



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

FRANCISCO DIOGO DE OLIVEIRA SIMÕES

***O SEGUIMENTO TELEFÓNICO DAS PESSOAS COM DIABETES: O
IMPACTO DA PANDEMIA SARS-COV-2***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob orientação científica de:

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO DE CARVALHO E SILVA CAETANO

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES

ABRIL 2021

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 SEGUIMENTO TELEFÓNICO DAS PESSOAS COM DIABETES: O IMPACTO DA
PANDEMIA SARS-COV-2

AUTORES E AFILIAÇÕES

Autoria: Francisco Diogo de Oliveira Simões ¹

Coorientação: Professor Doutor José Augusto Rodrigues Simões ^{1,3}

Orientação: Professora Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva ^{1,2}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, Portugal

³ Universidade da Beira Interior, Portugal

COLABORAÇÃO

Membros do Grupo de Estudos de Cuidados de Saúde Primários da Sociedade Portuguesa de Diabetologia

Luíz Miguel Santiago, FMUC

Hélder Ferreira, USF Coimbra Celas

José Augusto, USF Caminhos do Cértoma, FMUC

Susana Pires da Silva, USF D. Francisco de Almeida, ACES Médio Tejo, ARSLVT

Carla Louro, URAP, ACeS Médio Tejo

Francisco Ferreira, Assistente em Psicologia Clínica, ACES BM, URAP

ÍNDICE

COLABORAÇÃO	2
ÍNDICE	3
LISTA DE ANEXOS E TABELAS	4
ACRÓNIMOS E SIGLAS	4
RESUMO	5
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	9
MÉTODOS	11
RESULTADOS	12
BARREIRAS E DIFICULDADES	13
OPORTUNIDADES E DESAFIOS	17
PERSPETIVAS FUTURAS	20
RAZÕES PELAS QUAIS OS PROFISSIONAIS NÃO QUEREM MANTER A TELECONSULTA	23
DISCUSSÃO	25
PONTOS-FORTES E LIMITAÇÕES DO PRESENTE ESTUDO	32
CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	34
ANEXO 1	37

LISTA DE ANEXOS E TABELAS

Anexo 1 – Questionário dirigido aos profissionais de saúde.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e profissionais dos inquiridos.

Tabela 2 – Relatos exemplificando as Principais Barreiras e Dificuldades.

Tabela 3 – Relatos exemplificando as Oportunidades e Desafios.

Tabela 4 – Relatos exemplificando as Perspetivas Futuras.

Tabela 5 – Relatos exemplificando as razões para não manter a teleconsulta.

Tabela 6 – Quadro-resumo de indicações para a teleconsulta sugeridas pelos inquiridos.

ACRÓNIMOS E SIGLAS

AMG – Automonitorização da Glicemia Capilar

ARS – Administração Regional de Saúde

COVID-19 – Corona Virus Disease 2019

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DM – Diabetes Mellitus

MCDT – Métodos Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MCG – Medidores Contínuos de Glicose

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCT – Randomized Controlled Trials

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

RESUMO

INTRODUÇÃO: A pandemia de Sars-CoV-2 obrigou a mudanças na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no que concerne o seguimento de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. A teleconsulta foi um dos mecanismos encontrados para manter o seguimento dos doentes com esta patologia.

OBJETIVO: O objetivo deste estudo foi avaliar qualitativamente os benefícios e barreiras apresentadas pela teleconsulta no seguimento da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2, na perspetiva dos profissionais de saúde.

MÉTODOS: O estudo foi divulgado através de emails, enviados aos profissionais de saúde integrados em *mailing-lists* específicas de Medicina Geral e Familiar, nomeadamente Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas e Psicólogos. Os dados qualitativos foram recolhidos através de um inquérito previamente estruturado, com perguntas fechadas e abertas. A análise foi feita através do software de facilitação de análise de dados MAXQDA® 2020.

RESULTADOS: Foram identificadas barreiras e dificuldades relacionadas com: consulta limitada, dificuldade na motivação para a adesão terapêutica, comunicação não-verbal comprometida, falta de literacia em saúde e preparação da consulta por parte dos doentes, dificuldades de compreensão, qualidade/veracidade das informações clínicas, exame objetivo/gestos terapêuticos pobres/inexistentes e empobrecimento da relação profissional-doente. Dentro das oportunidades e desafios, surgiram a diminuição dos riscos, aumento do empoderamento/literacia do doente, aumento do número de contactos, monitorização e adesão terapêutica, ausência de necessidade de deslocação, gestão de tempo de profissionais e utentes e facilidade e frequência de acesso. Entre o leque de perspetivas futuras para a teleconsulta, destacam-se as finalidades, o meio, a origem da marcação, o público-alvo, o esquema de seguimento e situações úteis. Por fim, nas razões pelas quais os profissionais não querem manter a teleconsulta, realçam-se dificuldades na gestão terapêutica, dificuldades na gestão de tempo, noção de resistência pelos doentes, dificuldades na comunicação/falta de literacia, falta de proximidade/contacto com o doente e confiança e falta de exame objetivo/avaliação presencial e gestão de MCDTs.

DISCUSSÃO: A amostra foi diversificada ao nível das idades dos participantes, mas pouco quanto ao tipo de profissional de saúde, sendo a maioria dos inquiridos médicos. Do que foi analisado, identificaram-se as oportunidades e desafios, sendo que este trabalho nos convida a repensar as opções a tomar em torno da teleconsulta, no futuro.

CONCLUSÃO: Este estudo evidencia a preferência por um modelo híbrido com a articulação entre consulta presencial e teleconsulta, enumerando as indicações, vantagens e desvantagens destas consultas, na perspetiva dos profissionais.

PALAVRAS-CHAVE

Diabetes Mellitus, Medicina Geral e Familiar, Telefone, Telemedicina, Infecções por Coronavirus, COVID-19

ABSTRACT

INTRODUCTION: The SARS-CoV-2 pandemic forced changes in health care delivery, namely regarding the follow-up of people with Type 2 Diabetes Mellitus. Telephonic consultation was one of the mechanisms found to maintain the follow-up of patients with this pathology.

OBJECTIVE: The aim of this study was to qualitatively assess the benefits and barriers presented by teleconsultation in the follow-up of people with type 2 Diabetes Mellitus, from the perspective of health care professionals.

METHODS: The study was disseminated through emails sent to health professionals integrated in specific mailing-lists of General Practice and Family Medicine, namely Physicians, Nurses, Nutritionists and Psychologists. Qualitative data was collected through a previously structured survey, with closed and open questions. Analysis was performed using the data analysis facilitation software MAXQDA® 2020.

RESULTS: Barriers and difficulties were identified related to: limited consultation, difficulty in motivating therapeutic adherence, impaired non-verbal communication, lack of health literacy and consultation preparation by patients, difficulties in understanding, quality/veracity of clinical information, poor/inexistent objective examination/therapeutic management and impoverishment of the professional-patient relationship. Among the opportunities and challenges, the following emerged: reduction of risks, increase in patient empowerment/literacy, increase in the number of contacts, monitoring and therapeutic adherence, no need to travel, time management of professionals and users, and ease and frequency of access. Among the range of future perspectives for teleconsultation, the purposes, means, origin of the appointment, target audience, follow-up scheme and useful situations stand out. Finally, in the reasons why professionals do not want to keep teleconsultation, difficulties in therapeutic management, difficulties in time management, notion of resistance by patients, difficulties in communication/lack of literacy, lack of proximity/contact with the patient and trust, and lack of face-to-face objective examination/assessment and management of MCDTs were highlighted.

DISCUSSION: The sample was diversified in terms of the participants' ages, but little regarding the type of health professional, with the majority of respondents being physicians. From what was analysed, opportunities and challenges were identified, and this work invites us to rethink the options to be taken around teleconsultation in the future.

CONCLUSION: This study shows the preference for a hybrid model with articulation between face-to-face consultation and teleconsultation, listing the indications, advantages and disadvantages of these consultations, from the perspective of health care professionals.

KEYWORDS

Diabetes Mellitus, Family Medicine/General Practice, Telephone, Telemedicine, Coronavirus Infections, COVID-19

INTRODUÇÃO

A 11 de março de 2020, a OMS declarou o Estado de Pandemia devido à propagação do vírus SARS-CoV-2, responsável pela doença COVID-19 com epicentro na cidade de Whuan, na China ^(1,2). Consequentemente, houve uma série de mudanças nos protocolos a nível mundial, que incluíram os cuidados de saúde, e que obrigaram a uma adaptação à nova realidade pandémica ⁽³⁻¹⁰⁾. Não só os profissionais de saúde tiveram que manter o acompanhamento aos doentes com patologia aguda e crónica, como também tiveram que direcionar o seu foco no tratamento e diagnóstico de uma doença pouco conhecida, com os doentes habituais impossibilitados de se dirigir aos cuidados de saúde como conheciam até à data ^(1,3,6,10-12).

