



Telemedicina

Fevereiro 2015



Grupo de Trabalho de
Telemedicina



SPMS^{EPE}
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

Editorial

Portugal conta há vários anos com a utilização da ferramenta de Telemedicina (teleconsultas e telemonitorização). A Telemedicina tem inúmeras vantagens, nomeadamente a “redução” das distâncias entre os serviços de saúde e os utentes, evitar deslocações desnecessárias aos serviços de saúde, maior rapidez de resposta em algumas especialidades e maior apoio àqueles que trabalham e vivem em áreas mais distantes. Esta ferramenta permite a observação, diagnóstico, tratamento e monitorização do utente da sua área de residência, trabalho ou inclusive na própria habitação.

O Grupo de Trabalho de Telemedicina (GTT) integra a Comissão de Acompanhamento da Informação Clínica (CAIC) e conta já com 2 anos de atividade. 3 anos intensos de muito trabalho e dedicação, cujo esforço e empenho são direcionados para descentralizar e democratizar os cuidados de saúde.

Com a publicação dos despachos n.º 3571/2013 e 8445/2014 do gabinete de Sua Exa. Sr. Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde foi reforçada a importância da Telemedicina para a tutela e conseqüentemente para todo o SNS.

A Telemedicina está assente em 4 pilares: Legislação/Institucionalização, Telemonitorização no Domicílio, Rastreio/Triagem de várias especialidades e Teleconsultas, o nosso objetivo é conseguir colocar ao dispor do utente a telemedicina, que além de poupar tempo, ajuda o profissional a desempenhar melhor as suas funções evitando assim a repetição de exames e conseqüentemente desperdício dos recursos do SNS, bem como continuar a melhorar a qualidade e o acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde, quer ao nível da organização, quer ao nível

da prestação.

Das inúmeras experiências de âmbito regional, ficou provado que em Portugal a utilidade desta forma de tecnologias de Saúde em linha (e -Saúde), como uma ferramenta inovadora que permite a política de proximidade entre profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde e utentes que os recebem.

Tenho a convicção que a Telemedicina é uma das soluções mais sustentáveis, a curto e médio prazo, para garantir com menor financiamento, uma melhor vigilância dos utentes do SNS, ajudando a melhorar os indicadores de saúde, em Portugal e a contribuir para uma melhor eficiência e eficácia do Serviço Nacional de Saúde.

Este novo paradigma surge como uma oportunidade de promoção da mudança cultural, quer a nível dos profissionais de saúde, quer dos utentes.

Este é um processo dinâmico que carece do envolvimento de todos os profissionais do SNS de forma a garantir uma maior e melhor prestação de cuidados de saúde rentabilizando meios, agilizando cuidados, evitando assim redundâncias e desperdícios.

Luís Gonçalves

Coordenador do Grupo de Trabalho de Telemedicina



Constituição do GTT

Henrique Martins Presidente do Conselho de Administração da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;

Luís Gonçalves Coordenador do Grupo de Trabalho de Telemedicina e representante da ARS-Alentejo;

Carlos Ribeiro Representante da ARS-Norte;

Fernando Gomes da Costa Representante da ARS-Centro;

Miguel Castelo Branco Representante da ARS-Centro;

Paulo Pinto Representante da ARS-LVT;

Luís Mota Capitão Representante da ARS-LVT;

Fernando Miranda Representante da ARS Alentejo;

António Pina Representante da ARS-Algarve;

Rui Gomes Diretor de Sistemas Informação da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;

Adelaide Belo Representante da Administração Central do Sistema de Saúde;

Ricardo Mestre Representante da Administração Central do Sistema de Saúde;

Ana Raquel Santos Representante da SaúdeAçor;

Manuela Rosado Secretariado do Grupo de Trabalho de Telemedicina
(ARS-Alentejo)

Objetivos

- 1 Estabelecer ações prioritárias de forma a implementar e monitorizar a Rede de Telemedicina no Sistema Nacional de Saúde (SNS);
- 2 Permitir igual acesso a todos os profissionais, disponibilizando ferramentas adequadas para a realização de teleconsultas e telerastreios (WEBCAMS);
- 3 Aumentar a acessibilidade, melhorar a equidade e promover o acesso de um maior número de pessoas a melhores cuidados de saúde;
- 4 Reforço da estratégia de implementação da rede de Telemedicina.

4 PILARES GTT

O Grupo de Trabalho, tem vindo a desenvolver a telemedicina para descentralizar e democratizar os cuidados de saúde, assente em 4 pilares:

Legislação/institucionalização

Despachos - Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Normas de Orientação Clínica - Direção Geral de Saúde.

Telemonitorização no Domicílio

DPOC

Rastreio/Triagem de várias especialidades v.g. teledermatológico

Teleconsultas

PDS-LIVE



Grupo de Trabalho de Telemedicina
Pensamos na sua saúde e conforto

I Encontro Grupo de Trabalho de Telemedicina

O Grupo de Trabalho de Telemedicina (GTT), pertencente à Comissão de Acompanhamento de Informatização Clínica gerida pela SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, realizou no dia 20 de Junho de 2014, em Lisboa (auditório do Infarmed), o I Encontro de Telemedicina do Serviço Nacional de Saúde, que assinala dois anos de funcionamento do GTT.

Na abertura do evento, o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Dr. Fernando Costa Leal, realçou o trabalho desenvolvido no último ano e anunciou a publicação de um novo despacho, que irá estipular as diretivas necessárias à implementação de uma rede de telemedicina no SNS, de forma a aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde e a rentabilizar a capacidade já instalada.

Durante os últimos meses, o GTT desenvolveu diversos projetos-piloto em diferentes zonas do país, com resultados positivos nas diferentes áreas da telemedicina.

