



Global Clinical Journal

Conectar e desenvolver a nossa comunidade clínica para servir melhor as pessoas



**Saúde
virtual: para
lá das paredes
hospitalares**

Volume 4, janeiro de 2022 – Edição em português

**United
Healthcare®
Global**



Quer mais Global Clinical Journal?

Visite www.uhcglobalclinicaljournal.com



O novo website do *Global Clinical Journal* dá vida à publicação. Aprofunde os artigos, leia as edições anteriores, as declarações de autores, do diretor clínico e muito mais.

Leia o código QR ou visite www.uhcglobalclinicaljournal.com



Mensagem do Chief Medical Officer

Saúde virtual: para lá das paredes hospitalares contém artigos que mostram os passos importantes que estamos atualmente a dar para aproximar mais os cuidados de saúde das pessoas que servimos. Mas a jornada não termina por aqui. Após ler esta publicação, desafio-o a refletir: "Qual será o próximo passo?" Se vamos realmente transformar os cuidados de saúde e colocar a saúde em primeiro plano para o consumidor, devemos continuar a esforçar-nos em pensar de um modo mais abrangente. Devemos desafiar os limites do que pensamos ser possível: inovar e criar para lá dos limites das paredes hospitalares e dos modelos convencionais.

Testemunhámos e vivemos desafios sem precedentes devido à pandemia de COVID-19. Esses desafios não só puseram à prova a nossa determinação, o nosso foco e o nosso conhecimento científico, mas também a integridade e sustentabilidade do modelo global de cuidados de saúde. Os recursos foram levados ao limite, com hospitais sobrecarregados de doentes críticos. Muitas pessoas com doenças agudas ou crónicas evitaram recorrer aos cuidados presenciais ou tiveram dificuldade em aceder às unidades de saúde. Devido a estes desafios fomos obrigados a repensar como facilitar um acesso eficaz a cuidados presenciais de qualidade e acessíveis na prestação de cuidados de saúde continuados.

Era já de esperar o enorme crescimento a que assistimos nas modalidades de saúde virtual disponibilizadas pelas nossas empresas, com os mercados a alargar as capacidades existentes e a implementar abordagens novas e inovadoras à prestação de cuidados virtuais. Todas as mudanças forçadas pela pandemia na prestação de cuidados a que assistimos levaram a uma melhor experiência para todos. Muitos consumidores da nova era preferem um acesso simples e sem complicações. E muitos prestadores também preferem menos condicionalismos físicos. Ambas as partes querem interagir num ambiente confortável, e querem procurar e prestar cuidados de forma rápida.

Se a pandemia de COVID-19 nos ensinou alguma coisa, foi que os modelos de cuidados de saúde que tínhamos criado assentavam em condicionalismos físicos. Permitimos que cenários e fronteiras ditassem quem tinha acesso a cuidados. Os nossos modelos de cuidados devem ser adaptados para atender às necessidades de populações globalmente móveis. Além disso, com o aumento das opções de saúde virtual, já não é preciso dominar a tecnologia para ter acesso a cuidados. Os idosos, os deficientes e as populações vulneráveis devem poder aceder virtualmente aos cuidados.

Estamos no limiar de um avanço transformativo que vai tocar no âmago dos quatro objetivos nos cuidados de saúde. Podemos criar modelos de cuidados de saúde que facilitem o acesso, melhorem a experiência do doente e do prestador, reduzam o custo total de cuidados e melhorem os resultados de saúde. Podemos, devemos e temos de o fazer.



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



Índice

Retoma das cirurgias com avaliação pré-anestésica através da telemedicina	4
Programa de apoio telefónico para as mães que testaram positivo para o SARS-CoV-2 após o parto e a alta hospitalar da Clínica Dávila, Chile	6
Telereabilitação: Prestação de cuidados de reabilitação durante a pandemia de COVID-19	8
Agilidade e cooperação: Implementar a telemedicina na Amil	10
Gestão de casos de doentes complexos e de alto risco através de ferramentas de saúde virtuais	12
Seleção de publicações recentes	14
Rápida transformação da saúde digital durante e após a crise de COVID-19.	15
Aplicação Todos Por Um: Encaminhar os doentes para os cuidados certos para aumentar a sustentabilidade dos sistemas de saúde	18
Teleterapia: Uma abordagem mais humana em tempo de pandemia	20
Experiência do doente com a utilização dos serviços de teleconsulta na Clínica San Felipe	22
Dr. Colmédica: Melhorar a app de telemedicina da Colmédica e o website.	24
COVID-19: Da educação na saúde à telemedicina - Relatório de experiência.	26
Acelerar o âmbito da teleconsulta na rede de prestadores SANNA no Peru, durante a pandemia de COVID-19	28

Retoma das cirurgias com avaliação pré-anestésica através da telemedicina

Introdução

Após a primeira vaga de pandemia de COVID-19 no Brasil, o Next Hospital Butantã, situado em São Paulo, enfrentou o desafio de retomar a atividade cirúrgica, mantendo a capacidade de apoio no internamento de doentes com COVID-19. Foi necessário reformular os processos para criar cirurgias seguras, utilizando protocolos adequados ao novo perfil epidemiológico cirúrgico. A retoma dos procedimentos cirúrgicos era limitada a procedimentos com baixo risco de aerossolização e que não requeressem internamento numa unidade de cuidados intensivos (ICU). Após mapearmos os procedimentos cirúrgicos apropriados e os respetivos processos, identificámos a telemedicina como uma oportunidade de reduzir as deslocações e os ajuntamentos associados às avaliações pré-anestésicas presenciais (PAA). Os anestesiológicos com fatores pessoais de alto risco de transmissão de COVID-19 (tais como idade superior a 65 anos ou gravidez) foram postos a trabalhar na equipa de telemedicina, onde receberam formação para adquirir as competências necessárias para trabalhar num ambiente de saúde virtual. Estas competências foram essenciais para realizar as PAA através da telemedicina, ao invés das avaliações presenciais.

A plataforma de interoperabilidade e transformação digital designada pela “Minerva,”¹ uma plataforma de digitalização adquirida pela Americas Serviços Médicos, foi utilizada para coordenar todo o processo digital. A plataforma possui a certificação da Organização Internacional de Normalização² (ISO) 13485 em requisitos para sistemas de controlo de qualidade para dispositivos médicos e serviços afins, bem como a certificação ISO 27001 em segurança de dados. Além, disso a plataforma Minerva também cumpre os requisitos da Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguros de Saúde³ (HIPAA), do Regulamento Geral de Proteção de Dados⁴ (RGPD) e de outras leis gerais de proteção de dados, como a Lei Geral de Proteção de Dados Brasileira (LGPD).^{4,5} Como parte da implementação do projeto, os médicos receberam formação em cuidados de saúde digitais e obtiveram certificados digitais individuais (e-CPF) para a emissão de receitas, relatórios e pedidos de exames, conforme exigido pela legislação atual.

Objetivos

Os principais objetivos do projeto foram:

1. Retomar gradualmente a atividade cirúrgica, com o intuito de realizar 30% do número de cirurgias eletivas durante o mesmo período que no anterior, ao mesmo tempo que preveniam a infeção cruzada de quaisquer doentes por COVID-19.
2. Implementar um sistema de telemedicina para a avaliação pré-anestésica que garantisse a segurança de dados e facilitasse os cuidados aos doentes.

3. Como parte da avaliação pré-anestésica, identificar proativamente os sintomas respiratórios suscetíveis de indicar uma possível infeção pelo patogénio SARS-CoV-2, antes do procedimento cirúrgico e encaminhar o doente para receber os cuidados médicos adequados.
4. Evitar deslocações e ajuntamentos desnecessários durante a pandemia.

Resultados

Na implementação da avaliação pré-anestésica virtual (PAA), de setembro de 2020 a fevereiro de 2021, realizámos um total de 1560 cirurgias eletivas. Durante o mesmo período foram realizadas 1608 PAA, das quais 1511 (94%) foram efetuadas através da plataforma de telemedicina Minerva. Embora 455 avaliações (30,1%) fossem efetuadas exclusivamente através da plataforma, a maioria das PAA (69,9%) também exigiu o uso de telemóveis e outros canais de comunicação. Esperávamos ver vários benefícios no modelo de telemedicina e um dos maiores impactos verificou-se nas taxas de suspensão cirúrgica. Suspensão cirúrgica designa o cancelamento de um procedimento cirúrgico planeado, após o doente ter dado entrada no hospital para o procedimento cirúrgico programado.

Figura 1: Taxa de suspensão cirúrgica (%)



Noventa e sete em 1608 doentes não foram avaliados por telemedicina, sobretudo devido à dificuldade do doente em utilizar a ferramenta. Também tivemos o cancelamento de 25 cirurgias (antes da entrada no hospital e, por conseguinte, não incluídas no nosso total de 1560), como resultado das respostas ao questionário de triagem que teve como foco os sintomas respiratórios e avaliou os sinais vitais. Estes processos foram 100% eficazes na prevenção da contaminação cruzada por SARS-CoV-2.

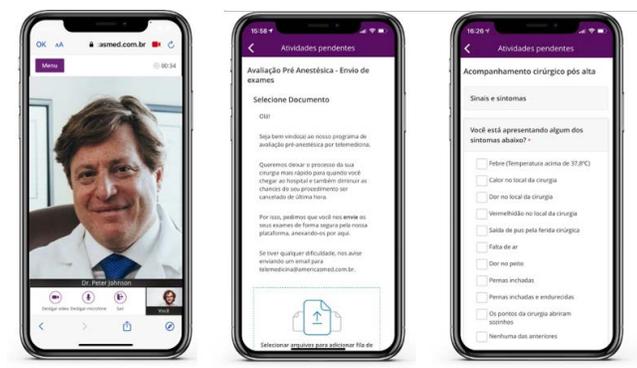
Mais de 1500 doentes foram submetidos a procedimentos cirúrgicos com os novos e mais eficazes processos de pré-admissão virtual que incluíram teleconsultas e pedidos de exames online.

O nosso modelo de avaliação pré-admissão virtual melhorou o fluxo de comunicação, poupou tempo a doentes e médicos, reduziu o número de pessoas a transitar pelo ambiente hospitalar, bem como

fez baixar as emissões de dióxido de carbono, pelo facto de diminuir as deslocações. Os anestesiológicos vulneráveis foram também protegidos de uma exposição desnecessária à COVID-19.

Desde a implementação, o nosso modelo de saúde virtual foi progressivamente melhorado. Para além da avaliação pré-anestésica através de telemedicina, os resultados dos testes anatomopatológicos são enviados diretamente para o doente através de um e-mail encriptado, e o mapeamento de processos cirúrgicos de rotina é efetuado por teleconferência, através da ferramenta Microsoft Teams. Além disso, o seguimento cirúrgico pós-alta, que era previamente realizado por chamada telefónica, é agora automatizado através de um questionário enviado ao doente pela plataforma Minerva (Figura 2).

Figura 2: Interface de smartphone da plataforma Minerva: teleconsulta, anexação de ficheiros e seguimento cirúrgico pós-alta



Lições Aprendidas

As mudanças necessárias para retomar os cuidados cirúrgicos durante a primeira vaga da pandemia ensinaram-nos várias lições.

- Conseguimos mais facilmente identificar oportunidades de melhoria quando trabalhamos em equipa.
- Para melhorar, devemos estar abertos a novas e diferentes formas de trabalhar.
- O empenho da equipa ajuda na adaptação às mudanças.
- Os parceiros tecnológicos devem estar envolvidos como aliados no desenvolvimento e revisão dos processos/protocolos de cuidados.
- Os protocolos podem ser alargados e adaptados a diferentes atividades.
- As pessoas devem ser incentivadas e apoiadas ao longo do processo de gestão de mudanças, sobretudo durante uma pandemia.
- A capacidade de fazer ajustes à plataforma de telemedicina

em tempo real foi essencial para a maturação dos processos e o aumento da confiança entre médicos e doentes.

- Há oportunidade de a empresa replicar e alargar o modelo de PAA digital para vir a integrar os modelos de cuidados cirúrgicos, quer no regime de ambulatório, quer no de internamento. Isto iria ajudar na avaliação atempada do doente por outros especialistas durante o processo de PAA e facilitar os encaminhamentos e referências cruzadas entre as equipas clínica e cirúrgica.

Conclusão

As avaliações pré-anestésicas efetuadas por telemedicina provaram ser eficientes e eficazes. Mantivemos os nossos profissionais vulneráveis num ambiente seguro, evitámos as deslocações e o ajuntamento de doentes e mantivemos gateways de controlo para garantir a segurança dos processos cirúrgicos.