Uma vez que nenhum país se encontrava preparado para lidar com a pandemia, os governos de vários países viram-se obrigados a tomar medidas para mitigar a transmissão do vírus entre a população ^(3,4,6,7,12-15), tendo sido evidentes as falhas nos protocolos de atuação nestas situações de catástrofe ^(14,16). Desta forma, os sistemas de saúde tiveram que se adaptar e alterar a forma como se organizavam os serviços de prestação de cuidados de saúde e os circuitos dos doentes ^(3,7,10,11,15-18).

A Diabetes Mellitus é uma patologia crónica que obriga a uma vigilância regular e adequada nos CSP. Face à quarentena a que os doentes se viram sujeitos, foram privados da vigilância e acesso aos cuidados de saúde para acompanhamento da doença ^(3,7,10,11,13,17). Além disso, sofreram ainda impactos relacionados com as sucessivas quarentenas e medidas de isolamento social impostas, como a diminuição da atividade física, alterações na dieta e acesso a medicação ^(14,19,20), acrescentando ao facto de a DM ser uma das maiores causas de mortalidade, a nível global. Para além do mais, os doentes de DM têm sido reportados como sendo doentes de risco para a COVID-19 ^(12,21,22), uma vez que a associação pode ser considerada um fator de risco para a severidade da infeção, embora este risco possa ser mitigado através do controlo glicémico ⁽²³⁾.

As pessoas com DM tipo 2 devem ter uma série de mecanismos de prevenção e antecipação de urgências – hipoglicemias, cetoacidose metabólica e estado hiperglicémico hiperosmolar ^(13,19,24,25) –, mas há estudos que indicam que, em alguns locais, houve uma diminuição da *compliance* terapêutica por parte dos doentes, pelo que é fundamental manter um acompanhamento adequado ⁽¹²⁾. Assim sendo, foi necessário adaptar os cuidados de saúde para permitir o seguimento correto de doentes com patologias crónicas, como é o caso da DM tipo 2 ^(3-4, 6-9,11-13,15,17,25,27-28).

Em muitos locais, há médicos a fazer videoconsulta ou consulta por telefone, recebendo as informações necessárias para avaliar os doentes dessa forma ^(1,3,4,6-7,9-12,15,17,28,29). Pensa-se, portanto, que poderá ser uma forma de diminuir a pressão sobre os doentes, profissionais de saúde e cuidados de saúde, na medida em que permite um controlo não-presencial, aumentando a satisfação tanto dos doentes, como dos profissionais de saúde ^(6,11,12,30). Existem ainda algumas evidências que apoiam a necessidade das pessoas tirarem dúvidas, que podem ser respondidas por linhas de teleconsulta e que possibilitam a transmissão de informação de forma mais célere, mais frequente e com menos constrangimentos ^(4,5,9,10,15).

Persiste, assim, a ideia de que o tratamento e seguimento de patologias como a diabetes podem vir a beneficiar de protocolos que recorram à tecnologia ^(1,5,8,9,11-13,15,31) e a novas formas de

aceder aos doentes, bem como aumentar o seu empoderamento, permitindo-lhes um melhor controlo da doença e adesão à terapêutica, resumindo-se em melhores *outcomes* na doença ⁽³⁰⁾. Há já estudos que evidenciam o benefício do recurso à telemedicina enquanto uma mais valia no seguimento dos doentes com DM tipo 2, nomeadamente vários RCT que foram analisados e em que se concluiu que a telemedicina pode ser mais eficaz e que poderá até ser mais benéfica em termos de eficácia-custo que uma consulta presencial⁽³²⁾. Contudo, levantam-se questões como a falta de contacto presencial com o doente e as consequências que podem daí advir ^(17,30), bem como o efeito destas medidas, que têm que ser avaliadas e testadas e todas as dificuldades que podem resultar da consulta não-presencial ⁽³²⁾.

Assim, procuramos responder a estas questões com o estudo em questão, de modo a 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 de prestadores de CSP, em Portugal.

MÉTODOS

Este estudo qualitativo foi feito por questionário de autopreenchimento em anonimato, sigilo e confidencialidade, tendo sido submetido à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

Primeiramente, foi feita uma pesquisa com os termos *Diabetes Mellitus*, *Telephone*, *Telemedicine*, *Coronavirus Infections* e *COVID-19* de forma isolada e com diferentes combinações, de modo a obter alguma informação e contexto acerca do estudo em questão, para a preparação e elaboração dos questionários online, seguido de revisão por peritos do Grupo de Estudos de Cuidados de Saúde Primários da Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Foram aplicados os questionários por via eletrónica a profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos), com questões abertas acerca desta tipologia de consulta e acompanhamento, explorando dificuldades/barreiras e oportunidades/vantagens associadas a este tipo de seguimento e foi encerrado o questionário quando se obteve uma amostra diversificada.

Recolheram-se dados sociodemográficos e relativos à atividade laboral (idade, sexo, localidade de seguimento/trabalho, profissão, formação e número de consultas telefónicas a pessoas com diabetes por semana). Os profissionais foram convidados por e-mail, em *mailing-lists* específicas de Medicina Geral e Familiar e por amostragem em bola de neve, sendo critério de inclusão ter realizado este tipo de atividades (seguimento telefónico de pessoas sofrendo de diabetes mellitus em contexto de CSP). O inquérito permitiu compilar variadas informações relativamente às principais barreiras e dificuldades, oportunidades e benefícios da teleconsulta, bem como opiniões relativas à vontade dos profissionais de saúde manterem ou não as consultas de forma não presencial e o modo como o poderiam fazer; para aqueles que consideraram que a teleconsulta devia ser mantida, procuraram-se compreender os modos, as preocupações e os moldes a ter em consideração [Anexo 1].

As respostas a estes questionários foram analisadas e a informação foi classificada e codificada num processo de obtenção dos principais conceitos, organizando-as e classificando-as através de análise de conteúdo efetuada em software qualitativo – MAXDQA® 2020 –, sistematizando os principais benefícios e oportunidades, assim como dificuldades e barreiras desta tipologia de consulta. Os dados sociodemográficos e relativos a consultas foram analisados através de estatística descritiva.

RESULTADOS

No presente estudo, foram obtidos 132 resultados, mas atendendo que houve 24 inquiridos que não realizaram nenhuma consulta, procedeu-se à exclusão dos respetivos inquéritos, uma vez que não tendo realizado qualquer teleconsulta, não se enquadravam nos critérios de inclusão. Deste modo, analisaram-se os 108 inquéritos que cumpriram os requisitos.

As características sociodemográficas e profissionais dos inquiridos apresentam-se sistematizadas na Tabela 1. A nível de sexo, podemos observar que a amostra foi composta maioritariamente por profissionais do sexo feminino, ao qual correspondem 75,0% dos inquiridos e quanto às idades dos participantes, estavam compreendidas entre os 26 e 66 anos, apresentando uma média de $44,19 \pm 11,15$ anos. Relativamente à função exercida, há uma prevalência de Médicos (77,8%), o que contrasta com o número de Nutricionistas (5,6%). No que diz respeito à ARS, destaca-se que a maioria dos inquiridos exerce sobretudo nas ARS Norte (37,0%) e ARS Lisboa e Vale do Tejo (33,3%) e predominantemente numa zona urbana (64,8%).

Sexo	Feminino	81	75,0%
	Masculino	27	25,0%
Idade	$44,19 \pm 11,15$ (26 – 66)		
Função exercida	Enfermagem	18	16,7%
	Medicina	84	77,8%
	Nutrição	6	5,6%
	Psicologia	-	0,0%
ARS onde exerce	Algarve	1	0,9%
	Centro	31	28,7%
	Lisboa e	36	33,3%
	Vale do Tejo		
	Norte	40	37,0%
Zona	Rural	38	35,2%
	Urbana	70	64,8%

Tabela 1 - Características sociodemográficas e profissionais dos inquiridos.

No período antes de março de 2020, apenas uma minoria afirmava fazer teleconsulta (14,8%), sendo que 85,2% dos profissionais de saúde ainda não faziam teleconsulta. Assim, o número de teleconsultas realizadas nesse período, em média, era de $3,88 \pm 4,77$, de tal modo que o mínimo, por semana, era de uma consulta e o máximo de 20 consultas.

Relativamente ao período em que foi aplicado o questionário, os inquiridos realizaram, em média, $6,11 \pm 3,59$ consultas presenciais, sendo que o máximo de consultas realizadas foi 15. No que diz respeito à teleconsulta, realizaram-se, em média, $5,05 \pm 4,12$ consultas, sendo que o máximo de consultas realizadas, em média, foi de 20.

BARREIRAS E DIFICULDADES

Neste tema, recolheram-se variadas opiniões relativamente às principais Barreiras e Dificuldades e procurou-se compreender os principais desafios que se colocam com a teleconsulta. Assim, foram identificadas as seguintes categorias exemplificadas na Tabela 2.

