

Consulta Não Presencial no Serviço Nacional de Saúde Português Durante a Pandemia de COVID-19: Estudo da Opinião dos Médicos e Implicações para o Futuro



Teleconsultation in the Portuguese National Health Service During the COVID-19 Pandemic: A Survey of Physicians' Views and Future Implications

Catarina O'NEILL^{✉*1}, Margarida V. MATIAS^{*2}, Vasco R. PEIXOTO^{3,4}, Henrique O'NEILL^{5,6}, Pedro AGUIAR³, Eduardo CASTELA⁶

Acta Med Port (In Press) • <https://doi.org/10.20344/amp.16724>

RESUMO

Introdução: A pandemia de COVID-19 impôs uma reorganização dos serviços de saúde e a teleconsulta surgiu como solução para manter o acompanhamento dos utentes. Este estudo caracterizou, pela perspetiva dos médicos, a consulta não presencial (CNP) realizada no Serviço Nacional de Saúde (SNS) durante a primeira fase da pandemia e identificou fatores que influenciam a experiência da consulta.

Material e Métodos: Estudo transversal analítico com base num questionário *online* dirigido aos médicos do SNS entre julho e setembro de 2020. Recolheram-se dados demográficos e informação sobre a prática, atitudes e perceções relativas à CNP. Foram calculadas razões de prevalência através de regressões Poisson, ajustadas para identificar fatores associados a maior satisfação, utilização de videochamada e maior motivação para realizar teleconsultas no futuro.

Resultados: Obtiveram-se 2225 respostas válidas. A CNP foi realizada por 93,8% dos inquiridos neste período, dos quais 99,0% utilizou o telefone como forma de comunicação e apenas 8,0% a videochamada. Registámos elevada satisfação com as CNP realizadas, com significativa associação à ideia de que a CNP providencia cuidados de saúde de qualidade equivalentes à consulta presencial [*adjusted prevalence ratio* (aPR) = 1,472], e adesão à realização de CNP após a pandemia (aPR = 4,081). A existência de dificuldades clínicas (aPR = 0,763) ou técnicas (aPR = 0,666) esteve associada a menor satisfação. Entre os médicos respondentes, 70,4% gostariam de continuar a realizar CNP subsequentes e 53,3% consideram que deve ser sempre ou muitas vezes utilizado suporte de vídeo na CNP.

Conclusão: A teleconsulta parece ter potencial para se tornar uma prática comum no futuro. No entanto importa solucionar limitações de natureza clínica, técnica, organizacional e legal e, assegurar que é uma prática segura, benéfica e valorizada pelo utente.

Palavras-chave: Consulta Remota; COVID-19; Portugal; Serviço Nacional de Saúde/Telemedicina

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic led to the reorganization of healthcare services and teleconsultation emerged as a solution to facilitate patient appointments. The aim of this study was to characterize, from a physician perspective, the teleconsultations carried out in the Portuguese National Health Service (SNS) during the first phase of the pandemic and to identify factors that influence the experience of the teleconsultation.

Material and Methods: A cross-sectional analytical study was conducted based on an online survey, between July-September 2020, aimed at SNS doctors. Data on demographics, practice, attitudes and perceptions associated with the teleconsultation was collected. The adjusted prevalence ratio (aPR) was calculated to identify demographic factors and determinants of teleconsultation associated with satisfaction, use of video calls and greater motivation to carry out teleconsultations in the future.

Results: 2225 valid responses were obtained. Teleconsultation was carried out by 93.8% of participants in this period,

* Os dois primeiros autores contribuíram igualmente para o presente manuscrito.

1. Serviço de Gastrenterologia. Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. Lisboa. Portugal.

2. Serviço de Pneumologia. Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. Lisboa. Portugal.

3. NOVA National School of Public Health. Public Health Research Centre. Universidade NOVA de Lisboa. Lisboa. Portugal.

4. Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte. Lisboa. Portugal.

5. ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, ISTAR-IUL. Lisboa. Portugal.

6. Associação Portuguesa de Telemedicina. Lisboa. Portugal.

✉ Autor correspondente: Catarina O'Neill. cneill@chlo.min-saude.pt

Recebido/Received: 01/08/2021 - Aceite/Accepted: 07/12/2021 - Publicado Online/Published Online: 17/03/2022

Copyright © Ordem dos Médicos 2022



99.0% used the telephone as a form of communication and only 8.0% used a video call. A high degree of satisfaction with the teleconsultation was significantly associated with perceiving the teleconsultation as providing care with equivalent quality to a face-to-face consultation (aPR = 1.472) and being motivated to do teleconsultation after the pandemic (aPR = 4.081). Reporting clinical (aPR = 0.763) or technical difficulties (aPR = 0.666) was negatively associated with satisfaction). 70.4% of doctors would like to continue doing follow-up teleconsultations and 53.3% consider that video call technologies should always or often be used during teleconsultations.

Conclusion: Teleconsultation seems to have potential to become a common practice in the future. However, it is important to address clinical, technical, organizational, and legal questions and, above all, to ensure that it is a safe and valuable practice for patients.

Keywords: COVID-19; National Health Service; Portugal; Remote Consultation; Telemedicine

INTRODUÇÃO

A telemedicina foi definida pela Organização Mundial de Saúde em 1997 como “a prestação de serviços de saúde, onde a distância é um fator crítico, por todos os profissionais de saúde através de tecnologias de informação e comunicação”.¹ A teleconsulta, uma das vertentes da telemedicina, pode ser caracterizada como uma interação entre médico e utente ou entre médicos, em tempo real ou diferido.² É uma realidade em crescimento desde há três décadas em Portugal e no mundo, tanto nos cuidados de saúde primários como hospitalares.²⁻⁷ A teleconsulta apresenta potenciais benefícios para os utentes, nomeadamente o aumento da acessibilidade aos serviços de saúde, sobretudo para os que habitam fora dos centros urbanos,^{4,8} conveniência para o utente, redução dos custos de deslocação e poupança de tempo, que poderá ter particular importância para utentes ou cuidadores informais profissionalmente ativos.⁸⁻¹¹ Apresenta também benefícios para os sistemas de saúde e permite fazer face a catástrofes e emergências de saúde pública.^{12,13} Contudo, são tradicionalmente expressos receios acerca dos seus potenciais riscos clínicos e aceitação pelos médicos e utentes, bem como sobre os desafios técnicos, logísticos e regulatórios inerentes.¹⁴

A pandemia de COVID-19 impôs uma rápida reorganização dos serviços de saúde devido à necessidade de reafectação dos recursos de saúde no combate à pandemia e de minimização do risco de transmissão da infeção entre profissionais de saúde e utentes. A telemedicina e, em particular, a teleconsulta, surgiu como a solução para manter a monitorização e comunicação entre médico-utente no contexto de pandemia. Desta forma, registou-se um crescimento exponencial do uso de teleconsulta a nível global, contrastando com a demorada adoção prévia desta prática.¹⁵⁻¹⁹

Em Portugal, os conceitos ‘consulta médica sem a presença do doente’ e ‘teleconsulta’ são distintos, embora com frequência sejam utilizados indiferenciadamente. A Portaria nº207/2017 define “«consulta médica sem a presença do doente», como uma consulta médica, em que o utente não se encontra presente, que pode (...) estar associada a várias formas de comunicação, designadamente através de correio tradicional, telefone, correio eletrónico ou outro”. Já a «teleconsulta» implica a “utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente”.²⁰ Durante a pandemia, os serviços, as administrações hospitalares e a Direção-Geral da Saúde recomendaram preferencialmente a atividade de consulta não presencial (CNP), reservando as consultas presenciais para quando não fosse clinicamente adequado ou tecnicamente possível.

