

1 2 9 0



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARIA INÊS MARQUES MARIANO

***O acompanhamento telefónico de doentes diabéticos: o impacto da  
pandemia SARS-CoV-2***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA

FEVEREIRO/2022



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

**O acompanhamento telefónico de doentes diabéticos: o impacto da pandemia SARS-CoV-2**

*Telephone consultations of diabetic patients: the impact of SARS-CoV-2 pandemic*

Contacto: ines.marques.mariano@hotmail.com

**AUTORES E AFILIAÇÕES**

**Autoria:** Maria Inês Marques Mariano<sup>1</sup>

**Orientação:** Inês Rosendo Carvalho e Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

<sup>2</sup>Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, Portugal

## **COLABORAÇÃO**

Dr. Tiago Maricoto, USF Aradas, ARS Centro

Dra. Inês Figueiredo, USF Lusitana, ACES Dão Lafões, ARS Centro

Dra. Susana Silva, USF D. Francisco de Almeida, ACES Médio Tejo, ARS Lisboa e Vale do Tejo

Dra. Inês Luís, USF da Ilha de São Miguel, DRS Açores

## ÍNDICE

Colaboração.....	4
Lista de Anexos, tabelas e figuras.....	6
Resumo.....	7
Abstract.....	8
Acrónimos e Siglas.....	9
Introdução.....	10
Materiais e Métodos.....	12
Resultados.....	14
Discussão.....	25
Conclusão.....	30
Agradecimentos.....	31
Referências Bibliográficas.....	32
Anexo I.....	35
Anexo II.....	36
Anexo III.....	37

## **LISTA DE ANEXOS, TABELAS e FIGURAS**

**Anexo I** – Parecer Comissão de Ética da ARS Centro.

**Anexo II** – Consentimento informado.

**Anexo III** – Questionário.

**Figura 1** – Número de consultas telefónicas, por ano.

**Figura 2** – Profissionais a realizar a teleconsulta.

**Figura 3** – Modelo de realização da teleconsulta.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas dos inquiridos.

**Tabela 2** – Dados relativos ao número e acompanhamento de consultas presencial e por via telefónica, desde Março de 2020 e até à data de recolha dos inquéritos.

**Tabela 3** – Relatos exemplificativos das barreiras e dificuldades da teleconsulta.

**Tabela 4** – Relatos exemplificativos das oportunidades e benefícios da teleconsulta.

**Tabela 5** – Relatos exemplificativos das razões pelas quais os inquiridos não desejam manter a teleconsulta.

**Tabela 6** – Quadro-resumo das propostas para futuras teleconsultas na área da Diabetes.

## RESUMO

**Introdução:** A pandemia SARS-CoV-2 veio reformular o seguimento das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, com a introdução da teleconsulta. O objetivo deste estudo foi avaliar, na perspetiva da pessoa com diabetes, as adversidades e benefícios que a teleconsulta lhes proporcionou e a sua preferência sobre o recurso a este método como complemento no seu seguimento futuro.

**Materiais e Métodos:** Para o efeito, foi divulgado um inquérito estruturado com perguntas fechadas e abertas, via *email*, a profissionais de saúde voluntários da área de Medicina Geral e Familiar dirigido aos utentes com diabetes que acompanham, recolhendo dados até saturação dos tópicos. Os dados qualitativos obtidos foram categorizados através de um software de análise de dados MAXQDA® 2022.

**Resultados:** Foram recolhidas opiniões de 18 pessoas sendo averiguadas inúmeras barreiras e dificuldades relativas à teleconsulta nomeadamente limitações na abordagem não-presencial, dificuldades na compreensão, limitações de expressão, exame objetivo precário/inexistente, acessibilidade aos cuidados de saúde e dificuldades na gestão/adesão terapêutica. No que diz respeito aos benefícios e oportunidades, surgiram a menor necessidade de deslocações, a eficácia/qualidade no acesso, a manutenção do seguimento em pandemia, aumento da monitorização e adesão terapêutica e a diminuição do risco de contágio por COVID-19. Por fim, enquanto uma percentagem de participantes se revelou disponível para implementar a teleconsulta, outros inquiridos referiram a falta de proximidade/contacto presencial com o médico, o enfraquecimento da relação médico-doente, a dificuldade no acompanhamento e eficiência da consulta, a dificuldade no acesso/interação com tecnologias, a inexistência de exame objetivo/gestos terapêuticos e a falta de capacitação/dificuldade da gestão terapêutica como razões para não desejarem manter a teleconsulta como meio complementar do seu seguimento.

**Discussão:** A amostra era diversificada e foi analisada por três indivíduos independentes, dois investigadores e um indivíduo diabético, não participante no estudo. Esta investigação inovadora evidenciou vantagens e desvantagens no recurso à teleconsulta na perspetiva das pessoas com diabetes em Portugal que devem motivar estudos futuros sobre o tema, nomeadamente com outras patologias crónicas prevalentes em Portugal, repensando a forma como esta nova abordagem é encarada e como devemos adaptá-la ao doente em causa, através de um modelo com recurso, também, à consulta presencial.

## PALAVRAS-CHAVE

Diabetes Mellitus, Telemedicina, Teleconsulta, COVID-19, Cuidados de Saúde Primários, Doente diabético

## ABSTRACT

**Introduction:** The SARS-CoV-2 pandemic has reformulated the primary care follow-up of patients with Type 2 Diabetes Mellitus with the introduction of teleconsultation. The aim of this study was to evaluate, from the diabetic patients' perspective, the adversities and benefits that teleconsultation provided them and their preference regarding the use of this method as a complement in their future follow-up.

**Materials and Methods:** For this purpose, a structured survey with closed and open questions was sent, via email, to volunteer health professionals in General Practice and Family Medicine directed to the diabetic patients they follow, collecting data until saturation of topics. The qualitative data obtained were categorized using MAXQDA® 2022 data analysis software.

**Results:** The opinions of 18 people were collected, and multiple barriers and difficulties related to teleconsultation were identified, namely limitations in the non-presential approach, comprehension difficulties, expression restrictions, poor/inexistent physical examination, accessibility to health care and difficulties in therapeutic management/adherence. Regarding benefits and opportunities, the following emerged: avoidance of the need for travel, efficiency/quality in access, maintenance of pandemic follow-up, increased monitoring and therapeutic adherence, and decreased risk of infection by COVID-19. Finally, while a percentage of participants were willing to implement teleconsultation, other respondents mentioned lack of proximity/in-person contact with the physician, weakening of the physician-patient relationship, difficulty in follow-up and efficiency of the consultation, difficulty in access/interaction with technologies, lack of objective examination/therapeutic management and lack of training/difficulty in therapeutic management as reasons for not wanting to maintain teleconsultation as a complementary means of follow-up.

**Discussion:** The sample was diverse and was analyzed by three independent individuals, two researchers and one diabetic individual, not participating in the study. This study showed advantages and disadvantages in the use of teleconsultation that should motivate future studies on the subject, namely with other chronic diseases prevalent in Portugal, rethinking how this new approach is seen and how we should adapt it to the patient in question, through a model that also uses face-to-face consultation.

## KEYWORDS

Diabetes Mellitus, Telemedicine, Teleconsultation, COVID-19, Primary Health Care, Diabetic patient

## **ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**SARS-CoV-2** – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* – Síndrome Respiratório Agudo Coronavírus 2

**COVID-19** – *Corona Virus Disease 2019*

**IDF** – *International Diabetes Federation*

**DM** – Diabetes Mellitus

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**ARS** – Administração Regional de Saúde

**DRS** – Direção Regional de Saúde

**CS** – Centro de Saúde

## INTRODUÇÃO

De acordo com a 10ª edição do *International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas*, em cada dez adultos são diabéticos.(1) Esta patologia afeta, mundialmente, cerca de 537 milhões de pessoas entre os 20-79 anos.(1) Em Portugal estima-se que, nesta mesma faixa etária, 13% dos cidadãos sejam diabéticos, estando 43,6% ainda por diagnosticar.(1)

A Diabetes Mellitus (DM) é uma patologia crónica reconhecida como uma das principais causas de morte precoce, morbilidade prolongada e problemas socioeconómicos.(1-3) O desenvolvimento de diversas complicações tais como retinopatia, nefropatia, neuropatia, eventos cardiovasculares, doença arterial periférica, amputações não traumáticas e maior suscetibilidade a infeções estão diretamente relacionadas com o seguimento e controlo da doença.(3-5)

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm um papel fundamental na vigilância regular das pessoas com diabetes. A adoção de um estilo de vida saudável, a monitorização atenta da glicémia, o acesso a medicação e uma boa relação médico-doente em muito contribuem para a otimização do controlo da DM, possibilitando a confiança e educação do doente para autogerir a sua doença.(6, 7)