Consulta limitada

Cerca de 15,6% dos participantes identificaram como barreira e dificuldade o facto da consulta telefónica limitar a recolha de alguns dados/medições possíveis e houve inquiridos que colocaram em causa a privacidade e a ausência de consentimento escrito por parte dos doentes. A estas limitações, acresceram ainda as dificuldades encontradas na acessibilidade telefónica, nomeadamente dificuldades na audição e concentração ou falta de receptividade por parte do doente, bem como a necessidade de maior número de contactos para obter informações relativas a MCDTs, uma vez que os doentes nem sempre os tinham consigo, obrigando assim a novos contactos para completar a informação.

Dificuldade na motivação para a adesão terapêutica

Existe a opinião, por parte de 33% dos inquiridos, que com a teleconsulta se torna mais difícil motivar doentes a ter cuidados dietéticos e hábitos de atividade física, de modo a que os doentes cumpram corretamente a terapêutica e medidas higienodietéticas prescritas. Os profissionais de saúde salientaram igualmente a dificuldade de objetivar a adesão e cumprimento por parte do doente, aliado ao facto de que, à distância, se torna impossível ministrar o ensino da insulino terapia e monitorização das glicémias. Há ainda a probabilidade de erro no ajuste terapêutico, por não haver correta compreensão das alterações prescritas.

Comunicação não-verbal comprometida

Relativamente à comunicação não-verbal comprometida, 23,8% dos inquiridos relataram que, com a teleconsulta, há uma diminuição da valorização de queixas e o aumento da incapacidade de interpretar a linguagem corporal do doente, bem como a ausência de perceção do comportamento deste ao ouvir as recomendações e prescrições do profissional. Alguns inquiridos referiram a relevância de ver/estar frente-a-frente com o doente e dão preferência ao contacto físico.

Falta de literacia em saúde e preparação da consulta por parte dos doentes

Relativamente a esta categoria de análise, 15,6% dos inquiridos referiram a falta de capacidade de autoavaliação dos parâmetros objetivos (por exemplo tensão arterial ou medidas antropométricas), sobretudo quando se trata de doentes mais idosos. É igualmente relevante o desconhecimento, por parte dos doentes, dos nomes dos medicamentos prescritos, bem como a incapacidade de esclarecer acerca de sinais e sintomas apresentados. No que diz respeito à falta de preparação da consulta, em muitos inquéritos relatou-se que, nas consultas, os doentes nem sempre tinham consigo resultados de MCDTs ou medições necessárias para a consulta.

Dificuldade de compreensão

Nesta categoria, 36,7% dos inquiridos referiram que é extremamente difícil haver uma correta compreensão da mensagem difundida na consulta, tanto durante a transmissão, como na interpretação da mesma, por variadas razões. Estas prendem-se com dificuldades na audição, excesso de burocracia, diminuição da atenção do doente e da eficiência da comunicação por falta de linguagem corporal. Todos estes problemas intensificam a ineficácia da mensagem transmitida por telefone e a dificuldade em receber feedback por parte do doente.

Qualidade/veracidade das informações clínicas

A principal preocupação que se levanta com este tópico diz respeito à autoavaliação que o profissional tem que fazer ao doente, tendo por base informações que podem traduzir viés, por não serem verdadeiras ou por não terem sido corretamente recolhidas (medições, avaliações subjetivas, entre outros), uma vez que são fornecidas pelo doente e não pelo profissional. Desta forma, é necessário confiar na informação que é transmitida pelo doente, a acrescentar ao facto de haver muitos doentes que não possuem equipamentos, tais como esfigmomanómetros para proceder à recolha das medições. Esta informação foi revelada por 25,7% dos inquiridos.

Exame objetivo/gestos terapêuticos pobres/inexistentes

Tendo em conta a patologia em análise, 29,3% dos inquiridos apontaram que é de extrema importância recorrer a um bom exame físico para avaliar corretamente o doente e, com o recurso à teleconsulta, torna-se impossível realizar gestos clínicos e exame objetivo para complementar a clínica, o que na DM tipo 2 é fundamental para reduzir a rapidez na progressão da doença e evitar complicações a curto e longo prazos.

Empobrecimento da relação profissional-doente

Os benefícios que advêm de uma boa relação profissional-doente ficam mitigados por todas as limitações impostas por este método de consulta, pelo que, muitas das vezes, se quebra o compromisso entre o doente e o profissional, diminuindo o sucesso terapêutico e aumentando a desresponsabilização por parte do doente, o que foi realçado por 13,8% dos inquiridos. Registou-se ainda uma grande insatisfação por parte dos profissionais no que toca à eficácia/sucesso do procedimento, uma vez que falta contacto próximo entre as partes envolvidas.

Categorias de Análise	Relatos
Consulta limitada	<ul style="list-style-type: none"> • “Pressupõe maior número de contactos pois nem sempre tinham enviado os resultados de MCDT previamente.” • “Não tenho um consentimento escrito das pessoas que pretendem consultas telefónicas. Não consigo garantir a privacidade do doente, não sei quem mais está a ouvir a consulta.” • “As pessoas não sentem que é uma consulta.”
Dificuldade na motivação para a adesão terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • “Mais difícil motivar doentes para os cuidados dietéticos e de atividade física.” • “Dificuldade em lidar com alterações terapêutica e ensinos nas tomas.” • “Confirmação de cumprimento de medicação.” • “Maior dificuldade em compreenderem as alterações terapêuticas, aumentando a probabilidade de erro.”
Comunicação não-verbal comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • “Por vezes, a comunicação e a relação médico-doente podem ser prejudicadas, dado ser um modo de contacto não direto, sem a utilização de todos os sentidos na avaliação da pessoa, tão importante na apreensão de comunicação e sinais não verbais (o Olhar, nem o Toque/Exame Objetivo).” • “Falta de contacto físico.” • “Incapacidade de perceberem a linguagem não verbal do utente.” • “Valorização das queixas.” • “Feedback corporal desconhecido.”
Falta de literacia em saúde e preparação da consulta por parte dos doentes	<ul style="list-style-type: none"> • “Pressupõe maior número de contactos pois nem sempre tinham enviado os resultados de MCDT previamente a consulta.” • “Nos pacientes mais idosos ou com menor nível de literacia em saúde, é, por vezes, mais difícil esclarecer sinais/sintomas apresentados.” • “Falta de literacia em saúde.”
Dificuldade de compreensão	<ul style="list-style-type: none"> • “Diminuição na eficiência da comunicação (olhar, expressões, ...) no decorrer da transmissão/recolha de informação.” • “Diminuição da audição dos utentes.” • “Utente não compreendem as alterações da terapêutica.” • “Dificuldade de gestão da informação. Demasiada burocracia e o telefone não ajuda na compreensão dos utentes.” • “Nos mais idosos não perceberem corretamente a toma da medicação.” • “A falta de concentração dos utentes e o facto deles não considerarem uma consulta telefónica, como uma verdadeira consulta.”
Qualidade/veracidade das informações clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • “Biometrias fidedignas.” • “Avaliação dos parâmetros clínicos e analíticos de que precisamos.” • “Possibilidade de darem informação fidedigna sobre PA e peso.” • “Fornecerem corretamente o Perímetro abdominal, TA e peso.”
Exame objetivo/gestos terapêuticos pobres/inexistentes	<ul style="list-style-type: none"> • “Impossível realizar exame objetivo (pé diabético por exemplo).” • “Impossibilidade de realizar exame objetivo.” • “Limitação de não poder realizar exame físico (inspeção geral, TA, auscultação, ...).” • “Avaliação das glicemias nos diabéticos; avaliação do peso; auscultação cardíaca.”
Empobrecimento da relação profissional-doente	<ul style="list-style-type: none"> • “Diminuição de “compromisso” utente vs profissional de saúde.” • “Sensação própria de seguimento incompleto ou dever não cumprido.”

Tabela 2 – Relatos exemplificando as principais barreiras e dificuldades.

OPORTUNIDADES E DESAFIOS

Nestas categorias, recolheram-se variadas opiniões relativamente às principais Oportunidades e Desafios e procurou-se compreender os principais desafios que se colocam com a teleconsulta. Assim, foram identificados os seguintes tópicos onde se podem enquadrar as citações descritas na Tabela 3.

Diminuição dos riscos (associados à pandemia)

Desde logo, um dos riscos associados à pandemia é a transmissão do vírus via contacto interpessoal, aquando, por exemplo, de uma ida aos CSP para uma consulta. Foi referido por 7,3% dos inquiridos que, na ausência da necessidade de deslocação presencial, os doentes mantêm-se nas suas residências, não se expondo nem contribuindo para a propagação do vírus, tornando-se óbvio que a teleconsulta contribui para a diminuição dos riscos de contágio.