1. Vá além da transformação, com a plataforma Minerva. MPHXR. <https://www.mphrx.com/>. Publicado a 5 de abril de 2021. Acedido a 12 de abril de 2021.
2. Organização Internacional de Normalização. (2018). Sistemas de gestão de saúde ocupacional e segurança - Requisitos com orientações de utilização (Norma ISO 45001:2018).
3. Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguros de Saúde. (2004). (HIPAA). Washington, D.C.: Departamento do Trabalho dos EUA, Administração da Segurança das Regalias dos Colaboradores.
4. Regulamento Geral de Proteção de Dados (2018). (RGPD). Estrasburgo, FR, Parlamento e Conselho Europeu.
5. Lei Geral de Proteção de Dados Brasileira (2018). (LGPD) Brasília, BR, Senado Federal.

Autores

António Eduardo Giriboni Monteiro, M.D., MSc, Novo Diretor, Butantã Hospital, São Paulo, Brasil

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

Daniela Akemi BSc, Diretora de Qualidade, UnitedHealth Group Brasil, São Paulo, Brasil

Tiago Frigini MD, Diretor Clínico de Telemedicina, Americas Serviços Médicos; São Paulo, Brasil

Programa de apoio telefónico para as mães que testaram positivo para o SARS-CoV-2 após o parto e a alta hospitalar da Clínica Dávila, Chile

Introdução

A pandemia de COVID-19 no Chile^{1,2} foi mais fatal para a população de idosos e para os doentes crónicos.³ Como é hoje do conhecimento geral, os sintomas e a apresentação clínica de COVID-19 variam muito. Em alguns casos, a doença é muito grave, levando à morte, enquanto noutros casos o doente pode estar assintomático.⁴

As grávidas também correm risco de infeção por COVID-19. A transmissão vertical ou cruzada através da placenta da doença ao feto é possível, mas não é comum, por conseguinte, a maioria de recém-nascidos infetados contactam com a doença por transmissão horizontal.⁵

Os casos de recém-nascidos infetados são raros,⁶ porém, a evolução clínica da infeção por COVID-19 em recém-nascidos era desconhecida nas primeiras fases da pandemia. Esta área de incerteza é o motivo por que consideramos ser essencial determinar o estado clínico dos nossos recém-nascidos à nascença e monitorizar o seu progresso após a alta hospitalar.

Objetivo

O nosso objetivo era comunicar os resultados de um programa de apoio telefónico concebido para o seguimento em ambulatório de recém-nascidos com testes de reação em cadeia da polimerase por transcriptase reversa (RT-PCR) positivos para o SARS-CoV-2.

Processo

O pai/mãe ou prestador de cuidados do recém-nascido foi contactado, por via telefónica, a cada dois a quatro dias após a alta hospitalar por um neonatologista, enfermeiro ou cinesiologista, até o recém-nascido ter, pelo menos, 14 dias de idade. Foram feitas perguntas padronizadas em relação ao estado de saúde geral do recém-nascido e à sua alimentação. As respostas foram registadas para dar orientações em relação aos cuidados do recém-nascido. Os casos urgentes foram encaminhados para o serviço de urgências.

Entre 19 de março de 2020 e 28 de fevereiro de 2021 foi registado um total de 4429 recém-nascidos que nasceram no hospital. Destes, 128 tinham mães que testaram positivo para SARS-CoV-2. Destas mães, apenas quatro, ou 3,1%, apresentavam sintomas.

A idade gestacional (IG) dos recém-nascidos filhos de mães que testaram positivo para SARS-CoV-2 variou entre 32 e 41 semanas, com uma média de 39 semanas antes do parto. No grupo dos que testaram positivo para SARS-CoV-2, apenas 12 recém-nascidos nasceram com uma idade gestacional inferior a 37 semanas.

Os pesos à nascença variaram entre 1965 g e 4870 g, com uma mediana de 3327 g e uma média de 3306 g, +/- 473 g. 50 dos recém-nascidos eram do sexo feminino (39%).

A partir de 7 de abril de 2020, a triagem clínica passou a ser efetuada por RT-PCR para SARS-CoV-2, aquando da admissão de todas as grávidas. Antes dessa data, o RT-PCR era apenas efetuado em grávidas com sintomas ou registos de contacto próximo com indivíduos que testaram positivo para SARS-CoV-2 ou apresentaram sintomas da doença de COVID-19.

Todos os recém-nascidos filhos de mães que testaram positivo para SARS-CoV-2 receberam o seu primeiro RT-PCR para SARS-CoV-2 no prazo de seis horas após o nascimento, e um segundo teste 24 horas após o parto. Apenas dois recém-nascidos mostraram resultados de RT-PCR positivos de amostras recolhidas nas primeiras 24 horas de vida. Ambos os recém-nascidos tiveram uma evolução assintomática.

O programa de apoio telefónico manteve-se, pelo menos, durante os primeiros 14 dias de vida do recém-nascido para 117 (91%) dos 128 recém-nascidos inscritos no programa. Com 11 recém-nascidos foi impossível estabelecer contacto telefónico e, por conseguinte, não puderam continuar a participar.

Três bebés foram internados devido a condições clínicas não associadas à COVID-19. Noventa e sete bebés tiveram alta para ficar ao cuidado da mãe, seis ao cuidado do pai e 22 ao cuidado de um prestador de cuidados não familiar saudável, que não tinha estado em contacto próximo com nenhum indivíduo que testou positivo para a COVID-19.

As modalidades de nutrição foram as seguintes: 68 recém-nascidos foram amamentados, 18 recém-nascidos foram alimentados apenas com leite em pó e 19 recém-nascidos foram alimentados com leite em pó e leite materno. A modalidade nutricional foi desconhecida em 12 casos de recém-nascidos.

Durante o período de acompanhamento, um bebé apresentava anomalias respiratórias aos 12 dias de idade e foi encaminhado para os serviços de urgência, onde foi confirmada a COVID-19. A mãe do bebé era um caso assintomático de COVID-19 à nascença e o bebé estava ao cuidado de um prestador de cuidados saudável após o encaminhamento para os serviços de urgência. Todos os outros recém-nascidos tiveram uma evolução assintomática.

Lições Aprendidas

A pandemia tornou difícil a prestação de cuidados presenciais pós-hospitalares a recém-nascidos, bem como de aconselhamento aos prestadores de cuidados. O programa de apoio telefónico foi muito bem recebido pelos prestadores de cuidados a recém-nascidos. Este programa permitiu a identificação precoce de um recém-nascido infetado e facilitou o encaminhamento rápido.

As estratégias de apoio telefónico revelaram-se também muito úteis para fazer a ligação entre os recém-nascidos e os seus prestadores de

cuidados, para um cuidado médico atempado durante um período em que o acesso aos cuidados presenciais era limitado e condicionado.

O contacto telefónico também nos permitiu monitorizar e reforçar com sucesso medidas adequadas de prevenção da transmissão de COVID-19, para reduzir a infeção cruzada entre mãe e filho.

Conclusão

O programa de apoio telefónico para bebés recém-nascidos filhos de mães que tiveram teste PCR positivo para SARS-CoV-2 oferece uma abordagem prática à monitorização, à intervenção atempada e ao encaminhamento imediato de bebés com sintomas consistentes com a COVID-19.

1. Relatório de situação epidemiológica de COVID-19; MINISTERIO DA SAÚDE DO CHILE .
2. Organização Mundial de Saúde (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 na 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., Cinesilogista de Acompanhamento,
Clínica Dávila

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

Manuel Becerra, M.D., Diretor da Unidade de Neonatologia,
Clínica Dávila

*A pandemia tornou difícil a prestação de cuidados presenciais pós-hospitalares a recém-nascidos, bem como de aconselhamento aos prestadores de cuidados. O programa de apoio telefónico foi muito bem recebido pelos prestadores de cuidados a recém-nascidos. **Este programa permitiu a identificação precoce de um recém-nascido infetado e facilitou o encaminhamento rápido.***

Telereabilitação: Prestação de cuidados de reabilitação durante a pandemia de COVID-19

Introdução

Os doentes que frequentam programas de reabilitação em ambulatório têm de se deslocar ao centro de reabilitação duas a três vezes por semana. Esta frequência coloca um grande obstáculo na adesão ao programa, sendo muitas vezes o principal fator para o não cumprimento por parte dos doentes.

A tecnologia está a tornar possível ultrapassar este obstáculo, através da telemedicina. Os serviços de reabilitação que não requerem consultas presenciais permitem uma maior acessibilidade aos doentes. Os programas de telessaúde - já utilizados com frequência em muitos países - foram incorporados por necessidade, após a pandemia de COVID-19. Os prestadores começaram a ver a telereabilitação como uma forma alternativa de prestar serviços de reabilitação seguros aos doentes, num formato sem contacto que iria incentivar a adesão.

Uma meta-análise publicada por Rawstorn, et.al. em 2016 demonstrou a eficácia dos programas de telereabilitação no aumento dos níveis de atividade física, na adesão ao exercício físico e na proteção contra os fatores de risco cardiovascular.¹ Análises sistemáticas publicadas entre 2010 e 2018 também demonstraram que a telereabilitação melhora os fatores de risco cardiovascular, otimiza a qualidade de vida declarada e reduz os efeitos adversos.^{2,3,4,5,6}

Processo

No Hospital Samaritano Paulista do UnitedHealth Group em São Paulo, Brasil, a pandemia de COVID-19 obrigou à suspensão da reabilitação cardiovascular presencial em meados de março de 2020. Pouco depois, começámos a disponibilizar serviços de telereabilitação a doentes inscritos no programa de reabilitação cardiovascular. Os doentes começavam por ser rastreados para aferir a elegibilidade para iniciar o programa de telereabilitação, através de avaliações médicas e funcionais. As situações seguintes eram consideradas contraindicações para o início precoce do programa: enfarte do miocárdio extenso e complexo, doentes a recuperar de ataques cardíacos e doentes com cicatrizes cirúrgicas infetadas ou de cicatrização difícil.

Os doentes elegíveis receberam orientações e frequentaram sessões de formação presencial pré-alta para se familiarizarem com o programa, para poderem continuar a terapia em casa, através da telereabilitação.

Objetivo

O nosso principal objetivo era dar continuidade à reabilitação, para os doentes melhorarem ou manterem a sua saúde cardiovascular. Além disso, queríamos captar a experiência de implementar um programa de telereabilitação na nossa instituição.

Cada sessão de telereabilitação era constituída por quatro passos:

1. Aquecimento
2. Exercícios com resistência de intensidade leve a moderada e funcionais
3. Retorno à calma
4. Alongamento

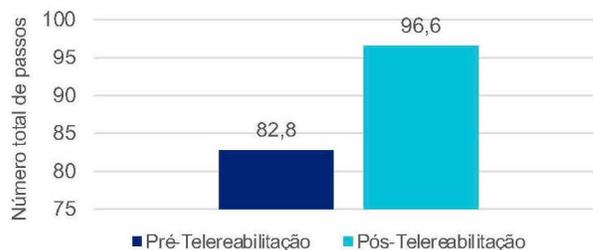
O programa consistia em sessões de terapia de 40 minutos, duas vezes por semana, por um período aproximado de seis semanas (12 sessões). Todos os doentes eram monitorizados através de um cardiofrequencímetro ou monitor de ritmo cardíaco, um oxímetro de pulso, um tensiómetro, uma classificação de perceção de esforço segundo a escala de Borg (RPE) e um teste de discurso.

Resultados

Um total de 32 doentes inscritos no programa de reabilitação. Noventa e quatro por cento destes concluíram a sua reabilitação. Vinte e cinco (78,1%) doentes eram do sexo masculino, sete (21,9%) do sexo feminino, e a idade média (desvio padrão) do grupo era de 60,3 anos (± 10).

O grupo de doentes apresentou uma melhoria nos seus resultados de desempenho, por comparação entre as pontuações pré e pós-telereabilitação. Primeiro, nos resultados do "teste de marcha estacionária de dois minutos", que requer que os indivíduos testados marchem no lugar o mais rápido possível durante dois minutos, levantando os joelhos a uma altura intermédia entre a rótula e a crista ilíaca na posição de pé. O desempenho do teste define-se como o número de passos com o pé direito, segundo o critério de altura, completados em dois minutos.⁷ O desempenho no "teste de marcha estacionária de dois minutos" aumentou de 82,8 para 96,6 no número total de passos entre a pré e pós-reabilitação, respetivamente (Figura 1).