I ENCONTRO DE TELEMEDICINA DO SNS

20. JUNHO.2014 AUDITÓRIO INFARMED
PARQUE DE SAÚDE DE LISBOA - AV. DO BRASIL, 53

PROGRAMA

MANHÃ

- 09:30 SESSÃO DE ABERTURA**
SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DO MINISTRO DA SAÚDE
DR. FERNANDO LEAL DA COSTA
- 09:45 ATIVIDADES DO GTT**
DR. LUÍS GONÇALVES (COORDENADOR DO GTT)
- 10:15 TELEMONITORIZAÇÃO – DPOC – 1ª FASE**
DR. RUI NEVEDA (ULSAM)
- 10:40 OUTROS PROJETOS DE TELEMONITORIZAÇÃO**
PROF. DOUTOR MIGUEL CASTELO-BRANCO (CHC BEIRA – GTT)
- 11:00 COFFEE BREAK**
- 11:20 PROCESSO RASTREIO DA RETINOPATIA DIABÉTICA**
DR. FERNANDO TAVARES (ARS NORTE)
- 11:45 JANELA ABERTA À FAMÍLIA**
DR. ANTÓNIO PINA (ARS ALGARVE)
- 12:10 CTH – TELEDERMATOLOGIA – IMPACTO NAS LISTAS DE ESPERA DE DERMATOLOGIA**
DRA. ADELAIDE BELO (UCCTH/ACSS)
- 12:35 ALMOÇO**

TARDE

- 13:45 PALESTRA**
"TRENDS AND REALITIES ON TELEMEDICINE" DON EUGENE DETMER
- 14:25 PALESTRA**
A EXPERIÊNCIA DO HP-CHUC EM TELEMEDICINA, À EXCELÊNCIA DO FUTURO* - DR. EDUARDO CASTELA - PRESIDENTE APT
- 14:50 MESA REDONDA – RASTREIO/TRIAGEM TELEDERMATOLÓGICA**
DR. CARLOS RIBEIRO (ARS NORTE - GTT)
DR. VIRGÍLIO COSTA (HOSPITAL S. JOÃO DO PORTO)
DR. MARCELINO SILVA (ULSN)
DR. FERNANDO GOMES DA COSTA (ARS CENTRO E GTT)
DR. PAULO PINTO (ARSLVT E GTT)
DRA. ADELAIDE BELO (UCCTH E GTT)
- 15:45 PDS – LIVE**
ENG. DIOGO REIS (SPMS – GTT)
ENG. PAULO SÁ (SPMS – GTT)
- 16:05 NORMA TELEDERMATOLÓGICA**
DRA. FILIPA SABINO (DGS)
- 16:15 SYSTEM'S INTEGRATOR**
PROF. HENRIQUE MARTINS - PRESIDENTE CA SPMS
- 16:45 ENCERRAMENTO**

Telemonitorização DPOC

No âmbito da Telemonitorização DPOC ao domicílio, o projeto piloto integra 5 hospitais durante um ano e um total de 75 utentes (15 por unidade de saúde).

Participam neste piloto, a ULS (Unidade Local de Saúde) do Alto Minho - Hospital de Viana do Castelo - Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, Centro Hospitalar (CH) Universitário de Coimbra (UC) - Hospitais da Universidade de Coimbra - ARS Centro, CH Cova da Beira - Hospital Pêro da Covilhã - ARS Centro, ULS do Norte Alentejano - Hospitais de Portalegre e Elvas - ARS Alentejo e CH do Algarve - Hospital de Faro e Hospital de Portimão - ARS Algarve.

Benefícios Esperados:

1. Elevar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos, fazendo com se sintam acompanhados de forma contínua no seu domicílio;
2. Reduzir pelo menos 2 Internamentos Anuais;
3. Reduzir 3 Episódios de exacerbação com recurso aos serviços de urgência;
4. Reduzir 2 Consultas Externas por Ano;
5. Seguir de forma proactiva e contínua as flutuações das condições de saúde de cada utente, permitindo uma reacção atempada que responda o melhor possível ao agravamento da doença.



5 Hospitais



75 Utes

Outros Projetos de Telemonitorização no Domicílio em preparação:

- Insuficiência Cardíaca e Status Pós enfarte do Miocárdio (CHUC, Polo 2)
- Doentes Multicrónicos (CH Cova da Beira)

Rastreio / Triagem dermatológica

Em funcionamento:

- Centro Hospitalar do Porto
Hospital de Santo António/ ACES
(Agrupamento de Centros de Saúde)/ULS
Nordeste

Sabia que no passado, um utente da Unidade Local Saúde do Nordeste aguardava, em média, 111 dias (em relação ao Hospital de Santo António, em comparação com o Hospital de Vila Real, que é um Hospital de referência a espera é superior a 2 anos) para que o seu caso clínico fosse observado por um especialista?

Durante o piloto do telerastreio dermatológico o tempo de espera diminuiu para menos de um dia.

Em fase de implementação

CH Universitário de Coimbra

HUC/ ACES Baixo Mondego e
ACES Pinhal Interior Norte
Hospital de Aveiro e ACES relacionados
Hospital de Leiria e ACES relacionados
Hospital de Viseu e ACES relacionados
Hospital da Guarda e ACES relacionados
Hospital Cova da Beira e ACES relacionados
Hospital de Castelo Branco e ACES relacionados

IPO Lisboa

ACES Médio Tejo e ACES Lezíria
ACES do Barlavento Algarvio

CHLO Lisboa

ACES do Sotavento Algarvio

ULS Alto Minho

ACES ULS Alto Minho

Centro Hospitalar de Setúbal

ACES ULS Litoral Alentejano
ACES da Arrábida

Na **ARS Norte**, o projeto de rastreio/triagem dermatológica, iniciado em novembro de 2013, envolve 20 unidades de cuidados de saúde primários, a ULS do Nordeste e o Centro Hospitalar do Porto (Hospital de Santo António).