Aumento do empoderamento/literacia do doente

Relativamente ao aumento do empoderamento/literacia do doente, 7,3% dos inquiridos realçaram que uma das possíveis vantagens é a maior responsabilização do doente na gestão da sua terapêutica, permitindo que se sintam mais motivados e assumam um maior compromisso com a doença, adotando uma postura de maior autovigilância e controlo. A teleconsulta permite ainda aumentar o número de intervenções para a educação para a saúde, através do esclarecimento de dúvidas sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Aumento do número de contactos, monitorização e adesão terapêutica

Cerca de 23% dos inquiridos referiram que, com o recurso à teleconsulta, há possibilidade de ajustes mais frequentes em doentes insulino-tratados, bem como uma maior e mais regular monitorização, podendo conduzir a um aumento da adesão terapêutica por parte dos doentes. Destaca-se a vigilância e controlo mais frequentes, o que também permite rápidas correções.

Ausência de necessidade de deslocação

Relativamente a esta categoria de análise, 25,7% dos inquiridos destacaram a comodidade que a teleconsulta veio oferecer aos doentes – desde logo, evitar deslocações aos CSP. Esta vantagem estende-se maioritariamente aos doentes controlados e que têm dificuldades em deslocar-se, bem como aos doentes mais jovens e com vidas ativas, os quais deixam de ter a necessidade de se deslocar à consulta, reduzindo o transtorno associado.

Gestão de tempo de profissionais e utentes

A teleconsulta permite uma melhor gestão de tempo, tanto para facilitar o agendamento de consultas, como para rentabilizar recursos e tempo, que escasseiam aos profissionais de saúde e o que permite evitar a duplicação de consultas para prescrição e registos de análises. Para muitos inquiridos, esta questão prende-se com a possibilidade de doentes jovens e ativos não necessitarem de alterar horários de trabalho e rotinas para acederem à consulta, devido à comodidade da consulta remota, o que é extremamente favorável para doentes controlados. Esta categoria foi referida por 33% dos inquiridos.

Facilidade e frequência de acesso

No que diz respeito à facilidade e frequência de acesso, cerca de 43,1% dos inquiridos destacaram a acessibilidade do doente à consulta (sobretudo nas pessoas mais jovens, que constituem a população ativa) e conseqüente maior frequência de contacto com o doente. A teleconsulta permite igualmente que haja um esclarecimento mais célere de dúvidas do doente e um maior número de contactos, que poderá permitir um controlo mais regular da doença. Deste modo, extrai-se que uma das maiores vantagens da teleconsulta se prende com a aproximação e regularidade de contacto, permitindo o acompanhamento quase permanente do doente.

Categorias de Análise	Relatos
Diminuição dos riscos (associados à pandemia)	<ul style="list-style-type: none"> • “Reduzir os possíveis contactos com pessoas doentes.” • “Segurança e conforto do doente.” • “Menor risco de contágio.”
Aumento do empoderamento/literacia do doente	<ul style="list-style-type: none"> • “Responsabilizar o utente para se organizar e auto gerir a doença, em vez de ficar dependente dos sistemas informáticos.” • “Motivação dos doentes para a sua autovigilância e autocontrolo / capacitação.” • “Maior responsabilização do utente na gestão da sua doença.”
Aumento do número de contactos, monitorização e adesão terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • “Continuidade de cuidados mais apertada.” • “Maior monitorização.” • “Manutenção do acompanhamento durante a pandemia.” • “Na gestão da diabetes mellitus, para certos utentes (mais novos, sem dificuldade auditiva e que conheçam o nome dos medicamentos) permite uma reavaliação mais frequente se necessário (por ex descompensação da doença).” • “Utilizar em consultas intercalares quando necessário, por exemplo confirmar tolerância de mudança de medicação, vigilância de hipoglicemias.”
Ausência de necessidade de deslocação	<ul style="list-style-type: none"> • “Evitar deslocações para doentes que estão bem controlados e têm dificuldade em ir ao centro de saúde.” • “Evitar deslocação à USF.” • “Útil em utentes com dificuldades ou impedimento de deslocação ao CS.”
Gestão de tempo de profissionais e utentes	<ul style="list-style-type: none"> • “Não necessitam de faltar ao trabalho para comparecer à consulta.” • “Rentabilização dos recursos/tempo.” • “Acesso ao utente fácil e rápido; Consultas mais rápidas.”
Facilidade e frequência de acesso	<ul style="list-style-type: none"> • “Melhor acesso á consulta.” • “A possibilidade de reporte de dados à distância regularmente.” • “Acessibilidade regular aos cuidados de saúde, alternando as consultas presenciais com consultas telefónicas.” • “É possível manter o contato mais facilmente.”

Tabela 3 – Relatos exemplificando as Oportunidades e Desafios.

PERSPETIVAS FUTURAS

Dos 108 inquéritos relativos aos profissionais de saúde que se encontravam a fazer teleconsultas no momento em que foi aplicado o inquérito, 53 (49,1%) inquiridos referiram não pretender continuar a realizar teleconsulta, enquanto que 55 (50,9%) tencionavam manter este método de consulta. Assim, procedeu-se ao levantamento das razões pelas quais alguns dos inquiridos não tencionam manter a teleconsulta no futuro e as condições e forma como pretendem os restantes profissionais continuar a recorrer a este modelo de consulta.

Através da análise deste tema, foi possível depreender que as razões para manter a teleconsulta são de ordem diversa, de tal forma que se procurou escrutinar nas categorias que se seguem e que se sumarizam na Tabela 4.

Finalidades: esclarecimento de dúvidas ou vigilância

Cerca de 14,5% dos inquiridos elucidaram que a teleconsulta pode ser utilizada para o esclarecimento de dúvidas ou para a vigilância. Assim, sugeriram que a teleconsulta poderá ser viável para o seguimento da AMG e autovigilância, bem como para a reavaliação a curto prazo de mudanças de comportamentos identificadas na consulta. Destacaram igualmente a viabilidade da teleconsulta para a revisão e reavaliação da tolerância a medicamentos e para o esclarecimento de dúvidas por parte dos doentes. Houve ainda profissionais de saúde que referiram a importância da teleconsulta para relembrar as práticas e hábitos saudáveis.

Meio: videochamada

A teleconsulta tem vindo a ser maioritariamente concretizada por chamada telefónica e, de acordo com o modelo proposto, alguns dos profissionais de saúde afirmaram que esta poderá ser uma ferramenta viável, desde que com recurso à videochamada, uma vez que permite, a título de exemplo, observar a linguagem corporal do doente. Esta questão foi referida apenas por 5,4% dos inquiridos.

Origem da marcação: por preferência do doente/incompatibilidades

No que diz respeito a esta categoria de análise, 25,4% dos profissionais de saúde realçaram a intenção de manter a teleconsulta para os doentes que assim pretendam. Acrescentaram que é viável em situações excepcionais, tais como doença ou deslocação impossível, bem como para evitar faltas ao trabalho. Acima de tudo, pautou a intenção de manter a teleconsulta para agilizar a comodidade do doente, sobretudo para aqueles que preferem este tipo de contacto e preconiza a ideia de que poderá ser um modelo de consulta viável mediante as necessidades sentidas pelo profissional ou pelo doente.

Público-alvo: em doentes controlados/com maior capacitação

Para que a teleconsulta possa resultar em benefícios, 47,3% dos inquiridos demonstraram a importância da sua concretização em doentes controlados e/ou com boas condições. Os inquiridos propõem este modelo de consulta para doentes com DM tipo 2 com controlo metabólico estabilizado e com boa *compliance* terapêutica e, acima de tudo, sem dificuldades na utilização dos dispositivos (nomeadamente o *e-mail* e o telefone, entre outras plataformas digitais relevantes). Realçaram igualmente que este tipo de consulta deve ser concretizado de forma individualizada, de modo a ter em consideração as necessidades sentidas tanto pelo próprio doente, como pelo profissional de saúde. Por fim, destacou-se que a teleconsulta poderá ser uma mais valia para doentes com boa literacia, capacitados e empoderados na gestão da sua saúde.

Esquema de seguimento: em articulação com consulta presencial

Relativamente à forma como se pode recorrer à teleconsulta, 30,9% dos profissionais de saúde revelaram que o cenário mais viável se prende com a articulação da teleconsulta (bem como outros meios de apoio, como *e-mail* e plataformas digitais) com a consulta presencial. Deste modo, a teleconsulta seria benéfica no intervalo das consultas de vigilância regulares e salvaguardando sempre a necessidade de avaliação em consulta presencial.

Situações úteis: pontuais

No que concerne a situações úteis, os dados recolhidos pelo inquérito permitiram compreender que a teleconsulta poderá ser uma ferramenta útil em circunstâncias específicas, tal como é referido por 10,9% dos inquiridos. Das situações úteis, destacaram-se os casos em que a deslocação aos CSP for difícil para o doente, para recolher resultados de análises e de forma pontual, em acompanhamento após consulta presencial. É importante destacar que os profissionais de saúde inquiridos reforçaram que a teleconsulta é viável apenas uma vez por ano.

