do serviço de teleconsulta. Essa fase serviu para identificar oportunidades de melhoria no serviço, as quais foram estudadas e implementadas a partir de setembro de 2020.

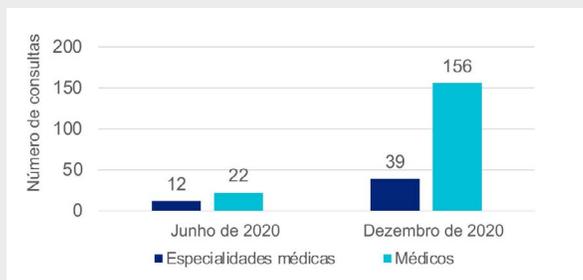
Resultados: No primeiro dia do programa, atendemos 117 pacientes e recebemos feedback positivo. O número de pacientes atendidos aumentou nos oito dias restantes do mês de junho. De junho a dezembro de 2020, alcançamos 6.436 pacientes por meio de teleconsultas. O processo de aprendizagem e melhoria contínua teve impacto positivo na recepção do serviço tanto pelos pacientes quanto pela equipe médica. Atualmente, oferecemos 39 especialidades médicas e temos um índice de satisfação do paciente de 76%, muito próximo dos históricos 83% de satisfação da consulta presencial (Figura 1).

Os seguintes componentes de nosso modelo de teleconsulta tiveram um impacto positivo na experiência do paciente com nosso serviço:

- Agendamento proativo de exames de imagem.
- Atribuição de um técnico de farmácia com responsabilidade exclusiva pelo cronograma de fornecimento e coleta dos pedidos gerados por teleconsulta.
- Implementação de um assistente executivo para dar suporte à área de atendimento virtual, gerenciando e respondendo às dúvidas, observações e/ou desafios relatados pelos usuários de teleconsulta.
- Modificação das funcionalidades para oferecer uma interface amigável.
- Melhoria nos tempos de espera para entrega de medicamentos.
- Disponibilidade de opções de agendamento de consultas via web e por aplicativo.
- Redução da janela de agendamento de oito horas para quatro horas antes da consulta.

Concluindo, podemos afirmar que consultas virtuais e presenciais oferecem a mesma qualidade de serviço, são aceitas por pacientes e

Figura 1: Aumento das especialidades oferecidas e número de médicos atuando em teleconsulta



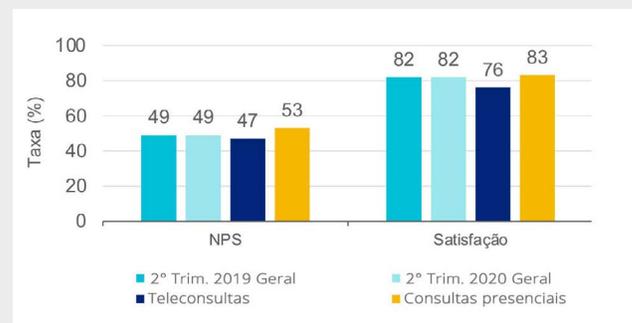
médicos e são sustentáveis ao longo do tempo. Isso é evidenciado por níveis comparáveis de satisfação entre a consulta presencial e a teleconsulta, conforme definidos pelo NPS e por relatos de satisfação espontâneos (Figura 2). Os dados também indicam que o serviço de teleconsultas está crescendo em volume de teleconsultas e no número de médicos que solicitam o ingresso no serviço.

Referências: Sistema integrado da Clínica San Felipe – SIC, <https://uhcgm.eu.qualtrics.com/reporting-dashboard/>

Autores: Tatiana Aguilar, User Attention Platform Chief, Clínica San Felipe, Peru, taguilar@clinicasanfelipe.com; Paula Ponce de León Lovatón, M.D., MBA, HCQM, CEO e Diretora Médica, SANNA Healthcare Network, Clínica San Felipe, Peru

Membros da equipe: Rocío Antón, Executiva da Plataforma de Atendimento ao Usuário, Clínica San Felipe, Peru; Ana Vásquez, Executiva da Plataforma de Atenção ao Usuário, Clínica San Felipe, Peru

Figura 2: Comparação entre NPS e satisfação para teleconsulta e atendimento presencial de 2019–2020



Resumo de relatórios: saúde virtual

Dr. Colmédica: melhorando o aplicativo e o site de telemedicina da Colmédica

Em resposta às mudanças nas necessidades da pandemia de COVID-19, Centros Médicos Colmédica fortaleceu os serviços de atendimento domiciliar e implementou a telemedicina para melhorar o acesso a atendimento, disponibilidade e continuidade, e para facilitar o acompanhamento de pacientes com quadros agudos e crônicos.