Este estudo pretende caracterizar a atividade de CNP no Serviço Nacional de Saúde (SNS) durante a primeira fase da pandemia de COVID-19 segundo a perspetiva dos médicos, bem como aferir as suas atitudes e experiências atuais, e as suas expectativas em relação ao uso de CNP após a pandemia. Pretende também identificar fatores que influenciam a experiência de CNP com o propósito de sustentar estratégias e intervenções clínicas e organizacionais para implementação da CNP.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional, transversal e analítico baseado num questionário com 23 perguntas, em formato *online* no *GoogleForms*, com o objetivo de caracterizar o panorama nacional da CNP no SNS durante a primeira fase da pandemia de COVID-19, segundo a perspetiva dos médicos. O convite para responder ao questionário foi enviado por *email* a todos os médicos inscritos na Ordem dos Médicos de Portugal. O questionário encontrou-se disponível *online* entre 2 de julho e 11 de setembro de 2020. Apenas foram consideradas para análise as respostas de médicos que exerciam funções em instituições do SNS, do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira e do Serviço Regional de Saúde dos Açores à data de resposta. Neste estudo não foi considerada a distinção entre os conceitos de ‘teleconsulta’ e de ‘consulta não presencial’ quando apoiada por qualquer dispositivo tecnológico de telecomunicação.

Questionário

O questionário possibilitou a recolha de dados demográficos dos participantes, como género, idade, região de saúde onde exerce, local de trabalho (hospital; cuidados de saúde primários – unidade de saúde familiar, unidade de cuidados de saúde personalizados, outros), grau de diferenciação médica, especialidade. O questionário pode ser consultado

na íntegra no Apêndice 1 (Apêndice 1: https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/16724/Apendice_01.pdf). Também recolheu informação relativa à sua experiência com a CNP, nomeadamente a utilização prévia de CNP, número de consultas realizadas, formato (primeiras consultas ou subsequentes), infraestruturas e tecnologias utilizadas, realização de registo no processo clínico, duração, dificuldades técnicas e clínicas identificadas e motivação para realização de CNP no futuro. Por fim, foram incluídas questões relativas a perceções sobre a CNP, como a satisfação a qualidade dos cuidados prestados e a utilização de suporte de vídeo, cujas respostas foram avaliadas utilizando uma escala Likert de cinco pontos. O questionário foi elaborado com base na revisão prévia da literatura, na discussão em grupo de trabalho dedicado e em entrevistas semiestruturadas com médicos. Numa etapa seguinte, os itens do questionário foram alterados e novos itens adicionados com base nos dados qualitativos obtidos. O questionário foi testado em estudo-piloto com 10 participantes e foi revisto para assegurar a consistência interna e a relevância das questões.

Análise estatística

Foi realizada uma análise descritiva das características dos participantes e das respostas. As variáveis categóricas foram expressas em frequências, proporções ou percentagens, conforme apropriado.

Foram seleccionados três *outcomes* de interesse com base no questionário: para o *outcome* “Utilização de videochamada nas CNP realizadas”, na pergunta 12 (Apêndice 1: https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/16724/Apendice_01.pdf) foram seleccionadas as respostas “videochamada” e foi categorizado para análise conforme tenha utilizado videochamada/não tenha utilizado videochamada; para o *outcome* “Elevado nível de satisfação com as CNP realizadas”, na questão 18 (Apêndice 1: https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/16724/Apendice_01.pdf), as respostas foram avaliadas numa escala de Likert de cinco pontos (muito insatisfeito – insatisfeito – nem insatisfeito nem satisfeito – satisfeito – muito satisfeito) e para a análise foi categorizado 4 ou 5 pontos na escala de Likert como reportar uma “elevada satisfação”; para o *outcome* “Querer continuar a realizar CNP após a pandemia”, na questão 21 (Apêndice 1: https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/16724/Apendice_01.pdf), as respostas eram sim/não e foram categorizadas para análise em sim/não.

Para os três *outcomes* de interesse foi realizada uma análise univariada e calculados a prevalência do *outcome* por estrato, a razão de prevalências (PR) para um intervalo de confiança (IC) de 95% e o *p-value* associado ao teste de Wald dos parâmetros do modelo de regressão. Seguidamente, foi calculada a razão de prevalências ajustada em análise multivariável, pelo método de regressão de Poisson com variância robusta, utilizando as variáveis inicialmente incluídas na análise univariável para cada *outcome*. O modelo de Poisson é um método amplamente usado para estimar razões de prevalência para resultados binários e tem sido usado em vez de regressão logística devido aos *odds ratio* poderem sobrestimar as razões de prevalências (ou riscos relativos) em regressão logística quando os *outcomes* binários são mais frequentes (superiores a 10%).²¹ As análises foram realizadas com recurso a STATA 14 e foram considerados como estatisticamente significativos os intervalos de confiança (IC) de 95% e *p-value* inferiores a 0,05.

Considerações éticas

O questionário foi revisto e aprovado pelo gabinete jurídico da Ordem dos Médicos e respeita o Regulamento Geral de Proteção de Dados. Foi obtido o consentimento informado escrito de todos os participantes, previamente ao preenchimento do questionário.

RESULTADOS

Do universo de 30 767 médicos a exercerem funções no SNS considerado inicialmente, foram obtidas 2452 respostas ao questionário, tendo sido consideradas como válidas para análise 2225 respostas. Excluíram-se as respostas dos médicos que não se encontravam a exercer funções no SNS durante este período da pandemia.²²⁻²⁴

Caracterização demográfica da amostra

As características dos participantes encontram-se apresentadas na Tabela 1. Verifica-se que 67,6% (n = 1505) dos participantes eram do género feminino. A faixa etária mais representada neste estudo foi a dos médicos com idade inferior ou igual a 35 anos (40,0%, n = 890). Disponibilizou menos respostas o grupo com idade igual ou superior a 66 anos (2,7%, n = 60).

Quanto à distribuição geográfica dos inquiridos por região de saúde, as regiões com mais respostas foram a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte (37,8%, n = 841) e a ARS Lisboa e Vale do Tejo (37,2%, n = 827).

As três especialidades com maior frequência de resposta foram Medicina Geral e Familiar (35%, n = 785), Medicina Interna (8%, n = 172) e Pediatria (5%, n = 117) (Apêndice 2: https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/16724/Apendice_02.pdf). Constatou-se que 76,7% (n = 1704) eram médicos especialistas, 21,5% (n = 479) médicos internos de formação específicas e 1,9% (n = 42) médicos sem especialidade (ex. clínicos gerais, internos de formação geral).

Caracterização das CNP realizadas

Verifica-se que 85,2% (n = 1895) dos médicos participantes não realizava CNP antes do início da pandemia. Em contraste com esta realidade, a CNP foi utilizada por 93,8% (n = 2087) dos inquiridos durante a primeira fase da pandemia. Apurou-se que 29,4% (n = 654) realizaram mais do que 200 consultas e 9,6% (n = 214) menos de 20 CNP à data de resposta. A caracterização das CNP realizadas encontra-se apresentada na Tabela 2.