Figura 1: Desempenho pré e pós-telereabilitação de doentes avaliados pelo "teste de marcha estacionária de dois minutos"



O "teste de sentar e levantar em trinta segundos" consiste em contar manualmente o número de ciclos de sentar-levantar-sentar concluídos durante os 30 segundos do teste. O teste de sentar e levantar em 30 segundos é um dos testes clínicos de avaliação funcional mais importantes, porque avalia a força nos beneficiários inferiores e relaciona-a com as atividades diárias mais exigentes (ex.: subir escadas, levantar-se de uma cadeira ou da banheira, ou levantar-se a partir de uma posição horizontal).⁸ Nos doentes que

realizaram o teste de "sentar e levantar", o número total de ciclos também aumentou de 14 para 16,4 (Figura 2). Além disso, os doentes também comunicaram uma melhoria no bem-estar.

Figura 2: Desempenho pré e pós-tele-reabilitação de doentes avaliados pelo "teste de sentar e levantar em 30 segundos"



Lições Aprendidas

A nossa principal lição foi que é fundamental ser criativo e inovador ao procurar novas soluções, quando confrontado com novos desafios.

Enfrentámos dois principais desafios: monitorizar os sinais vitais e a intensidade do exercício físico durante as sessões de treino e recursos tecnológicos inadequados em casa da maioria dos doentes.

Aprendemos como melhor reconhecer as situações em que a supervisão presencial era necessária. Isto tornou possível determinar quando era apropriado fazer a transição segura para a tele-reabilitação.

Esta experiência deu-nos uma maior perceção do potencial e das possibilidades dos programas de tele-reabilitação. Este programa devia ser incorporado nas capacidades de saúde pública como ferramenta para dar acessibilidade a um maior número de participantes nos programas de reabilitação e melhorar o cumprimento da terapia.

Conclusões:

Apesar das dificuldades iniciais em utilizar uma plataforma digital, tivemos uma boa adesão por parte dos doentes inscritos no programa de tele-reabilitação. Consideramos a tele-reabilitação uma alternativa eficaz para os doentes que não podem deslocar-se aos centros de reabilitação.

A curva de aprendizagem para utilização do recurso digital mostrou uma melhoria rápida em termos de automonitorização dos doentes e consciência dos sinais de alerta, tendo ajudado os participantes a incluir os exercícios nas suas rotinas diárias. A equipa de prestação de cuidados, por sua vez, aperfeiçoou-se com o tempo e tirou partido da sua experiência para disponibilizar o programa a grupos adicionais de doentes, incluindo doentes a recuperar da infeção 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, Klopotoski 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*. fev. 2010;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*. jan. 2015; 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*. ago. 2015;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*: abril/junho 2019 - Volume 42 - Edição 2 - pág. 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, Grupo Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil, luana.ferreira@samaritanopaulista.com.br

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

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

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

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

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

Contribuidores: Bianca Sprovieri Moraes, PT, Centro de Reabilitação, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - Dados recolhidos; Gabriela Macoppi Carreiro, PT, Centro de Reabilitação, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - Dados recolhidos; Raquel Yuri Mori, PE, Centro de Reabilitação, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - Dados recolhidos; Renata Leão Silva Pinheiro, PT, Centro de Reabilitação, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - Dados recolhidos; Thais Pellegrino Miranda, PT, Centro de Reabilitação, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - Dados recolhidos; Amanda Barbuio Teixeira M.D., Centro de Reabilitação, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - Dados recolhidos; Viviane Aparecida Fernandes, Diretora de Cuidados, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Americas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - Apoio administrativo;

Agilidade e cooperação: Implementar a telemedicina na Amil

Introdução

Em janeiro de 2020, a equipa clínica da Amil começou a prever possíveis desafios que a pandemia de COVID-19 poderia trazer. Tornou-se necessário tomar decisões rapidamente e comunicar clara e responsabilmente, assegurando a qualidade e a segurança na prestação de cuidados médicos a clientes e colaboradores. Muito cedo nesta conjuntura tornou-se evidente que os serviços de cuidados virtuais seriam fundamentais.

A Amil já tinha algumas soluções de saúde em curso, mas devido à importância das relações presenciais houve resistência no lançamento da telemedicina no Brasil. As entidades regulamentares e a sociedade não conseguiram chegar a um consenso sobre como esta forma de cuidados poderia ser posta em prática com segurança e qualidade.^{1,2} A pandemia acelerou o levantamento das restrições como forma de reduzir o impacto do surto no acesso aos cuidados de saúde provocado pela pandemia.³

Em março de 2020, os desafios colocados pela pandemia no acesso aos sistemas de saúde não davam margem para um abrandamento que permitisse explorar e implementar a solução ideal. A equipa da Amil tinha de responder ao desafio com ousadia e engenho. Uma semana depois, no início de abril, foi organizado um serviço virtual de cuidados urgentes, sendo composto por uma equipa de enfermeiros, médicos de família e psicólogos. Isto foi conseguido através da reformulação da "Amil Ligue Saúde", uma linha telefónica gratuita de apoio de enfermeiros 24 horas/dia. O serviço telefónico de cuidados virtuais tornou-se numa porta de acesso a cuidados remotos urgentes e de baixa complexidade.

Os profissionais de saúde do quadro e os médicos de cuidados primários contratados que não conseguiam atender os doentes presencialmente, devido às restrições de confinamento sanitário, receberam formação em casa. Esta solução contribuiu para mitigar o desperdício de recursos humanos e financeiros durante a crise humanitária provocada pela pandemia.

Em julho foi lançada a plataforma da Amil para consultas virtuais com capacidades de vídeo. As teleconsultas foram iniciadas através desta plataforma que foi também integrada nos serviços de saúde da Amil. A plataforma foi acedida através da aplicação de smartphone para clientes da Amil, um centro digital para informações de planos de saúde e serviços para clientes da Amil. Integrou os horários dos prestadores, os registos clínicos eletrónicos dos doentes e os sistemas operacionais da empresa, mantendo sempre a segurança de dados, a transparência de processos e a troca de informações em tempo real.

A implementação das capacidades de telemedicina pela Amil tem potencial para alargar as possibilidades de novos produtos e facilitar novas integrações entre serviços, dispositivos, redes e sistemas. Isto também permite a otimização do uso de ferramentas analíticas para melhorar a saúde da população e aumentar a eficácia dos cuidados.

No espírito da inovação, a telemedicina pode ser uma ferramenta

essencial para a transformação digital de um modelo integrado de cuidados de saúde que promova um equilíbrio responsável no uso de recursos e contribua para um sistema de saúde que seja melhor para todos.

Objetivo

O objetivo do projeto a curto prazo era disponibilizar um serviço de cuidados de saúde alternativo, atempado, acessível, seguro e de qualidade - através de consultas virtuais - aos mais de 3,5 milhões de clientes da Amil. Os objetivos a médio prazo eram:

- promover uma mudança nos comportamentos de melhoria da saúde, para reduzir as idas desnecessárias e dispendiosas ao serviço de urgência (SU) por preocupações de saúde de baixa complexidade e
- tirar partido de outras iniciativas de saúde digital da Amil para melhorar a experiência dos prestadores, sem pôr em risco a segurança dos doentes.

Resultados

Uma equipa de profissionais de saúde recebeu formação para prestar cuidados e educação para a saúde a doentes sobre os sintomas de COVID-19, a transmissão da prevenção e as diretrizes de boas práticas através da telemedicina. Quando clinicamente indicado, os enfermeiros de triagem telefónica encaminharam o doente para consulta com um médico, através de videochamada por smartphone. O tempo de espera para consulta com o médico variou de alguns minutos a algumas horas. Os doentes com problemas agudos de saúde mental como problema principal foram também encaminhados para consulta com um psicólogo, com base no protocolo de triagem do enfermeiro. O volume de chamadas aumentou 20 vezes após o primeiro mês, alcançando em média 1850 chamadas por dia e aumentando para uma média de 2877 chamadas por dia em maio.

No final de abril, a Amil disponibilizava consultas virtuais, tanto de cuidados urgentes, como eletivas, por telefone. As consultas virtuais eletivas incluíam a maioria das especialidades médicas e serviam de apoio a consultas com outros prestadores aliados de cuidados de saúde e em terapias de grupo. Isto permitiu uma continuidade eficaz dos cuidados a doentes crónicos, sempre mantendo o acesso a cuidados urgentes de baixa complexidade. Dentro do primeiro ano de funcionamento, o serviço de telemedicina da Amil atingiu 1 milhão de consultas (Figura 1).

Figura 1: Volumes de Telemedicina da Amil

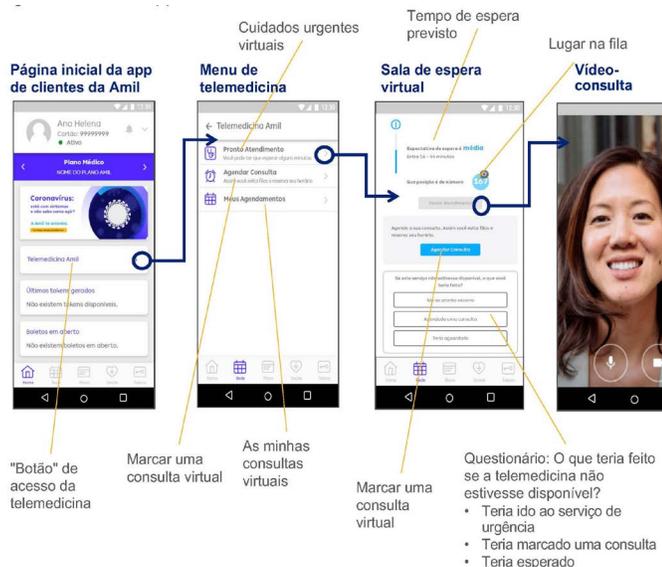


Apenas para uso interno.

A avaliação da satisfação dos clientes foi implementada em outubro, utilizando a métrica Net Promoter Score (NPS). Os dados indicam que os resultados NPS de telemedicina urgente eram sensíveis a tempos de espera pelo médico mais longos (medidos pela velocidade média de resposta a cada chamada) e à usabilidade da plataforma.⁴

A implementação gradual a começar pelos recursos existentes e com a criação de tecnologias novas e mais elaboradas foi uma abordagem ágil que permitiu um início rápido. No prazo de quatro meses, o acesso à telemedicina estava disponível na aplicação de smartphone para clientes da Amil (Figura 2).

Figura 2: Vista da aplicação de clientes da Amil



A telemedicina de cuidados urgentes tornou-se numa alternativa segura e eficaz às idas ao serviço de urgência por preocupações de saúde de baixa complexidade, sem aumentar a utilização (Figura 3).

Quando comparada, a taxa total de idas ao SU, juntamente com as consultas virtuais de cuidados urgentes de 2020 (total de 109 consultas de cuidados urgentes por cada 1000 beneficiários, em média), ou de 2021 (total de 120 consultas de cuidados urgentes por cada 1000 beneficiários, em média) não ultrapassou a taxa de idas presenciais ao SU em 2019, antes da pandemia (162 idas ao SU por cada 1000 beneficiários, em média), o que sugere que a telemedicina de cuidados urgentes da Amil poderá ser uma substituição satisfatória de algumas idas ao SU, contribuindo para a redução de idas desnecessárias e dispendiosas ao SU por preocupações de saúde de baixa complexidade.

Lições Aprendidas

- O trabalho de equipa e a colaboração intensa entre as áreas

Figura 3: Idas ao Serviço de Urgência por cada 1000 Beneficiários



Apenas para uso interno.

funcional e empresarial é essencial.

- O desenvolvimento tecnológico requer criatividade, ousadia, tenacidade, resiliência e paciência.
- A illiteracia digital e os problemas de conectividade podem ser um obstáculo aos cuidados virtuais de qualidade.
- As decisões regulamentares sobre os limites da telemedicina devem garantir a segurança dos doentes, a qualidade dos cuidados e o acesso simplificado a cuidados de saúde seguros e práticos.

Conclusão

O programa de telemedicina da Amil foi implementado através de uma abordagem progressiva com um desenvolvimento tecnológico contínuo. Em menos de quatro meses tornou-se numa plataforma única para cuidados médicos integrados e de qualidade, através de videochamadas acedidas via smartphone, disponíveis 24 horas/dia para os 3,6 milhões de clientes da Amil.

Esta solução está a levar a uma transformação digital do nosso modelo de cuidados de saúde. Os avanços obtidos com esta inovação revolucionária incluem a monitorização remota de doenças crónicas e doentes em cuidado domiciliário, a promoção do bem-estar e o aproveitamento de novas parcerias. O serviço de telemedicina da Amil está também a ajudar a otimizar o uso de ferramentas analíticas, para melhorar a saúde da população e aumentar a eficácia dos cuidados.

- Federal Medicine Council resolution authorizing telemedicine. Publicado a 9 de fevereiro de 2019. Revogado a 22 de fevereiro de 2019. <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao222718.pdf>.
- 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/>.
- Presidential Sanction (Law number 13.989 April 15, 2020) authorizing the use of Telemedicine during the crisis caused by the coronavirus (SARS-CoV-2). Disponível em português em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm.
- Internal UnitedHealth Group Brasil study for Amil Telemedicine. Agosto de 2021.