A pandemia de SARS-CoV-2 obrigou a uma reestruturação no acompanhamento dos doentes crónicos por parte dos profissionais de saúde, com o objetivo de limitar a afluência às unidades de saúde a emergências, reduzir os contactos diretos e diminuir a transmissão do vírus nas instalações de saúde.(8-11) No caso da pessoa com diabetes esta abordagem tornou-se ainda mais imperativa, não só porque, por si só, segundo alguns autores, podem ser grupo de risco para contraírem o vírus, mas também porque, uma vez contraída a doença, a DM predispõe a uma maior severidade da infeção.(4, 8, 12-14)

Com a instalação de períodos de confinamento prolongado assistimos a uma profunda alteração no estilo de vida dos doentes. A limitação da atividade física, as alterações na dieta pelas restrições alimentares decorrentes do limite à circulação, o cancelamento das consultas, a diminuição do acesso a medicação e o medo de recorrer aos cuidados de saúde são alguns dos pontos a realçar que podem estar na origem de glicémias descontroladas e no desenvolvimento das complicações mencionadas atrás.(4, 6, 7, 14)

Os CSP foram, assim, obrigados a recorrer a métodos alternativos como a teleconsulta para garantir a prestação de cuidados e o seguimento dos seus doentes, minimizando a transmissão do vírus.(6, 9-11, 14-17)

A teleconsulta define-se como a comunicação, à distância, entre o profissional de saúde e o doente para atender às queixas do mesmo, atingir um diagnóstico e proporcionar um tratamento adequado, maximizando a eficácia na prestação dos cuidados.(17, 18)

A telemedicina, nos utentes com diabetes, poderá, não só, ajudar na monitorização da glicémia, no ajuste ou introdução de medicação importante, na *compliance* dos doentes e prevenção das diversas complicações, mas também, aliviar os profissionais de saúde com um controlo não-presencial do doente.(10, 14, 19, 20) Há, no entanto, evidência que descreve dificuldades deste método como o acesso desigual à tecnologia, a dificuldade em averiguar, virtualmente, modificações no

comportamento e estilo de vida do doente e a falta de treino especializado dos profissionais de saúde.(16)

Na perspetiva dos clínicos em Portugal, a introdução da teleconsulta como método de seguimento das pessoas com diabetes ao nível dos CSP acarretou, não só dificuldades, nomeadamente a escassa motivação e adesão à terapêutica e a dificuldade na comunicação e compreensão do médico, como também evidenciou benefícios, entre os quais a diminuição do risco de transmissão de COVID-19 na comunidade e a ausência de necessidade de deslocação às unidades de saúde.(21)

Não tendo sido ainda explorada, com este estudo procuramos averiguar, no âmbito dos CSP e na perspetiva das pessoas portuguesas com diabetes, qual o impacto da pandemia no seu acompanhamento, focando-nos nos desafios, na eficácia e vantagens da telemedicina.

## **MATERIAIS e MÉTODOS**

### **Desenho do Estudo**

Este estudo, de natureza qualitativa, complementa um projeto iniciado previamente analisando este tema na perspetiva do profissional de saúde.(21) O projeto foi, previamente, submetido a aprovação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro da qual obteve um parecer favorável (**anexo 1**).

A técnica usada para a recolha de dados foi o inquérito, constituído por perguntas abertas e fechadas, através do qual se procurou obter informação acerca do acompanhamento telefónico das pessoas com diabetes durante a pandemia COVID-19. O questionário foi divulgado *online*, tendo sido previamente revisto por peritos do grupo de estudos de Cuidados de Saúde da Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Os questionários foram divulgados a quatro profissionais de Medicina Geral e Familiar voluntários, de zonas diversas do país, via *e-mail*, para que estes pudessem recrutar os utentes com DM que acompanham para, após leitura do consentimento informado (**anexo 2**), participar no estudo, respeitando as normas de anonimato, sigilo e confidencialidade.

O período de recolha de dados realizou-se entre Novembro e Dezembro de 2021.

### **Seleção dos participantes**

O estudo dirigiu-se a pessoas com DM tipo 2 acompanhadas em CSP e que aceitaram, voluntariamente, participar após esclarecimento dos objetivos e procedimentos.

### **Recolha de dados**

Foram recolhidos dados sociodemográficos dos utentes, nomeadamente género, idade, escolaridade, ARS/DRS onde pertencem e zona de habitação, e várias informações relativas à tipologia e número de consultas de que usufruíram, tais como a forma como eram conduzidas e por que profissionais, focando, em perguntas abertas, não só, os seus principais benefícios, mas também, o impacto na sua qualidade de vida. Avaliou-se, também, a preferência em continuar ou não com o método de seguimento não-presencial, questionando os que responderam “sim”, como gostariam de o fazer e, os que responderam “não”, o porquê (**anexo 3**). A colheita dos dados foi realizada até à saturação dos mesmos, atingida quando os dados recolhidos apresentam, na perspetiva do investigador, redundância e repetição, deixando de contribuir para o aperfeiçoamento das considerações fundamentadas nos dados que se obtiveram.

### **Análise de dados**

A análise qualitativa dos dados obtidos foi realizada através de um *software* facilitador de análise de dados MAXQDA® 2022. A informação foi analisada por dois investigadores independentes através de um método de comparação. Os dados foram categorizados tendo como referencial de base as categorias e sub-categorias do estudo previamente realizado com os médicos e os principais conceitos referidos pelos inquiridos. Os resultados foram, ainda, revistos por uma pessoa com diabetes

não participante no estudo e sem área de formação no ramo da saúde, tornando-os ainda mais centrados nos pacientes e fidedignos à sua perspetiva.

## RESULTADOS

### CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

No presente estudo, foram obtidas respostas de 25 doentes, procedendo-se, posteriormente, à exclusão de 7 desses por não satisfazerem os critérios de inclusão (não realizaram qualquer teleconsulta), totalizando resultados de 18 pessoas com DM tipo 2.

Observou-se uma amostra equitativa quanto ao género, com uma ligeira prevalência do sexo masculino (55,56%) face ao sexo feminino (44,44%). A faixa etária situava-se entre os 56 e os 89 anos, sendo a média das mesmas 71,13 ( $\pm$  6,09) anos.

As restantes características sociodemográficas dos participantes apresentam-se sistematizadas na Tabela 1, que a seguir se apresenta.

**TABELA 1.** Características sociodemográficas dos inquiridos. (n=18)

		Frequência (n)	Percentagem correspondente (%)
<b>Número de anos de escolaridade</b>	0	1	5,56
	3	2	11,11
	4	9	50,00
	6	3	16,67
	9	3	16,67
<b>ARS* / DRS** onde pertence</b>	DRS Açores	3	16,67
	ARS Lisboa e Vale do Tejo	5	27,78
	ARS Centro	10	55,56
<b>Zona de Habitação</b>	Urbana	6	33,33
	Rural	12	66,67

\*ARS, Administração Regional de Saúde.

\*\*DRS, Direção Regional de Saúde.

No que respeita ao acompanhamento das pessoas com diabetes, até Março de 2020, 100% dos inquiridos referiu nunca ter tido antes teleconsulta para gestão da sua doença.

Após aquela data, e até ao momento da recolha dos inquéritos, 50% dos participantes relataram ter beneficiado apenas de uma consulta presencial para gestão/controlo da diabetes. Destes doentes, 77,78% revelaram ter sido acompanhados por médicos e/ou enfermeiros nestas consultas. Comparativamente, no mesmo período temporal, 38,89% dos participantes mencionou ter usufruído de duas consultas telefónicas, sendo que 94,44% foram acompanhados apenas pelo médico (tabela 2).

**TABELA 2.** Dados relativos ao número e acompanhamento de consultas presencial e por via telefónica, desde Março de 2020 e até à data de recolha dos inquéritos. (n=18)

		Frequência (n)	Percentagem correspondente (%)	
<b>Consulta presencial</b>	<u>Número de Consultas</u>	1	9	50,00%
		2	4	22,22%
		3	3	16,67%
		4	2	11,11%
	<u>Com que profissionais?</u>	Médico	4	22,22%
		Médico e/ou Enfermeiro	14	77,78%
<b>Teleconsulta</b>	<u>Número de Consultas</u>	1	6	33,33%
		2	7	38,89%
		3	3	16,67%
		4	1	5,56%
		10	1	5,56%
	<u>Com que profissionais?</u>	Médico	17	94,44%
		Médico e/ou Enfermeiro	1	5,56%

### **BARREIRAS E DIFICULDADES**

Esta investigação procurou identificar, na perspetiva dos utentes com diabetes, quais as principais barreiras e dificuldades resultantes da teleconsulta, ao nível dos CSP, em contexto pandémico.

Os dados foram agrupados em categorias sistematizadas na Tabela 3.

### **Limitações na abordagem não-presencial**

Vários inquiridos, num total de 44,44%, relataram que o contacto não-presencial com o médico em muito afetou a comunicação com o mesmo, nomeadamente na prescrição e obtenção de receituário e na perceção do que lhes era transmitido. Acrescentaram, ainda, que a teleconsulta constituiu um entrave à comunicação devido a vários fatores, tais como a acessibilidade telefónica, a dificuldade auditiva e a menor destreza no manuseamento das tecnologias.