Desde 1 de julho, na região norte, o programa de telerastreio dermatológico integra mais 60 Unidade de Cuidados de Saúde Primário (UCSP) com ligação ao Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia /Espinho. Desde a mesma data, 14 unidades do ACES de Matosinhos irão colaborar com a especialidade de dermatologia do Hospital Pedro Hispano.

Na **ARS Centro**, a experiência de telerastreio tem permitido contornar as dificuldades encontradas. Nesta altura já foram efetuados os 12 primeiros rastreios-teste em parceria com o CHUC. Em Julho foram integradas no projeto, 7 unidades de saúde dos ACES Baixo Mondego e, posteriormente, associaram-se ao projeto, o Centro Hospitalar de Castelo Branco, a ULS Guarda, os ACES da Cova da Beira e o ACES Dão em relação com o Hospital de Viseu.

FASE DE
IMPLEMENTAÇÃO

Na **ARS Alentejo**, o projeto-piloto de telerastreio dermatológico conta com a participação ativa da ULS do Litoral Alentejano com a parceria de um Hospital e 5 Centros de Saúde.

O projeto está também a ser implementado na **ARS Algarve**, com entrada em funcionamento nos seguintes ACES:

Sotavento - Vila Real de Sto. António, Castro Marim e Tavira, ACES Central - Olhão, Faro; Loulé, Albufeira, Quarteira, São Brás de Alportel

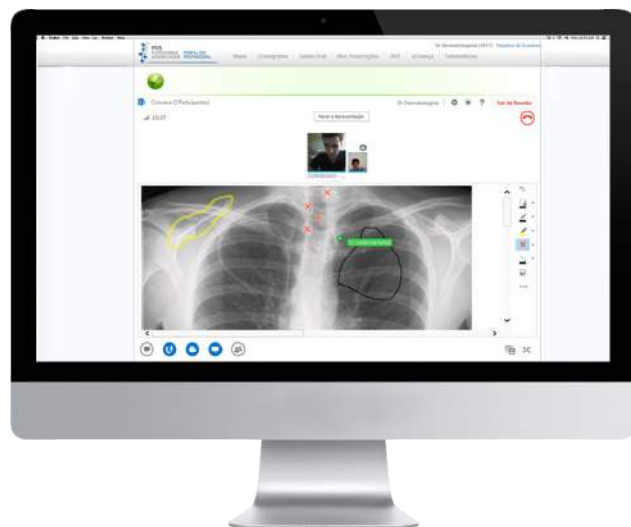
Barlavento - Portimão, Lagos, Monchique, o Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar do Algarve e ainda os polos de Faro e Portimão e o IPO de Lisboa e o CHLO de Lisboa.

O GTT está ainda a preparar o Rastreio/Triagem noutras especialidades: Angiologia/Cirurgia Vasculuar (Hosp. De Santa Marta de Lisboa – GTT), neurologia (ARS-Alentejo) e oftalmologia (ARS-Norte). Estes Rastreios/Triagem de outras especialidades aguardam pelo desenvolvimento da nova aplicação informática Consulta a Tempo e Horas/Plataforma de Dados da Saúde (CTH/PDS).



O que é a PDS Live?

A Plataforma de Dados da Saúde LIVE (PDS-LIVE) é um aplicativo, que funciona diretamente a partir da Plataforma de Dados da Saúde (PDS), e permite a ligação por telemedicina entre qualquer plataforma com as devidas credenciações, podendo por isso efetuar-se tele-consultas entre qualquer computador integrado na Rede Informática da Saúde (RIS), e futuramente também na rede da Internet normal, através da PDS - Portal do Utente, a partir de qualquer computador, tablet ou smartphone.



Este aplicativo permite uma videoconferência entre dois ou mais intervenientes de forma interativa, com possibilidade, em tempo real, de preenchimento cooperativo de documentos, anotações sobre imagens, transmissão de ficheiros, sons, vídeos, relatórios, e imagens de qualquer "device" (ecg, ecógrafo, espirómetro, estetoscópio eletrónico, etc.) que se possa ligar por Bluetooth, wi-fi ou USB.

Desta forma, poder-se-ão fazer ligações ponto a ponto sempre que necessário, não só entre profissionais como, inclusive, numa fase subsequente, entre profissionais de saúde e utentes no seu domicílio (via Portal do Utente).

Uma vez que a aplicação informática será instalada remotamente pela SPMS nos postos de trabalho, a utilização da PDS Live não carece de equipamento especial, como acontecia até aqui, e os custos adicionais serão apenas a colocação de uma câmara de vídeo com capacidade de auto-focagem, segundo as características definidas pela SPMS, mas cujo preço fica bastante abaixo dos 100€.

Fica assim ao dispor dos profissionais de saúde uma ferramenta extremamente versátil, acessível em permanência e de simples utilização.

Como é lógico e desejável, e não descartando o apoio da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE e do GTT, competirá às diversas instituições de saúde, em função das realidades locais, avaliar, desenvolver e definir as diversas utilizações e novas formas de articulação que este tipo de comunicação permitirá, desde consultas em tempo real programadas ou "ad-hoc", em tempo diferido, para os serviços de urgência, hospital/hospital, hospital/centro de saúde, tele-formação, discussão clínica, etc.

Teleconsultas

Apresentação do novo aplicativo informático – PDS LIVE decorreu durante o I Encontro de Telemedicina do SNS. Este projeto, que começou a ser desenvolvido há cerca de 1 ano pela SPMS, tendo já sido testado nos Hospitais de Viseu, Covilhã e Centro de Saúde Viseu.