Autores

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

Fernando Moisés José Pedro, M.D., MBA, Diretor Executivo da Total Value of Care, Amil, Brasil

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

Camila de Souza Lobo Botti, M.D., MBA, Diretora de Tecnologia e Informação Clínica, Amil, Brasil

Gestão de casos de doentes complexos e de alto risco através de ferramentas de saúde virtuais

Introdução

Devido ao peso crescente das doenças crónicas, a gestão de condições clínicas a longo prazo é um dos principais desafios de sustentabilidade para os sistemas de saúde. A situação é agravada pela sobreutilização de recursos por doentes complexos de alto risco que se caracteriza frequentemente por cuidados fragmentados, descoordenados e não periódicos. Devido ao aumento das suas necessidades médicas, os doentes complexos de alto risco também geram maior frequência nas idas aos serviços de urgência e nos internamentos hospitalares, em comparação com os doentes menos complexos de menor risco. O resultado tem sido um aumento dos custos médicos, sem que isso se traduza em maior qualidade nos cuidados prestados aos doentes.^{1,2,3}

Os sistemas de cuidados de saúde estão a desenvolver estratégias para prestar serviços de alta complexidade orientados para o doente que visam aumentar a qualidade dos cuidados e reduzir os custos médicos. Uma das estratégias inclui incorporar modelos de saúde virtual para gerir esta população, como parte dos programas de gestão geral de casos. Os programas de gestão eficaz de casos (CMPs) utilizam uma abordagem integrada de cuidados para doentes complexos e demonstram um impacto positivo: melhoram a saúde dos indivíduos, a coordenação de cuidados e os resultados clínicos.^{1,2,3} Os programas de gestão eficaz de casos também contribuem para a sustentabilidade dos sistemas, com potencial para reduzir as idas ao serviço de urgência, os internamentos hospitalares e, em última instância, o custo dos cuidados. Ao incluir opções de telessaúde nos programas de gestão de casos, melhoramos o acesso aos doentes e ultrapassamos os obstáculos aos cuidados.⁴

Em 2019, 12% dos internamentos de beneficiários da Amil deveriam-se a diagnósticos compatíveis com doenças crónicas mapeadas na base de dados da Amil. Isto contribuiu para um custo adicional evitável.⁵

Considerando estes desafios de qualidade e de custos, foi identificada uma oportunidade de implementar um programa para a gestão de casos complexos, ao mesmo tempo que eram introduzidas opções de saúde virtual. Em parceria com um prestador externo, demos formação a uma equipa dedicada de enfermeiros de gestão de casos de saúde virtual, para acompanhar e coordenar a jornada dos doentes inscritos, orientando-os na rede da Amil e prestando cuidados abrangentes, de acordo com a complexidade/riscos dos doentes.

A população de doentes incluiu 5000 beneficiários, com um perfil inicial de alta utilização de serviços de saúde, alto custo médico, várias doenças crónicas e falta de coordenação de cuidados.

As principais intervenções do programa incluíram: consultas de tele-enfermagem periódicas para monitorizar o estado de saúde, consultas domiciliárias por médicos e enfermeiros, consultas de alta hospitalar por médicos e enfermeiros, para facilitar um cuidado de

transição seguro e uma alta segura, centro de atendimento médico para apoio a doentes 24 horas/dia, e orientações de agendamento e navegação na rede Amil para doentes.

Objetivos

- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente
- Implementar a coordenação de cuidados numa rede preferida
- Assegurar a continuidade do tratamento para condições clínicas para lá de COVID-19, considerando as preocupações de confinamento e isolamento, sobretudo no caso dos idosos
- Otimizar a jornada dos doentes e a experiência no acesso aos serviços de saúde
- Prestar os cuidados adequados em contextos apropriados
- Evitar idas ao serviço de urgência e internamentos hospitalares desnecessários
- Reduzir os custos médicos

Resultados

Demografia dos doentes na gestão de casos: 75% têm mais de 60 anos e 64% são do sexo feminino. A localização geográfica predominante é no estado de São Paulo (70%), seguido pelo Rio de Janeiro (14%). As cinco doenças crónicas mais prevalentes são: hipertensão arterial sistémica (46%); doenças oncológicas (25%); diabetes mellitus (24%), perturbações de saúde mental (17%) e dislipidemia (15%) (Figura 1).

Custo evitado, redução de dias de cama e por membro e por mês (PMPM): um estudo comparativo de economia de cuidados de saúde (HCE) analisou 12 meses do programa, comparando o período pré e pós-participação dos doentes. O período "pré" do programa decorreu de julho de 2018 a junho de 2019 e o período "pós" decorreu de julho de 2019 a junho de 2020. Os beneficiários com menos de 100 dias de participação no programa e os atípicos foram excluídos do estudo. Os atípicos foram identificados durante a análise de dados, representando os beneficiários com custos muito diferentes, quer muito altos, quer muito baixos, quando comparados com o grupo.

Foi incluído um ajuste de quinze por cento para a COVID-19 nos montantes pagos em abril, maio e junho de 2020, devido à redução de custos observada durante a pandemia de COVID-19, para equalizar os custos. O estudo mostrou uma redução de 25,6% no custo médico total após a participação no programa. As reduções nos internamentos indicaram o maior impacto (- 47,9%).

Os dados comparativos mostraram uma redução de dias de cama de 2,06/mil (acumulado anual) de média anual, com uma tendência de redução de -32% ano a ano (Figura 2, outubro de 2020). O serviço de urgência admite que a redução foi de 817/mil de média anual, com uma tendência de redução de -38% ano a ano (Figura 3, outubro de 2020).

Lições Aprendidas

- O trabalho de equipa e a colaboração entre áreas é essencial.
- O acesso digital aos serviços de saúde deu autonomia aos nossos doentes, alargou o acesso aos cuidados e contribuiu para um aumento do seu compromisso para com a saúde, sem pôr em risco a qualidade e a segurança.
- Através de formação específica em telemedicina é possível integrar o conhecimento técnico e um cuidado humanizado.
- A integração com as equipas de gestão de internamentos foi crucial nos cuidados de transição.
- Orientar os doentes para a opção certa de prestação de cuidados minimiza as idas ao serviço de urgência (SU) e os internamentos inadequados.
- Através dos dados, os profissionais de saúde obtêm um conhecimento adicional acerca da gestão de doentes crónicos complexos.

Figura 1: Prevalência das doenças crónicas dos doentes inscritos

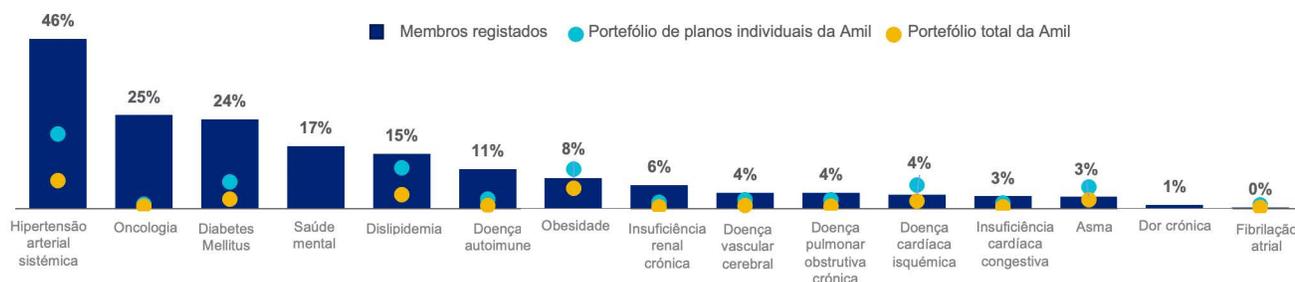


Figura 2: Redução dos dias de cama

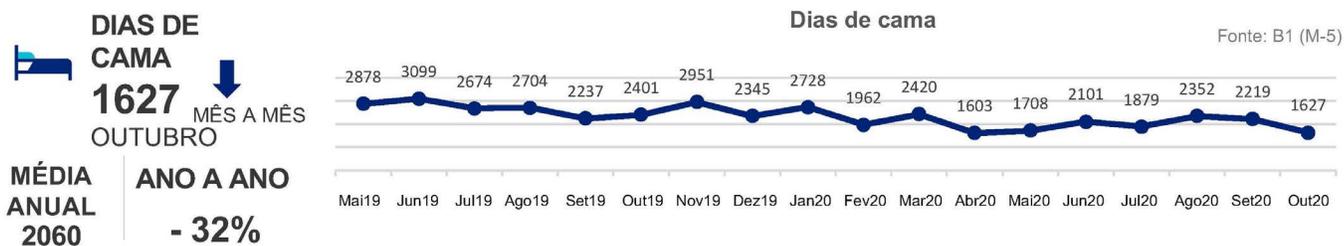
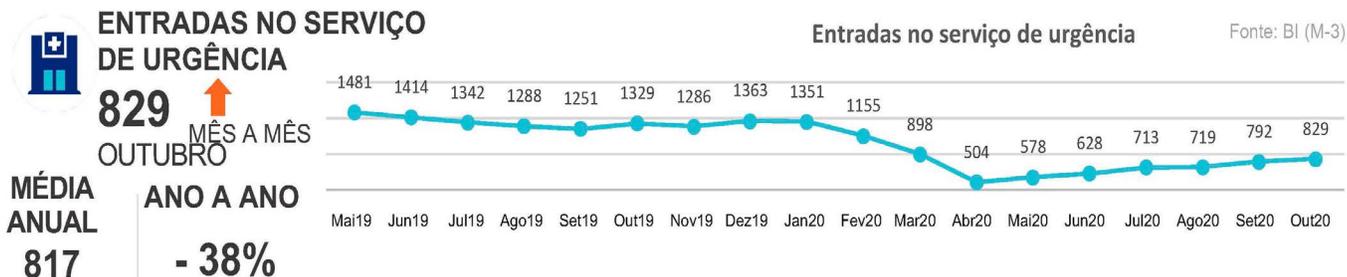


Figura 3: Redução das idas ao serviço de urgência (SU)



Gestão de casos de doentes complexos e de alto risco através de ferramentas de saúde virtuais, *continuação*

Conclusão

Um programa de gestão de casos para doentes crónicos complexos com componentes de saúde virtual é uma solução inovadora, com o potencial para ter um impacto significativo no sistema de saúde da Amil. Ao introduzir as teleconsultas com médicos e enfermeiros através da telemedicina, reduziu os condicionalismos geográficos, alargou o acesso aos cuidados e estabeleceu relações doente-prestador diligentes e de apoio. Apesar das dificuldades dos obstáculos no acesso à tecnologia e dos desafios regulamentares, a adoção da telemedicina ajudou a melhorar os cuidados de doentes crónicos complexos, e a ultrapassar os obstáculos socioeconómicos, geográficos e meteorológicos.

Permitiu a prestação de cuidados coordenados, contínuos e personalizados a doentes crónicos, através de vários métodos de cuidados. Embora os resultados completos e a exequibilidade a longo prazo ainda estejam a ser avaliados, até aqui a telemedicina provou ser uma ferramenta de tecnologia promissora. Os resultados obtidos até aqui mostram que esta transformação abre a porta a novas possibilidades, para uma melhor gestão da qualidade e do custo dos cuidados.

Considerando os resultados positivos do programa e as ferramentas de saúde virtual disponíveis, a Amil está atualmente a alargar o número de doentes alvo a inscrever no nosso programa de gestão de casos. Utilizando os mesmos critérios de perfil, estima-se que serão inscritos 60 000 doentes em 2021. Isto é uma excelente oportunidade para otimizar os hospitais e a rede acreditada da Amil e da Americas, colmatando as lacunas na continuidade dos cuidados.

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*. abr-Jun de 2017; 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., Diretora de Operações de Gestão de Casos, Amil, Brasil, fernanda.conto@amil.com.br

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

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

Camila de Souza Botti, MD, Diretora de Gestão de Tecnologias e Informação Clínica, Amil, Brasil

Seleção de publicações recentes

Os artigos seguintes são recomendados para melhorar o conhecimento associado à COVID-19 e a 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 e após a crise de COVID-19

Introdução

A resposta à COVID-19 e a subsequente passagem para um ecossistema de cuidados virtuais alterou a estrutura da prestação de cuidados de saúde. Atualmente, as instituições de saúde são desafiadas a criar um modelo de prestação de cuidados inovador que integre soluções de saúde digital em serviços presenciais. O objetivo é criar um sistema de prestação inteligente que, ao mesmo tempo, gere valor para os doentes, os prestadores de cuidados e a empresa.