### **Dificuldade na compreensão**

Para 33,33% dos inquiridos, a teleconsulta como método de seguimento acrescentou dificuldades na compreensão, transmissão e interpretação da informação clínica, com impacto na gestão do plano terapêutico.

### **Dificuldade na expressão**

Dos principais entraves colocados pela teleconsulta, 27,78% dos participantes salientaram que a dificuldade de expressão em muito condicionou o seu seguimento, na medida em que não conseguiam manifestar ou explicar os seus problemas da mesma forma que fariam caso a consulta fosse presencial. Este facto gerou uma precária adesão à terapêutica e uma menor capacitação do doente relativamente à sua patologia e ao seu seguimento. Uma das dificuldades residia na baixa literacia em saúde que limitava a transmissão de resultados de meios complementares de diagnóstico.

### **Exame objetivo precário/inexistente**

Nesta categoria de análise, 22,22% dos participantes descrevem a ausência ou precariedade de exame objetivo, na realização da consulta por via remota, como um entrave major no seu seguimento. Referiram que a teleconsulta impede a realização de gestos terapêuticos fundamentais que complementariam a clínica e ajudariam no trajeto até ao diagnóstico.

### **Acessibilidade aos cuidados de saúde**

Com a introdução da consulta por via telefónica, a acessibilidade aos cuidados de saúde ficou muito condicionada. 16,67% dos inquiridos descreveu ter grande dificuldade em contactar com o Centro de Saúde (CS) ou com o médico, nomeadamente para a obtenção de receitas ou para esclarecimento de dúvidas.

### **Dificuldade na gestão/adesão terapêutica**

Dos participantes, 11,11% referiram que a teleconsulta condicionou uma má gestão/adesão à terapêutica. Tendo por base uma débil comunicação com o médico e o fraco acompanhamento da sua doença, muitos relataram como principais dificuldades o acesso a medicação, glicémias mais descontroladas e perdas ponderais significativas que, após o retorno ao método presencial, voltaram ao seu estado basal.

### **Sem dificuldades**

É de extrema importância realçar que 33,33% dos doentes inquiridos não atribuíram qualquer barreira à introdução da teleconsulta no seu seguimento. A abordagem não-presencial foi uma mais valia no acompanhamento da sua diabetes, durante o tempo pandémico.

**TABELA 3.** Relatos exemplificativos das barreiras e dificuldades da teleconsulta.

Categoria de Análise	Relatos
<b>Limitações na abordagem não-presencial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Não vemos o doutor!”</li> <li>• “Não ser vista pelo médico.”</li> <li>• “Mais difícil a comunicação”</li> <li>• “Não me entendo com o telefone e tenho dificuldade em ouvir”</li> <li>• “Tive dificuldade em contactar o centro de saúde para obter receitas”</li> <li>• “O médico não observa o doente”</li> <li>• “Falta de contacto presencial”</li> <li>• “Dificuldade na comunicação em perceber o que é dito”</li> </ul>
<b>Dificuldade na compreensão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Perceber as alterações terapêuticas”</li> <li>• “Dificuldade em entender o que é dito”</li> <li>• “Não estar presencialmente gera má compreensão do plano terapêutico”</li> <li>• “Mais difícil a comunicação”</li> <li>• “Gerir medicação”</li> <li>• “Dificuldade na comunicação em perceber o que é dito”</li> </ul>
<b>Dificuldade na expressão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “É mais difícil explicarmos os problemas”</li> <li>• “Explicar as coisas sem podermos mostrar”</li> <li>• “Tinha dificuldade em explicar o que sentia e os meus sintomas”</li> <li>• “Senti que não me expressava tão bem pelo telefone”</li> <li>• “Dizer resultado de análises”</li> </ul>
<b>Exame Objetivo precário/inexistente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Não pode realizar exame físico”</li> <li>• “Não há possibilidade de realizar o exame objetivo”</li> <li>• “Não ser vista pelo médico”</li> <li>• “Não somos avaliados como na consulta”</li> </ul>
<b>Acessibilidade aos cuidados de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Falar com o médico (acessibilidade)”</li> <li>• “Tive dificuldade em contactar o centro de saúde para obter receitas”</li> <li>• “Obter medicação”</li> </ul>
<b>Dificuldades na gestão/adesão terapêutica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Senti que não me expressava tão bem pelo telefone, levando a que a adesão à terapêutica fosse precária.”</li> <li>• “Gerir e obter medicação. Glicémias mais descontroladas.”</li> <li>• “Com a falta de acompanhamento tive uma perda ponderal significativa por má gestão da diabetes”</li> </ul>
<b>Sem dificuldades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Nenhumas”</li> <li>• “Não vejo qualquer dificuldade”</li> <li>• “Gostei da abordagem do médico e do modo de consulta. Não senti impacto no seguimento da diabetes”</li> </ul>

## **OPORTUNIDADES E BENEFÍCIOS**

Durante este estudo, foram recolhidas variadas informações relativas às principais oportunidades e benefícios que se colocaram com a introdução da teleconsulta no seguimento de pessoas com diabetes ao nível dos CSP. Esses dados foram agrupados e estão esquematizados na Tabela 4.

### **Evita a necessidade de deslocações**

Um dos pontos positivos da teleconsulta, segundo 55,56% dos inquiridos, foi a comodidade da mesma por evitar deslocações às instituições de saúde. Muitos mencionaram que, além de evitar aglomerados, a abordagem não-presencial permitiu manter o seu acompanhamento nos CSP no conforto da sua habitação, tornando-o mais breve, eficaz e acessível a doentes com dificuldades em deslocar-se (por exemplo, doentes com dificuldades visuais).

### **Eficácia/qualidade do acesso**

A teleconsulta permitiu uma maior qualidade no acesso aos cuidados de saúde e uma otimização da eficácia da consulta, segundo 38,89% dos participantes. Estes relataram um aumento do número de contactos com o clínico, otimizando o acesso aos cuidados de que necessitavam. Referiram-se, ainda, à teleconsulta como sendo uma boa solução na prescrição de medicação, na análise de exames complementares de diagnóstico, no esclarecimento de dúvidas e no tempo despendido no dia da consulta, evitando filas de espera no CS.

### **Manutenção do seguimento em pandemia**

Cerca de 22,22% dos doentes inquiridos descreveram que, graças à teleconsulta, mantiveram o seu seguimento durante a situação pandémica. Apesar deste método constituir um entrave à abordagem presencial, o impacto no seu acompanhamento foi diminuto.

### **Aumento da monitorização e adesão terapêutica**

O maior número de contactos com os profissionais de saúde, a melhor gestão da medicação com ajustes mais frequentes em doentes insulino-tratados e o acompanhamento mais regular e atento por parte do médico foram alguns dos principais benefícios descritos por 16,67% dos participantes.

### **Diminuição do risco de contágio por COVID-19**

Foi referido por 11,11% dos doentes que, com a teleconsulta, reduziam-se os contactos interpessoais e, logo, as deslocações aos Centros de Saúde para a consulta presencial. Desta forma, este método foi descrito como uma mais valia para diminuir o risco de contágio e transmissão do vírus COVID-19 na comunidade.

**Sem benefícios**

Cerca de 16,67% dos inquiridos revelou não sentir qualquer benefício no seu seguimento com a adoção de consultas telefónicas.

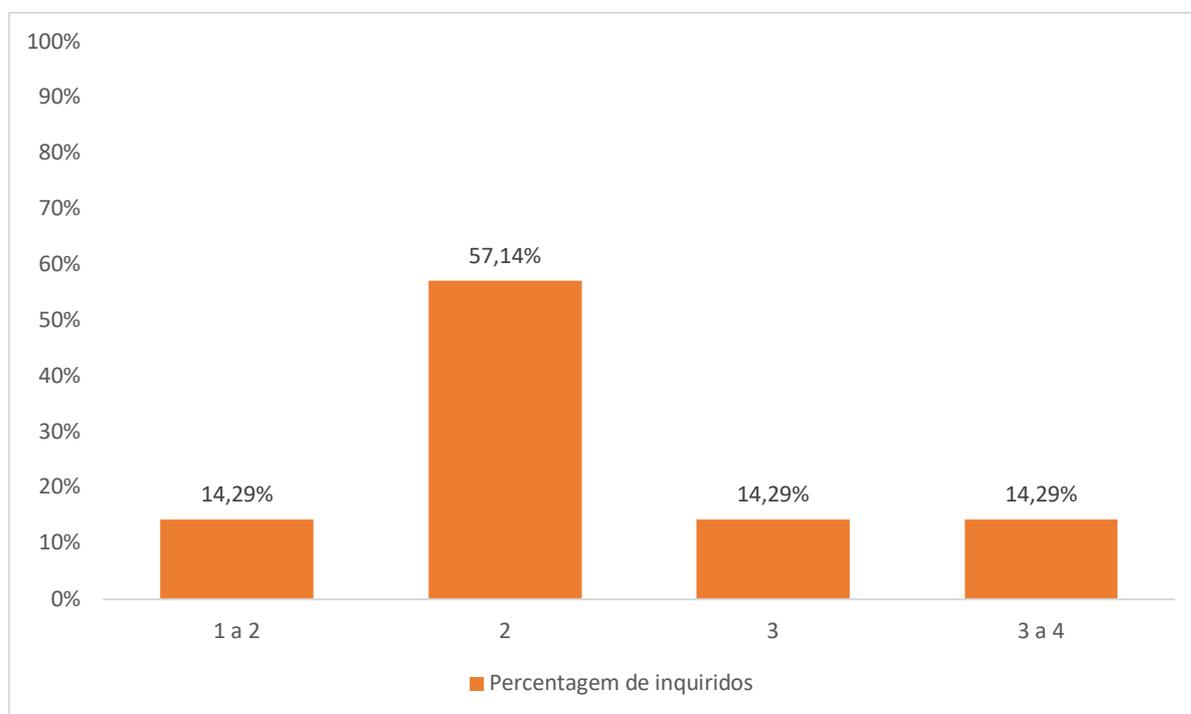
**TABELA 4.** Relatos exemplificativos das oportunidades e benefícios da teleconsulta.