Categorias de Análise	Relatos
Finalidades: esclarecimento de dúvidas ou vigilância	<ul style="list-style-type: none"> • “Para seguimento da AMG e autovigilância e esclarecimento de dúvidas.” • “Reavaliação a curto prazo de mudança comportamento ou alterações identificadas em consulta.” • “Quando o objetivo da consulta se prender apenas com avaliação analítica e/ou de dúvidas limitadas.” • “Lembrar os princípios de alimentação saudável.”
Meio: videochamada	<ul style="list-style-type: none"> • “Desde que com vídeo chamada.” • “Com imagem e não só telemóvel (quando possível a imagem) temos oportunidade de modernizar os serviços não devemos retroceder.”
Origem da marcação: por preferência do doente/incompatibilidades	<ul style="list-style-type: none"> • “Sempre que os utentes preferam este contacto ou quando não comparecem a consultas agendadas.” • “Nos utentes que manifestarem preferência.” • “Que preferam esta via de contacto com o médico de família.”
Público-alvo: em doentes controlados/com maior capacitação	<ul style="list-style-type: none"> • “A grande maioria dos casos (controlados, estáveis) podem ter uma consulta telefónica + 1 consulta presencial de enfermagem com eventual apoio médico. Necessidade de criar procedimento interno.” • “Esquema híbrido, com consultas presenciais e telefónicas.” • “No intervalo das consultas de vigilância regulares.” • “Salvaguardando a necessidade de avaliação em consulta presencial se assim se achar necessário.” • “Em articulação com outros meios apoio como e-mail ou teams.”
Situações úteis: pontuais	<ul style="list-style-type: none"> • “1 vez no ano.” • “Apenas no caso de pedir ou saber resultado de análises.” • “De forma pontual e em acompanhamento após uma consulta presencial.” • “Nos casos em que a deslocação seja difícil para o doente.”

Tabela 4 – Relatos exemplificando as Perspetivas Futuras.

RAZÕES PELAS QUAIS OS PROFISSIONAIS NÃO QUEREM MANTER A TELECONSULTA

Para os 49,1% dos inquiridos que não pretendem manter a teleconsulta, averiguaram-se as seguintes razões:

Dificuldade na gestão terapêutica

Relativamente a esta categoria, 13,2% dos inquiridos reforçaram que a não adesão a este tipo de consulta, se prende com o facto de ser um modelo viável apenas para um número reduzido de doentes. Assim, consideraram que o contacto presencial é o mais efetivo na revisão terapêutica e aquele que fornece melhores resultados.

Dificuldade na gestão de tempo

Face à gestão de tempo, 4,0% dos inquiridos referiram que a duração das chamadas das teleconsultas teve duração superior às consultas presenciais, principalmente devido a problemas de comunicação, falhas na transmissão de informação e alguns dos fatores referidos em instâncias anteriores.

Noção de resistência pelos doentes

No que concerne a noção de resistência pelos doentes, 18,9% dos inquiridos destacaram a pouca recetividade por parte dos doentes inscritos nas suas listas e o facto de estes doentes estarem habituados a uma rotina de vigilância/ensinos e proximidade que preferem manter presencialmente.

Dificuldades na comunicação/falta de literacia

Outras adversidades diagnosticadas através dos inquéritos prendem-se com dificuldades na comunicação/falta de literacia, realçadas por 26,4% dos inquiridos. Deste modo, os profissionais de saúde salientaram a má experiência e necessidade de duplicar os cuidados com doentes, bem como a dificuldade na comunicação com doentes não controlados.

Falta de proximidade/contacto com o doente e confiança

No que diz respeito à falta de proximidade/contacto com o doente e confiança, cerca de 17,0% dos profissionais de saúde referiram a preferência por manter as rotinas de vigilância, os ensinos, uma vez que consideram o contacto presencial imprescindível. Alguns inquiridos reforçaram que em causa pode estar a relação de confiança entre o médico e o doente, que só pode ser sustentada por via do contacto presencial.

Falta de exame objetivo/avaliação presencial e gestão de MCDTs

Na análise das razões pelas quais os inquiridos não pretendiam manter a teleconsulta, encontraram-se a ausência de exame objetivo e a avaliação presencial. Deste modo, para os inquiridos, a teleconsulta não substitui a avaliação presencial e apresenta-se como uma barreira, no sentido em que não possibilita a concretização de exame objetivo. Por outro lado, os inquiridos revelaram a dificuldade em coordenar MCDTs e a própria consulta. Estes aspetos foram identificados por 24,5% dos profissionais de saúde.

Categorias de Análise	Relatos
Dificuldade na gestão terapêutica	<ul style="list-style-type: none">• “Pelos dificuldades já descritas e o facto de ser aplicável apenas um número ínfimo de utentes.”• “O contacto presencial é quase sempre mais favorecedor de bons resultados terapêuticos.”• “A consulta presencial é mais efetiva na revisão terapêutica.”
Dificuldade na gestão de tempo	<ul style="list-style-type: none">• “Gestão de tempo.”• “Duração das chamadas superior à duração das consultas presenciais.”
Noção de resistência pelos doentes	<ul style="list-style-type: none">• “Por pouca recetividade por parte dos diabéticos da minha lista.”• “Dificuldade em coordenar MCDT e consulta.”• “Os doentes diabéticos estão habituados a uma rotina de vigilância, ensinamentos e proximidade que preferem manter.”
Dificuldades na comunicação/falta de literacia	<ul style="list-style-type: none">• “Dada a maioria dos utentes com diabetes mellitus tipo 2 pertencerem a população idosa, há maior dificuldade de estabelecer comunicação e portanto, promover a literacia.”• “Má experiência e necessidade de duplicar os cuidados com as pessoas com diabetes.”
Falta de proximidade/contacto com o doente e confiança	<ul style="list-style-type: none">• “Rotina de vigilância, ensinamentos e proximidade que preferem manter.”• “Importante para a relação de confiança o contacto presencial.”
Falta de exame objetivo/avaliação presencial e gestão de MCDTs	<ul style="list-style-type: none">• “Possibilidade de fazer o exame físico.”• “Presencial podemos fazer uma melhor avaliação do utente.”

Tabela 5 – Relatos exemplificando as razões para não manter a teleconsulta.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi o de avaliar qualitativamente a perspetiva dos profissionais de saúde relativamente ao seguimento telefónico de pessoas com DM tipo 2 após o impacto da pandemia de SARS-CoV-2. Neste sentido, foram identificadas as principais barreiras e oportunidades, bem como as motivações que levaram os profissionais de saúde a manter a preferência (ou não) por este método de consulta. Este estudo apresenta-se como uma abordagem pioneira referente à perspetiva dos profissionais de saúde portugueses, em relação a este tema.

Foram identificadas barreiras e dificuldades relacionadas com: consulta limitada, dificuldade na motivação para a adesão terapêutica, comunicação não-verbal comprometida, falta de literacia em saúde e preparação da consulta por parte dos doentes, dificuldades de compreensão, qualidade/veracidade das informações clínicas, exame objetivo/gestos terapêuticos pobres/inexistentes e empobrecimento da relação profissional-doente.

Consulta Limitada: foi referida a limitação ao nível da recolha de dados (antropométricos, glicémias e exame objetivo) imprescindíveis para o controlo e mapeamento da doença ⁽³¹⁾. Deste modo, a literatura aponta como barreira a ausência de exame objetivo completo e também o facto de ser limitada aos dados fornecidos pelos doentes, sujeitos aos equipamentos que estes possuem ⁽⁴⁾. Apresenta ainda limitações no que diz respeito à acessibilidade telefónica, condicionada pelas falhas nos dispositivos de comunicação ⁽¹¹⁾, o que, de acordo com a literatura, poderá traduzir-se em consequências graves, uma vez que pode ter implicações no tratamento do doente ⁽³²⁾.

Dificuldade na motivação para a adesão terapêutica: os profissionais de saúde revelaram que tem sido cada vez mais difícil motivar os doentes para os cuidados dietéticos e hábitos de atividade física, essenciais para o controlo da doença. A literatura a este respeito refere que muitos indivíduos têm falta de confiança e não conseguem dar importância efetiva à mudança de hábitos, para uma abordagem de controlo da patologia ⁽¹⁹⁾. Contudo, outros estudos mostram que os doentes podem beneficiar da teleconsulta e que esta poderá ser considerada um meio de apoio na motivação para a mudança de estilos de vida e para a adoção de hábitos saudáveis que lhes permitam melhorar a sua condição, possibilitando contactos mais frequentes com os utentes, ainda que possa haver um regime misto de consultas presenciais e telefónicas ⁽³²⁾. De acordo com os dados recolhidos neste estudo, há referência à dificuldade de ministrar o ensino da insulinoterapia; porém, a literatura refere que, com a telemedicina, através da monitorização contínua da glicémia, é possível ter acesso rápido e eficaz a alterações glicémicas, o que permite sugestões adaptadas a cada doente e a diminuição de urgências ⁽¹³⁾. Possivelmente, esta perceção por parte dos profissionais de saúde pode estar relacionada com o facto de não terem videoconsultas disponíveis, mas apenas teleconsultas sem vídeo para apoiar este tipo de ensinamentos.