Em resposta à pandemia e, considerando as necessidades pós-COVID-19, a Optum seguiu uma abordagem holística à implementação da telessaúde, que considerou as necessidades locais e variáveis de cuidados de saúde que seriam ainda escaláveis. O esforço exigiu uma coordenação estratégica entre países, e entre 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 Equipa de Resposta Digital (DRT) para desenvolver uma estratégia de telessaúde que integrasse opções de vídeo na telessaúde, uma gestão de casos de doentes agudos e crónicos através de uma aplicação e equipas de enfermeiros para monitorização digital, tendo em vista atender as várias necessidades clínicas de cada instituição individual. Estes esforços definem o padrão para uma abordagem, segundo as boas práticas, à execução de programas de saúde digital: mais de 10 000 prestadores em direto, em plataformas de videoconsulta no espaço de dois meses e uma infraestrutura de implementação ágil que definiu as bases para um progresso rápido e continuado.

Objetivo

O objetivo a curto prazo da equipa de resposta digital era manter as operações clínicas para atender às necessidades dos nossos doentes durante a pandemia. O objetivo a longo prazo era aprender com base nessa resposta para reinventar a forma como os cuidados primários são prestados. As equipas de estratégia e implementação digital da Optum implementaram rapidamente os serviços de telessaúde, com um modelo operacional e organizacional que permitiu o alargamento do acesso remoto a milhões de doentes.

Este trabalho:

1. Definiu boas práticas de coordenação no UnitedHealth Group, a nível nacional, através de equipas multidisciplinares que permitiram a aprendizagem rápida e a partilha de conhecimentos.

2. Implementou uma abordagem ágil que utilizou um design baseado nas pessoas no processo de desenvolvimento de produtos e nos ciclos rápidos de "testar, implementar e repetir", para atingir resultados em série.
3. Concebeu um processo de análise rigoroso para avaliar o progresso em comparação com os objetivos atingidos, e criou uma estrutura de valor para determinar os benefícios das ferramentas de saúde digital.
4. Utilizou o design de serviço para ajudar os colaboradores e médicos a ultrapassar uma curva de aprendizagem rápida, acelerar a implementação e levar à adoção.
5. Construiu um modelo operacional de saúde digital que serve como base para operacionalizar de forma eficaz as inovações em saúde, gere situações de ambiguidade e continua a gerar um progresso rápido.

Resultados

A Optum inclui uma família nacional que conta com mais de 56.000 médicos dedicados, promovendo cuidados de ambulatório de qualidade, dirigidos por médicos, em três áreas: cuidados primários, cuidados de especialidade e cuidados pós-intensivos, e a sua presença continua a crescer nos Estados Unidos (Figura 1).

Figura 1: Rede Optum nos Estados Unidos

48 mil

Médicos do quadro e médicos prestadores

Mais de 10,5 mil

Médicos inscritos na plataforma de telessaúde no início de 2020

1,3 milhões

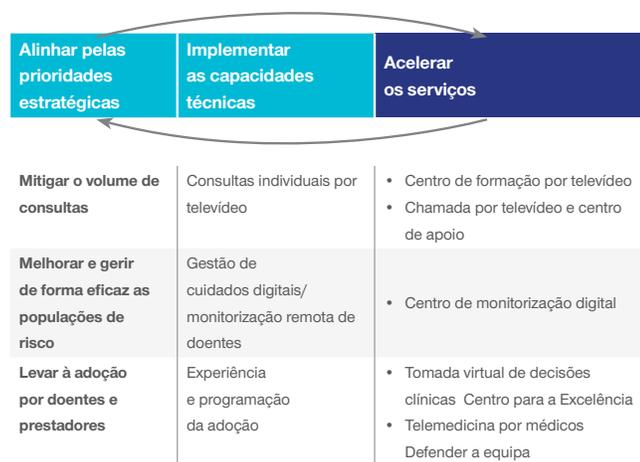
Consultas virtuais adicionais concluídas em 2020, como parte da resposta rápida



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

Dado o conhecimento atual em prontidão e implementação digital, a Optum estava disposta e preparada para acelerar as iniciativas digitais numa rápida resposta à crise de COVID-19. Em meados de março de 2020 foi formada a Equipa de Resposta Digital que teve como foco não só a implementação de ferramentas e serviços digitais, mas também os "acelerantes" para produzir resultados rápidos (Figura 2).

Figura 2: Acelerar os serviços permite uma rápida implementação e adoção



Investir e criar Serviços de Aceleração intencionais, juntamente com o modelo operacional e uma tomada de decisões com base no design definido em "Lições Aprendidas", resultou no seguinte:

- Em 12 semanas, mais de 10 000 médicos foram adicionados às plataformas de consultas por vídeo (menos de 1000 médicos estavam em direto nas plataformas de consultas por vídeo antes da COVID-19).
 - Como resultado, mais de 1,3 milhões de videoconsultas foram realizadas em 2020, com as videoconsultas a representar mais de 25% de todas as consultas, de abril a maio de 2020 (em comparação com <1% de todas as consultas realizadas por vídeo em 2019).
- Em três semanas foi criado um Centro de Apoio e Atendimento de Telemedicina Optum para gerir a inscrição de 1000 médicos por semana nas plataformas de videoconsulta (o mesmo número de consultas presenciais tinha sido realizado pela prestação de cuidados Optum no ano anterior).
 - Formações personalizadas para cinco plataformas e ferramentas de gestão de cuidados numa aplicação foram acedidas e visualizadas mais de 5000 vezes por prestadores e colaboradores da Optum.
- Em seis semanas foi criado um Centro de Monitorização Digital por Enfermeiras Optum, para lançar a monitorização remota para doentes com COVID-19. O Centro está agora online em todas as instituições de prestação de cuidados em

Washington.

- Foi lançada a monitorização remota de doentes com sintomas de COVID-19 para 58 000 doentes, com 4000 doentes a serem ativos e remotamente monitorizados, e foi adicionada a monitorização remota de doentes crónicos, para além da monitorização de COVID-19 (Figura 3).

Figura 3: Rápida expansão e aceleração de serviços na prática clínica

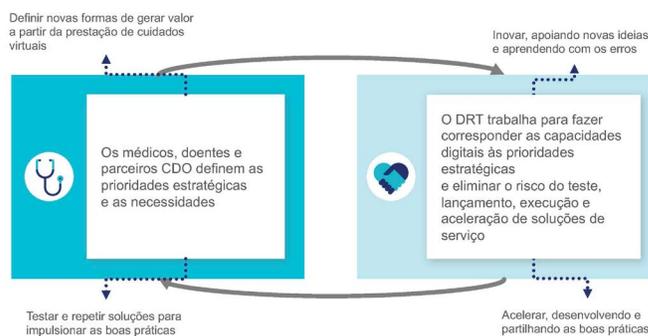


Lições Aprendidas

O sucesso foi alcançado por um modelo operacional organizacional que facilitou explicitamente, tanto a coordenação entre empresas e a nível nacional/local, como a partilha de recursos e a metodologia "design-thinking", para uma rápida tomada de decisões. Isto permitiu a diversidade de ideias, a partilha rápida de conhecimentos e o saber especializado das empresas para emergir e implementar rapidamente. A equipa de liderança criou intencionalmente uma abordagem "design-thinking" que foi aplicada nas modalidades digitais - uma abordagem que resultou em resultados diferenciados e está agora formalizada como Centro da Optum para a Saúde Digital.

Primeiro, a Equipa de Resposta Digital desenvolveu parcerias intencionais com as Instituições de Prestação de Cuidados Optum (CDO) locais e procurou criar uma parceria, para um progresso com base no design - a capacidade de testar, iterar, conceber e escalar (Figura 4)

Figura 4: O modelo de parceria da equipa de resposta digital



Esta abordagem operacional com base no design incluiu:

- Avaliações de fornecedores internos e externos quanto às suas capacidades de atender às necessidades empresariais e estratégicas, juntamente com a velocidade de implementação.
- O teste e a implementação de diferentes produtos e serviços em vários mercados, em simultâneo.
- Desenvolver, aprender e iterar os serviços de ativação (os "acelerantes") e as estratégias de implementação.
- Limitar para obter um conjunto preferido de fornecedores e serviços, com base em aprendizagens rápidas.
- Sobrecarregar as operações e adotar um conjunto preferido com a Equipa de Resposta Digital e os Serviços de Aceleração.
- Selecionar as boas práticas e escalar rapidamente.

Segundo, esta abordagem utilizou um modelo operacional organizacional que resolveu os bloqueios comerciais comuns, facilitou a colaboração dos decisores certos para fazer avançar as decisões, e abraçou a diversidade, o conhecimento empresarial e a partilha de recursos entre equipas nos setores clínico, de operações e tecnológico (Figuras 5 e 6).

Terceiro, para sustentar o rápido progresso e a inovação, esta estrutura serviu como base para o novo Centro da Optum para a Saúde Digital, um serviço em crescimento e acessível ao UnitedHealth Group, a nível global.

Conclusão

A Optum pôde criar uma base para permitir uma rápida transformação digital e está agora a acelerar este progresso, continuando a investir no Centro para a Saúde Digital. O Centro para a Saúde Digital centra-se na inovação aplicada que gera valor através da transformação dos cuidados de saúde, permitida pela tecnologia. A confiança e nova compreensão que temos no valor da saúde digital estão a alimentar os nossos esforços entre empresas para remodelar o nosso modelo de prestação de cuidados para um modelo que alia os cuidados virtuais aos serviços de cuidados presenciais. Os cuidados virtuais e as ferramentas de saúde digital deixaram de ser uma novidade, mas sim uma necessidade para chegar a um modelo de cuidados eficaz e baseado no valor que melhore a saúde, reduza o custo total dos cuidados, aborde a falta de pessoal clínico e vise melhorar a experiência dos doentes, em geral.

Autores

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

John Kontor, M.D., SVP, Serviços de Tecnologias de Prestadores, Optum, Estados Unidos

Garry Choy, M.D., MBA, SVP e Sub-Diretor Clínico, Sistemas Clínicos, UnitedHealth Group, Estados Unidos

Kristi Henderson, DNP, NP-C, FAAN, FAEN, SVP, Centro de Saúde Digital e Inovação, Optum, Estados Unidos

Figura 5: Modelo operacional para uma implementação rápida com base no design

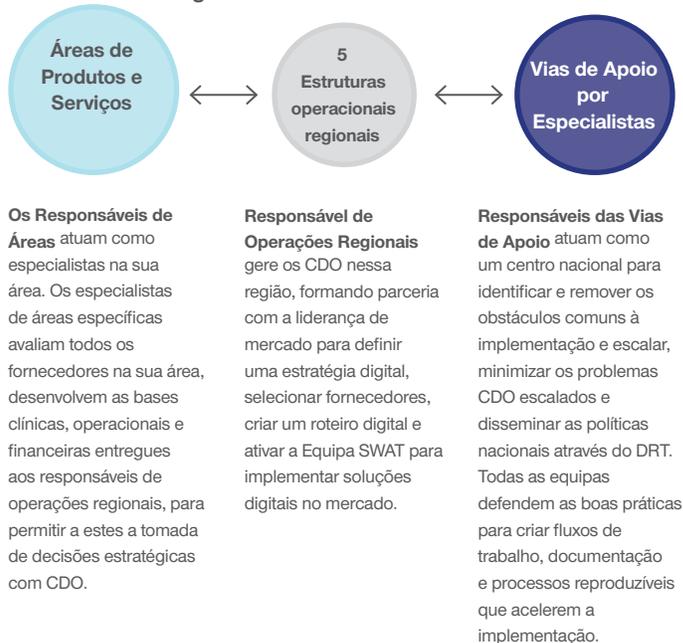


Figura 6: Estrutura organizacional e modelo da "Equipa de Equipas"



Aplicação Todos Por Um: Encaminhar os doentes para os cuidados certos para aumentar a sustentabilidade dos sistemas de saúde

O Problema: Prestar cuidados de saúde no momento certo e no local certo é essencial para a qualidade dos cuidados e a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Isto provou ser especialmente verdadeiro durante a pandemia de COVID-19 que limitou os recursos em todo o mundo. Quando clinicamente aconselhável, alargar o acesso dos doentes a cuidados de qualidade, no conforto da sua casa, pode ajudar a evitar idas desnecessárias ao hospital. Por sua vez, tratar os doentes virtualmente quando apropriado assegura que os hospitais podem prestar cuidados atempados em internamento aos doentes que mais necessitem.

Em contexto de pandemia e não só, os prestadores de cuidados de saúde necessitam de usar ferramentas digitais de fácil utilização para ligar os doentes aos serviços certos, consoante para as suas necessidades de cuidados. A nova aplicação *Todos Por Um* (All for One) da Lusíadas Saúde atende a esta necessidade, prestando uma avaliação remota de sintomas e de orientação ao ambiente de cuidados por médicos altamente qualificados.