Projetamos o aplicativo e o site do Dr. Colmédica para levar serviços médicos à casa dos pacientes. Lançado em abril de 2020, o aplicativo permite chamadas de videoconferência, agendamento de consultas e acesso aos registros clínicos do paciente por meio do Mi Salud (Minha Saúde), nossa plataforma de prontuários.

Dr. Colmédica é compatível com todos os sistemas operacionais para celulares existentes no mercado e também é otimizado para o Google Chrome para uso em computadores. Os pacientes podem fazer consultas e pagamentos pelas versões de aplicativo ou site do Dr. Colmédica. Para melhorar a experiência dos usuários, o serviço de telemedicina foi integrado ao aplicativo Colmédica em setembro de 2021, permitindo que os pacientes acessem todos os serviços em um único local. Para os fins deste estudo, que ocorreu entre abril de 2020 e fevereiro de 2021, nos referimos ao serviço de telemedicina como Dr. Colmédica, que não está mais disponível como aplicativo autônomo e site.

Aprendizados da implementação: chaves para o sucesso

O treinamento eficaz e a comunicação eficiente foram fundamentais para assegurar o acesso médico por meio dessa modalidade: falar com nossos médicos e usuários em uma linguagem clara e ouvir o feedback deles durante o processo de implementação possibilitou melhorias mais rápidas e um melhor ensino.

Após o treinamento, os profissionais enfrentaram os desafios de usar um novo formato de atendimento sem contato presencial entre médico e paciente e sem permitir exame físico direto. Os pacientes enfrentaram desafios semelhantes ao lidar com essa nova forma de receber atendimento: tutoriais e mensagens em todos os canais eram necessários para ensinar aos usuários como acessar o aplicativo, lidar com a qualidade da internet, identificar o tipo adequado de smartphone, resolver problemas de conectividade e acessar os resultados de testes e exames anteriores para embasar a consulta por telessaúde. Esses desafios para provedores e pacientes em muitos casos aumentaram o tempo de consulta.

A equipe de implementação ouviu e respondeu a esses desafios com as devidas correções. Exemplos de algumas melhorias incluíram a introdução de recursos que permitiram o upload de fotos de lesões para facilitar a avaliação pré-consulta pelo médico, a criação de uma central de ajuda para pacientes e médicos, a implementação de uma plataforma de teleconsulta mais estável e o desenvolvimento de instruções com base em Diretrizes de Práticas Clínicas aceitas desenvolvidas internamente na Colmédica para telemedicina.

A equipe de desenvolvimento do aplicativo está atualmente trabalhando em uma sala de espera virtual para os pacientes quando o médico designado para a consulta estiver atrasado por outra ligação. A equipe também está trabalhando para criar acesso à central de ajuda por meio de um canal virtual. Atualmente, o acesso à central de ajuda está disponível apenas por telefone.

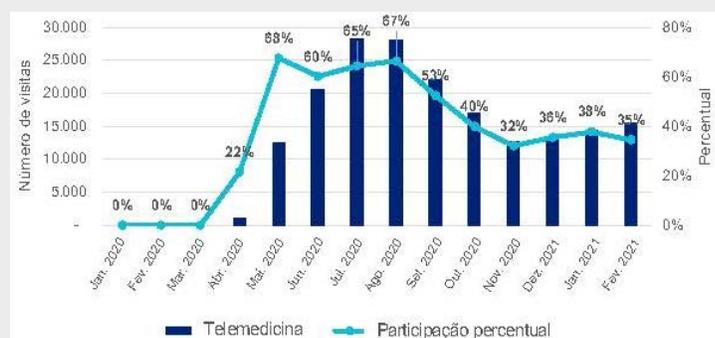
O resultado? Atendimento de mais de 185.000 pacientes no primeiro ano

Desde abril de 2020, já prestamos mais de 388.500 serviços, 185.000 (48%) dos quais por telemedicina. Mais de 24 especialidades médicas estão disponíveis nessa modalidade (Figura 2).