Comunicação não-verbal comprometida: realça-se a diminuição do contacto físico resultante da situação pandémica, face aos sucessivos confinamentos a que os doentes foram sujeitos, os quais resultaram na privação da vigilância e do acesso aos cuidados de saúde ^(3,7,17). Apesar de os dados recolhidos pela amostra se reportarem sobretudo a fatores como a deturpação da comunicação e da relação profissional-doente, a literatura demonstra que, com o recurso à telemedicina e apesar do isolamento social, se abriu uma janela de oportunidades para um contacto mais efetivo e próximo ⁽⁴⁾. Há ainda estudos que revelam que o contacto físico e não-verbal facultado pela consulta presencial é indispensável, nomeadamente para exames ⁽¹⁵⁾. Destaca-se que as teleconsultas são feitas maioritariamente por chamada telefónica e que a linguagem não-verbal poderia melhorar por videoconsulta.

Falta de literacia e preparação da consulta por parte dos doentes: ressalva-se a ausência de capacidade de autoavaliação dos parâmetros objetivos, a falta de preparação por parte do doente e ainda a carência de preparação para a interpretação das mensagens transmitidas. A literatura reconhece a falta de literacia enquanto limitação e, como solução, a teleconsulta é apresentada como uma ferramenta para superar esta barreira ^(7,9). Assim, a resolução deste problema passaria por ajudar o doente através do fornecimento de informação, de forma a aumentar a literacia e empoderar e permitir uma melhoria na gestão da doença ^(19,32). Contudo, atendendo que a maioria da população é idosa, o que é preponderante no nosso estudo, esta solução seria apenas útil para a população ativa, uma vez que a população idosa tem dificuldades em aceder e interpretar estas informações ⁽¹⁸⁾. É de realçar que a falta de literacia é uma das maiores preocupações e barreiras apontadas na literatura e que não se resume às pessoas idosas e também se estende à população ativa e, por isso, com este modelo de consulta, propõe-se o aumento dos momentos de aprendizagem em tempo útil ⁽³⁰⁾. Relativamente à falta de preparação para a consulta, esta informação ainda não se encontra documentada na literatura e seria uma barreira a ultrapassar, capacitando e informando os doentes para o que devem ter preparado aquando de uma consulta telefónica.

Dificuldade de compreensão: destaca-se a dificuldade de os doentes compreenderem corretamente a informação que lhes é transmitida através da teleconsulta, nomeadamente devido a dificuldades na audição. Há ainda participantes que abordam a excessiva burocracia, o que é também referido pela literatura, a qual alude sobretudo aos problemas inerentes à proteção de dados e de acesso às plataformas de comunicação ⁽²⁶⁾. É relevante referir a limitação da teleconsulta devido à inexistência de linguagem corporal, o que gera entraves na compreensão dos doentes e que poderá ter consequências graves na gestão terapêutica do doente ⁽³²⁾.

Qualidade/veracidade das informações clínicas: realça-se a dificuldade na avaliação que o profissional tem de fazer ao doente com base em informações que podem não corresponder à verdade ou não terem sido recolhidas corretamente. A literatura refere que perante a ausência de exame objetivo, os dados recolhidos são aqueles que são transmitidos pelo doente e reduzidos aos equipamentos que possuem ^(4,7). Assim, a informação pode estar, muitas vezes, deturpada e dificultar o diagnóstico e evolução da doente, o que ainda não se encontra devidamente explorado pela literatura e seria foco interessante para futuros estudos.

Exame objetivo/gestos terapêuticos pobres/inexistentes: o exame objetivo, omissos na teleconsulta, é um dos principais elementos da consulta que permite avaliar corretamente os doentes para se proceder a uma correta orientação e prescrição. Na ausência desta componente, os profissionais ficam limitados a informações transmitidas pelos doentes, como é suportado pela literatura ^(9,17). A literatura afirma que, independentemente da situação pandémica, devem ser dadas ferramentas aos doentes que possam ser usadas para a gestão terapêutica individual (tanto de glicose, como de autocuidado) ⁽¹⁶⁾. Esta ausência é também sentida por alguns autores, os quais afirmam que pode deixar doentes num estado inseguro, devido à escassez de rotinas essenciais à gestão terapêutica (por exemplo, o controlo insuficiente da glicose tem potencial de causar complicações agudas) ⁽²²⁾.

Empobrecimento da relação profissional-doente: um dos maiores obstáculos da teleconsulta apontado é o empobrecimento da relação profissional-doente, o que pode levar à diminuição do sucesso terapêutico. Contudo, a literatura aponta que há profissionais e doentes satisfeitos com o impacto da teleconsulta, uma vez que esta não resulta necessariamente em empobrecimento e que, inclusivamente, pode permitir solidificar esta relação. Perante esta informação, o empobrecimento da relação profissional-doente, pode ser uma questão de índole cultural e variar de acordo com as representações de cada indivíduo, tendo em conta a sua origem geográfica ⁽¹¹⁾. Outros estudos revêm neste modelo de consulta uma forma de atendimento mais focada no doente ⁽³⁰⁾.

Dentro das oportunidades e desafios surgiram a diminuição dos riscos (associados à pandemia); aumento do empoderamento/literacia do doente; aumento do número de contactos, monitorização e adesão terapêutica e controlo; ausência de necessidade de deslocação; gestão de tempo de profissionais e utentes; facilidade e frequência de acesso.

Diminuição dos riscos (associados à pandemia): um dos benefícios da teleconsulta foi encontrado na diminuição dos riscos de contágio, resultantes das medidas a que os países recorreram para mitigar a transmissão do vírus ^(1,6,7). Assim, decorrente da situação pandémica, os doentes crónicos com acesso limitado aos CSP, puderam recorrer à teleconsulta para o acompanhamento na gestão terapêutica.

Aumento do empoderamento/literacia do doente: para os inquiridos, a teleconsulta trouxe consigo a oportunidade de o doente ter maior responsabilidade na gestão da sua terapêutica e aumentar o número de intervenções para a educação para a saúde. A literatura demonstra que a teleconsulta pode ser usada para empoderar os doentes e para aumentar o nível de literacia destes, através da transmissão de informação credível e de base científica que lhes permita uma maior compreensão da doença e ainda uma maior capacidade de gestão terapêutica ^(5,19,30,32).

Aumento do número de contactos, monitorização e adesão terapêutica e controlo: salienta-se o facto de a teleconsulta possibilitar ajustes frequentes em doentes e uma monitorização mais regular. Assim, com o recurso a controladores e a uma monitorização eficiente através de plataformas e instrumentos usados pela telemedicina, é possível um acesso célere e eficaz às alterações e atender as sugestões de adaptação a dosagens com base nos dados monitorizados, possibilitando um maior controlo da doença e a diminuição de urgências ⁽¹³⁾. Destaca-se ainda que a comunicação é mais fácil e rápida por chamada e que permite, por exemplo, o ajuste de doses sem recorrer a um profissional de saúde fisicamente e garantir o ajuste terapêutico imediato ^(4,30,32).

Ausência de necessidade de deslocação: realçou-se a comodidade, evitando deslocações aos CSP. Deste modo, a teleconsulta apresenta-se uma alternativa a esta ida presencial e aumenta o acesso aos cuidados de saúde ^(1,6).

Gestão de tempo e incompatibilidades: a teleconsulta permite uma melhor gestão de tempo ao nível do agendamento, bem como para rentabilizar recursos. Além do mais, oferece a possibilidade de diminuir as interrupções na vida dos doentes mais ativos, possibilitando ainda um acompanhamento mais personalizado ⁽³⁰⁾. Destaca-se ainda a prestação de cuidados mais flexível e adaptada ao estilo de vida do doente, substituindo compromissos presenciais protocolares rigidamente cronometrados ⁽²⁸⁾.

Facilidade e frequência de acesso: uma das oportunidades da teleconsulta consiste numa maior frequência de contacto com o doente, o que leva a que haja maior proximidade e um acompanhamento mais célere e regular e, conseqüentemente, um controlo mais eficaz da doença, o que também é comprovado pela literatura ^(4,8,11,13).

Entre o leque de perspetivas futuras para a teleconsulta, destacam-se as finalidades, o meio, a origem da marcação, público-alvo, esquema de seguimento e situações úteis.

Finalidades (esclarecimento de dúvidas): os inquiridos reforçaram que a teleconsulta poderá ser um recurso viável para o seguimento de AMG, entre outros parâmetros, sinais e sintomas, essenciais para a autovigilância e reavaliação de comportamentos que vão sendo identificados na consulta. Destaca-se que esta aproximação cria oportunidade de um contacto mais efetivo entre profissional-doente e que, inclusivamente, permite aumentar o esclarecimento de dúvidas e de consultas focadas na transmissão de dados importantes para a vigilância, o que se encontra documentado na literatura ^(4,32).