O Programa: A Lusíadas Saúde, uma instituição de prestação de cuidados de saúde em Portugal, criou a *Todos Por Um*, uma aplicação de avaliação de sintomas de COVID-19 em apenas sete dias, em parceria com o programador da aplicação, Outsystems. A aplicação utiliza inteligência artificial e as mais recentes abordagens baseadas em evidências para fazer uma primeira avaliação dos sintomas de um utilizador.

Ao orientar o doente através de algumas perguntas, a aplicação reúne informação e aplica um algoritmo, atribuindo ao utilizador uma classificação de risco, numa de três cores:

- Verde informa o utilizador para continuar a monitorizar os sintomas e tomar as medidas de segurança adequadas.
- Amarelo aconselha o utilizador a falar com um dos profissionais clínicos, através da função de chat da aplicação.
- Vermelho recomenda ao utilizador a ida imediata ao hospital.

*Podemos concluir que existe uma necessidade urgente de ferramentas de navegador de cuidados que esclareçam as questões de saúde e encaminhem os doentes para a opção de cuidados adequada às suas necessidades. Da população que utilizou a aplicação, estimamos que **mais de 25% não poderiam receber os cuidados adequados a partir dos centros de contacto clínico telefónico atuais.***

Se o doente for enquadrado na categoria amarela, todos os profissionais de saúde que estejam inscritos como prestadores na aplicação recebem uma notificação. Quando um prestador clica em "aceitar" na notificação, está a assumir a responsabilidade de monitorizar o processo do doente e fazer recomendações clínicas.

Após a aceitação do prestador, uma sessão de chat abre automaticamente e o prestador pode avaliar as necessidades do doente. Este processo de ligar um doente a um prestador é semelhante à forma como as aplicações Rideshare ligam os pedidos dos clientes aos motoristas.

A aplicação *Todos Por Um* é gratuita, tanto para os prestadores, como para os doentes. Qualquer profissional de saúde em Portugal pode oferecer-se para participar, ao enviar a sua licença para validação pelo Conselho Nacional Médico e o Conselho de Enfermagem. Ao utilizar esta aplicação, os prestadores têm a oportunidade de chegar a mais doentes e evitar as idas desnecessárias a hospitais e a clínicas. Temos o cuidado de salientar aos utilizadores que a aplicação é uma ferramenta adicional, ao invés de um substituto dos cuidados de saúde regulares ou dos cuidados médicos de urgência.

Houve dois fatores essenciais que levaram ao sucesso deste projeto: a cooperação multidisciplinar e as atualizações com os beneficiários do projeto seis vezes ao dia.

Resultados: A aplicação *Todos Por Um* ajuda os prestadores a chegar aos doentes em casa e, se for clinicamente aconselhável, a encaminhá-los para a

unidade de cuidados adequada, num momento de ajuntamentos e recursos reduzidos. A partir de setembro de 2020, mais de 100 000 utilizadores do público português receberam orientações da aplicação. Desde abril de 2021, mais de 398 000 pedidos foram atendidos por mais de 3800 profissionais de saúde. Destes, 1900 casos foram encaminhados para uma unidade de cuidados de saúde, devido a uma necessidade clínica (fonte: analítica interna da aplicação).

Com base no elevado número de pedidos de utilizadores, podemos concluir que existe uma necessidade urgente de ferramentas de navegador de cuidados que esclareçam as questões de saúde e encaminhem os doentes para a opção de cuidados adequada às suas necessidades. Da população que utilizou a aplicação, estimamos que mais de 25% não poderiam receber os cuidados adequados a partir dos centros de contacto clínico telefónico atuais.^{1,2} Os doentes que não conseguiram obter respostas por via telefónica podem, em alternativa, ter procurado cuidados presenciais num hospital ou clínica, aumentando os custos, contribuindo para os ajuntamentos e reduzindo a eficácia e sustentabilidade dos sistemas. Além de sobrecarregarem o sistema de saúde, os internamentos desnecessários também afastam os doentes que necessitam realmente de um hospital.

Todos Por Um foi distinguida em maio de 2020 pela Fundação Gulbenkian como uma das principais soluções portuguesas para combater a COVID-19, ganhando um prémio nacional de sustentabilidade e recebendo um subsídio da mesma instituição. Também recebeu uma Menção Honrosa Nacional atribuída pelo Jornal de Negócios, como uma das soluções mais sustentáveis de 2020.³

Autores: Sofia Couto da Rocha, M.D., MSc, MBA, Diretora de Transformação, Lusíadas Saúde, Portugal; Eduarda Reis, M.D., Diretora Clínica, Lusíadas Saúde, Portugal; Wal Chevrand, Pharm.D, MSc, CCEP-I, Diretor de Produção do Agrupamento de Lisboa, Lusíadas Saúde, Portugal; Susana Fonseca, MSc, Diretora de Marketing e Comunicações, Lusíadas Saúde, Portugal; Catarina Marques, MSc, Diretora de Projetos de Sustentabilidade, Lusíadas Saúde, Portugal; Sofia Fernandes, MSc, Diretora de Desenvolvimento de Talentos, Lusíadas Saúde, Portugal; Vasco Antunes Pereira, J.D., MBA, Diretor Executivo, 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 a 5 de março de 2020. Acedido a 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 a 10 de março de 2020. Acedido a 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 a 12 de novembro de 2020. Acedido a 29 de abril de 2021.

Teleterapia: Uma abordagem mais humana em tempo de pandemia

O Problema: A disponibilidade e acessibilidade dos serviços clínicos são fundamentais para uma prestação de cuidados de saúde atempada e eficaz, bem como para a identificação dos obstáculos em aceder aos mesmos.¹

A pandemia de COVID-19 impôs, na maioria dos países, obstáculos na disponibilidade e acessibilidade aos serviços. As medidas para controlar a transmissão entre as equipas de saúde e a população com as condições existentes, bem como a reorganização dos serviços para responder aos casos de coronavírus, resultaram num acesso reduzido aos doentes, na ausência ou restrição de cuidados para patologias não-COVID-19, aumentando as listas de espera, levando ao encerramento de serviços e a limitações nos tratamentos.²

As restrições reduziram ainda mais a prestação de serviços de saúde mental em todo o mundo. Todos os anos, uma em cada cinco pessoas desenvolve um problema de saúde mental,³ e muito poucas recebem tratamento.⁴ O elemento deste grupo também tem um risco mais elevado de morrerem mais cedo do que os portadores de outras doenças.⁵ Durante a pandemia de COVID-19, 93% dos países relataram uma suspensão em um ou mais serviços de saúde mental, e quase 60% de todos os serviços de psicoterapia e aconselhamento foram parcialmente suspensos.⁶

Prestar cuidados de saúde mental a grupo com maior risco de doença ou morte em contexto de pandemia foi uma prioridade na Clínica Dávila, em Santiago, no Chile. Um programa piloto foi criado com base na telemedicina, para promover um melhor acesso.

O Programa:

Objetivos

1. Prestar apoio de saúde mental aos doentes, às suas famílias e depois à equipa envolvida no seu tratamento, visto que o estado mental da equipa também influencia os resultados clínicos dos doentes.
2. Dar apoio emocional à equipa de cuidados e às famílias dos doentes numa altura de elevado stress, como em caso de falecimento.
3. Prevenir patologias e recidivas em caso de diagnósticos anteriores de problemas psiquiátricos.
4. Gerir o stress agudo após internamentos prolongados.

Protocolo

1. Avaliação das necessidades pelas unidades respetivas.
2. Encaminhamento imediato para o programa.
3. Diagnóstico e intervenção psiquiátrica com o doente e a família.
4. Intervenção psicológica com o doente e a família.
5. Intervenções locais com as equipas de cuidados: apoio nos cuidados, apoio na comunicação com as famílias, identificação conjunta de casos e encaminhamento atempado.
6. Encaminhamento atempado e eficaz para a rede.
7. Acompanhamento de casos após a alta médica.
8. Avaliação dos doentes três e seis meses após a participação no programa, para avaliar o nível de satisfação.
9. Os cuidados são prestados por um psiquiatra e um psicólogo por telefone ou videochamada.

O protocolo é aplicado nas seguintes unidades:

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

* Doentes que requerem monitorização e vigilância com um nível mais baixo de complexidade que nas UCI, mas mais elevado do que nas unidades de internamento convencionais. As UTI são definidas pelo tipo de cuidados que prestam, o nível de especialização da equipa e o tipo de equipamento associado.

Participantes: Os doentes são elegíveis para participar no programa se forem atribuídos a uma das quatro unidades acima, tiverem competências de comunicação oral (básicas ou completas) e, de preferência, forem recomendados para apoio psicoterapêutico familiar. Os doentes internados são encaminhados pelos médicos que os estão a tratar.

Crêterios de elegibilidade:

- Doentes com doenas autoimunes
- Doentes que correm risco nos cuidados presenciais
- Doentes internados, dependendo das condioes de saúde física

Resultados: De acordo com o que foi observado em países desenvolvidos,^{7,8,9} a telemedicina foi uma ferramenta importante para prestar cuidados de saúde mental em áreas onde este servio não costuma estar disponível (tais como unidades de cuidados intensivos) ou não era de fácil acesso devido a restrioes durante a pandemia, como por exemplo a prestaao de apoio psicológico em cuidados paliativos.

A saúde comportamental foi adaptada às necessidades dos doentes no contexto da pandemia, criando uma abordagem em que o equipamento de proteao pessoal não era necessário, que continuou a permitir o reconhecimento de rostos e gestos, o que é essencial para uma relaao terapêutica. Além disso, esta abordagem também protege os grupos especialmente vulneráveis.¹⁰

Dos mais de 1000 doentes que foram tratados nos últimos seis meses, cerca de 30% foram tratados por telemedicina, através deste 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 Ligaao, 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ao Mundial de Saúde Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context Interim guidance 1 de junho de 2020. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems>. Acedido a 12 de maro de 2021.
3. Steel Z, Marnane 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ao Mundial de 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>. Acedido a 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.* Out 2020; 28(5):514-516. doi: 10.1177/1039856220943032. Epub 28 Jul. 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 doente com a utilização dos serviços de teleconsulta na Clínica San Felipe

O Problema: Em março de 2020, a pandemia de COVID-19 afetou as atividades económicas no Peru, levando à suspensão total de todos os cuidados de ambulatório nos sistemas de cuidados de saúde público e privado. A Clínica San Felipe baseou desde sempre a sua interação entre consumidores e doentes em serviços presenciais personalizados e cuidados presenciais. Considerando isto, a pandemia mergulhou o hospital numa situação que colocou desafios significativos às suas operações.

Mesmo após terminar o período inicial de quarentena, sabíamos que haveria desafios e dificuldades em manter a sustentabilidade do modelo convencional de cuidados presenciais. Foi necessário mudar o paradigma de cuidados em ambulatório. Como resultado, a equipa rapidamente implementou um serviço de teleconsulta. A iniciativa foi inicialmente recebida com muita incerteza. No Peru, tanto os doentes, como os médicos estão habituados à interação pessoal e não tinham muita confiança nos canais digitais. A incerteza era agravada por constantes mudanças nos regulamentos de saúde e nos regulamentos emergentes sobre cuidados em telemedicina no Peru, o que constituía um desafio complexo para a nossa instituição.

O Programa: A implementação do serviço de teleconsulta incluiu dois requisitos essenciais. Primeiro, seria destinada aos nossos doentes com seguro através de uma apólice contratada pelos seus empregadores (EPS). O serviço de teleconsulta estaria disponível para cerca de 60% dos nossos doentes em regime de ambulatório. Segundo, a consulta médica virtual apenas podia ser gerada através da aplicação de marcação da clínica, com um período de agendamento mínimo de oito horas de antecedência.

A 22 de junho de 2020, após dois meses e meio de trabalho de planeamento e desenvolvimento, a primeira fase do serviço de teleconsulta era lançada. Esta fase serviu para identificar oportunidades de melhoria no serviço, as quais foram estudadas e implementadas a partir de setembro de 2020.