Figura 1: Código QR do app Dr. Colmédica

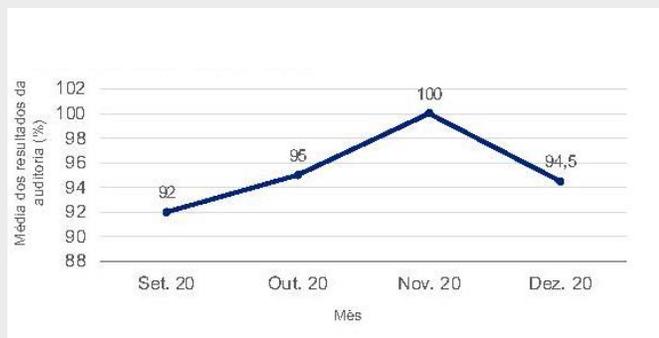


Figura 2: Participação percentual das consultas por telemedicina



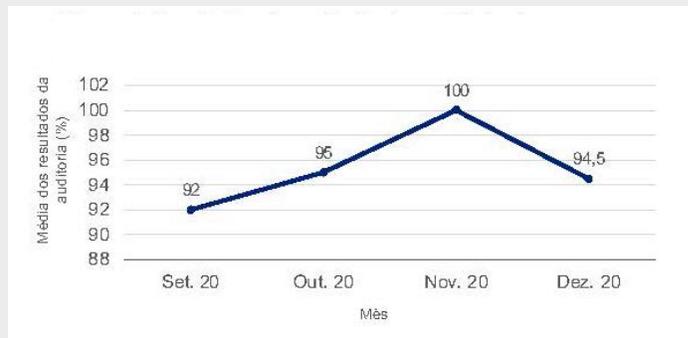
* Fonte de dados global com base em dados internos

Figura 3: Percentual de consultas de acompanhamento evitadas após a consulta virtual inicial



*Global

Figura 4: Resultados da auditoria de qualidade de atendimento por telemedicina



*Bases da auditoria

Para monitorar a eficácia das consultas por telemedicina, realizamos uma auditoria em uma amostra de consultas repetidas dentro de 45 dias da avaliação inicial para diagnósticos relacionados. Os pacientes que tiveram uma consulta repetida no formato presencial (pronto-socorro, consulta domiciliar, consulta presencial no consultório) também foram auditados, gerando os seguintes resultados. A análise dos dados indica que apenas 4% dos pacientes inicialmente tratados por telemedicina solicitaram uma consulta presencial para o mesmo problema até 45 dias após a consulta inicial (Figura 3).

A auditoria de qualidade do atendimento medindo relevância, preenchimento do prontuário clínico e racionalidade foi superior a 94,1% em média (Figura 4).

O aplicativo e o site Dr. Colmédica provaram ser ferramentas importantes para alcançar pacientes que precisam de cuidados crônicos e acompanhamento agudo nesta época em que o distanciamento social é essencial para controlar a disseminação da COVID-19. Estamos satisfeitos que a grande maioria dos pacientes e colaboradores assistenciais estão felizes com o atendimento que recebem com o aplicativo. Também estamos preocupados em melhorar continuamente a experiência e resolver problemas no aplicativo e continuaremos a otimizar essa ferramenta para melhorar o acesso e a conveniência.

Autores: Edgar Humberto Cortés, M.D., MHA, Diretor dos Centros Médicos Ambulatoriais da Colmédica, Centros Médicos Colmédica, Colômbia, edgarc@colmedica.com; Irina Caro, M.D., Mestre em Gestão de Risco, Diretora Assistente dos Centros Médicos Ambulatoriais da Colmédica, Centros Médicos Colmédica, Colômbia; Hilda Constanza Tovar, M.D., MPH, Chief of Quality and Safety dos Centros Médicos Ambulatoriais da Colmédica, Centros Médicos Colmédica, Colômbia

1. Comentários iniciais do diretor-geral da OMS na coletiva de imprensa sobre COVID-19 - 11 de março de 2020. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>. Acessado em 19 de abril de 2021.