Meio (videochamada): a teleconsulta tem vindo a ser concretizada por chamada telefónica; porém, alguns profissionais de saúde afirmam que a viabilidade deste modelo de consulta é mais efetiva com recurso à videochamada, uma vez que permite ultrapassar algumas das barreiras que têm vindo a ser identificadas. A literatura reforça também a eficácia em avaliar doentes através da telemedicina com recurso aos dispositivos de vídeo ⁽¹⁸⁾.

Origem da marcação (por preferência do doente): relatou-se a intenção de manter a teleconsulta para os doentes que pretendam⁽¹²⁾. A literatura permite concluir que, com a teleconsulta, há a oportunidade de minimizar as interrupções na vida do doente, aumentando as oportunidades de envolvimento deste e ainda dos momentos de aprendizagem em tempo útil, adaptando-se às necessidades de cada indivíduo ⁽³⁰⁾. É relevante destacar a importância da medicina centrada no paciente, que faz com que este possa escolher a modalidade e forma da consulta a que pretende aceder, de acordo com as suas preferências, preocupações e expectativas.

Público-alvo: os dados recolhidos através do inquérito permitiram averiguar que a teleconsulta pode resultar em benefícios para os doentes controlados e com boas condições, uma vez que são doentes com poucas oscilações na terapêutica e cujo ajuste terapêutico é fácil ⁽¹³⁾.

Esquema de seguimento (em articulação com consulta presencial): os profissionais de saúde concluíram que, para a teleconsulta resultar em benefícios, terá de ser articulada com a consulta presencial. Assim, seria uma mais valia no intervalo de consultas presenciais. A literatura revela que nem todas as consultas devem ser por telefone ou videochamada, uma vez que o contacto presencial é imprescindível e, para o efeito, há ainda um estudo que revela a opção de consulta presencial em caso de insatisfação por parte do doente ou do profissional com a teleconsulta ^(11,15).

Situações úteis: pontuais: os dados recolhidos permitiram averiguar que a teleconsulta poderá ser uma ferramenta útil, embora nem todas as consultas devam ser concretizadas por telefone ou videochamada⁽¹⁵⁾. É importante realçar que ainda não há documentação suficiente relativamente a este aspeto, nem linhas orientadoras a este respeito.

Finalidades	<p>Esclarecimento de dúvidas ou vigilâncias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimento de AMG e autovigilância; • Avaliação a curto prazo de comportamentos; • Relembrar práticas e hábitos saudáveis.
Meio	<p>Videochamada sempre que possível</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para observação da comunicação não-verbal do doente.
Origem da marcação	<p>Por preferência do doente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situações em que a deslocação é impossível; • Manifesta preferência; • Comodidade do doente.
Público-alvo	<p>Em doentes controlados/ com maior capacitação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doentes empoderados e com boa literacia; • Doentes com controlo metabólico estabilizado.
Esquema de seguimento (em articulação com consulta presencial)	<p>Em articulação com consulta presencial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquema alternado adaptado e ajustado.
Situações úteis	<p>Casos pontuais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dúvidas; • Casos em que a deslocação seja difícil para o doente; • Pedir ou saber resultados de análises.

Tabela 6 – Quadro-resumo de indicações para a teleconsulta sugeridas pelos inquiridos.

Por fim, as razões pelas quais os profissionais de saúde não querem manter a teleconsulta são: dificuldade na gestão terapêutica; dificuldade na gestão de tempo; noção de resistência pelos doentes, dificuldades na comunicação/falta de literacia; falta de proximidade/contacto com o doente e confiança e falta de exame objetivo/avaliação presencial e gestão de MCDTs.

Dificuldade na gestão terapêutica: os resultados obtidos permitiram concluir que a teleconsulta levanta dificuldades na gestão terapêutica decorrentes da diminuição de acesso a recursos de saúde, nomeadamente MCDTs e avaliação presencial com um profissional ⁽¹¹⁾. A literatura, ainda que pouco conclusiva a este respeito, mostra que a gestão terapêutica remota pode ser mais eficaz e permitir um maior envolvimento do doente se os dispositivos necessários para tal forem combinados com uma interação personalizada entre o prestador de cuidados de saúde e o doente, num processo que permita atender as necessidades específicas deste ⁽³²⁾. Salieta-se que muitos doentes se sentem atraídos pela teleconsulta, sobretudo devido ao empoderamento que lhes é dado e capacidade de lidar com a gestão terapêutica. Deste modo, os estudos revelam que, apesar da redução da gestão terapêutica por parte dos profissionais, a teleconsulta faculta a capacitação do doente, nomeadamente através da monitorização e avaliação pessoal ⁽³⁰⁾.

Dificuldade na gestão de tempo: realça-se o facto de algumas teleconsultas terem duração superior às consultas presenciais, embora este aspeto não esteja documentado na literatura. Seria um assunto interessante para estudos futuros.

Noção de resistência pelos doentes: os profissionais de saúde apontaram a pouca adesão e recetividade a este modelo de consulta, o que ainda carece de atenção e investigação científica a este respeito, nomeadamente de auscultação dos pacientes.

Dificuldades na comunicação/falta de literacia: em situações em que o doente apresenta dificuldades de comunicação e existe falta de literacia, a teleconsulta poderá ser uma desvantagem. Em primeiro lugar, destacam-se problemas relacionados com a internet, por exemplo, falhas na rede, transmissão de vídeo e sistemas informáticos limitados que levam a falhas na comunicação ⁽¹¹⁾. Por outro lado, salienta-se não só a prevalência de uma população idosa incapaz de usar as tecnologias, como também interpretar a informação que lhes é transmitida ^(18,19). Deste modo, as dificuldades de comunicação e falta de literacia acabam por compor as principais barreiras e o que compromete a resistência de mudança para o modelo de teleconsulta ⁽³⁰⁾.

Falta de proximidade/contacto com o doente e confiança: os profissionais de saúde reforçaram a preferência em manter as rotinas de vigilância e os ensinamentos e que, para tal, o contacto presencial é imprescindível. Além destes fatores, a literatura alude à falta de confiança dos doentes nos cuidados individuais, o que vem solidificar a falta de proximidade/falta de contacto com o doente e confiança ^(15,19).

Falta de exame objetivo/avaliação presencial: a teleconsulta não substitui a avaliação presencial e carece da componente objetiva, isto é, do exame objetivo. Neste sentido, o diagnóstico e o acompanhamento da evolução da doença apresentam limitações ^(4,15,17).

PONTOS-FORTES E LIMITAÇÕES DO PRESENTE ESTUDO

Neste estudo, é importante realçar o facto de ser um projeto pioneiro, por permitir identificar necessidades e sobretudo por convidar a repensar e reformular no futuro as opções que têm sido tomadas em torno da teleconsulta, que se tornou uma constante no acompanhamento do doente com DM tipo 2, devido à pandemia de SARS-CoV-2. Além disso, procurou evidenciar as oportunidades no seguimento destes doentes, mas também as desvantagens que este modelo de consulta trouxe. Este estudo poderá ser importante no futuro ao aprimorar os protocolos de seguimento destes doentes, de modo a torná-los mais eficientes e com bons resultados para ambas as partes.

A amostra obtida foi desequilibrada ao nível do sexo, mas, uma vez que a população de profissionais de saúde é maioritariamente constituída por indivíduos do sexo feminino, será aproximada da população que pretende representar¹. No que diz respeito às idades dos participantes, a distribuição foi diversificada, porém, por outro lado, a amostra não foi inclusiva quanto ao tipo de profissional de saúde, atendendo que a maioria dos inquiridos eram médicos, o que contrastou com a quantidade de enfermeiros, nutricionistas e psicólogos – estes últimos acabaram por ficar excluídos porque não tinham concretizado, até ao momento, qualquer teleconsulta. Isto terá sido possivelmente representativo da experiência tida por estes grupos de profissionais no seguimento dos utentes com diabetes, ainda que possa ter havido dificuldade em chegar a todos os profissionais de forma homogénea. É importante referir que se apresenta como limitação a forma de divulgação por email, que pode ter chegado apenas a quem o usa mais frequente e agilmente. Relativamente às ARS onde exercem, houve uma percentagem reduzida de inquiridos relativos ao Algarve e de algumas ARS não chegaram respostas ao inquirido, o que poderá ter limitado a diversidade da amostra. Por estes motivos, em estudos posteriores, deve ser assegurada uma distribuição demográfica mais abrangente e que nos permita preencher estas lacunas.

De modo a garantir maior confiança e fiabilidade nos resultados analisados, a investigação seria mais afinada se a análise qualitativa dos dados fosse realizada por mais do que um investigador de forma independente.