Categorias de Análise	Relatos
<p><b>Evita a necessidade de deslocações</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Contacto mais breve de forma a evitar deslocações às instituições de saúde”</li> <li>• “Acho benéficas as consultas telefónicas em casos de doença controlada de modo a evitar aglomerados e deslocações”</li> <li>• “Não é preciso deslocar-me ao posto médico”</li> <li>• “Redução de deslocações”</li> <li>• “Mais cómodo”</li> <li>• “Tenho dificuldades visuais, logo permitiu que não tivesse que me deslocar diretamente ao Centro de Saúde”</li> <li>• “Sem necessidade de deslocação ao Centro de Saúde”</li> </ul>
<p><b>Eficácia/qualidade do acesso</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Maior número de contacto, por ano, com os profissionais de saúde”</li> <li>• “Sei que em dúvida ou necessidade posso procurar, facilmente, o meu médico assistente”</li> <li>• “Mais cómodo”</li> <li>• “Abordagem mais prática”</li> <li>• “Facilidade de acesso aos cuidados de saúde”</li> <li>• “Médico conseguia analisar, na mesma, as minhas análises e prescrever a medicação”</li> <li>• “Evitava filas de espera no Centro de Saúde”</li> <li>• “Mais rápido e eficaz”</li> </ul>
<p><b>Manutenção do seguimento em pandemia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Em situação de pandemia, continuei a ter seguimento”</li> <li>• “Ter seguimento durante a pandemia”</li> <li>• “Apesar de a consulta telefónica puder ser um entrave ao contacto físico com o médico, não senti que isso interferisse no seguimento da minha diabetes”</li> <li>• “Médico conseguia analisar, na mesma, as minhas análises e prescrever a medicação”</li> </ul>
<p><b>Aumento da monitorização e adesão terapêutica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Maior número de contactos, por ano, com os profissionais de saúde”</li> <li>• “Melhor gestão da medicação”</li> <li>• “Tenho vindo a melhorar o meu seguimento gradualmente com as consultas telefónicas”</li> <li>• “Acompanhamento mais regular”</li> <li>• “Ajuste da dose da insulina mais adequado”</li> </ul>
<p><b>Diminuição do risco de contágio por COVID-19</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Evitar deslocações às instituições de saúde já que tenho medo de contágio por COVID-19”</li> <li>• “Segurança”</li> </ul>
<p><b>Sem benefícios</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Nenhuma(s)”</li> </ul>

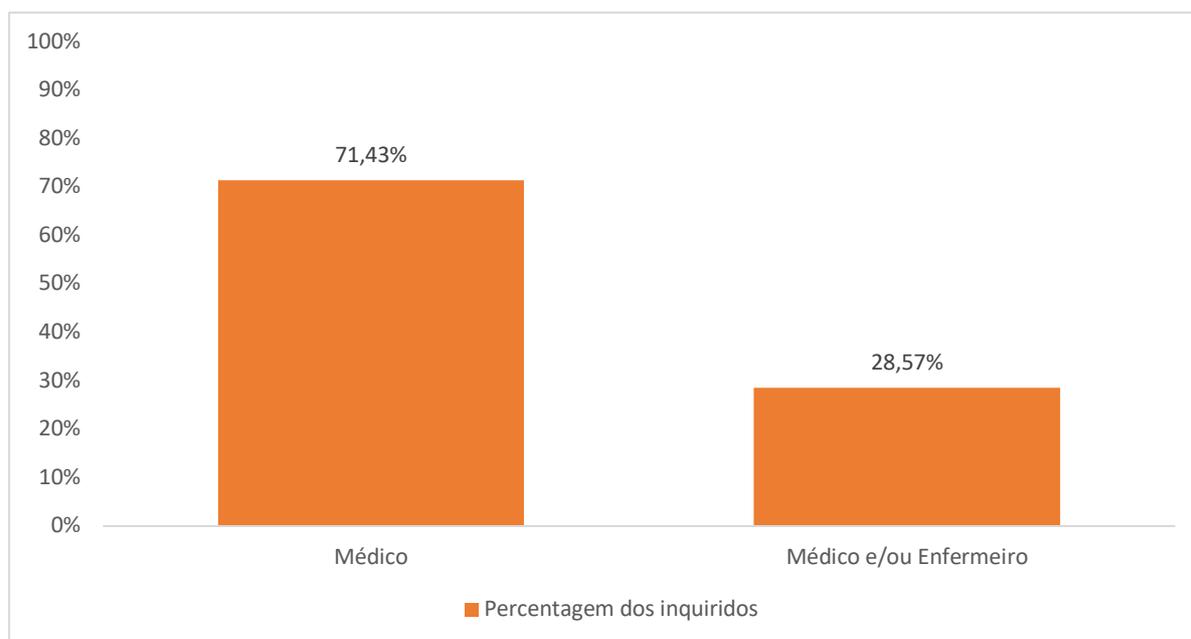
### **PERSPETIVAS FUTURAS**

No decorrer deste estudo, os participantes foram questionados acerca da possibilidade de manter a teleconsulta como um dos métodos de gestão da sua diabetes no período pós-pandémico. Cerca de 38,89% dos inquiridos referiram querer manter a consulta telefónica para gestão da sua patologia, face a 61,11% que mencionaram não querer adotar este método.

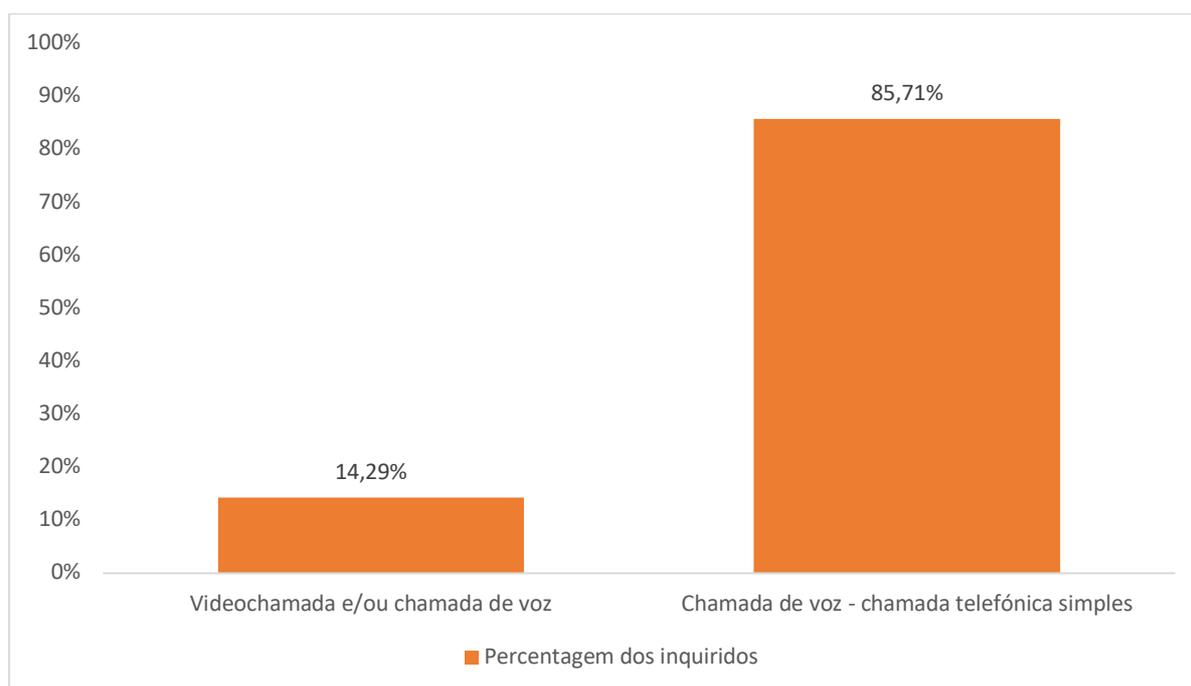
Relativamente aos inquiridos que relataram querer manter a teleconsulta destacou-se uma prevalência maior dos que pretendem ser avaliados somente pelo médico (71,43%), com um total de duas teleconsultas por ano (57,14%). Aproximadamente 85,71% referiram a chamada de voz como método de excelência para realização da mesma. Os dados relativos ao número de consultas por ano, com que profissionais e ao modo como sugerem que estas sejam levadas a cabo estão sistematizados nas Figuras 1, 2 e 3, respetivamente.