Mais de metade dos inquiridos realizaram primeiras consultas e consultas subsequentes em formato de CNP (53,0%, n = 1106), 44,5% (n = 928) exclusivamente consultas subsequentes e 2,5% (n = 53) apenas primeiras consultas. Quanto à duração das CNP, a maioria dos médicos (58,0%, n = 1210) demorou em média 10 a 20 minutos por consulta e o espaço físico mais utilizado foi o gabinete médico individual (85,6%); apenas 3,3% realizou CNP em gabinete específico para tal. A análise dos dados recolhidos indicou que 80,4% (n = 1678) dos médicos realizaram sempre registos da consulta no processo clínico do utente e, quando não realizados, as razões apontadas foram: ausência de acesso ao processo clínico do utente (46,7%, n = 191), problemas técnicos (40,3%, n = 165), indisponibilidade por parte do médico (39,9%, n = 163). Cerca de 2,7% (n = 11) referiu ter realizado registos noutra plataforma, nomeadamente "TraceCOVID" e 4,7% (n = 19) alegou desconhecimento da necessidade de registo.

Os médicos utilizaram várias formas de comunicação para estabelecer contacto com os utentes. A chamada telefónica foi a mais utilizada (99,0%), tendo sido também utilizado o *email* para envio e receção de documentos pelo médico (67,1% e 62,3%, respetivamente), assim como o correio (41,3% e 12,5%). Foram ainda reportadas outras formas de comunicação: envio de documentos por SMS, receção presencial, envio e receção por plataforma de videochamada. Apenas 8,0% (n = 167) dos inquiridos realizou CNP com suporte de vídeo através do recurso a diversas plataformas formais e informais: *Whatsapp* (48,5%, n = 81), *Microsoft Teams* (24,6%, n = 41), *Zoom* (22,2%, n = 37), *Skype* (21,0%, n = 35), *GoogleMeet* (6,0%, n = 10), *RSE Live* (3,0%, n = 5), *Medigraf* (1,8%, n = 3).

Atitudes e perceções dos médicos sobre as CNP realizadas

Os médicos identificaram algumas dificuldades durante a realização de CNP. Cerca de 78,6% reportaram algum tipo de dificuldades de natureza técnica relacionadas com as infraestruturas e tecnologias e comunicação, e 90,7% de natureza clínica, relacionadas com a avaliação clínica e patologia do utente. Foram aceites mais do que uma resposta por pergunta, conforme apresentadas na Tabela 3.

Entre os inquiridos, 49,5% referiram estar globalmente satisfeitos ou muito satisfeitos com as consultas não presenciais que realizaram, e 15,6% insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Quando questionados se a CNP, comparada com a presencial, providencia igual qualidade de cuidados de saúde: 14,1% (n = 313) dos médicos concordam que a qualidade é equiparável em todas ou na maioria das situações, 35,7% (n = 795) indica que a qualidade é equiparável em algumas situações, 34,0% (n = 756) refere que a qualidade é equiparável em raras situações e 16,2% (n = 361) admite que em nenhuma situação a qualidade é equiparável.

Uso de CNP após a pandemia

Após a pandemia de COVID-19, 70,4% (n = 1567) dos inquiridos gostaria de realizar consultas subsequentes de forma não presencial, mas apenas 15,2% (n = 338) gostaria de realizar primeiras consultas desta forma. Cerca de metade (53,3%, n = 1185) dos médicos consideram que o suporte de vídeo deve ser sempre ou muitas vezes utilizado na CNP.

Os médicos inquiridos sugeriram diversas medidas que poderão facilitar a implementação da CNP no que respeita às próprias instituições de saúde, nomeadamente a criação e reabilitação de espaços físicos e disponibilização de equipamentos adequados à mesma, a criação de uma plataforma específica ou a adaptação dos programas informáticos existentes, a implementação de equipas de suporte dedicadas à CNP, a promoção de ações de formação dirigida a médicos sobre regulamentação, técnicas e tecnologias para CNP e a criação na agenda do médico de períodos de consulta dedicados a CNP. Também foram apontadas várias medidas direcionadas ao utente ou cuidador: campanhas de sensibilização para CNP, criação do consentimento informado formal do utente para a opção por CNP *versus* presencial, disponibilização de meios e tecnologias de comunicação para que se possam realizar as consultas não presenciais. Torna-se ainda importante criar e implementar legislação específica para a CNP, que regule a sua contratualização, os critérios para seleção de utentes e os direitos e deveres dos utentes.

Fatores que influenciam a experiência de CNP

Foram analisados os fatores que influenciam a experiência de CNP, nomeadamente os associados à elevada satisfação com a consulta realizada, e com o interesse e a motivação para continuar a realizar este tipo de consultas no futuro.

Conforme apresentado na Tabela 4, os fatores associados a uma elevada satisfação em relação às CNP realizadas foram: querer realizar CNP após a pandemia (aPR = 4,081; CI 95% 3,313 - 5,026) e perceber a CNP como providenciando cuidados de saúde de qualidade equivalente a uma consulta presencial (aPR = 1,472; CI 95% 1,369 - 1,583). A menor satisfação com esta modalidade de consulta esteve relacionada com dificuldades clínicas (aPR = 0,763 CI 95% 0,702 - 0,829) e técnicas (aPR = 0,666; CI 95% 0,615 - 0,721). A idade, o grau de diferenciação médica, a região de saúde

e a tipologia de instituição onde trabalha não parecem influenciar a satisfação.

O hospital foi o local com maior utilização de videochamada e, após ajustamento, trabalhar em unidades de saúde familiar (USF) e unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) esteve associado a menor utilização do suporte de vídeo (USF: aPR = 0,506; CI 95% 0,327 - 0,783; UCSP: aPR = 0,382; CI 95% 0,168 - 0,872). Outros fatores associados a utilização de videochamada foram ainda identificados: ter realizado CNP antes da pandemia (aPR = 2,166; CI 95% 1,543 - 3,039), considerar a CNP como providenciando cuidados de saúde equivalente a uma consulta presencial (aPR = 1,869; CI 95% 1,285 - 2,716) e pertencer às faixas etárias entre os 36 e os 45 anos (aPR = 1,894; CI 95% 1,075 - 3,337), 46 a 55 anos (aPR = 2,601; CI 95% 1,429 - 4,735) e com idade igual ou superior a 66 anos (aPR = 4,372; CI 95% 2,074 - 9,215) (< 35 categoria de referência), segundo a Tabela 5. A existência de dificuldades clínicas esteve negativamente associada à utilização de videochamada (aPR = 0,54; CI 95% 0,35 - 0,831). Não se registaram diferenças quanto ao género, grau de diferenciação médica e região de saúde onde exerce.

De acordo com a Tabela 6, os fatores significativamente associados a querer continuar a realizar CNP subsequentes após a pandemia são: o elevado nível de satisfação com esta modalidade (aPR = 1,692; CI 95% 1,594 - 1,796), exercer na ARS Alentejo (aPR 1,259; CI 95% 1,075 - 1,475), considerar a CNP com qualidade equivalente a consulta presencial (aPR = 1,166; CI 95% 1,122 - 1,211), e ter utilizado suporte de vídeo (aPR = 1,097; CI 95% 1,019 - 1,18). O grau de diferenciação médica, a tipologia de instituição onde trabalha e as dificuldades sentidas durante a CNP não parecem influenciar a motivação para continuar a realizar CNP.

DISCUSSÃO

Este foi o primeiro estudo que caracterizou a atividade e a opinião dos médicos portugueses relativamente à CNP em instituições do Serviço Nacional de Saúde durante a primeira fase de pandemia de COVID-19. Responderam ao questionário cerca de 7,2% dos médicos a exercer funções no SNS. Neste período, a CNP foi utilizada por grande parte dos médicos de instituições do SNS (93,8% dos inquiridos), de diversas especialidades e de todas as faixas etárias, que assim asseguraram os cuidados de saúde aos utentes, de forma generalizada e contínua, a nível nacional.