Futuras Demonstrações:

- ARS-Norte - ULSAM e Centros de Saúde da Unidade
- ARS-Centro - CHUC e Centro de Saúde de Cantanhede
- ARS-LVT - IPO-Lisboa com Centros de Saúde do Médio Tejo
 - Hospital de Setúbal com Centros de Saúde da Arrábida
- ARS-Alentejo - Hospital do Litoral Alentejano, com Centros de Saúde da Unidade
 - Hospital de Évora com Centro de Saúde de Moura
- ARS-Algarve - Hospital de Faro e Vila Real de Sto. António.

A PDS Live é uma nova ferramenta, integrada na Plataforma de Dados da Saúde (PDS), que permite a realização de teleconsultas de forma rápida e segura, não só entre profissionais do SNS, como entre médico e utente e, no futuro, com profissionais privados.

Vantagens da PDS live:

- Mobilidade total
- Em todos os postos de trabalho
- Todos os profissionais
- Todos os utentes
- Multiplataforma / Multidispositivo
- Multiutilizador
- Independência de fornecedores
- Sem custos externos de manutenção

A apresentação do protótipo da PDS Live decorreu em Setembro de 2013 e o primeiro piloto do projeto foi concluído com êxito, com o envolvimento da ULS Matosinhos e do Centro de Saúde de Cantanhede.

A PDS LIVE será integrada na rede de teleconsulta, com implementação faseada em todo o país.



Grupo de Trabalho de Telemedicina

Teleconsultas de forma rápida e segura



Entrevista Luís Gonçalves



Luís Gonçalves

Coordenador do Grupo de Trabalho de Telemedicina

“um ato de telemedicina pode ser solicitado no Algarve e realizado no Minho e vice-versa”

Entrevista conduzida por Fernando Barbosa | Jornalismo por Cátia Vilaça

Luís Gonçalves, coordenador do Grupo de Trabalho de Telemedicina (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde), explica, nesta entrevista, o trabalho que o grupo tem vindo a desenvolver para descentralizar e democratizar os cuidados de saúde, assente em quatro pilares: Legislação/Institucionalização, Telemonitorização no Domicílio, Rastreamento/Triagem de várias especialidades e Teleconsultas

Tecnohospital (TH): O interesse pela telemedicina surgiu em Évora [onde Luís Gonçalves exerceu Medicina] ou já era anterior?

Luís Gonçalves (LG): Surgiu em Évora, por causa das características da população. A idade, a dificuldade de transporte e a pobreza dos cidadãos fizeram-me pensar que necessitavam de uma acessibilidade mais facilitada, e não podiam ser discriminadas por esses fatores. Havia, portanto, a obrigação de lhes ser proporcionado um serviço, através de uma ferramenta que impedisse que esta população fosse tão discriminada na acessibilidade aos cuidados de saúde. Um cidadão do Alentejo pode ter um centro de saúde relativamente perto mas só tem hospitais em Évora, em Beja ou em Portalegre, ou um mais pequeno em Elvas. Necessita, portanto, de ter dinheiro para os transportes ou ir acompanhado por um familiar. Achei, portanto, que a telemedicina seria um instrumento que lhes poderia facilitar a vida.

TH: Num artigo, explicou a criação deste grupo de trabalho, que funcionava a nível do Alentejo, o Telemed Alentejo 2004. Como foi constituído esse grupo?

LG: Antes de eu chegar ao Alentejo, o Engenheiro Fernando Miranda [um dos impulsionadores do projeto], viu como funcionava a telemedicina no Canadá. Transmitiu a ideia à Dr.ª Rosa Matos (na altura vogal e depois Presidente da ARS Alentejo), que comprou algumas plataformas de telemedicina para distribuir pela região, mas faltava a organização. Eu fui, portanto, chamado para organizar um projeto já existente. O conceito principal era por os hospitais da região em primeiro plano a responder, em diversas especialidades, aos cuidados primários. Acabámos por ter plataformas em 25 dos 52 centros de saúde do Alentejo.

TH: Qual tem sido a evolução desse programa?

LG: Houve evolução quantitativa e qualitativa. Introduziu-se a teleformação, que funciona através de um router que permite fazer videoconferências ponto-multiponto. Uma conferência feita a partir da ARS Alentejo pode ser emitida para 10 locais ao mesmo tempo, em todo o Alentejo. É algo inovador, já praticado há seis anos. Já formámos mais de 600 pessoas evitando deslocações.

TH: Quais os problemas que persistem ainda na área da telemedicina e o que pretende este grupo de trabalho?

LG: O encargo do grupo de trabalho era implementar a telemedicina em Portugal, portanto nós formámos o grupo com a preocupação de a sua constituição englobar as instituições que dirigem a Saúde. Uma das razões, na minha opinião, pelas quais falharam quase todas as experiências anteriores da telemedicina foi a falta de institucionalização. Era sempre na base do "porreirismo" e da "carolice". O grupo é composto por Carlos Ribeiro, informático da ARS Norte. Na ARS Centro há duas pessoas: Fernando Gomes da Costa, Médico de Família em Cantanhede, e o presidente do

Conselho de Administração do Hospital da Cova da Beira, Professor Miguel Castelo-Branco. Na ARS de Lisboa e Vale do Tejo temos um informático, Paulo Pinto, e um médico especialista em cirurgia vascular, Luís Mota Capitão. Em representação da ARS Alentejo estou eu e pela ARS Algarve há um médico de Saúde Pública, António Pina. Este é o núcleo central, mas depois temos mais quatro elementos adjacentes. Dois deles fazem parte dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), Diogo Reis, diretor dos serviços de informação e Eugénia Duarte, diretora de compras. Há também duas pessoas da ACSS: Adelaide Belo, responsável pela Consulta a Tempo e Horas (CTH) e Ricardo Mestre, responsável pelas contratualizações. O grupo reúne uma vez por mês, sensivelmente. Leva propostas, e essas propostas são transmitidas por mim ao Prof. Henrique Martins [presidente dos SPMS], que nos tem apoiado bastante. Nós procuramos descentralizar e fazer com que os membros de cada região dialoguem com as pessoas. Sendo um grupo nacional, procuramos utilizar as estruturas regionais para o tornar mais funcional.