COVID-19: da educação em saúde à telemedicina - relato de experiência

O problema: Em 2020, reconhecemos a necessidade de transformar nossos modelos de atendimento médico existentes para combater a pandemia de COVID-19. A forma como os cuidados de saúde eram oferecidos teve que ser adaptada para assegurar a qualidade e facilitar o acesso do paciente durante um período difícil. Os desafios resultantes da pandemia e a conformidade com as diretrizes de distanciamento social da Organização Mundial da Saúde (OMS) aceleraram nossos esforços para fornecer atendimento por meio de plataformas virtuais seguras e eficazes.

O programa: A Academia de Saúde, Amil Health Academy, faz parte do departamento de educação corporativa do UnitedHealth Group Brasil. Nossos educadores em enfermagem atendem a todos os colaboradores das unidades ambulatoriais da Amil Brasil, com formação clínica atual e baseada em evidências. Nosso objetivo é promover uma cultura de aprendizagem com foco em atendimento de qualidade.

Em março de 2020, ao nos aproximarmos do pico da primeira onda da pandemia no Brasil, a equipe da Academia de Saúde recebeu a notícia de que teríamos que deixar nossos consultórios e ir para casa, sem data de retorno programada. Quando a rotina do "home office" começou, nossa missão de fornecer educação clínica oportuna e baseada em evidências tornou-se mais essencial do que nunca. Tivemos que nos ajustar rapidamente a essas novas circunstâncias e nos concentrar na melhoria do aprendizado digital. Dessa forma, poderíamos ajudar colaboradores assistenciais e pacientes que agora contam com a prestação de cuidados digitais.

Programas de telemedicina foram lançados rapidamente em resposta à pandemia. Os educadores em enfermagem da Academia de Saúde Amil se concentraram em auxiliar as equipes de atendimento a aprender a gerenciar o atendimento inicial de pacientes à distância.

Nossa primeira força-tarefa da Academia de Saúde Amil, formada por educadores em enfermagem treinados para ensinar as melhores práticas remotas e de telemedicina, começou a trabalhar com a equipe de enfermagem do Amil Ligue Saúde. Essa equipe de enfermagem do Ligue Saúde estava fazendo a triagem virtual e orientando pacientes com sinais e sintomas de COVID-19. Devido ao aumento da demanda, a triagem da Telemedicina de Emergência também foi implementada com um fluxo de procedimentos que começava com a avaliação inicial pela enfermagem e depois, se necessário, um encaminhamento para consulta virtual com um médico.

Além do aumento na demanda pelos serviços do Amil Ligue Saúde e da Telemedicina de Emergência, a pandemia (e o distanciamento social) aumentaram os níveis de ansiedade de muitas pessoas. Um grande número de clientes e colaboradores da Amil começou a buscar não apenas atendimento médico, mas também apoio psicológico. Essa necessidade de atendimento psicológico levou ao lançamento de uma terceira área que necessita do apoio da força-tarefa de treinadores de enfermagem da Academia de Saúde Amil: o programa de telepsicologia.

Os enfermeiros são essenciais para esse novo ecossistema de atendimento virtual. Muitas etapas foram necessárias para assegurar um processo de abertura da ficha de atendimento adequado, fornecer comunicação clara e objetiva, mostrar respeito pelas condições dos pacientes e entregar uma análise focada nas necessidades atuais de cada indivíduo.

Conforme ficava clara cada necessidade urgente de educação clínica, os educadores de enfermagem da Academia de Saúde Amil estavam lá para treinar e apoiar os colaboradores assistenciais. Fomos inicialmente encarregados de treinar um sistema de triagem por telemedicina para sintomas de COVID-19. Em seguida, apoiamos uma equipe de Telemedicina de Emergência. Depois disso, nossos educadores de enfermagem foram designados para apoiar os enfermeiros no gerenciamento da triagem de atendimento psicológico. Cada um desses programas atende milhares de pacientes por mês e continua a fornecer consultas até hoje.