**FIGURA 1.** Número de consultas telefónicas, por ano.



**FIGURA 2.** Profissionais a realizar a teleconsulta.



**FIGURA 3.** Modo de realização da teleconsulta.

Relativamente aos doentes que preferem não manter a teleconsulta como complemento do seu seguimento, procedeu-se ao levantamento das razões que descreveram. Estes relatos foram agrupados e categorizados, encontrando-se sistematizados na Tabela 5.

### **RAZÕES PARA NÃO MANTER A TELECONSULTA:**

Como referido anteriormente, 61,11% dos inquiridos referiram não querer manter a teleconsulta, mencionando as seguintes razões para tal:

#### **Falta de proximidade/contacto presencial com o médico**

Nesta categoria de análise, 81,81% dos inquiridos referiram a falta de contacto com o clínico como uma das razões para manter a abordagem presencial como método de excelência no seu seguimento. Expressaram ser imprescindível examinar e comunicar com o paciente para averiguar as suas queixas e conferir informações clínicas importantes que, na teleconsulta, poderiam passar despercebidas.

#### **Enfraquecimento da relação médico-doente**

Cerca de 27,27% dos inquiridos revelaram que a abordagem não-presencial enfraquece a relação médico-doente. Os doentes descreveram uma maior brevidade na duração das consultas culminando numa sensação de falta de acompanhamento. Os inquiridos realçaram o contacto físico, ausente por via telefónica, como um pilar essencial para o vínculo com o profissional.

#### **Dificuldade no acompanhamento e eficiência da consulta**

Para 18,18% dos doentes, o impacto na eficiência da consulta e a dificuldade no seguimento que lhe está subjacente está na base da preferência pela abordagem presencial. A maior brevidade, a ausência de conversa e gestos terapêuticos e a preocupação em, apenas, prescrever exames complementares de diagnóstico são algumas das contrapartidas evidenciadas.

#### **Dificuldade no acesso/interação com tecnologias**

De acordo com 18,18% dos doentes, a dificuldade no acesso/interação com tecnologias, reforçou a preferência por consultas presenciais pelo grande entrave que estas representam, nomeadamente na sua manipulação.

#### **Inexistência de exame objetivo/gestos terapêuticos**

Como razões para preferirem manter a abordagem presencial, 18,18% dos doentes manifestaram a ausência de exame físico como o principal motivo. Para os inquiridos a teleconsulta, ao impossibilitar esta avaliação, poderá, inclusivé, colocar em causa a abordagem diagnóstica do médico.

#### **Falta de capacitação/dificuldade na gestão terapêutica**

Nesta categoria de análise, 18,18% dos inquiridos revelaram que a teleconsulta impedia a compreensão e interpretação da linguagem utilizada pelo médico. Mencionaram ainda que, a falta de capacitação e comunicação e a ausência de contacto presencial originava, não só dúvidas e erros terapêuticos evitáveis, mas também dificuldades na gestão da terapêutica.

**TABELA 5.** Relatos exemplificativos das razões pelas quais os inquiridos não desejam manter a teleconsulta.

Categorias de Análise	Relatos
<p><b>Falta de proximidade/contacto presencial com o médico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Prefiro o contacto presencial”</li> <li>• “A teleconsulta torna mais complicada a comunicação com o médico”</li> <li>• “Gosto de falar com o médico e que ele veja o que tenho”</li> <li>• “Prefiro consultas presenciais”</li> <li>• “O médico não examina o doente, logo não pode confirmar o seu estado de saúde”</li> <li>• “Para um bom seguimento necessita de haver proximidade com o médico”</li> <li>• “Não é a mesma coisa do que a consulta presencial”</li> </ul>
<p><b>Enfraquecimento da relação médico-doente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Acaba por se criar uma barreira na relação médico-doente que é um ponto negativo para o seguimento dos doentes”</li> <li>• “Com a consulta presencial consigo manter uma boa relação com o meu médico”</li> <li>• “Não me sinto acompanhado, as consultas são muito rápidas e resumem-se a passar análises, perguntar se está tudo bem e passar receitas”</li> </ul>
<p><b>Dificuldade no acompanhamento e eficiência da consulta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “...consultas muito rápidas, resumem-se a fazer análises”</li> <li>• “O médico não examina o doente, logo não pode confirmar o seu estado de saúde”</li> </ul>
<p><b>Dificuldade no acesso/interação com tecnologias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Não me entendo com isso”</li> <li>• “Não me entendo com o telefone”</li> </ul>
<p><b>Inexistência de exame objetivo/gestos terapêuticos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Não há conversa com o médico, nem realizam exame físico”</li> <li>• “O médico não examina o doente”</li> </ul>
<p><b>Falta de capacitação/dificuldade na gestão terapêutica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Torna mais complicada a compreensão das recomendações e da linguagem utilizada pelo médico”</li> <li>• “Prefiro o contacto presencial para perceber os esquemas terapêuticos e sentir-me mais esclarecida”</li> </ul>

## DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar, na perspetiva da pessoa com diabetes, o impacto da introdução da teleconsulta no seu seguimento, durante o período da pandemia SARS-CoV-2 e a sua perspetiva futura sobre a mesma. No decorrer do estudo foram averiguadas as adversidades e oportunidades da teleconsulta, bem como a preferência dos inquiridos em manter ou não a mesma como abordagem complementar ao seu acompanhamento num pós-pandemia. Este estudo apresenta-se como uma continuação de uma investigação previamente efetuada que analisa este tema na perspetiva dos profissionais de saúde portugueses.(21)

Foram identificadas como barreiras e dificuldades relacionadas com a teleconsulta as seguintes razões: limitações na abordagem não-presencial, dificuldade na compreensão, dificuldade na expressão, exame objetivo precário/inexistente, acessibilidade aos cuidados de saúde e dificuldade na gestão/adesão terapêutica.

**Limitações na abordagem não-presencial:** A ausência de contacto presencial com o profissional de saúde condiciona a gestão do doente, nomeadamente a transmissão de informação clínica. Segundo a literatura, a teleconsulta dificulta a identificação e interpretação de sinais e sintomas objetivados pelo doente, o que contribui, não só, para a progressão das várias comorbilidades, como também, dificulta os ajustes terapêuticos necessários a cada paciente.(22) Tomando como exemplo o ambiente hospitalar, verificamos que a inacessibilidade à rede, as interrupções no áudio/vídeo e o mau funcionamento dos dispositivos tecnológicos no seguimento remoto dos pacientes com diabetes são determinantes para a limitação desta abordagem (9), tal como demonstramos no nosso estudo. É de realçar que 66,67% dos inquiridos habitam em zonas rurais podendo estar mais limitado o seu acesso à telecomunicação e, conseqüentemente, ao contacto com o médico. As limitações pessoais, designadamente dificuldades auditivas, devem, também, ser tidas em conta podendo dificultar a comunicação e bem-estar do doente.

**Dificuldade na compreensão:** Nesta categoria destacam-se as dificuldades na interpretação da mensagem transmitida pelo médico. Nas pessoas com diabetes, as medidas não-farmacológicas, um bom controlo glicémico e metabólico, a compreensão do esquema terapêutico e a confiança no clínico são essenciais para a otimização da doença. A limitação da linguagem, decorrente da baixa literacia em saúde e a insuficiente comunicação médico-doente podem estar na base de dificuldades na gestão terapêutica e autocontrolo da doença.(23, 24) Comparativamente à perspetiva dos utentes, para além das barreiras linguísticas, os clínicos portugueses acrescentam, ainda, o ensino da insulino-terapia e a motivação do doente na adoção de cuidados dietéticos e de exercício físico como principais limitações da teleconsulta.(21)

**Dificuldade na expressão:** De acordo com os inquiridos, a dificuldade em explicar os seus sintomas, na ausência de demonstração visual, associada à baixa literacia no léxico médico, reforça a dificuldade em exprimir o problema e conseguir uma resolução. Também os profissionais de saúde portugueses realçam que, para além da diminuição da valorização das queixas dos doentes, a limitação

da qualidade e veracidade da informação clínica transmitida por estes trazem consequências para o diagnóstico e evolução clínica.(21)

**Exame objetivo precário/inexistente:** Os gestos terapêuticos são imprescindíveis para a correta avaliação do paciente, adequação da sua terapêutica e redução do avanço da doença. A literatura afirma que o impedimento do contacto cara-a-cara, que impossibilita a realização do exame objetivo, predispõe a erros na orientação e terapêutica prescrita.(25) Tal como reportado no nosso estudo, alguns autores referem que a ausência de exame físico cria um estado de incerteza no doente sobre o seu estado de saúde e gestão terapêutica, contribuindo para o desenvolvimento de várias complicações.(8)

**Acessibilidade aos cuidados de saúde:** Com o aumento diário de casos de COVID-19 em Portugal verificou-se uma grande sobrecarga ao nível dos CSP, visto serem estes os profissionais que realizam o acompanhamento destes doentes durante o seu isolamento. Desta forma, assistimos a um aumento do encargo destes clínicos para gerir os cuidados inerentes a estes doentes e manter o seguimento habitual dos seus pacientes, podendo originar limitações na resposta às necessidades diárias.