TH: O vosso grupo presta consultoria ou aconselhamento ou tem alguma posição tutelar em relação aos serviços onde há equipamentos de telemedicina?

LG: Nós somos um Grupo de Trabalho, agora integrado na Comissão de Acompanhamento da Informação Clínica (CAIC), que também pertence aos SPMS. O nosso encargo foi implementar um sistema de telemedicina em Portugal. Para isso, o grupo não depende de ninguém, apenas deve respeito hierárquico ao Prof. Henrique Martins.

O primeiro pilar do projeto foi a institucionalização, através da formação do grupo e da legislação. Houve legislação a sair em 2012 por causa do financiamento. Todos os atos de telemedicina são majorados em 10 por cento em relação às consultas presenciais. O ano passado saiu outro Despacho, que é uma espécie de plano de ação do grupo. Há três semanas, saiu novo Despacho, que contempla algo essencial: estabelece uma referência nacional para a telemedicina. Significa isto que não pode haver fronteiras entre ARS, ou seja, um ato de telemedicina pode ser solicitado no Algarve e realizado no Minho e vice-versa.

Saíram, também, umas normas de orientação no âmbito da Direção-Geral de Saúde para um dos outros pilares, que é o rastreio teledermatológico. Trata-se de uma norma que explica de que forma o processo deve ser conduzido – como se fotografa, como se enviam as imagens, quem as vê, como dá resposta e o procedimento a seguir.

O segundo pilar é o da telemonitorização no domicílio. No nosso entendimento, a rede de saúde portuguesa, nomeadamente nos cuidados hospitalares, está preparada para tratar agudos, não está preparada para tratar crónicos. Ora, cada vez mais as doenças, devido aos avanços da ciência, são crónicas, incluindo o cancro. Há, portanto, que mudar o paradigma, até porque

Entrevista Luís Gonçalves

entrevista

este modelo de serviço, da forma como é prestado, é insustentável em termos financeiros, portanto tem de se encontrar alternativas em que o cidadão não saia prejudicado, mas que possibilitem fazer as coisas com menos dispêndio. Começámos com um projeto-piloto que abrangeu a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), uma doença muito incapacitante. Começámos por um grupo de 75 doentes de cinco hospitais e um programa anual com um valor total de 160 mil euros. A verba foi disponibilizada pela ACSS aos hospitais. Os cinco hospitais são o de Viana do Castelo, o CHUC, o CHCB, o de Elvas-Portalegre e o do Algarve. A ideia é que esses doentes tenham uma série de utensílios médicos, como um medidor de tensão, um medidor de pulso, de saturação de oxigénio, uma balança, etc. Os doentes são depois instruídos a colher os valores e a enviá-los através de um meio informático, para que cheguem aos serviços de pneumologia do hospital de que dependem. Antes, é-lhes dada formação e acompanhamento. A experiência já leva 5 meses e está a correr muito bem em todos os lados. Apenas no Algarve há um atraso por razões burocráticas. O sistema tem uns alarmes e quando há um valor acima dos parâmetros estabelecidos, o alarme dispara. Do outro lado, o profissional de saúde pega num equipamento de telefone com modo Skype e faz uma videoconferência para ver o que se passa. Aí, averigua se se trata de algo que pode ser resolvido com um acerto de medicação ou qualquer outra manobra, ou então diz ao doente para vir ao serviço de urgência e seguir a via normal. O que se pretende com isto é que os doentes se sintam mais acompanhados. A parte psicológica é extremamente importante e isso já está provado porque os valores alteram-se consoante esse acompanhamento é feito. A intenção é que os doentes, mesmo quando tenham de ir ao hospital, vão em condições menos graves do que se esperassem por uma consulta. Outra intenção é evitar os reinternamentos, tanto quanto possível.

Em seguida, vamos analisar a avaliação a este projeto, tentar prolongá-lo, porque como houve atrasos queríamos prolongar a experiência com os mesmos doentes. Vamos, também, tentar expandir para outros doentes e envolver os cuidados primários. Pretende-se fazer uma telemonitorização da insuficiência cardíaca, cujo roteiro está a ser preparado pelo Prof. Lino Gonçalves. Queremos intervir ao nível dos cuidados continuados nos lares de terceira idade e nos cuidados paliativos a doentes oncológicos terminais, para serem assistidos com estes e outros parâmetros. A telemedicina será o paradigma a curto prazo. É preciso não esquecer que, em 2050, 45 por cento dos portugueses terão mais de 65 anos. As pessoas vivem mais (não sei se melhor) e portanto têm de receber os devidos cuidados. Não é andar a correr para os hospitais mas serem acompanhadas, sempre que possível, nos seus locais.

TH: Quem assegura a assistência técnica aos equipamentos?

LG: Nós conseguimos, a título excecional, e dado tratar-se de um projeto-piloto, que não houvesse concurso. Não tínhamos, no grupo, qualquer experiência nisto, até porque nunca tinha sido feito em Portugal. Como avaliar as empresas se não as conhecíamos? O grupo elaborou um caderno de encargos e fez-se uma seleção das empresas, sendo três portuguesas e duas estrangeiras, e foi colocada uma em cada hospital. Agora estamos a ver, na avaliação, quais são as diferenças e quais são os resultados. São essas empresas que dão assistência técnica e vão aos locais. Os cinco técnicos têm sido fantásticos e os doentes estão extremamente gratos porque sentiram que a sua vida, dentro da infelicidade que têm, melhorou. Não estávamos à espera disto, não sabíamos o que ia aparecer.