Tradicionalmente, a consulta médica implica uma interação presencial. No entanto, com o desenvolvimento e a disseminação das tecnologias de comunicação, quer o telefone quer o vídeo tornaram-se ferramentas de auxílio ao ato médico. O telefone é ainda o meio mais familiar, disseminado e de fácil utilização.¹⁴ Com efeito, no presente estudo, a maioria dos médicos que realizou CNP utilizou a chamada telefónica (99,0% dos inquiridos). Apenas uma minoria (8,0%) dos médicos utilizaram suporte de vídeo, embora 82,0% considerem que o suporte de vídeo deveria ser utilizado em todas, muitas ou algumas CNP.

Nos últimos anos, apesar da realização de consulta com suporte de vídeo ter sido globalmente adotada, a comparação entre consulta por telefone e consulta por vídeo é ainda limitada.²⁵ Numa revisão sistemática, Rush *et al* demonstraram que a utilização do vídeo poderá ter vantagens em *outcomes* relacionados com os médicos, tais como no aumento da precisão diagnóstica e de tomada de decisões e na diminuição dos erros de seleção de terapêutica, comparativamente com o telefone.²⁵ A videochamada, ao permitir a avaliação visual do utente e um maior envolvimento do médico, poderá explicar estas vantagens.^{14,26,27} Estudos randomizados mostraram ainda que as teleconsultas com suporte de vídeo estão associadas a elevado grau de satisfação dos profissionais de saúde e dos utentes.²⁸ Efetivamente, no nosso estudo, os médicos que utilizaram suporte de vídeo encontravam-se significativamente mais satisfeitos com as consultas realizadas e estavam mais motivados para continuar a realizar CNP, em comparação com os médicos que não utilizaram videochamada.

Este estudo verificou que as consultas com suporte de vídeo foram realizadas sobretudo através de plataformas informais concebidas para videochamada (*Whatsapp, Zoom, Skype*) e residualmente em plataformas específicas para teleconsulta. Atualmente, a utilização do Skype no contexto de teleconsulta reúne mais evidência.²⁸⁻³⁰ Uma revisão de 27 estudos mostrou que o Skype é uma tecnologia eficaz, com apenas um estudo reportando experiência negativa.²⁹ Sobre tudo no Reino Unido, os legisladores têm recomendado preferencialmente o Skype enquanto plataforma segura, gratuita e de fácil utilização, providenciando suporte informativo para os utilizadores.²⁸ No Reino Unido e Estados Unidos da América, foi legalmente permitida a utilização destas aplicações de videochamada em adição às plataformas de teleconsulta durante a pandemia.³¹ Em Portugal, existem actualmente plataformas formais e seguras para a realização de teleconsulta no SNS entre profissionais de saúde e utentes, sendo a mais recente a RSE Live, desenvolvida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.³² O estudo permitiu concluir que a utilização desta plataforma foi residual (n = 5).

A adoção da teleconsulta, principalmente se realizada com pouco planeamento prévio, como na atual situação pandémica, impõe desafios diversos. Das dificuldades técnicas reportadas no estudo destacaram-se a dificuldade na adaptação do utente ou cuidador às tecnologias de comunicação e a inadequação ou inexistência dos equipamentos necessários. Se por um lado o investimento financeiro e formativo em tecnologias e infraestruturas pode colmatar esta última, a dificuldade na adaptação do utente é mais difícil de ultrapassar.³³ Quanto às dificuldades clínicas, sobressaíram a impossibilidade de realizar o exame físico e a dificuldade na transmissão ou compreensão de informação clínica do utente ou cuidador. O vídeo poderá mitigar algumas destas dificuldades. Com efeito, a utilização de suporte de vídeo associou-se

significativamente ao reporte de menos dificuldade clínicas. Por outro lado, é necessário reconhecer que algumas dificuldades são inerentes à prestação de cuidados de saúde à distância, pelo que é fulcral existir uma adequada seleção de utentes de forma a que não se comprometa a qualidade dos cuidados de saúde providenciados.

Os critérios de inclusão para teleconsulta deverão ser adaptados consoante a especialidade/subespecialidade de consulta e definidos em parceria com os Colégios das Especialidades e as sociedades científicas médicas. Com base na literatura, antecipa-se que a teleconsulta seja particularmente útil no seguimento de patologia crónica controlada;³⁴⁻³⁶ aconselhamento clínico, revisão terapêutica, triagem, renovação de receituário e relatórios médicos.³⁷ Por outro lado, a teleconsulta poderá ser inapropriada para utentes com patologia aguda ou crónica agudizada, quando é impreterível realizar exame físico ou exames complementares de diagnósticos, ou ainda quando o utente é incapaz de utilizar as tecnologias de comunicação por ausência das mesmas, por inadaptação, por presença de défices sensoriais ou cognitivos ou barreiras linguísticas.^{33,38}

Os vários constrangimentos identificados não parecem ser fatores determinantes para a experiência de CNP. Metade dos médicos encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a CNP realizada e 70,4% querem continuar a realizar CNP subsequentes após a pandemia. Outros estudos também demonstraram elevados níveis de satisfação dos médicos com a teleconsulta.³⁹ À semelhança do descrito por Kissi *et al*, perceber a facilidade da teleconsulta, inferida pela identificação de menos dificuldades clínicas e técnicas, e reconhecer a qualidade dos cuidados de saúde prestados pela teleconsulta contribuem significativamente para a satisfação dos médicos.⁴⁰ A tendência para uma maior satisfação com as CNP na faixa etária dos 36 aos 45 anos, poderá ser interpretada pelo facto de estes médicos já terem alcançado um nível elevado de confiança e de competências clínicas e técnicas, tendo apenas de se focarem em transpor essas competências para o contexto da teleconsulta.⁴¹ Foi também demonstrada a importância dada por médicos e utentes à relação médico-doente permitida por uma consulta presencial prévia,^{14,30} pelo que é expectável uma preferência pela CNP apenas em contexto de consultas subsequentes.

Implicações para a prática clínica e políticas para a implementação de teleconsulta

Os facilitadores e barreiras para a implementação da teleconsulta identificados no estudo são complexos e pertencem a vários domínios, sendo semelhantes aos descrito por Ross *et al* numa revisão sistemática sobre implementação de sistemas de telemedicina.⁴²

No domínio organizacional, realça-se a necessidade de recursos e infraestruturas adequados, incentivos à utilização de teleconsulta, mobilização de corpo de profissionais dedicados à sua implementação para resolução de questões técnicas e operacionais, reformulação dos processos de trabalho e sistemas em utilização e a integração dos novos sistemas com os já existentes.

No domínio das atitudes e opiniões dos profissionais quanto aos benefícios e limitações da teleconsulta, a ideia de que os novos sistemas poderão beneficiar os utentes confronta-se com o receio da deterioração da relação médico-doente ou da qualidade dos cuidados prestados.⁴² As questões sobre privacidade e segurança dos utentes também surgem como uma incerteza.^{16,25} Estes receios poderão ser ultrapassados através do maior envolvimento dos médicos em todo o processo de implementação da teleconsulta, de ações de formação dos profissionais, da criação de interfaces simples e convenientes para o utilizador, da promoção de plataformas de teleconsulta que garantam uma maior privacidade e confidencialidade do ato clínico, e da disponibilização de informação clara e baseada na evidência sobre as vantagens e indicações para teleconsulta.