**Dificuldade na gestão/adesão terapêutica:** De acordo com alguns autores, a pandemia SARS-CoV-2 e as suas consequências facilitaram um pior controlo glicémico em pacientes diabéticos de idade mais avançada.(6) Referiram, ainda, que o acesso a fármacos antidiabéticos ou tiras medidoras da glicémia estaria limitada com a abordagem não-presencial, submetendo os doentes a longos períodos de hipo e hiperglicemia não controlados.(6) Noutra perspetiva, outros autores apontam a telemedicina como um meio inovador da gestão terapêutica de doentes crónicos(26), pela monitorização contínua e atualizada da glicémia e do estado de saúde do doente, permitindo alterações terapêuticas rápidas e adequadas a cada paciente.(27) É de referir que, para além de 66,67% dos inquiridos habitarem em zonas rurais, a média de idade dos participantes ronda os 71 anos possibilitando limitações no acesso e manuseamento de tecnologias, podendo este obstáculo comunicativo em muito contribuir para uma precária adesão terapêutica.

Cerca de 1/3 dos participantes referiram-se à teleconsulta como uma experiência positiva, sem adversidades. A telemedicina pode contribuir para ultrapassar dificuldades no atendimento nos CSP através da satisfação e capacitação do doente acerca da sua doença.(25, 28) Um dos exemplos são os dispositivos portáteis de monitorização da glicémia que permitem o envio de dados para o médico sem necessidade de deslocação, possibilitando um ajuste terapêutico rápido e eficiente.(29) No entanto, esta abordagem está mais direcionada para populações jovens e ativas, com facilidade em usar as novas tecnologias como método de avaliação do seu estado de saúde, contrariamente à população mais idosa, preponderante nesta investigação, que é mais resistente a esta abordagem.

A teleconsulta proporcionou oportunidades e benefícios no acompanhamento de pessoas com diabetes, nomeadamente a evicção da necessidade de deslocações, a eficácia/qualidade do acesso, a manutenção do seguimento em pandemia, o aumento da monitorização e adesão terapêutica e a diminuição do risco de contágio por COVID-19.

**Evita a necessidade de deslocações:** O recurso à telemedicina, para contrariar as dificuldades que a pandemia impôs, traduziu-se, segundo a literatura, numa maior satisfação dos utentes por evitar deslocações às unidades de saúde.(28) A grande maioria destes, nomeadamente os que possuem dificuldades visuais e de mobilidade, fortaleceram a relação médico-doente e contactaram de forma mais cómoda com o serviço de saúde, mantendo-se em segurança ao evitarem aglomerados.

**Eficácia/qualidade do acesso:** De entre os benefícios da teleconsulta, a melhoria no acesso aos serviços e informações de saúde e o custo-benefício estão em destaque.(30) A comodidade no acesso a exames complementares de diagnóstico e na prescrição de medicação promoveu autocuidados, evitou faltas às consultas, filas de espera e diminuiu admissões hospitalares.(31) Há, no entanto, autores que referem a teleconsulta como limitativa no que diz respeito à empatia e relação médico-doente, colocando em causa a eficácia e a confiança no clínico e nas informações que este transmite.(30)

**Manutenção do seguimento em pandemia:** A teleconsulta foi uma das soluções encontradas para manter o seguimento dos doentes nos CSP. Na perspetiva dos profissionais de saúde, esta permitiu, não só, um melhor agendamento do tempo de consulta, como também uma otimização dos recursos disponíveis, adaptando-se o contacto à vida pessoal e profissional de cada doente.(21)

**Aumento da monitorização e adesão terapêutica:** De acordo com a nossa investigação e tal como demonstram alguns autores, a teleconsulta foi eficaz no contacto mais frequente e regular com o CS, na impossibilidade de contacto presencial, refletindo melhor gestão terapêutica do doente.(30) O recurso a aparelhos de medição da glicémia que permitem o envio dos dados ao médico, por via remota, ou a introdução de plataformas digitais que permitam monitorizar o doente em tempo real são algumas sugestões que tornam a telemedicina encorajadora no controlo da DM e das suas complicações.(29) Todavia, este método é também descrito como impessoal e enfraquecedor da relação médico-doente.(30) Esta discrepância poderá ser mitigada com o ajuste do modelo de consulta ao doente em questão, às suas possibilidades financeiras e motoras e à sua preferência no uso da tecnologia como meio de comunicação.

**Diminuição do risco de contágio por COVID-19:** A teleconsulta foi uma estratégia preventiva para a redução de transmissão viral na comunidade.(28) Segundo os inquiridos e de acordo com a literatura, ao reduzir deslocações desnecessárias, a teleconsulta promoveu a segurança dos doentes e profissionais de saúde, diminuindo o risco de infeção por COVID-19.(10, 28) Isto demonstrou ser ainda mais relevante visto que diabéticos, após infetados, possuem maior risco de desenvolver doença grave.(4, 8, 13, 14)

Por último, é de referir que alguns participantes não atribuíram qualquer benefício à teleconsulta. Segundo alguns autores, verificou-se uma diminuição da *compliance* terapêutica e alterações nos hábitos diários de alimentação e exercício físico dos utentes portadores de diabetes, fatores essenciais para o controlo da DM.(13) A população de idade mais avançada, na ausência de consulta presencial, está mais condicionada com o uso da tecnologia e mais suscetível a um pior controlo glicémico e limitada prescrição de medicação essencial.(6) A capacitação e transmissão de

confiança aos doentes no seu autocontrolo, o acesso a informação sobre complicações e sinais e sintomas de alarme, por vídeos ou folhetos explicativos, o acesso a dispositivos de automonitorização da glicémia e um acesso à saúde de custo mínimo pode ajudar a mitigar estas limitações e promover a teleconsulta como um método mais eficaz, transmissor de segurança.

No que envolve perspetivas futuras, fica claro que, no nosso leque de participantes, há uma prevalência dos que preferem não manter a teleconsulta.

Para os otimistas nesta abordagem é importante adequar a consulta às suas possibilidades (económicas, físicas e profissionais) de modo a atingir um seguimento satisfatório e com confiança nas decisões tomadas pelo médico. De acordo com os clínicos portugueses, no esquema de seguimento, a teleconsulta deve ser disponibilizada em conjunto com a abordagem presencial.(21) Como percebemos anteriormente, para doentes de idade mais avançada e que habitam em zonas mais remotas uma abordagem presencial rotineira é mais benéfica. Em contrapartida, doentes crónicos mais jovens e com vidas ativas estarão mais dispostos a que o seu seguimento seja parcialmente conduzido virtualmente, promovendo a sua capacitação.

De entre as razões referidas para não manter a teleconsulta, a **falta de proximidade/contacto presencial com o médico**, a **falta de capacitação/dificuldades na gestão terapêutica**, o **enfraquecimento da relação médico-doente** e a **inexistência de exame objetivo/gestos terapêuticos** em muito se assemelham a contrapartidas exploradas atrás. As duas primeiras destacam as limitações na linguagem médica e a ausência de contacto físico como pontos negativos fulcrais no seguimento do doente, dificultando a expressão das queixas e a compreensão da informação transmitida pelo clínico. O entrave na comunicação e a insatisfação enfraquecem a relação profissional-doente e, conseqüentemente, levam a fraca adesão terapêutica. Da mesma forma, a ausência de exame objetivo, parte integrante da avaliação do estado de saúde do doente, gera eventuais dúvidas no diagnóstico obtido, prejudicando o tratamento instituído.

**Dificuldade no acompanhamento e eficiência da consulta:** Os resultados obtidos permitem afirmar que o limitado acesso à saúde e à avaliação física do doente cria sérias dificuldades na monitorização das necessidades e progressão das complicações do doente. Mudar a perspetiva de um doente face a determinado tema é extremamente difícil e, segundo alguns autores, atender à automotivação e preferência do paciente é importante na decisão de usar ou não a telemedicina no seu seguimento e gestão terapêutica.(32)

**Dificuldade no acesso/interação com tecnologias:** A literatura alude à dificuldade no *upload*/envio das medições glicémicas mensais, tanto em plataformas digitais como para o médico, e ao funcionamento das telecomunicações como principais barreiras da teleconsulta.(20) Como verificámos, a população preponderante neste estudo é de uma faixa etária avançada, conferindo uma maior resistência à introdução das novas tecnologias como método de seguimento, tal como sugerido por alguns autores.(24) No entanto, alguns estudos referem que, mesmo nos idosos, o recurso ao *smartphone*, com envio de mensagens de texto e uso de aplicações gratuitas, pode ser um método de otimização do controlo glicémico e redução da % de HbA1c nos doentes de alto risco.(32)

Consoante os resultados obtidos neste estudo é possível definir algumas propostas para futuras teleconsultas na área da Diabetes, segundo a perspetiva dos pacientes, explicitadas na Tabela 6.