O aplicativo informático é idêntico em duas das empresas, enquanto no caso de Coimbra é usado um aplicativo próprio. São todos sistemas diferentes. Uns funcionam com iPad, outros com telemóvel,

outros com sistema próprio. Temos de ver, no fim da avaliação, qual o que tem mais fiabilidade, além de avaliarmos o trabalho das empresas.

TH: E cada um desses sistemas só funciona na região a que está alocado ou são compatíveis uns com os outros?

LG: Funcionam naquela região, para aquele grupo. Neste momento o projeto ainda não está numa fase nacional, isso será para o futuro. Provavelmente, quando as coisas estiverem a andar a outra velocidade, será necessário um concurso público. Provavelmente faremos um caderno de encargos uniforme.

TH: Na estratégia do programa é mencionado também o rastreio/triagem a várias doenças.

LG: O rastreio/triagem é o terceiro pilar, e começámos pela Dermatologia. Um dos grandes dramas do país são as listas de espera. No Algarve, por exemplo, há cinco mil cidadãos a aguardar uma consulta. A ideia foi aproveitar uma facilidade existente num programa informático entretanto descontinuado que permitia fazer esse tipo de consultas acompanhadas de fotografias. Com base nisso, pensámos em fazer com que os centros de saúde e os Médicos de Família pedissem as consultas por esta via, isto é, com uma pequena história padronizada e juntando fotografias. Entretanto, o sistema foi descontinuado, o que nos trouxe grandes problemas. Neste momento, está a ser construído um sistema novo que já nos permite introduzir o que pretendemos. Começámos, então, esse rastreio, que na verdade é uma triagem. A primeira especialidade foi a Dermatologia, por ser uma das especialidades com uma das maiores listas de espera e por viver muito de imagens. Apesar disso, Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Ortopedia têm listas ainda mais extensas. Começámos pelo nordeste transmontano, onde as pessoas, para terem uma consulta de Dermatologia, ou pagam aos privados ou tentam ter uma consulta num hospital

de referência, que é o de Vila Real, e cuja lista de espera é de 563 dias. Alguns iam até Espanha, que é mais acessível.

O dermatologista Virgílio Costa, do Hospital de Santo António, dispôs-se a ficar encarregue da triagem. Montou-se este sistema a partir dos 14 centros de saúde do nordeste transmontano. Enviaram-se os pedidos de consulta para a CTH, juntamente com fotografias e histórico, que depois seguem para a pessoa responsável pela triagem, que faz o seu diagnóstico, dá a sua prescrição e envia de volta por correio eletrónico para quem a pediu. Quando há uma questão cirúrgica, que acontece muito em Dermatologia, o doente é logo inscrito no Hospital de Santo António e a lista de espera é de 3 semanas. Quando é um caso mais simples de resolver, o procedimento é feito pelos cirurgiões gerais dos hospitais do distrito de Bragança. Isto faz com que o tempo de resposta por este sistema seja, neste momento, de dois dias, e com 95 por cento de casos resolvidos. Isto é que me espantou, porque estávamos à espera aí de uns 50 por cento. Foi até diagnosticado um melanoma, que não é fácil. O projeto está a ser um êxito e já levamos cerca de 600 consultas por esta via nestes 5 meses de funcionamento.

TH: Todos os centros de saúde têm possibilidade de recorrer a estes serviços?

LG: Sim, claro. Previamente foram distribuídas máquinas fotográficas. Existe também o quadro legislativo já referido, e qualquer dúvida pode sempre ser colocada. Não digo que seja já neste momento, mas à medida que o sistema vai sendo instalado, o pessoal está preparado e habilitado para o utilizar.

TH: Então cada centro de saúde pouco mais precisa do que uma máquina fotográfica?

LG: Precisa de uma máquina fotográfica e um médico disponível para tirar as fotografias e enviar o histórico por este meio. É extremamente simples mas há resistência.

A seguir à Dermatologia vem outra especialidade, a da Cirurgia Vascular/Angiologia e a Neurologia. A seguir passaremos para a Oftalmologia, depois Ortopedia e Otorrinolaringologia. O meio utilizado pode não ser a fotografia mas a história clínica, como no caso da Neurologia. Para a Cirurgia Vascular já é necessário fotografia. 80 por cento dos doentes que vêm aos hospitais centrais têm varizes, sendo que a maior parte delas nem deve ser operada. Ao invés, as pessoas devem ser aconselhadas a usar meia elástica, estender as pernas, etc., e ser operadas só em último recurso.

Por fim, temos as teleconsultas – o último pilar. Até aqui, o sistema da segunda geração da telemedicina era feito com equipamentos pesados, muito caros, e que estavam normalmente num determinado local, tendo os doentes e os médicos de se deslocar para fazer a teleconsulta. Havia pessoas com boa vontade para fazer isso mas outros não estavam dispostos a tal. Os SPMS criaram, na plataforma PDS, um aplicativo informático que se chama PDS-Live, que apenas obriga a que o computador do médico tenha uma câmara com qualidade suficiente para produzir boas imagens. Trata-se, no fundo, de uma videoconferência, de um Skype muito melhorado, que os próprios dermatologistas aprovam, garantindo que as imagens têm qualidade suficiente para se poderem responsabilizar por um diagnóstico. Este aplicativo permite democratizar a telemedicina porque pode estar em qualquer gabinete médico e as pessoas podem fazer teleconsultas programadas, ou até chegar-se a uma perfeição tal – já no plano utópico – em que o doente pode estar em sua casa, fazer uma videoconferência através deste sistema com um médico que está no hospital ou num consultório. Isto é o fim da linha, mas tecnicamente é possível. É uma questão de organização e de vontade.

Aqui na região centro, o sistema já está instalado e testado no Hospital de Viseu e na Cova da Beira, que já tem a PDS-Live.