No contexto externo, a adequação dos recursos disponíveis face às necessidades dos utentes, e a existência de legislação e políticas e incentivos financeiros governamentais são fatores decisivos para a implementação da teleconsulta ao nível dos profissionais e das instituições e profissionais.

Limitações e investigação futura

Devido à natureza transversal do desenho do estudo e à amostra não probabilística, estes resultados traduzem as experiências e opiniões de um grupo de médicos não aleatório do SNS, num período temporal circunscrito, e podem não ser generalizáveis para o presente ou futuro, ou para as especificidades de outros sistemas de saúde. Pode ter ocorrido viés de seleção amostral, no sentido em que os médicos que escolheram responder podem tê-lo feito por terem tido melhores ou piores experiências face à CNP, podendo sobrestimar ou subestimar as estimativas. Ainda assim, o elevado número de respostas nomeadamente de Medicina Geral e Familiar permite alguma confiança nos resultados. Embora a utilização da escala de Likert seja universal, e de simples aplicação e análise para recolha de opinião e percepções em questionários, admitimos a possível existência de subjetividade na interpretação das afirmações, viés de tendência central e viés de aquiescência. Estes aspetos reforçam a importância de futuros estudos de confirmação e estudos longitudinais para melhor compreender se a teleconsulta poderá ou não ser uma forma alternativa duradoura de prestação de cuidados de saúde. Serão também necessários novos estudos que avaliem a eficácia, custo-efetividade, ética e segurança da teleconsulta na gestão de diversas patologias de diferentes áreas da Medicina, em Portugal. Importa avaliar a utilização de teleconsulta por outros grupos de profissionais de saúde e desenvolver estudos que avaliem a satisfação, motivação e

outcomes clínicos dos utentes quanto à teleconsulta.

No contexto português, os termos 'teleconsulta', 'consulta telefónica' e 'consulta não presencial', são frequentemente utilizados de forma intercambiável pelos médicos, utentes e população para descrever qualquer intervenção de saúde à distância, independentemente de ter suporte de vídeo ou apenas suporte telefónico. Embora sejam conceitos distintos, no âmbito deste estudo não foi considerada a distinção entre os mesmos.

O conhecimento adquirido neste estudo permite apoiar as instituições de saúde e órgãos diretivos na promoção e desenvolvimento de sistemas e infraestruturas que permitam providenciar cuidados de saúde através de telemedicina, convenientes aos utentes que o pretendam e custo-efetivos. Esta é uma estratégia que permite criar resiliência face a ameaças pandémicas, diversificar e rentabilizar as modalidades de prestação dos cuidados de saúde e adequá-las aos vários tipos de utentes e às suas necessidades.

A teleconsulta, como todas as outras atividades médicas, apenas faz sentido se centrada no utente e com benefícios evidentes para o mesmo. Deve ser sempre assegurada a possibilidade de escolha de consulta presencial tanto por parte do utente como do médico.

CONCLUSÃO

A conjuntura imposta pela pandemia COVID-19 veio acelerar a adoção e a disseminação da consulta não presencial em Portugal.

Os resultados deste estudo sugerem que a teleconsulta parece ter potencial para se tornar uma prática comum no futuro da Medicina em Portugal, sobretudo para consultas subsequentes, e realça o benefício atribuído pelos médicos à implementação de meios que permitam a realização de videochamada, atualmente precários. Impõe-se ainda solucionar questões de natureza clínica, técnica, organizacional, legal e ética.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos médicos participantes no questionário, à Associação Portuguesa de Telemedicina e à Ordem dos Médicos pelos seus contributos relevantes.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

CON, MVM: Co-primeiras autoras. Desenho do estudo e elaboração do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo.

VRP: Análise e interpretação de dados, revisão crítica do manuscrito.

HON, EC: Desenho do estudo, revisão crítica do manuscrito.

PA: Revisão crítica da análise de dados e do manuscrito.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial atualizada em 2013.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesses relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este projeto não recebeu qualquer apoio financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Observatory for eHealth Vol 2. Telemedicine: opportunity and developments in Member States. [consultado 2021 mai 10] Disponível em: <https://gateway.euro.who.int/en/global-observatory-for-ehealth-vol-2-telemedicine-opportunities-and-developments-in-member-states/>.
2. Bashshur R, Shannon G, Krupinski E, Grigsby J. The taxonomy of telemedicine. *Telemed J E Health*. 2011;17:484-94.
3. Dorsey ER, Topol EJ. State of telehealth. *N Engl J Med*. 2016;375:154-61.
4. Downes MJ, Mervin MC, Byrnes JM, Scuffham PA. Telephone consultations for general practice: a systematic review. *Syst Rev*. 2017;6:128.
5. Gonzalez F, Cimadevila B, Garcia-Comesaña J, Cerqueiro S, Andion E, Prado J, et al. Telephone consultation in primary care. *J Health Organ Manag*. 2018;32:321-37.
6. Fraiche A, Wang A. Hypertrophic cardiomyopathy: new evidence since the 2011 American Cardiology of Cardiology Foundation and American Heart Association Guideline. *Curr Cardiol Rep*. 2016;18:70.
7. Maia MR, Castela E, Pires A, Lapão LV. How to develop a sustainable telemedicine service? A pediatric telecardiology service 20 years on - an exploratory study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:681.
8. Zollo SA, Kienzie MG, Henshaw Z, Crist LG, Wakefield DS. Tele-education in a telemedicine environment: implications for rural health care and academic