Nosso crescimento profissional e pessoal nesse período foi imensurável. Tivemos que aprender novas habilidades para ensinar novas habilidades, e isso significava sair de nossa zona de conforto. Sob pressão, enfrentamos o desafio de compreender o mundo da telemedicina em um ambiente em rápida mudança e superar seus desafios, oferecendo empatia e compaixão por nossos pacientes.

A telemedicina Amil nos mostrou que mesmo nas situações mais difíceis podemos oferecer atendimento personalizado, humano e de qualidade aos nossos pacientes — mesmo à distância. Apesar dos inúmeros desafios, o que fica na memória são as muitas histórias inspiradoras e a sensação de estar à altura da ocasião.

Resultados: O manejo remoto de pacientes requer a habilidade de ouvir com atenção, empatia e qualificação. Nesse contexto, o atendimento médico teve que se adequar ao "novo normal" criado pela pandemia de COVID-19. A telemedicina foi a resposta à necessidade, proporcionando excelência no atendimento virtual a clientes e colaboradores. Os educadores de enfermagem da Academia de Saúde Amil foram vitais, treinando colaboradores assistenciais que realizariam de 30.000 a 70.000 encontros com pacientes por telemedicina por mês.

O treinamento do Amil Ligue Saúde foi realizado por 177 colaboradores que atuam em telemedicina. Ao final do treinamento, cada colaborador faz uma avaliação de sua experiência de aprendizagem, respondendo à seguinte pergunta: "Em uma escala de 0 (menor satisfação) a 10 (maior satisfação), qual seu grau de satisfação com o treinamento?" Um total de 77 respondentes, ou 43%, deram ao treinamento uma nota 10 (Figura 1).

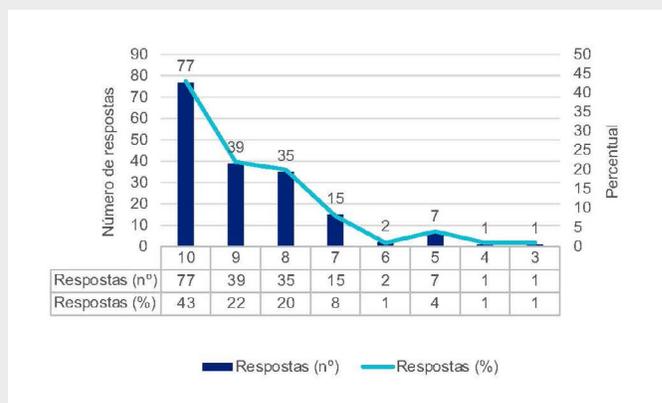
Nossa experiência com o Amil Ligue Saúde construindo a telemedicina foi um período de resiliência e recompensa. Pudemos oferecer um serviço excelente usando os pilares do atendimento primário: acesso, integração, perspectiva longitudinal e coordenação do atendimento.

Continuamos a colaborar no processo educacional, fornecendo as ferramentas necessárias e apoiando todos os profissionais envolvidos nos serviços de telemedicina.

Autores: Danielle Machado Lopes, R.N., UnitedHealth Group Brasil, danilopes@amil.com.br; Maria Augusta da Silva Reis, R.N., UnitedHealth Group Brasil, mreis04@amil.com.br; Priscila de Oliveira Machado, R.N., UnitedHealth Group Brasil, pomachado@amil.com.br

Este trabalho é resultado de toda a equipe da Academia de Saúde Amil.

Figura 1: Resultados da avaliação de satisfação com o treinamento do Amil Ligue Saúde



Fonte: Plataforma de aprendizagem virtual

Resumo de relatórios: saúde virtual

Acelerando o escopo da teleconsulta na rede de provedores SANNA no Peru durante a pandemia de COVID-19

O problema: Em novembro de 2019, a rede de provedores SANNA no Peru começou a oferecer teleconsultas ambulatoriais pelo nosso aplicativo Doctor Online e SANNA. Seguindo as restrições legais em vigor, clínicos gerais em teleconsulta só podiam fazer recomendações e orientar pacientes quanto à opção de tratamento correta. O volume médio durante esse período foi muito baixo, cerca de 50 consultas por mês (dados internos).

No entanto, no contexto da pandemia, tornou-se uma prioridade melhorar o serviço de teleconsultas. O principal desafio era desenvolver um sistema ágil que pudesse atender às necessidades emocionais e físicas do paciente.