O passo seguinte, aqui na região centro, é ativar o aplicativo informático e colocar as câmaras nas várias especialidades. No território nacional, o intuito é ir espalhando a PDS-Live à medida que a triagem se for instalando, porque as pessoas têm de ter a possibilidade de fazer uma teleconsulta se a triagem não tiver êxito. Só se a teleconsulta não resultar é que é dada a indicação para uma consulta presencial. A ativação da PDS-Live é feita tentando acompanhar, dentro das possibilidades, a instalação do rastreio/triagem.

TH: Tem havido, portanto, uma evolução na área da telemedicina...

LG: Eu chamo a isto uma nova abordagem, que traz muitas mais-valias para a cidadania.

TH: Houve uma evolução tecnológica recente que permitiu esse salto, correto?

LG: Sim, mas o mais importante é a questão organizativa. Houve, sobretudo, a possibilidade de criar alguma organização e alguma estratégia. Se não houvesse evolução tecnológica não era possível, claro.



Luís Gonçalves é licenciado em Medicina e especialista em Anatomia Patológica. Foi colocado. Foi diretor do serviço de Anato-Pathologia no Hospital Curry Cabral em Lisboa e Espírito Santo em Évora. Concomitantemente, já se dedicava à telemedicina. A partir de 2003, assumiu o cargo de coordenador regional da telemedicina no Alentejo. É, desde há dois anos, coordenador do Grupo de Trabalho de Telemedicina a nível Nacional. ■



Grupo de Trabalho de Telemedicina
Diário da República - Despachos

16802

Diário da República, 2.ª série — N.º 123 — 30 de junho de 2014

f) Prazo de apresentação das candidaturas:

10 dias úteis, contados a partir da data da publicação do presente aviso.

g) Formalização da candidatura:

As candidaturas deverão ser formalizadas mediante requerimento dirigido ao presidente do conselho diretivo do LNEC, acompanhado dos seguintes documentos:

Curriculum vitae detalhado;

Fotocópia simples do documento de habilitações académicas;

Declaração emitida pelo organismo onde exerce funções com indicação da posição e do nível remuneratório, remuneração e relação jurídica de emprego público que detém;

Documento comprovativo da habilitação para condução de viaturas pesadas (categorias B+E e C1E, com CAM).

As candidaturas deverão ser entregues em envelope fechado, devidamente identificado como «Candidatura para recrutamento de um assistente operacional — condução e viaturas»:

Diretamente no Laboratório Nacional de Engenharia Civil, no Sector de Arquivo e Expediente Geral, sito na Avenida do Brasil, 101, 1700-066 Lisboa;

Enviadas por correio registado;

Enviadas por correio eletrónico para: «recrutamento@lnec.pt».

h) Seleção dos candidatos:

A seleção dos candidatos será efetuada com base na análise do *curriculum* profissional, complementada com entrevista.

A presente oferta de emprego será igualmente publicitada em www.bep.gov.pt, no 1.º dia útil seguinte à presente publicação e em <http://www.lnec.pt/recrutamento>.

23 de junho de 2014. — A Diretora de Serviços de Recursos Humanos e Logística, *Ana Paula Seixas Morais*.

207910803

MINISTÉRIO DO AMBIENTE, ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO E ENERGIA

Gabinete do Secretário de Estado do Ordenamento do Território e da Conservação da Natureza

Despacho n.º 8443/2014

Nos termos do Decreto-Lei n.º 175/2012, de 2 de agosto, que aprova a orgânica do Instituto da Habitação e da Reabilitação Urbana, I. P. (IHRU, I. P.), este Instituto integra, na sua orgânica, um conselho consultivo.

O Conselho Consultivo do IHRU, I. P., é composto pelo presidente do conselho diretivo do IHRU, I. P., que preside, por representantes dos organismos, entidades e associações previstos nas alíneas a) a o) do n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 175/2012, de 2 de agosto, e por até três personalidades de reconhecido mérito.

De acordo com o disposto no n.º 3 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 175/2012, de 2 de agosto, os membros do conselho consultivo previstos nas alíneas a) a o) do n.º 2 do mesmo preceito, são designados por despacho do membro do Governo que tutela o IHRU, I. P., sob proposta das entidades representadas, o que sucedeu através do Despacho n.º 7469/2013, de 30 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 111, de 11 de junho de 2013.

Considerando que, entretanto, alguns dos então nomeados cessaram funções nas entidades que representavam no Conselho, importa proceder à respetiva substituição.

Assim, ao abrigo do disposto no n.º 3 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 175/2012, de 2 de agosto, e sob proposta das entidades representadas ou do membro do governo da respetiva tutela, determino:

1—É designado Ricardo Carrilho, em representação da Direção-Geral de Administração Interna para substituir Pedro Duarte Silva no Conselho Consultivo do IRHU.

2—É designado Manuel Machado, em representação da Associação Nacional dos Municípios Portugueses, para substituir Carlos Alberto Dias Teixeira no Conselho Consultivo do IRHU.

3—É designado João Santa Rita, em representação da Ordem dos Arquitetos, para substituir João Manuel Ribeiro Belo Rodeia no Conselho Consultivo do IRHU.

4—O presente despacho produz efeitos desde a data da sua assinatura.

3 de junho de 2014. — O Secretário de Estado do Ordenamento do Território e da Conservação da Natureza, *Miguel de Castro Neto*.

207918167

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA E DO MAR

Direção Regional de Agricultura e Pescas do Norte

Despacho n.º 8444/2014

Por Despacho de 19 de maio de 2014 do Sr. Diretor Regional, foi autorizada, a seu pedido, a cessação da Comissão de Serviço, do titular do Cargo de Direção Intermédia de 2.º Grau, José João Rodrigues Teixeira, Chefe de Divisão de Investimento de Entre Douro e Minho, ao abrigo do disposto na alínea i) do n.º 1 do art.º 25.º da Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro, alterada e republicada pela Lei n.º 64/2011, de 22 de dezembro, com efeitos a 1 de julho de 2014.