- medical centers. *J Med Syst*. 1999;23:107-22.
9. Car J, Sheikh A. Telephone consultations. *BMJ*. 2003;326:966-9.
 10. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis - 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62:102-11.
 11. Gomez-Ulla F, Alonso F, Aibar B, Gonzalez F. A comparative cost analysis of digital fundus imaging and direct fundus examination for assessment of diabetic retinopathy. *Telemed J E Health*. 2008;14:912-8.
 12. Caetano R, Silva AB, Guedes AC, Nepomuceno de Paiva CC, Ribeiro GR, Santos DL, et al. Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 pandemic: ideas on spaces and initiatives in the Brazilian context. *Cad Saude Publica*. 2020;36:e00088920.
 13. Lurie N, Carr BG. The role of telehealth in the medical response to disasters. *JAMA Intern Med*. 2018;178:745-6.
 14. Donaghy E, Atherton H, Hammersley V, McNeilly H, Bikker A, Robbins L, et al. Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract*. 2019;69:e586-94.
 15. Zhai Y, Wang Y, Zhang M, Gittel JH, Jiang S, Chen B, et al. From isolation to coordination: how can telemedicine help combat the COVID-19 outbreak? *medRxiv*. 2020. doi:10.1101/2020.02.20.20025957.
 16. Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. *BMJ*. 2020;368:1-2.
 17. Bashshur R, Doarn CR, Frenk JM, Kvedar JC, Woolliscroft JO. Telemedicine and the COVID-19 pandemic, lessons for the future. *Telemed e-Health*. 2020;26:571-3.
 18. Portnoy J, Waller M, Elliott T. Telemedicine in the era of COVID-19. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020;8:1489-91.
 19. Doshi A, Platt Y, Dressen JR, Mathews BK, Siy JC. Keep calm and log on: telemedicine for COVID-19 pandemic response. *J Hosp Med*. 2020;15:302-4.
 20. Portugal. Portaria n.º 207/2017. Diário da República, I Série, n.º 132 (2017/07/11). Versão consolidada.
 21. Aguiar P, Nunes B. Odds ratio: reflexão sobre a validade de uma medida de referência em epidemiologia. *Acta Med Port*. 2013;26:505-10.
 22. Serviço Nacional de Saúde. Análise mensal do balanço social. 2019. [consultado 2020 dez 13]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-dos-sns/analise-mensal-do-balanco-social/>.
 23. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde da Região Autónoma da Madeira - Estatística do pessoal de saúde. Lisboa: INE; 2019.
 24. Serviço Regional de Estatística dos Açores. Estatísticas da Saúde. Ponta Delgada: SREA; 2019.
 25. Rush KL, Howlett L, Munro A, Burton L. Videoconference compared to telephone in healthcare delivery: a systematic review. *Int J Med Inform*. 2018;118:44-53.
 26. Handschu R, Scibor M, Willaczek B, Nückel M, Heckmann JG, Asshoff D, et al. Telemedicine in acute stroke: remote video-examination compared to simple telephone consultation. *J Neurol*. 2008;255:1792-7.
 27. Greenhalgh T, Koh GC, Car J. COVID-19: a remote assessment in primary care. *BMJ*. 2020;368.
 28. Ignatowicz A, Atherton H, Bernstein CJ, Bryce C, Court R, Sturt J, et al. Internet videoconferencing for patient-clinician consultations in long-term conditions: a review of reviews and applications in line with guidelines and recommendations. *Digit Heal*. 2019;5:1-27.
 29. Armfield NR, Bradford M, Bradford NK. The clinical use of Skype-For which patients, with which problems and in which settings? A snapshot review of the literature. *Int J Med Inform*. 2015;84:737-42.
 30. Greenhalgh T, Shaw S, Wherton J, Vijayaraghavan S, Morris J, Bhattacharya S, et al. Real-world implementation of video outpatient consultations at macro, meso, and micro levels: mixed-method study. *J Med Internet Res*. 2018;20:e150.
 31. Car J, Koh GC, Foong PS, Wang CJ. Video consultations in primary and specialist care during the covid-19 pandemic and beyond. *BMJ*. 2020;371.
 32. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. RSE Live - Teleconsulta. [consultado 2021 set 19]. Disponível em: http://www.cnts.min-saude.pt/category/telessaude/rse_live/.
 33. Catapan S de C, Calvo MC. Teleconsultation: an integrative review of the doctor-patient interaction mediated by technology. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44:1-12.
 34. Stickland M, Jourdain T, Wong EY, Rodgers WM, Jendzjowsky NG, Macdonald GF. Using telehealth technology to deliver pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Can Respir J*. 2011;18:216-20.
 35. Davis RM, Hitch AD, Salaam MM, Herman WH, Zimmer-Galler IE, Mayer-Davis EJ. TeleHealth improves diabetes self-management in an underserved community: diabetes TeleCare. *Diabetes Care*. 2010;33:1712-7.
 36. García-Lizana F, Muñoz-Mayorga I. Telemedicine for depression: a systematic review. *Perspect Psychiatr Care*. 2010;46:119-26.
 37. de la Fuente Ballesteros SL, García Granja N, Hernández Carrasco M, Hidalgo Benito A, García Álvarez I, García Ramón E. La consulta no presencial como herramienta de mejora de la consulta a demanda en atención primaria. *Semergen*. 2018;44:458-62.
 38. McLean S, Sheikh A, Cresswell K, Nurmatov U, Mukherjee M, Hemmi A, et al. The impact of telehealthcare on the quality and safety of care: a systematic overview. *PLoS One*. 2013;8:e71238.
 39. Nguyen M, Waller M, Pandya A, Portnoy J. A review of patient and provider satisfaction with telemedicine. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2020;20.
 40. Kissi J, Dai B, Dogbe CS, Banahene J, Ernest O. Predictive factors of physicians' satisfaction with telemedicine services acceptance. *Health Informatics J*. 2020;26:1866-80.
 41. LeRouge C, Garfield MJ, Collins RW. Telemedicine: technology mediated service relationship, encounter, or something else? *Int J Med Inform*. 2012;81:622-36.
 42. Ross J, Stevenson F, Lau R, Murray E. Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). *Implement Sci*. 2016;11:1-12.

Tabela 1 – Características demográficas dos médicos inquiridos

	n (%)
Género	
Feminino	1505 (67,6%)
Masculino	711 (32,0%)
Prefere não dizer	9 (0,4%)
Grupo Etário	
≤ 35 anos	890 (40,0%)
36 - 45 anos	560 (25,2%)
46 - 55 anos	279 (12,5%)
56 - 65 anos	436 (19,6%)
≥ 66 anos	60 (2,7%)
Região de Saúde	
ARS Norte	841 (37,8%)
ARS Centro	361 (16,2%)
ARS Lisboa e Vale do Tejo	827 (37,2%)
ARS Alentejo	43 (1,9%)
ARS Algarve	74 (3,3%)
SRS Açores	39 (1,8%)
SSRA Madeira	40 (1,8%)
Grau de diferenciação	
Médicos especialistas	1704 (76,6%)
Médicos internos de formação específica	479 (21,5%)
Médicos sem especialidade	42 (1,9%)
Tipologia de instituições	
Unidades hospitalares	1385 (62,2%)
Unidades de cuidados de saúde primários	811 (36,5%)
Outras instituições	29 (1,3%)

ARS: Administração Regional de Saúde; SRS Açores: Serviço Regional de Saúde dos Açores; SSRA Madeira: Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira.

Tabela 2 – Caracterização das CNP realizadas durante a primeira fase da pandemia COVID-19

	% (n)
A CNP fazia parte da prática clínica antes da pandemia COVID-19	
Sim	14,8% (330)
Não	85,2% (1895)
A CNP fez parte da prática clínica durante a 1ª fase da pandemia COVID-19	
Sim	93,8% (2087)
Não	6,2% (138)
Número de CNP realizadas desde início da pandemia até à resposta ao questionário	
< 20 consultas não presencias	9,6% (214)
Entre 20 - 50 consultas não presencias	19,3% (429)
Entre 50 - 100 consultas não presencias	19,3% (429)
Entre 100 - 200 consultas não presencias	16,2% (361)
> 200 consultas não presencias	29,4% (654)
Não realizou CNP	6,2% (138)
Tipologia de CNP realizadas	
Primeiras consultas	2,5% (53)
Consultas subsequentes	44,5% (928)
Ambas	53,0% (1106)
Tempo despendido em média por CNP	
< 10 minutos	23,5% (491)
10 a 20 minutos	58,0% (1210)
20 a 30 minutos	15,5% (323)
> 30 minutos	3,0% (63)
Espaço físico onde foram realizadas a CNP*	
Gabinete médico individual	85,6% (1786)
Gabinete específico para CNP	3,3% (69)
Espaço de utilização comum da instituição de saúde (ex. sala de médicos)	23,6% (492)
Fora da instituição de saúde (ex. casa)	34,8% (727)
Forma de comunicação utilizada nas CNP*	
Chamada telefónica	99,0% (2065)
Videochamada	8,0% (167)
Envio de documentos para o utente por email (ex. prescrição de exames ou medicamentos...)	67,1% (1400)
Envio de documentos para o utente por SMS (ex. receitas)	2,0% (41)
Envio de documentos para o utente por plataforma de videochamada	1,2% (24)
Envio de documentos para o utente por correio	41,3% (861)
Receção de documentos do utente por email	62,3% (1301)
Receção de documentos do utente por plataforma de videochamada	1,4% (30)
Receção de documentos do utente por correio	12,5% (260)
Receção de documentos presencial	1,8% (37)
Outros	0,2% (4)
Dispositivo utilizado para a realização de chamadas telefónicas	
Apenas telefone/Telemóvel da instituição de saúde	41,0% (912)
Apenas telefone/Telemóvel próprio	15,0% (334)
Ambos	44,0% (979)