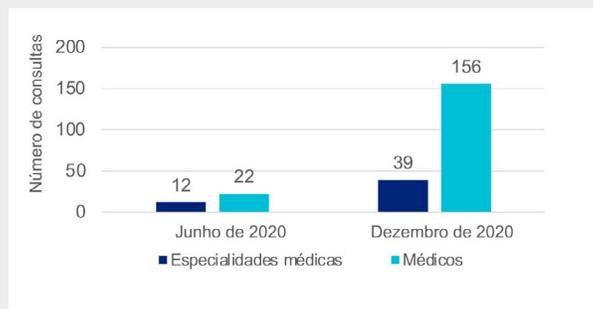
Resultados: No primeiro dia do programa tivemos a participação de 117 doentes e recebemos um feedback positivo. O número de doentes atendidos aumentou nos últimos oito dias do mês de junho. De junho a dezembro de 2020 conseguimos chegar a 6436 doentes através da teleconsulta. O processo de aprendizagem e melhoria contínua teve um impacto positivo na receção do serviço, tanto pelos doentes, como pela equipa médica. Atualmente temos ao dispor 39 especialidades médicas e um nível de satisfação de doentes de 76%, o que é muito próximo da satisfação histórica de 83% nas consultas presenciais (Figura 1).

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

- Agendamento proativo de marcações de exames de imagem.
- Atribuição de um técnico de farmácia exclusivamente responsável por satisfazer e agendar a recolha das encomendas geradas por teleconsulta.
- Implementação de um assistente executivo para dar apoio à área de cuidados virtuais, gerindo e respondendo a perguntas e/ou a desafios comunicados por utilizadores da teleconsulta.
- A modificação de funcionalidades para sustentar uma interface de fácil utilização.
- Melhoria dos tempos de espera para a entrega de medicamentos.
- Disponibilidade de opções de agendamento de marcações online ou através da aplicação.
- Redução da janela de agendamento de oito horas para quatro horas antes da consulta.

Concluindo, podemos afirmar que as consultas virtuais e as consultas presenciais oferecem a mesma qualidade de serviço, são aceites pelos doentes e médicos e são sustentáveis ao longo do tempo. Isto é evidenciado pelos níveis comparáveis de satisfação, conforme definido pela métrica NPS e o autorrelatório de satisfação (Figura 2) entre a consulta presencial e a teleconsulta. Os dados também indicam que o serviço de teleconsulta está a aumentar o volume de teleconsultas e o número de médicos que pedem para aderir ao serviço.

Figura 1: Aumento das especialidades oferecidas e do número de médicos a trabalhar em teleconsulta

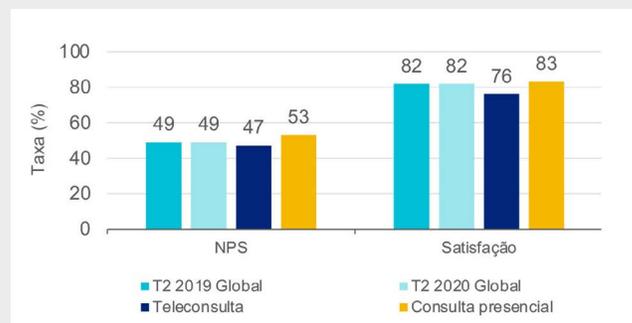


Referências: Comprehensive System of the Clínica San Felipe – SIC, <https://uhcgm.eu.qualtrics.com/reporting-dashboard/>

Autores: Tatiana Aguilar, User Attention Platform Chief, Clínica San Felipe, Perú, taguilar@clinicasanfelipe.com; Paula Ponce de León Lovatón, M.D., MBA, HCQM, CEO and Medical Director, SANNA Healthcare Network, Clínica San Felipe, Perú

Membros da Equipe: Rocío Antón, Executiva da Plataforma de Cuidados ao Utilizador, Clínica San Felipe, Perú; Ana Vásquez, Executiva da Plataforma de Apoio ao Utilizador, Clínica San Felipe, Perú

Figura 2: Comparação entre o valor NPS e a satisfação com os serviços de teleconsulta e presenciais de 2019 a 2020



Dr. Colmédica: Melhorar a app de telemedicina da Colmédica e o website

Em resposta às necessidades em constante mudança da pandemia de COVID-19,¹ os Centros Médicos Colmédica (Colmedica Medical Centers) reforçaram os serviços de cuidados domiciliários e implementaram a telemedicina para melhorar o acesso aos cuidados, a disponibilidade e continuidade, e para facilitar o acompanhamento de doentes com doenças agudas e crónicas.

Criámos a aplicação Dr. Colmédica e o website para levar os serviços médicos a casa dos doentes. Lançada em abril de 2020, a aplicação permite chamadas de videoconferência, agendamento de marcações e acesso aos registos clínicos do doente, através de Mi Salud (A minha saúde), a nossa plataforma de registos médicos.

A aplicação Dr. Colmédica é compatível com todos os sistemas operativos móveis no mercado, sendo também otimizada para utilização com o Google Chrome em computadores de secretária. Os doentes podem marcar consultas e fazer pagamentos, quer através da aplicação, quer através das versões do website de Dr. Colmédica. Para melhorar a experiência do utilizador, o serviço de telemedicina foi integrado na aplicação da Colmédica em setembro de 2021, permitindo o acesso dos doentes a todos os serviços num só local. Para fins deste estudo, que foi realizado entre abril de 2020 e fevereiro de 2021, referimo-nos ao serviço de telemedicina como Dr. Colmédica, que já não está disponível como aplicação autónoma e website.

Aprendizagens com a implementação: Chaves do sucesso

A formação eficaz e a comunicação eficiente foram essenciais para assegurar o acesso médico através desta modalidade: falar com os nossos médicos e utilizadores numa linguagem clara e ouvir o seu feedback durante o processo de implementação permitiu melhorias mais rápidas e melhor ensino.

Após a formação, os profissionais enfrentaram desafios por estarem a usar um novo formato de prestação de cuidados, sem o contacto presencial entre o médico e o doente, o que não permitia o exame físico direto. Os doentes depararam-se com desafios semelhantes em lidar com esta nova forma de receber cuidados: tutoriais e mensagens através de todos os canais foram necessários para ensinar aos utilizadores como aceder à aplicação, como lidar com a qualidade da Internet, como identificar o tipo adequado de smartphone, como resolver problemas de conectividade e como aceder a resultados de exames e testes anteriores, para apoio na consulta de telessaúde. Estes desafios enfrentados por prestadores e doentes aumentaram muitas vezes a duração da consulta.

A equipa de implementação ouviu e respondeu a estes desafios com as correções apropriadas. Os exemplos de algumas melhorias incluíram a introdução de capacidades que permitiram o carregamento de fotografias de lesões, para facilitar a avaliação pré-consulta pelo médico, a criação de um serviço de apoio para doentes e médicos, a implementação de uma plataforma de teleconsulta mais estável e o desenvolvimento de instruções com base nas Diretrizes de Prática Clínica aceites e desenvolvidas internamente na Colmédica para a modalidade de telemedicina.

A equipa de desenvolvimento da aplicação está atualmente a trabalhar numa sala de espera virtual para doentes, quando o médico atribuído à consulta é atrasado por outra chamada. A equipa também está a trabalhar para criar acesso ao serviço de apoio, através de um canal virtual. Atualmente, o acesso ao serviço de apoio apenas está disponível por telefone.

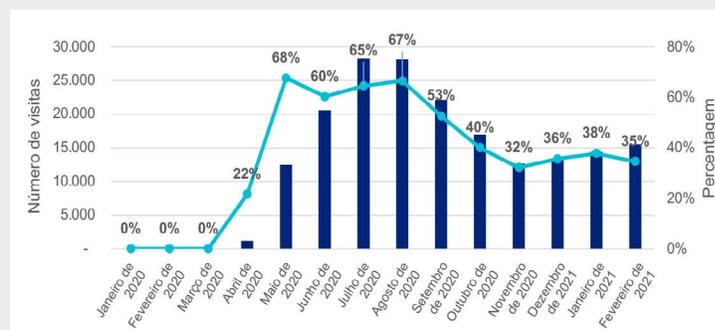
O resultado? Cuidar de mais de 185 000 doentes no primeiro ano

Desde abril de 2020 que prestámos mais de 388 500 serviços, 185 000 (48%) dos quais por telemedicina. Mais de 24 especialidades médicas estão disponíveis através desta modalidade (Figura 2).

Figura 1: Código QR da aplicação Dr. Colmédica



Figura 2: Quota percentual de consultas de telemedicina



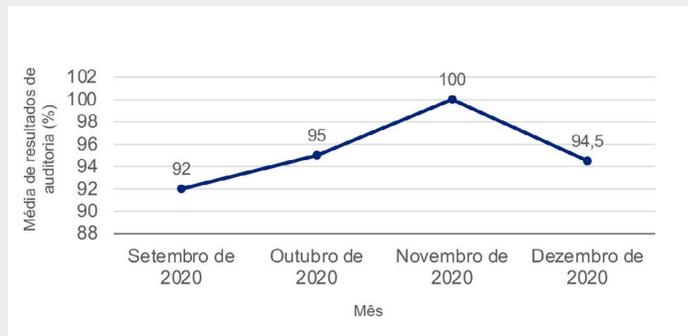
* Fonte de dados global com base em dados internos

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



*Global

Figura 4: Resultados da auditoria à qualidade de cuidados em telemedicina



*Com base em auditorias

Para monitorizar a eficácia das consultas de telemedicina, levámos a cabo uma auditoria numa amostra de consultas repetidas no prazo de 45 dias após a avaliação inicial para diagnósticos relacionados. Os doentes que tiveram uma consulta repetida, utilizando o formato presencial (serviço de urgência, consulta domiciliária, ida ao consultório) foram também auditados, gerando os resultados seguintes. As análises de dados indicam que apenas 4% dos doentes inicialmente tratados por telemedicina solicitaram uma consulta presencial pelo mesmo problema no prazo de 45 dias após a consulta inicial (Figura 3).

A auditoria à qualidade de cuidados, que avaliou a relevância, o preenchimento do registo clínico e a racionalidade, obteve uma média superior a 94,1% (Figura 4).

A aplicação Dr. Colmédica e o website provaram ser ferramentas importantes para chegar aos doentes que necessitavam de cuidados crónicos e seguimento de doenças agudas, num momento em que o distanciamento social é essencial para controlar a propagação da COVID-19. Apraznos constatar que a grande maioria dos doentes e médicos está satisfeita com os cuidados que recebem com a aplicação. Estamos também conscientes de que devemos continuar a melhorar a experiência e a resolver problemas na aplicação, continuando a otimizar esta ferramenta para melhorar o acesso e a comodidade.

Autores: Edgar Humberto Cortés, M.D., MHA, Diretor dos Centros Médicos de Ambulatório da Colmédica, Centros Médicos Colmédica, Colômbia, edgarc@colmedica.com; Irina Caro, M.D., Grau de Mestre em Gestão do Risco, Subdiretora dos Centros Médicos de Ambulatório da Colmédica, Centros Médicos Colmédica, Colômbia; Hilda Constanza Tovar, M.D., MPH, Diretora de Qualidade e Segurança dos Centros Médicos de Ambulatório da Colmédica, Centros Médicos Colmédica, Colômbia

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 de março de 2020. Organização Mundial de 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>. Acedido a 19 de abril de 2021.

COVID-19: Da educação na saúde à telemedicina - Relatório de experiência

O Problema: Em 2020 reconhecemos a necessidade de transformar os nossos modelos de cuidados de saúde atuais para combater a pandemia de COVID-19. A forma como os cuidados de saúde foram disponibilizados teve de ser adaptada para assegurar a qualidade e facilitar o acesso dos doentes numa altura difícil. Os desafios que resultaram da pandemia e o cumprimento das diretrizes de distanciamento social da Organização Mundial de Saúde (OMS) acelerou os nossos esforços em prestar cuidados através de plataformas virtuais seguras e eficazes.

O Programa: Academia da Saúde, a Amil Health Academy, faz parte do gabinete para a educação corporativa do UnitedHealth Group Brasil. Os nossos enfermeiros formadores atendem todos os colaboradores das unidades de ambulatório da Amil Brasil com educação clínica atual e baseada em evidências. O nosso objetivo é promover uma cultura de aprendizagem, com foco na qualidade dos cuidados.

Em março de 2020, à medida que nos aproximávamos do pico da primeira vaga no Brasil, a equipa da Academia da Saúde recebeu as notícias de que teríamos que deixar os nossos escritórios e ir para casa, sem qualquer data de regresso. À medida que começou a rotina do "teletrabalho", a nossa missão de prestar uma educação clínica atempada e baseada em provas tornou-se mais importante do que nunca. Tivemos de nos ajustar rapidamente a estas novas circunstâncias, centrando-nos na melhoria da aprendizagem digital. Desta forma podíamos dar apoio aos médicos e doentes que agora contavam com a prestação de cuidados digitais.

Os programas de telemedicina foram rapidamente lançados, em resposta à pandemia. Os enfermeiros formadores da Academia da Saúde da Amil procuraram apoiar as equipas de cuidados a aprender a gerir a admissão remota de doentes.