Face aos resultados obtidos, conclui-se que, numa fase preliminar, as perguntas abertas foram uma vantagem, no sentido em que permitiram compreender, de forma mais abrangente, a problemática inerente ao que se pretendia estudar. Porém, para perceber a magnitude e a importância de cada fator em particular, será necessário colocar questões mais específicas e relativas e que foquem concretamente nos parâmetros a avaliar e peçam para os quantificar. Foi também perceptível a dificuldade de os participantes compreenderem aquilo que lhes estava a ser pedido e enquadrarem as suas respostas e, por isso, sugere-se a realização de inquiridos com explicação concreta e contextualização do que se pretende recolher, nomeadamente em metodologia de entrevista

¹ De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), há 289 médicas por cada 100.000 habitantes e 233 médicos para cada 100.000 habitantes – dados de 2018 ⁽³³⁾.

semiestruturada ou *focus group*. Com esta metodologia qualitativa, foi possível compreender e reunir informação face à situação atual, ainda pouco desenvolvida. Assim, através deste estudo qualitativo, propõe-se a concretização de novos estudos com uma panóplia de metodologias e até mesmo um plano de intervenção com foco nas oportunidades e desafios identificados pelos profissionais de saúde, mas também pelos doentes.

CONCLUSÃO

Este estudo forneceu dados indispensáveis sobre o impacto da pandemia de SARS-CoV-2, no seguimento das pessoas com DM tipo 2 na perspetiva dos profissionais de saúde, permitindo analisar as principais limitações da teleconsulta, tais como a parca acessibilidade telefónica do doente, o difícil ajuste a hábitos saudáveis, a ausência de literacia, a falta de exame objetivo e o empobrecimento da relação médico-doente. Contudo, apresentaram-se como vantagens a diminuição dos riscos (associados à pandemia), a ausência da necessidade de deslocação, a frequência da monitorização e gestão de tempo mais eficiente. Para o futuro, propõe-se recorrer à teleconsulta para o esclarecimento de dúvidas ou vigilância, por meio de videochamada e por preferência do doente. Deste modo, a solução apontada pelos profissionais passa por dirigir a teleconsulta a doentes controlados, em situações pontuais e em articulação com consulta presencial.

REFERÊNCIAS

1. Jendle J. The Use of eHealth for the Care of Patients With Diabetes in Connection to the COVID-19 Pandemic. *J Diabetes Sci Technol*. 2020;14(4):739–40.
2. WHO. Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 23]. Available from: www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019
3. Andrikopoulos S, Johnson G. The Australian response to the COVID-19 pandemic and diabetes - Lessons Learned. *Diabetes Res Clin Pract*. 2020;165:1–6.
4. Levy CJ, Levister CM, Shah NA. New Paradigms in Diabetes Management From the Epicenter. *J Diabetes Sci Technol*. 2020;14(4):750–1.
5. Melish JS. Covid-19 and Diabetes in Hawaii. *J Diabetes Sci Technol*. 2020;14(4):756–7.
6. Mankovsky B. Diabetes Care at the Times of Transition and COVID-19 Pandemics (Ukrainian Experience). *J Diabetes Sci Technol*. 2020;14(4):754–5.
7. Ahn DT. The COVID-19 Pandemic: A “Tech”-tonic Shift Toward Virtual Diabetes Care. *J Diabetes Sci Technol*. 2020;14(4):708–9.
8. Krisiunas E, Sibomana L. Benefits of Technology in the Age of COVID-19 and Diabetes..Mobile Phones From a Rwanda Perspective. *J Diabetes Sci Technol*. 2020;14(4):748–9.
9. 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.
10. Teles M, Sacchetta T, Matsumoto Y. COVID-19 Pandemic Triggers Telemedicine Regulation and Intensifies Diabetes Management Technology Adoption in Brazil. *J Diabetes Sci Technol*. 2020;14(4):797–8.
11. 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.
12. 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* [Internet]. 2020;166:1–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108316>
13. 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.
14. 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*. 2020;15:16–7.
15. Nørgaard K. Telemedicine Consultations and Diabetes Technology During COVID-19. *J Diabetes Sci Technol*. 2020;14(4):767–8.
16. Shearer D. COVID-19: The Underestimated Pandemic Impacting People With Diabetes. *J*

- Diabetes Sci Technol. 2020;14(4):778–9.
17. 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.
 18. Argento NB. A Pandemic Forces United States to Leap Forward. *J Diabetes Sci Technol.* 2020;14(4):710–1.
 19. Banerjee M, Chakraborty S, Pal R. Diabetes self-management amid COVID-19 pandemic. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev [Internet].* 2020;14(4):351–4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.013>
 20. Hussain A, Bhowmik B, do Vale Moreira NC. COVID-19 and diabetes: Knowledge in progress. *Diabetes Res Clin Pract [Internet].* 2020;162. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108142>
 21. 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 Clin Res Rev [Internet].* 2020;14(5):1583–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.07.051>
 22. Peric S, Stulnig TM. Diabetes and COVID-19: Disease—Management—People. *Wien Klin Wochenschr.* 2020;132(13–14):356–61.
 23. Gupta R, Ghosh A, Singh AK, Misra A. Clinical considerations for patients with diabetes in times of COVID-19 epidemic. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev [Internet].* 2020;14(3):211–2. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.03.002>
 24. Stuhr A, Furber S. What Diabetes Can Teach us About Dealing With COVID-19 and Could it Be a Catalyst for Change in Diabetes? *J Diabetes Sci Technol.* 2020;14(4):791–2.
 25. 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.
 26. Klonoff DC. Telemedicine for Diabetes After the COVID-19 Pandemic: We Can't Put the Toothpaste Back in the Tube or Turn Back the Clock. *J Diabetes Sci Technol.* 2020;14(4):741–2.
 27. Mohan V. COVID-19 and Diabetes—A View From India. *J Diabetes Sci Technol.* 2020;14(4):760–1.
 28. Wake DJ, Gibb FW, Kar P, Kennon B, Klonoff DC, Rayman G, et al. ENDOCRINOLOGY IN THE TIME OF COVID-19: Remodelling diabetes services and emerging innovation. *Eur J Endocrinol.* 2020;183(2):G67–77.
 29. Årsand E. The COVID-19 Pandemic Revealed the Importance and Shortcomings of Technologies for Diabetes Support. *J Diabetes Sci Technol.* 2020;14(4):712–3.
 30. 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.

31. Toft AD. Learning From COVID-19 and Looking to Technology Ahead. *J Diabetes Sci Technol*. 2020;14(4):801–2.
32. Tchero H, Kangambega P, Briatte C, Brunet-Houdard S, Retali GR, Rusch E. Clinical Effectiveness of Telemedicine in Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis of 42 Randomized Controlled Trials. *Telemed e-Health*. 2019;25(7):569–83.
33. INE. Portal do Instituto Nacional de Estatística [Internet]. INE. 2019 [cited 2021 Mar 29]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001673&contexto=bd&selTab=tab2

ANEXO 1



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

FRANCISCO DIOGO DE OLIVEIRA SIMÕES

***O SEGUIMENTO TELEFÓNICO DAS PESSOAS COM DIABETES: O
IMPACTO DA PANDEMIA SARS-COV-2***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob orientação científica de:

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO DE CARVALHO E SILVA CAETANO

PROFESSOR DOUTOR

O Seguimento Telefónico das Pessoas com Diabetes:

o Impacto da Pandemia SARS-CoV-2

Formulário de Questões

Questionário para Profissionais de Saúde

- Consentimento de Participação

Questões fechadas:

- Idade ___
- Sexo ___
- Profissão nos cuidados de saúde primários
 - Médico ___
 - Enfermeiro ___
 - Nutricionista ___
 - Psicólogo ___
- ARS onde exerce:
 - ARS Norte ___
 - ARS Centro ___
 - ARS Lisboa e Vale do Tejo ___
 - ARS Alentejo ___
 - ARS Algarve ___
 - DRS Açores ___
 - SRS Madeira ___
- Trabalha numa zona predominantemente: rural ou urbana? _____
- Atualmente, quantas consultas semanais presenciais faz, em média, a pessoas com diabetes tipo 2? ____
- E telefónicas? (responda com algarismos) ____
- Antes da pandemia, já fazia consultas telefónicas a pessoas com diabetes mellitus tipo 2? ____
- Se SIM, quantas, em média, por mês?

Questões abertas:

- Na sua opinião, quais são as principais dificuldades e barreiras que sente na consulta telefónica no âmbito da pessoa com diabetes tipo 2?

- Na sua opinião, quais são as principais oportunidades e benefícios que vê na consulta telefónica na gestão da pessoa com diabetes tipo 2?

- Após a pandemia, pensa manter o número depois da pandemia consultas telefónicas a pessoas com diabetes mellitus tipo 2?

- Se Sim, em que casos/condições e de que forma?

- Se NÃO, por que razão?

Link do Formulário: <https://forms.gle/C8ANTQCYxiYxxuc3A>