CNP: consulta não presencial

*: poderia ser dada mais que uma resposta

Tabela 3 – Atitudes e percepções dos médicos sobre a CNP realizada

	% (n)
Dificuldades técnicas sentidas*	
Dificuldade na adaptação do utente ou cuidador às tecnologias de comunicação.	46,8% (977)
Tecnologias de comunicação inadequadas	34,8% (726)
Tecnologias de comunicação inexistentes	22,2% (464)
Não conseguir estabelecer uma adequada comunicação com o utente ou cuidador	31,3% (653)
Impossibilidade de receber documentos ao utente	22,6% (471)
Impossibilidade de entregar documentos ao utente	20,4% (425)
Não sentiu dificuldades técnicas	21,4% (446)
Dificuldades clínicas sentidas*	
Impossibilidade de realizar o exame físico	83,4% (1740)
Dificuldade na transmissão de informação clínica ao utente ou cuidador	43,1% (899)
Dificuldade na compreensão da informação clínica transmitida pelo utente ou cuidador	34,8% (726)
Impossibilidade de realizar exames diagnóstico durante a consulta	22,1% (461)
Não sentiu dificuldades clínicas	9,3% (195)
Satisfação com as CNP realizadas	
Muito insatisfeito	3,9% (81)
Insatisfeito	11,7% (245)
Nem satisfeito, nem insatisfeito	34,9% (728)
Satisfeito	39,8% (831)
Muito satisfeito	9,7% (212)
Intenção de realização de primeiras CNP após a pandemia COVID-19	
Gostaria de realizar primeiras consultas não presencias	15,2% (338)
Não gostaria de realizar primeiras consultas não presencias após a pandemia	84,8% (1887)
Intenção de realização de CNP subsequentes após a pandemia COVID-19	
Gostaria de realizar consultas não presencias subsequentes	70,4% (1597)
Não gostaria de realizar consultas não presencias subsequentes	29,6% (658)
Benefício da utilização de suporte de vídeo nas CNP	
Nunca	4,6% (103)
Raramente	13,4% (299)
Algumas vezes	28,7% (638)
Muitas vezes	34,6% (770)
Sempre	18,7% (415)

CNP: consulta não presencial.

*: poderia ser dada mais que uma resposta

Tabela 4 – Fatores associados a elevado nível de satisfação (“muito satisfeito” e “satisfeito”), com as CNP realizadas

Variáveis	Total	Casos	Prevalência %	crudePR	CI 95%	p-value	aPR	CI 95%	p-value
Gênero									
Feminino	1505	750	49,83	Ref					
Masculino	711	282	39,66	0,80	[0,72 - 0,88]	< 0,001	0,861	[0,788 - 0,941]	0,001
Grupo etário (Ref: < 35)									
< 35 anos	890	382	42,92	Ref					
36 - 45 anos	560	282	50,36	1,17	[1,05 - 1,31]	0,006	1,118	[0,999 - 1,250]	0,051
46 - 55 anos	279	133	47,67	1,11	[0,96 - 1,28]	0,163	1,017	[0,883 - 1,171]	0,813
56 - 65 anos	436	212	48,62	1,13	[1,00 - 1,28]	0,050	1,047	[0,922 - 1,187]	0,480
≥ 66 anos	60	24	40,00	0,93	[0,68 - 1,28]	0,658	0,831	[0,628 - 1,100]	0,196
Região de Saúde (Ref: Norte)									
Norte	841	369	43,88	Ref					
Lisboa e Vale do Tejo	827	414	50,06	1,14	[1,03 - 1,26]	0,011	1,037	[0,948 - 1,135]	0,426
Aleentejo	43	20	46,51	1,06	[0,76 - 1,47]	0,734	0,899	[0,674 - 1,197]	0,465
Algarve	74	31	41,89	0,95	[0,72 - 1,26]	0,741	0,959	[0,763 - 1,207]	0,724
Centro	361	158	43,77	1,00	[0,87 - 1,15]	0,972	1,003	[0,891 - 1,130]	0,959
Madeira	39	18	46,15	1,05	[0,74 - 1,49]	0,779	1,003	[0,757 - 1,328]	0,985
Açores	40	23	57,5	1,31	[0,99 - 1,73]	0,090	1,265	[0,960 - 1,666]	0,095
Tipologia de instituição do SNS (Ref: Hospital)									
Hospital	1266	582	45,97	Ref					
UCSP	158	75	47,47	1,03	[0,87 - 1,23]	0,722	0,998	[0,847 - 1,176]	0,978
USF	618	304	49,19	1,07	[0,97 - 1,18]	0,189	1,067	[0,976 - 1,167]	0,152
Outros	183	72	39,34	0,86	[0,71 - 1,03]	0,092	0,900	[0,768 - 1,055]	0,194
Grau de diferenciação (Ref: Especialista)									
Especialista	1704	805	47,24	Ref					
Indiferenciado	21	9	42,86	0,91	[0,55 - 1,49]	0,689	1,010	[0,67 - 1,523]	0,961
Interno de Formação Específica	479	212	44,26	0,94	[0,84 - 1,05]	0,248	1,047	[0,928 - 1,181]	0,453
Interno de Formação Geral	21	7	33,33	0,71	[0,38 - 1,29]	0,204	1,017	[0,626 - 1,651]	0,945
Determinantes de CNP									
Realizar CNP prévia à pandemia	330	180	54,55	1,21	[1,09 - 1,35]	0,001	1,102	[0,988 - 1,215]	0,054
Reportar dificuldades técnicas	1807	729	40,34	0,56	[0,51 - 0,60]	< 0,001	0,666	[0,615 - 0,721]	< 0,001
Reportar dificuldades clínicas	2046	871	42,57	0,47	[0,44 - 0,51]	< 0,001	0,763	[0,702 - 0,829]	< 0,001
Querer realizar CNP subsequentes após a pandemia	1567	952	60,75	4,94	[4,02 - 6,08]	< 0,001	4,081	[3,313 - 5,026]	< 0,001
Considerar CNP com qualidade equivalente a CP	313	272	86,90	2,18	[2,04 - 2,34]	< 0,001	1,472	[1,369 - 1,583]	< 0,001
Ter feito CNP com suporte de vídeo	145	99	68,28	1,52	[1,35 - 1,72]	< 0,001	1,170	[1,044 - 1,310]	0,007

aPR: adjusted prevalence ratio; crude PR: crude prevalence ratio; CNP: consulta não presencial; CP: consulta presencial; UCSP: unidade de cuidados de saúde personalizados; USF: unidade de saúde familiar