O nosso primeiro grupo de trabalho de enfermeiros formadores da Academia da Saúde da Amil, que recebeu formação para ensinar as boas práticas remotas e de telemedicina, começou a trabalhar com as enfermeiras da linha Amil Ligue Saúde (Amil Health Line). Os enfermeiros da Linha de Saúde faziam a triagem virtual e davam orientações a doentes com sinais e sintomas de COVID-19. Devido ao aumento da procura, a triagem da Telemedicina de Urgência foi também implementada com um fluxo de procedimentos que começava pela avaliação inicial por um enfermeiro e depois, se necessário, era feito o encaminhamento para uma consulta virtual com um médico.

Para além da maior procura pela linha Amil Ligue Saúde e pelos serviços de Telemedicina de Urgência, a pandemia e o distanciamento social aumentaram os níveis de ansiedade em muitas pessoas. Um grande número de beneficiários e colaboradores da Amil começaram a procurar não só cuidados médicos, mas também apoio psicológico. Esta necessidade de apoio psicológico levou ao lançamento de uma terceira área que precisava do apoio do grupo de trabalho da Academia da Saúde da Amil para enfermeiros formadores: o programa de telepsicologia.

Os enfermeiros são essenciais para este novo ecossistema de cuidados virtuais. Foram necessários muitos passos para assegurar um processo de admissão adequado, uma comunicação clara e objetiva, mostrar respeito pelos problemas dos doentes e produzir uma análise centrada nas necessidades atuais de cada indivíduo.

Como cada necessidade urgente de educação clínica era clara, os enfermeiros formadores da Academia da Saúde da Amil estiveram presentes para dar formação e apoio aos médicos. Primeiro fomos encarregues de treinar um sistema de triagem de telemedicina para os sintomas de COVID-19. De seguida, apoiámos uma equipa de Telemedicina de Urgência. Depois disso, os nossos enfermeiros formadores foram destacados para apoiar os enfermeiros na gestão da triagem de cuidados psicológicos. Cada um destes programas atende milhares de doentes por mês e continua a dar consultas até à data.

O nosso crescimento profissional e pessoal durante este período é imensurável. Tivemos de aprender novas competências para de seguida ensiná-las, e isto implicava sair da nossa zona de conforto. Sob pressão estivemos à altura do desafio de compreender o mundo da telemedicina, num ambiente em rápida mudança e ultrapassando os seus desafios, sem nunca deixar de oferecer empatia e compaixão aos nossos doentes.

A telemedicina da Amil mostrou-nos que, até nas situações mais difíceis, podemos oferecer cuidados personalizados, humanos e de alta qualidade aos nossos doentes - mesmo à distância. Apesar dos inúmeros desafios, o que permanece nas nossas memórias são as muitas histórias inspiradoras e a sensação de ter estado à altura da ocasião.

Resultados: O tratamento remoto de doentes requer competências de audição qualificadas, empáticas e atenciosas. Neste contexto, os cuidados de saúde tiveram de ser adaptados ao "novo normal" criado pela pandemia de COVID-19. A telemedicina era a resposta à necessidade, proporcionando excelência no serviço virtual a clientes e colaboradores. Os enfermeiros formadores da Academia da Saúde da Amil foram fundamentais a dar formação aos médicos que atendiam entre 30 000 a 70 000 doentes em consultas de telemedicina por mês.

A formação da linha Amil Ligue Saúde foi frequentada por 177 colaboradores a trabalhar em telemedicina. No final da formação, cada colaborador realiza uma avaliação da sua experiência de aprendizagem, respondendo à pergunta seguinte: "Numa escala de 0 (menos satisfeito) a 10 (mais satisfeito), em que medida está satisfeito com a formação?" Um total de 77 inquiridos, ou 43%, deu à formação uma pontuação de 10 (Figura 1).

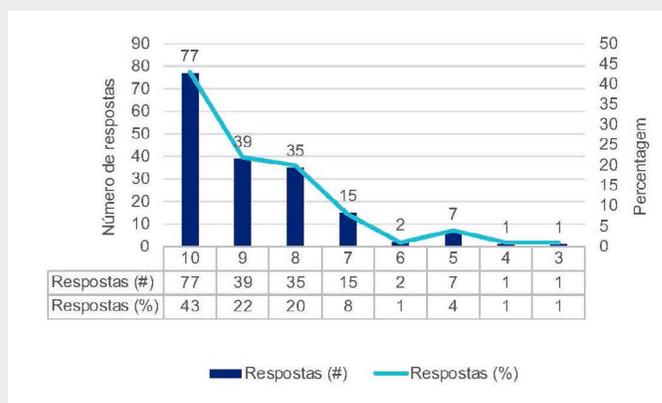
A nossa experiência com a linha Amil Ligue Saúde na implementação da telemedicina foi um momento de resiliência e recompensa. Fomos capazes de prestar um serviço excelente, utilizando as bases dos cuidados primários: acesso, integração, uma perspectiva longitudinal e coordenação de cuidados.

Continuamos a colaborar através do processo educativo, 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 equipa da Academia da Saúde Amil.

Figura 1: Resultados de Avaliação da Satisfação com a Formação da Linha Amil Ligue Saúde



Fonte: Plataforma de aprendizagem virtual

Acelerar o âmbito da teleconsulta na rede de prestadores SANNA no Peru, durante a pandemia de COVID-19

O Problema: Em novembro de 2019, a rede de prestadores SANNA, no Peru, começaram a disponibilizar teleconsultas de ambulatório através do nosso Doctor Online e da aplicação SANNA. Em conformidade com as restrições legais implementadas, os médicos de clínica geral de teleconsulta apenas podiam fazer recomendações e orientar os doentes para a opção de cuidados certa. O volume médio durante este mês foi muito baixo em cerca de 50 consultas por mês (dados internos).

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

O Programa: No início da pandemia de COVID-19, em março de 2020, o governo peruano declarou estado de emergência e ordenou o encerramento de todos os consultórios e estabelecimentos de prestadores de cuidados primários. Esta decisão também acarretou uma alteração na legislação, alargando os tipos de serviços de telessaúde permitidos no país.

A necessidade de software de teleconsulta ágil e eficiente tornou-se numa prioridade imediata para prestar serviços aos nossos doentes, tanto para consultas com médicos de clínica geral, como com médicos especialistas. A rede SANNA precisava da nossa aplicação e da tecnologia do website para melhorar rapidamente e gerir o aumento no volume de internamentos. Para otimizar o registo digital dos doentes, desenvolvemos um software exclusivo adaptável e eficiente designado por Jitsi. Também começámos a utilizar o WhatsApp corporativo para o apoio administrativo e a comunicação com doentes.

Em fevereiro de 2021, quatro meses após a alteração na legislação, alargámos os nossos serviços de telessaúde para um total de mais de 18 000 consultas em toda a nossa rede de prestadores (5758 consultas) (Figura 1) e na divisão de ambulatório (12 599 consultas) (Figura 2). Gradualmente, o serviço foi alargado para incluir a entrega de receitas em casa, agendamento de exames de diagnóstico por imagem e telessaúde para outras especialidades, tais como pediatria, dermatologia, pneumologia, endocrinologia e outras áreas ligadas à gestão de doenças crónicas.

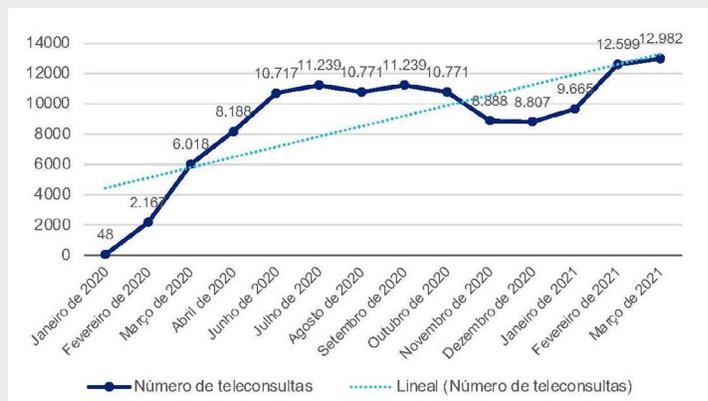
Resultados: A pandemia permitiu-nos ultrapassar as opiniões históricas e culturais negativas da teleconsulta e levou-nos a alargar rapidamente a nossa aplicação atual e lançar várias soluções digitais novas. Há pouco tempo também adicionámos workshops pré-natais virtuais e esperamos continuar a desenvolver o programa, adicionando benefícios e serviços complementares para os nossos doentes.

Autores: Italo Camposano M.D., MBA, Ing, Diretor de Informação, Rede de Cuidados de Saúde SANNA, Peru; Paula Ponce de León Lovatón, M.D., MBA, HCQM, Diretora Executiva e Diretora Clínica, Rede de Cuidados de Saúde SANNA, Clínica San Felipe, Peru

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



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



Conselho Consultivo do Global Clinical Journal

Charles Souleyman Al Odeh, M.D., MSc, MBA

Diretor Clínico
UnitedHealth Group Brasil
Brasil
csouleyman@uhgbrasil.com

Filipe Basto, M.D., MHA

Diretor Clínico,
Hospital Lusíadas Algarve
Lusíadas Saúde
Portugal
carlos.goncalves.basto
@lusiadas.pt

Claudia Boada, M.D., MHA

Diretora, Gestão de Saúde
Colmédica/Aliansalud
Colômbia
claudialb@colmedica.com

Melissa Crawford, RN, MSN, CNL

Diretora de Projetos
Contexto de Comunicação de
Saúde
Estados Unidos
melicrawford@gmail.com

Bernie Elliott, M.D.

Diretor Clínico
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
bernie.elliott@uhcglobal.com

Pedro Garcia Aspillaga, M.D., MBA

Diretor Clínico
Isapre Banmédica/Vida Tres
Chile
pgarcia@banmedica.cl

Kristen Hellmer

Diretora de Comunicações
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
kristen_hellmer@uhc.com

Hilary Lyon, RN, MPH, MBA

Vice-Presidente (Reformada),
Global Clinical Journal
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos

Lais Perazo, M.D., MBA

Diretor Clínico
Americas Serviços Médicos
Brasil
lperazo@uhgbrasil.com.br

Ana Ramos Rojas, M.D., MHM

Diretora Clínica
Pacífico
Peru
aramos@pacifico.com.pe

Eduarda Reis, M.D.

Diretora Clínica
Lusíadas Saúde
Portugal
eduarda.reis@luisadas.pt

Melinda D. Sawyer, DrPH, MSN, RN, CNS-BC

Vice-Presidente, Qualidade
Clínica e Segurança dos
Doentes
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
melinda_sawyer
@uhcglobal.com

Phil Sharples, M.D., MBBS, MRCP, DRCOG, DOccMed, DTM

Diretor Clínico Sênior
UnitedHealthcare
Global Solutions
Reino Unido
phil.sharples@uhcglobal.com

Taissa Sotto Mayor, M.D., MBA, FISQua

Diretora de Qualidade
(Anterior)
UnitedHealth Group Brasil
Brasil

Ali Tews

Vice-Presidente, Programas
Clínicos Globais
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
alison.tews@uhcglobal.com

Cristian Ugarte

Palacios, M.D.
Diretora Clínica
Empresas Banmédica
Prestação de Cuidados
Chile
cugarte@
empresasbanmedica.com

David Velasquez

Echeverri, M.D.
Diretor Clínico
Colmédica/Aliansalud
Colômbia
DavidV@colmedica.com

Margaret-Mary Wilson, M.D., MBA, MRCP, FNMCP

Diretora Clínica
UnitedHealth Group
Estados Unidos
margaret.wilson
@uhcglobal.com

Olivia Young

Consultora de Comunicações
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
olivia.young@uhc.com

Comité Editorial

Bernie Elliott, M.D.

Diretor Clínico
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
bernie.elliott@uhcglobal.com

Hilary Lyon, RN, MPH, MBA

Vice-Presidente (Reformado),
Global Clinical Journal
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos

Melinda D. Sawyer, DrPH, MSN, RN, CNS-BC

Vice-Presidente, Qualidade
Clínica e Segurança dos Doentes
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
melinda_sawyer@uhcglobal.com

Taissa Sotto Mayor, M.D., MBA, FISQua

Diretora de Qualidade (Anterior)
UnitedHealth Group Brasil
Brasil

Margaret-Mary Wilson, M.D., MBA, MRCP, FNMCP

Diretora Clínica
UnitedHealth Group
Estados Unidos
margaret.wilson@uhcglobal.com

Cartas ao Editor:

Envie os seus comentários,
sugestões e perguntas
sobre o envio de artigos para:
globalclinical@uhcglobal.com

Informação proprietária do UnitedHealth Group.
Não distribuir nem reproduzir sem autorização
expressa do UnitedHealth Group.