**TABELA 6.** Quadro-resumo das propostas para futuras teleconsultas na área da Diabetes.

Propostas	Aplicações
<b>Modo de Consulta</b>	<p>Sempre que possível deve ser implementada a <u>videoconsulta</u> para mitigar as limitações da abordagem não-presencial, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação da linguagem corporal do doente;</li> <li>• Observação de lesões;</li> <li>▪ Exemplificar manobras de exame objetivo quando o doente tem dificuldade em realizá-las.</li> </ul>
<b>Utilidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitação do doente relativamente á sua doença;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>• Vigilância;</li> <li>• Relembrar sinais e sintomas de alarme da DM;</li> <li>• Solicitar receituário ou saber resultado de exames complementares de diagnóstico.</li> </ul>
<b>Preferência do paciente</b>	<p>A teleconsulta poderá ser implementada para os doentes que estão dispostos a adotar este método e que obtêm bons resultados com o mesmo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior comodidade;</li> <li>• Manutenção do seguimento;</li> <li>• Acompanhamento mais regular.</li> </ul>
<b>Seguimento</b>	<p>Em articulação com método presencial.</p>

É importante realçar que este estudo, apesar de continuar um estudo previamente realizado, é, no nosso conhecimento, um estudo pioneiro na avaliação das perspetivas da população portuguesa com diabetes sobre o impacto da pandemia SARS-CoV-2 no seu acompanhamento nos CSP, procurando explorar as dificuldades e oportunidades que a teleconsulta impôs e avaliando a sua possível introdução no seguimento destes doentes crónicos.

Uma das limitações deste estudo baseia-se na reduzida distribuição geográfica da amostra. Uma das razões prende-se com o facto de apenas ter sido obtida autorização da Comissão de Ética da ARS Centro, limitando a recolha de inquéritos noutras regiões de Portugal. Tal tornaria a amostra mais rica, permitindo obter outras perspetivas e colmatando estas lacunas.

Em estudos posteriores deve, também, ser assegurado que opções como “Não sei/Não quero responder” estão presentes como opções de resposta preservando a privacidade do doente e o seu direito em não responder.

Um dos pontos fortes deste trabalho é que a amostra colhida era quase equitativa relativamente ao género e tinha uma boa diversidade de idades e alguma diversidade nas localizações regionais. Da mesma forma, importa referir que a análise dos dados foi efetuada não só por dois investigadores independentes, mas também, por uma terceira pessoa com diabetes, não participante no estudo e sem formação na área da saúde, na tentativa de, não só, aumentar a veracidade e confiança dos resultados obtidos, mas também, incluir pessoas do grupo-alvo da investigação em mais fases da mesma, neste caso na própria análise dos dados e revisão do manuscrito.

Tendo por base esta avaliação e face à situação pandémica que vivemos seria interessante que este tema fosse avaliado noutros doentes com patologias crónicas prevalentes na nossa população como a Hipertensão Arterial ou a Dislipidémia avaliando, também neles, a introdução da teleconsulta como uma abordagem de seguimento e prevenção de complicações.

## **CONCLUSÃO**

Com o objetivo de averiguar o impacto da pandemia SARS-CoV-2 no seguimento dos utentes com diabetes, este estudo evidenciou várias dificuldades na implementação da teleconsulta nomeadamente a dificuldade na expressão e interpretação, a ausência de gestos terapêuticos e a débil gestão terapêutica. Por outro lado, demonstrou propriedades benéficas deste método tais como a limitação das deslocações e do contágio por COVID-19, a manutenção do seguimento em pandemia e o aumento da monitorização e adesão terapêutica do doente.

No futuro, é indispensável adaptar o modelo de consulta ao tipo de população a avaliar, à sua preferência e possibilidades e ao estado de controlo da sua patologia para manter uma boa relação médico-doente, com confiança no clínico e uma ótima adesão e gestão terapêutica. A capacitação do doente, por parte dos profissionais de saúde, sobre a sua doença e sinais de alarme, bem como o recurso à teleconsulta para vigilância e esclarecimento de dúvidas torna a via remota uma opção viável, tendo em conta a acessibilidade tecnológica de cada um e minimizando o impacto da ausência de gestos terapêuticos com avaliações periódicas presenciais.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha orientadora, Doutora Inês Rosendo de Carvalho e Silva pelo apoio, disponibilidade e orientação durante todo o trabalho e à Dra. Maria Lúcia da Rocha Marques Mariano por todo o seu trabalho na revisão dos resultados e manuscrito.

Agradeço a toda a minha família, principalmente aos meus pais e tia, bem como aos meus amigos por todo o suporte e motivação que me deram, indispensáveis na realização deste trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Federation. ID. IDF Diabetes Atlas 2021 [cited 2021, December 11]. 10th edn:[Available from: <https://www.diabetesatlas.org>].
2. Williams JS, Walker RJ, Smalls BL, Hill R, Egede LE. Patient-Centered Care, Glycemic Control, Diabetes Self-Care, and Quality of Life in Adults with Type 2 Diabetes. *Diabetes Technol Ther.* 2016;18(10):644-9.
3. Lee PA, Greenfield G, Pappas Y. The impact of telehealth remote patient monitoring on glycemic control in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of systematic reviews of randomised controlled trials. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):495.
4. Katulanda P, Dissanayake HA, Ranathunga I, Ratnasamy V, Wijewickrama PSA, Yogendranathan N, et al. Prevention and management of COVID-19 among patients with diabetes: an appraisal of the literature. *Diabetologia.* 2020;63(8):1440-52.
5. Syed Soffian SS, Ahmad SB, Chan HK, Soelar SA, Abu Hassan MR, Ismail N. Management and glycemic control of patients with type 2 diabetes mellitus at primary care level in Kedah, Malaysia: A statewide evaluation. *PLoS One.* 2019;14(10):e0223383.
6. Banerjee M, Chakraborty S, Pal R. Diabetes self-management amid COVID-19 pandemic. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(4):351-4.
7. Beran D, Aebischer Perone S, Castellsague Perolini M, Chappuis F, Chopard P, Haller DM, et al. Beyond the virus: Ensuring continuity of care for people with diabetes during COVID-19. *Prim Care Diabetes.* 2021;15(1):16-7.
8. Peric S, Stulnig TM. Diabetes and COVID-19 : Disease-Management-People. *Wien Klin Wochenschr.* 2020;132(13-14):356-61.
9. Shelton C, Demidowich AP, Zilbermint M. Inpatient Diabetes Management During the COVID-19 Crisis: Experiences From Two Community Hospitals. *J Diabetes Sci Technol.* 2020;14(4):780-2.
10. Mankovsky B. Diabetes Care at the Times of Transition and COVID-19 Pandemics (Ukrainian Experience). *J Diabetes Sci Technol.* 2020;14(4):754-5.
11. Birkeland KI. Some Lessons Learned About Diabetes and COVID-19 During the Early Stage of the Epidemic in Norway. *J Diabetes Sci Technol.* 2020;14(4):718-9.
12. Gupta R, Ghosh A, Singh AK, Misra A. Clinical considerations for patients with diabetes in times of COVID-19 epidemic. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(3):211-2.