O programa: No início da pandemia de COVID-19, em março de 2020, o governo peruano declarou estado de emergência e ordenou o fechamento de todos os consultórios e instalações de atendimento primário. Essa decisão também gerou uma mudança na legislação, ampliando os tipos de serviços de telessaúde permitidos no país.

A necessidade de um software de teleconsulta ágil e eficiente tornou-se uma prioridade imediata na prestação de serviços aos nossos pacientes, tanto para consultas com clínicos gerais quanto com especialistas. A SANNA precisava da tecnologia de nosso aplicativo e site para melhorar, responder e gerenciar rapidamente o aumento no volume de pacientes internados. Para agilizar o registro digital de pacientes, desenvolvemos um software proprietário adaptável e eficiente chamado Jitsi. Também começamos a usar WhatsApp corporativo para suporte administrativo e comunicação com pacientes.

Em fevereiro de 2021, quatro meses após a mudança na legislação, tínhamos expandido nossos serviços de telessaúde para um total de mais de 18.000 consultas em nossa rede de provedores (5.758 consultas) (Figura 1) e na divisão ambulatorial (12.599 consultas) (Figura 2). Gradualmente, o serviço se expandiu para incluir entrega de receitas em domicílio, agendamento de diagnóstico por imagem e telessaúde para outras especialidades, como pediatria, dermatologia, pneumologia, endocrinologia e outras áreas relacionadas ao gerenciamento de doenças crônicas.

Resultados: A pandemia nos permitiu superar a visão negativa histórica e cultural da teleconsulta e nos estimulou a expandir rapidamente nosso aplicativo existente e lançar várias novas soluções digitais. Também adicionamos recentemente workshops virtuais de pré-natal e esperamos continuar a expandir o programa, adicionando outros benefícios e serviços para nossos pacientes.

Autores: Italo Camposano M.D., MBA, Ing, Chief Information Officer, SANNA Healthcare Network, Peru; Paula Ponce de León Lovatón, M.D., MBA, HCQM, CEO e Diretora Médica, SANNA Healthcare Network, Clínica San Felipe, Peru

Figura 1: Número de serviços de teleconsulta na rede de provedores da SANNA (Dr. Online)

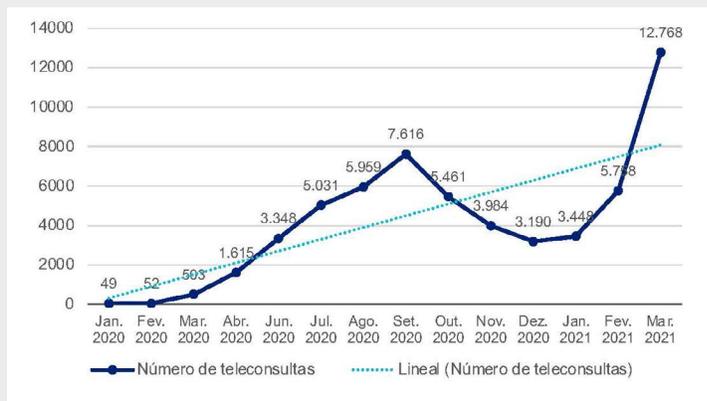
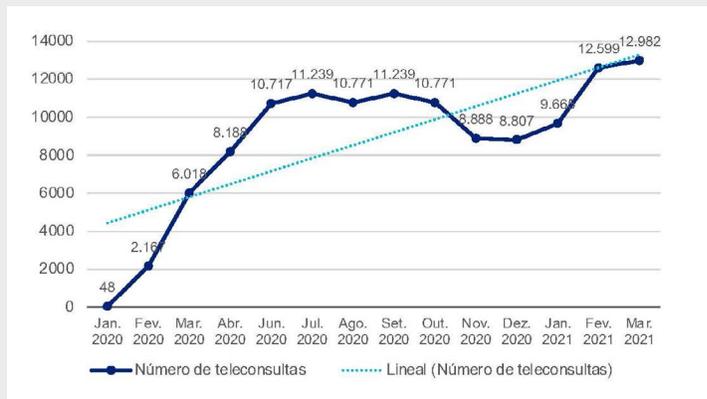