Tabela 5 – Fatores associados à utilização de videochamada nas CNP

Variáveis	Total	Cases	Prevalência %	crudePR	CI 95%	p-value	aPR	CI 95%	p-value
Gênero									
Feminino	1505	84	5,58	Ref					
Masculino	711	60	8,44	1,51	[1,10 - 2,08]	0,011	1,334	[0,966 - 1,843]	0,08
Grupo etário (Ref: < 35)									
< 35 anos	890	27	3,03	Ref					
36 - 45 anos	560	44	7,86	2,59	[1,62 - 4,13]	< 0,001	1,894	[1,075 - 3,337]	0,027
46 - 55 anos	279	32	11,47	3,78	[2,31 - 6,20]	< 0,001	2,601	[1,429 - 4,735]	0,002
56 - 65 anos	436	31	7,11	2,34	[1,42 - 3,88]	0,001	1,651	[0,904 - 3,015]	0,103
≥ 66 anos	60	11	18,33	6,04	[3,15 - 11,58]	< 0,001	4,372	[2,074 - 9,215]	< 0,001
Região de Saúde (Ref: Norte)									
Norte	841	49	5,83	Ref					
Lisboa e Vale do Tejo	827	59	7,13	1,22	[0,85 - 1,77]	0,278	1,301	[0,897 - 1,888]	0,165
Alentejo	43	5	11,63	2,00	[0,84 - 4,75]	0,121	1,732	[0,759 - 3,951]	0,192
Algarve	74	2	2,70	0,46	[0,12 - 1,87]	0,261	0,457	[0,115 - 1,811]	0,265
Centro	361	20	5,54	0,95	[0,57 - 1,58]	0,845	0,930	[0,564 - 1,535]	0,778
Madeira	39	5	12,82	2,20	[0,93 - 5,21]	0,075	2,001	[0,944 - 4,239]	0,07
Açores	40	5	12,50	2,15	[0,90 - 5,09]	0,086	1,875	[0,779 - 4,509]	0,16
Tipologia de instituição do SNS (Ref: Hospital)									
Hospital	1266	97	7,66	Ref					
UCSP	158	6	3,80	0,50	[0,22 - 1,11]	0,077	0,382	[0,168 - 0,872]	0,022
USF	618	25	4,05	0,53	[0,34 - 0,81]	0,003	0,506	[0,327 - 0,783]	0,002
Outros	183	17	9,29	1,21	[0,74 - 1,98]	0,445	1,114	[0,683 - 1,815]	0,666
Grau de diferenciação (Ref: Especialista)									
Especialista	1704	130	7,63	Ref					
Indiferenciado	21	1	4,76	0,62	[0,09 - 4,26]	0,622	1,061	[0,15 - 7,358]	0,952
Interno de Formação Específica	479	14	2,92	0,38	[0,22 - 0,66]	< 0,001	0,715	[0,363 - 1,410]	0,334
Interno de Formação Geral	21	0	0	0	[0 - 0]	0,188	0	[0 - 0]	< 0,001
Determinantes de CNP									
Realizar CNP prévia à pandemia	330	37	11,21	1,97	[1,38 - 2,80]	< 0,001	2,166	[1,543 - 3,039]	< 0,001
Reportar dificuldades técnicas	1807	104	5,76	0,59	[0,42 - 0,83]	0,003	1,047	[0,719 - 1,525]	0,81
Reportar dificuldades clínicas	2046	115	5,62	0,34	[0,23 - 0,49]	< 0,001	0,54	[0,350 - 0,831]	0,005
Considerar CNP com qualidade equivalente a CP	313	36	11,50	2,02	[1,41 - 2,89]	< 0,001	1,869	[1,285 - 2,716]	0,001

aPR: adjusted prevalence ratio; crude PR: crude prevalence ratio; CNP: consulta não presencial; CP: consulta presencial; UCSP: unidade de cuidados de saúde personalizados; USF: unidade de saúde familiar

Tabela 6 – Fatores associados a querer continuar a realizar CNP após a pandemia

Variáveis	Total	Casos	Prevalência %	crudePR	CI 95%	p-value	aPR	CI 95%	p-value
Género									
Feminino	1505	1110	73,82	Ref					
Masculino	711	453	63,71	0,86	[0,81 - 0,92]	< 0,001	0,918	[0,868 - 0,971]	0,003
Grupo etário (Ref: < 35 anos)									
< 35 anos	890	637	71,57	Ref					
36 - 45 anos	560	398	71,07	0,99	[0,93 - 1,06]	0,837	0,938	[0,876 - 1,004]	0,065
46 - 55 anos	279	199	71,33	1,00	[0,92 - 1,09]	0,936	0,965	[0,886 - 1,051]	0,409
56 - 65 anos	436	295	67,66	0,95	[0,88 - 1,02]	0,143	0,918	[0,849 - 0,994]	0,034
≥ 66 anos	60	38	63,33	0,88	[0,73 - 1,08]	0,173	0,894	[0,743 - 1,076]	0,234
Região de Saúde (Ref: Norte)									
Norte	841	568	67,54	Ref					
Lisboa e Vale do Tejo	827	618	74,73	1,11	[1,04 - 1,18]	0,001	1,052	[0,994 - 1,113]	0,080
ALENTEJO	43	36	83,72	1,24	[1,08 - 1,43]	0,026	1,259	[1,075 - 1,475]	0,004
Algarve	74	50	67,57	1,00	[0,85 - 1,18]	0,996	1,032	[0,892 - 1,194]	0,673
Centro	361	245	67,87	1,00	[0,92 - 1,09]	0,911	1,012	[0,939 - 1,091]	0,752
Madeira	39	25	64,10	0,95	[0,75 - 1,21]	0,655	0,942	[0,762 - 1,165]	0,583
Açores	40	25	62,2	0,93	[0,72 - 1,18]	0,507	0,898	[0,706 - 1,141]	0,379
Tipologia de instituição do SNS (Ref: Hospital)									
Hospital	1266	874	69,04	Ref					
UCSP	158	110	69,62	1,01	[0,90 - 1,13]	0,881	0,966	[0,867 - 1,075]	0,525
USF	618	462	74,76	1,08	[1,02 - 1,15]	0,01	1,056	[0,999 - 1,115]	0,053
Outros	183	121	66,12	0,96	[0,86 - 1,07]	0,427	0,990	[0,895 - 1,096]	0,853
 Grau de diferenciação (Ref: Especialista)									
Especialista	1704	1199	70,36	Ref					
Indiferenciado	21	16	76,19	1,08	[0,85 - 1,38]	0,561	1,129	[0,898 - 1,418]	0,299
Interno de Formação Específica	479	340	70,98	1,01	[0,95 - 1,08]	0,794	0,963	[0,897 - 1,034]	0,293
Interno de Formação Geral	21	12	57,14	0,81	[0,56 - 1,18]	0,188	0,846	[0,614 - 1,166]	0,308
Determinantes de CNP									
Realizar CNP prévia à pandemia	330	250	75,76	1,09	[1,02 - 1,17]	0,021	1,021	[0,958 - 1,088]	0,529
Reportar dificuldades técnicas	1807	1240	68,62	0,88	[0,83 - 0,93]	< 0,001	1,029	[0,973 - 1,089]	0,313
Reportar dificuldades clínicas	2046	1403	68,57	0,75	[0,71 - 0,79]	< 0,001	0,972	[0,920 - 1,027]	0,310
Considerar CNP com qualidade equivalente a CP	313	306	97,76	1,48	[1,43 - 1,54]	< 0,001	1,166	[1,122 - 1,211]	< 0,001
Reportar elevado nível de satisfação com as CNP	1033	952	92,16	1,79	[1,69 - 1,89]	< 0,001	1,692	[1,594 - 1,796]	< 0,001
Ter feito CNP com suporte de vídeo	145	124	85,52	1,23	[1,15 - 1,33]	< 0,001	1,097	[1,019 - 1,180]	0,013

aPR: adjusted prevalence ratio; crude PR: crude prevalence ratio; CNP: consulta não presencial; CP: consulta presencial; UCSP: unidade de cuidados de saúde personalizados; USF: unidade de saúde familiar