13. Alshareef R, Al Zahrani A, Alzahrani A, Ghandoura L. Impact of the COVID-19 lockdown on diabetes patients in Jeddah, Saudi Arabia. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(5):1583-7.
14. Joshi R, Atal S, Fatima Z, Balakrishnan S, Sharma S, Joshi A. Diabetes care during COVID-19 lockdown at a tertiary care centre in India. *Diabetes Res Clin Pract.* 2020;166:108316.
15. Nørgaard K. Telemedicine Consultations and Diabetes Technology During COVID-19. *J Diabetes Sci Technol.* 2020;14(4):767-8.
16. Castle JR, Rocha L, Ahmann A. How COVID-19 Rapidly Transformed Clinical Practice at the Harold Schnitzer Diabetes Health Center Now and for the Future. *J Diabetes Sci Technol.* 2020;14(4):721-2.
17. Bokolo Anthony J. Use of Telemedicine and Virtual Care for Remote Treatment in Response to COVID-19 Pandemic. *J Med Syst.* 2020;44(7):132.
18. Banerjee M, Chakraborty S, Pal R. Teleconsultation and Diabetes Care Amid COVID-19 Pandemic in India: Scopes and Challenges. *J Diabetes Sci Technol.* 2020;14(4):714-5.
19. Kaur R, Kajal KS, Kaur A, Singh P. Telephonic Consultation and follow-up in Diabetics: Impact on Metabolic Profile, Quality of Life, and Patient Compliance. *N Am J Med Sci.* 2015;7(5):199-207.
20. Fuchs J, Hovorka R. COVID-19 and Diabetes: Could Diabetes Technology Research Help Pave the Way for Remote Healthcare? *J Diabetes Sci Technol.* 2020;14(4):735-6.
21. Oliveira Simões FD. O seguimento telefónico das pessoas com diabetes: O impacto da pandemia SARS-CoV-2. 2021.
22. Toft AD. Learning From COVID-19 and Looking to Technology Ahead. *J Diabetes Sci Technol.* 2020;14(4):801-2.
23. Sohal T, Sohal P, King-Shier KM, Khan NA. Barriers and Facilitators for Type-2 Diabetes Management in South Asians: A Systematic Review. *PLoS One.* 2015;10(9):e0136202.
24. Kruse CS, Argueta DA, Lopez L, Nair A. Patient and provider attitudes toward the use of patient portals for the management of chronic disease: a systematic review. *J Med Internet Res.* 2015;17(2):e40.
25. Doraiswamy S, Abraham A, Mamtani R, Cheema S. Use of Telehealth During the COVID-19 Pandemic: Scoping Review. *J Med Internet Res.* 2020;22(12):e24087.
26. Chellaiyan VG, Nirupama AY, Taneja N. Telemedicine in India: Where do we stand? *J Family Med Prim Care.* 2019;8(6):1872-6.

27. Renard E. Personal Experience With COVID-19 and Diabetes in the South of France: Technology Facilitates the Management of Diabetes in Disruptive Times. *J Diabetes Sci Technol.* 2020;14(4):772-3.
28. Hincapié MA, Gallego JC, Gempeler A, Piñeros JA, Nasner D, Escobar MF. Implementation and Usefulness of Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *J Prim Care Community Health.* 2020;11:2150132720980612.
29. Argento NB. A Pandemic Forces United States to Leap Forward. *J Diabetes Sci Technol.* 2020;14(4):710-1.
30. Hong Z, Li N, Li D, Li J, Li B, Xiong W, et al. Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: Experiences From Western China. *J Med Internet Res.* 2020;22(5):e19577.
31. Kruse CS, Krowski N, Rodriguez B, Tran L, Vela J, Brooks M. Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. *BMJ Open.* 2017;7(8):e016242.
32. Bhavnani SP, Narula J, Sengupta PP. Mobile technology and the digitization of healthcare. *Eur Heart J.* 2016;37(18):1428-38.

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p><b>PARER FINAL:</b> FAVORÁVEL</p>	<p><b>DESPACHO:</b> Referido parecer favorável à CEJ. 06-07-2021</p>
------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

<p><b>ASSUNTO:</b></p>	<p><b>Título:</b> "O seguimento telefónico das pessoas com diabetes: o impacto da pandemia SARS-COV-2." (processo 21-2021). <b>Autores:</b> Inês Rosado/ Luiz Miguel Santiago/José Augusto/Hélder Ferreira/Susana Pires da Silva/Francisco de Almeida/Carla Louro/Francisco Ferreira/Francisco Diego de Oliveira Simões Clínica Universitária de MGF da FMUC, FMUC/ USF Caminhos do Centro - FMUC/USF Coimbra Celas/USF D. Francisco de Almeida, ACES Médio Tejo, ARSLVT/GRAP - ACeS Médio Tejo/ACES BM, URAP/FMUC</p>
------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dr. André Fialho  
Vogal

Através de um estudo qualitativo por questionário de auto-preenchimento, os autores pretendem perceber de que forma é que o seguimento telefónico das pessoas com diabetes traz oportunidades e desafios para a qualidade e eficiência das consultas, na perspetiva tanto de pacientes como de prestadores de cuidados de saúde primários.

Serão aplicados questionários por via eletrónica tanto a profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos) como a utentes dos cuidados de saúde primários com diabetes, com questões abertas acerca desta tipologia de consulta e acompanhamento, explorando dificuldades/barreiras e oportunidades/vantagens percebidas deste tipo de seguimento. Serão recolhidos também dados sociodemográficos (idade, sexo, localidade de seguimento/trabalho, profissão, formação). A participação livre e esclarecida dos participantes está garantida e o anonimato dos participantes bem como a confidencialidade dos dados recolhidos também se encontram igualmente salvaguardados e garantidos. Solicita-se posteriormente o envio do relatório final do estudo.

Pelo exposto somos de parecer Favorável à realização do estudo

O Relator e Presidente da CES-ARS do Centro

Profª. Doutora Isabel Vitória Figueiredo

Assinado por: CARLOS ALBERTO FONTES RIBEIRO  
Número de identificação: 80030873278  
Data: 2021.05.05 11:17:05+01'00'

CARTÃO DE CIDADÃO

Anexo II – Consentimento Informado

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

**Título do Estudo:** "O acompanhamento telefónico de doentes diabéticos: o impacto da pandemia SARS-COV-2"

**Enquadramento:** Estudo transversal descritivo em UCSPs. Realizado por investigadoras da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Inês Mariano e Inês Rosendo) com o objetivo de avaliar, na perspetiva do doente diabético, o impacto da teleconsulta ao nível das oportunidades, desafios e eficácia da mesma e na sua qualidade de vida.

**Explicação do Estudo:** Esta investigação será efetuada em utentes com Diabetes Mellitus, inscritos nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários colaborantes, que se dirijam à consulta durante o período de recolha de dados e que aceitem participar na mesma. Será aplicado, por qualquer um dos investigadores colaboradores, um questionário com questões de resposta curta e extensa, em formato de papel ou eletrónico, para recolha da informação acerca das variáveis em estudo. Serão guardadas as respostas até 12 meses após a sua recolha.

**Condições e financiamento:** O próprio investigador financiará o estudo e não há pagamentos a investigadores ou participantes, sem compensação de despesas de deslocação. A participação será voluntária e não haverá prejuízos assistenciais ou outros, caso não queira participar no estudo ou abandone o estudo a qualquer momento. O projeto foi aprovado pela comissão de ética da ARS Centro.

**Confidencialidade e anonimato:** Cada participante incluído no estudo terá uma identificação codificada associada a todos os seus dados, mantendo o anonimato e cumprindo todos os regulamentos da proteção de dados.

**O investigador:** Inês Marques Mariano

**Assinatura:** Inês Marques Mariano

**Data:** 01/11/2021

.....  
*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária, forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dados pelo/a investigador/a.*

Nome do utente: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Se analfabeto ou incapaz de ler ou assinar, representante legal ou 2 testemunhas imparciais:

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE 1 PÁGINA, É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

Anexo III – Questionário

1. Consente a sua participação? \*

Sim

Informações sobre si

2. Idade \*

---

3. Sexo \*

Feminino

Masculino

Outra: \_\_\_\_\_

4. Número de anos de escolaridade \*

---

5. Administração Regional de Saúde (ARS) onde é acompanhado \*

- ARS Norte
- ARS Centro
- ARS Lisboa e Vale do Tejo
- ARS Alentejo
- ARS Algarve
- DRS Açores
- SRS Madeira

6. Vive numa zona preferencialmente... \*

- Rural
- Urbana

7. Quantas consultas presenciais teve para gestão/controlo da diabetes tipo 2 desde março de 2020? \*

\_\_\_\_\_

8. Com que profissionais? (pode escolher mais do que um) \*

- Médico
- Enfermeiro
- Nutricionista
- Psicólogo

9. E quantas consultas telefónicas? \*

---

10. Com que profissionais? (pode escolher mais do que um) \*

- Médico
- Enfermeiro
- Nutricionista
- Psicólogo

11. Já tinha tido consultas telefónicas para a gestão de diabetes antes de março de 2020? \*

- Sim
- Não

#### Questões Abertas

12. Na sua opinião, quais são as principais dificuldades que sente na consulta telefónica para a gestão/controlo da sua diabetes? \*

---

---

---

---

---

13. Na sua opinião, quais são os principais benefícios que vê na consulta telefónica para a gestão da sua diabetes? \*

---

---

---

---

---

14. Gostaria de manter, depois da pandemia, algumas consultas por via telefónica para gerir a sua diabetes?

Sim

Não

15. Se SIM, com que profissionais? (Pode escolher mais que um)

Médico

Enfermeiro

Nutricionista

Psicólogo

Outra:  \_\_\_\_\_

16. De que forma sugere que sejam essas consultas?

Videochamada - consulta com imagem ao vivo

Chamada de voz - chamada telefónica simples

Outra:  \_\_\_\_\_

17. Quantas vezes por ano, por cada profissional (médico, enfermeira, nutricionista, psicólogo,...)?

---

18. Se NÃO gostaria de manter este tipo de consulta, por que razão?

---

---

---

---

---

#### Considerações finais

19. Deseja fazer sugestões/comentários? \*

---

---

---

---

---