Figura 2: Número de serviços de teleconsulta na divisão de ambulatório da SANNA (hospitais e centros ambulatoriais)



Membros do Conselho Consultivo do Global Clinical Journal

Charles Souleyman Al Odeh, M.D., MSc, MBA
Chief Medical Officer
UnitedHealth Group Brasil
Brasil
csouleyman@uhgbrasil.com

Filipe Basto, M.D., MHA
Diretor Clínico
Hospital Lusíadas Porto
Lusíadas Saúde
Portugal
carlos.goncalves.basto@lusiadas.pt

Claudia Boada, M.D., MHA
Diretora de Gestão de Saúde
Colmédica/Aliansalud
Colômbia
claudialb@colmedica.com

Melissa Crawford, RN, MSN, CNL
Gerente de Projetos
Context Health Communication
Estados Unidos
melicrawford@gmail.com

Bernie Elliott, M.D.
Chief Medical Officer
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
bernie.elliott@uhcglobal.com

Pedro Garcia Aspillaga, M.D., MBA
Chief Medical Officer
Isapre Banmédica/Vida Tres
Chile
pgarcia@banmedica.cl

Kristen Hellmer
Diretora de Comunicação
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
kristen_hellmer@uhc.com

Hilary Lyon, RN, MPH, MBA
Vice-presidente (aposentada)
Programas Clínicos Globais
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos

Lais Perazo, M.D., MBA
Chief Medical Officer
Americas Serviços Médicos
Brasil
lperazo@uhgbrasil.com.br

Ana Ramos Rojas, M.D., MHM
Chief Medical Officer
Pacífico
Peru
aramos@pacifico.com.pe

Eduarda Reis, M.D.
Chief Medical Officer
Lusíadas Saúde
Portugal
eduarda.reis@luisadas.pt

Melinda D. Sawyer, DrPH, MSN, RN, CNS-BC
Vice-presidente de Qualidade
Clínica e Segurança do Paciente
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
melinda_sawyer@uhcglobal.com

Phil Sharples, M.D., MBBS, MRCP, DRCOG, DOccMed, DTM
Diretor Médico Sênior
UnitedHealthcare
Global Solutions
Reino Unido
phil.sharples@uhcglobal.com

Taissa Sotto Mayor, M.D., MBA, FISQua
Chief Quality Officer
(aposentada)
UnitedHealth Group Brasil
Brasil

Ali Tews
Vice-presidente de Programas Clínicos Globais
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
alison.tews@uhcglobal.com

Cristian Ugarte Palacios, M.D.
Chief Medical Officer
Empresas Banmédica - Care Delivery
Chile
cugarte@empresasbanmedica.com

David Velasquez Echeverri, M.D.
Chief Medical Officer
Colmédica/Aliansalud
Colômbia
DavidV@colmedica.com

Margaret-Mary Wilson, M.D., MBA, MRCP, FNMCP
Chief Medical Officer
UnitedHealth Group
Estados Unidos
margaret.wilson@uhcglobal.com

Olivia Young
Consultora de Comunicação
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
olivia.young@uhc.com

Comitê editorial

Bernie Elliott, M.D.
Chief Medical Officer
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
bernie.elliott@uhcglobal.com

Hilary Lyon, RN, MPH, MBA
Vice-presidente (aposentada)
Programas Clínicos Globais
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos

Melinda D. Sawyer, DrPH, MSN, RN, CNS-BC
Vice-presidente de Qualidade
Clínica e Segurança do Paciente
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
melinda_sawyer@uhcglobal.com

Taissa Sotto Mayor, M.D., MBA, FISQua
Chief Quality Officer
(aposentada)
UnitedHealth Group Brasil
Brasil

Margaret-Mary Wilson, M.D., MBA, MRCP, FNMCP
Chief Medical Officer
UnitedHealth Group
Estados Unidos
margaret.wilson@uhcglobal.com

Cartas à redação:

Envie comentários, sugestões e perguntas sobre o recebimento de artigos para globalclinical@uhcglobal.com

Informações de direito exclusivo do UnitedHealth Group. É proibida a distribuição ou reprodução sem a permissão expressa do UnitedHealth Group.