2 de junho de 2014. — A Diretora de Serviços de Administração, *Adília Josefina Ribeiro Domingues*.

207910074

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Despacho n.º 8445/2014

A Telemedicina, consubstanciada em Teleconsultas e Telemonitorização, permite a observação, o diagnóstico, o tratamento e a monitorização do utente o mais próximo possível da sua área de residência, trabalho ou mesmo em sua casa.

Nestes termos, a Telemedicina aumenta a acessibilidade, melhora a equidade e permite que um maior número de pessoas tenha acesso a melhores cuidados de saúde.

Considerando que através do Despacho n.º 3571/2013, de 27 de fevereiro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República, 2ª Série, n.º 46, de 6 de março, foram dados passos importantes na generalização da Telemedicina a todo o país, e na integração desta ferramenta na estratégia global de promoção do acesso aos cuidados de saúde, importa, agora, reforçar a implementação da estratégia para uma Rede de Telemedicina no Serviço Nacional de Saúde.

Assim, determino:

1. O acesso à Telemedicina deve ser generalizado, atendo as capacidades tecnológicas das instituições, sendo a sua referência de âmbito nacional, sem quaisquer limitações no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de forma a aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde e a rentabilizar a capacidade instalada nas instituições do SNS.

2. As consultas de triagem/rastreo teledermatológico nas unidades de saúde, onde já se encontrem implementadas, devem ser sempre solicitadas no âmbito do Programa Consulta a Tempo e Horas (CTH), sendo inválido qualquer outro procedimento.

3. A Direção-Geral da Saúde emite, de forma gradual, normas de orientação para cada consulta de triagem/rastreo de cada especialidade médica, na prioridade decorrente do meu Despacho n.º 3571/2013, de 27 de fevereiro.

4. As Administrações Regionais de Saúde, IP devem dotar, de forma progressiva e na medida das suas capacidades, as diferentes unidades de saúde, de equipamentos necessários à implementação das teleconsultas, privilegiando o uso da Plataforma de Dados em Saúde (PDS-Live), e das consultas de triagem/rastreo de diferentes especialidades médicas, através da PDS-CTH.

5. Os estabelecimentos hospitalares do SNS e dos Agrupamentos de Centros de Saúde devem nomear um Promotor Interno da Telemedicina (PIT), dando conhecimento do mesmo à Administração Central do Sistema de Saúde, IP e à SPMS—Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE.

19 de junho de 2014. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

207907523

Direção-Geral da Saúde

Despacho n.º 8446/2014

Findo o procedimento concursal de seleção para provimento do cargo de Chefe de Divisão de Estatísticas da Saúde e Monitorização na Direção-Geral da Saúde, aberto pelo Aviso n.º 5017/2014, publicado no *Diário*

custos associados (transportes e absentismo) e reduz as “distâncias” entre cuidados de saúde primários e especializados. A telemonitorização tem um papel igualmente importante e em franco crescimento no seguimento de algumas doenças crónicas no domicílio através da implementação de um serviço que, interligado com o Serviço Nacional de Saúde garante a monitorização remota, praticada por uma equipa de profissionais de saúde, a partir de uma Instituição sobre um grupo de doentes crónicos que seguem um protocolo a partir dos seus domicílios.

Por todas estas razões e concluindo-se pela falta de uma estratégia coerente de massificação do uso destas tecnologias no Serviço Nacional de Saúde bem como a sua introdução na rotina dos cuidados de saúde importa priorizar e operacionalizar medidas concretas com vista à existência de uma Rede de Telemedicina no Serviço Nacional de Saúde.

Assim, determino:

1. Os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, (SNS) devem intensificar a utilização das tecnologias de informação e comunicação de forma a promover e garantir o fornecimento de serviços de telemedicina aos utentes do SNS.

2. No âmbito do fornecimento de serviços de telemedicina considera-se:

- a) «teleconsulta em tempo real» consulta fornecida por um médico distante do utente, com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com a presença do doente junto de outro médico numa outra localização e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente. Esta comunicação efetua-se em simultâneo (de forma síncrona);
- b) «teleconsulta em tempo diferido (*Store and forward*)» utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados em consulta médica, recolhidos na presença do doente, sendo estes enviados para uma entidade receptora que os avaliará e opinará em tempo posterior (forma assíncrona);
- c) «telerrastreio dermatológico», consulta para apreciação de imagens digitais com qualidade suficiente para assegurar o trabalho de rastreio de lesões da pele e posterior encaminhamento do caso, por dermatologistas;

3. Para efeitos do disposto nos números anteriores devem os estabelecimentos hospitalares do SNS, sempre que existam circunstâncias que configurem a prestação de cuidados médicos ou de enfermagem à distância, implementar o uso de tecnologias de informação e comunicação digitais, nomeadamente teleconsultas e telemonitorização, em articulação com os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) da sua área de influência, podendo fornecer serviços a outros hospitais dentro e fora da área geográfica da respetiva Administração Regional de Saúde, I.P.

4. Os ACES devem, através das respetivas Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS) contratualizar com os hospitais o fornecimento de teleconsultas.

5. As entidades hospitalares podem prestar o fornecimento de teleconsultas a utentes de qualquer ARS, facturando à respetiva ARS a prestação dos mesmos.

6. Sem prejuízo da implementação da utilização de telemedicina em outras áreas, são desde já consideradas como áreas de implementação prioritárias as seguintes especialidades médicas:

- a) Dermatologia;
- b) Fisiatria;
- c) Neurologia;
- d) Cardiologia;
- e) Cardiologia Pediátrica;
- f) Pneumologia;

7. Nas áreas identificadas no número anterior, antes de se pronunciar relativamente à contratação de médicos especialistas para uma entidade hospitalar, as ARS têm que analisar a viabilidade do fornecimento de teleconsultas como alternativa à referida contratação.

8. Na área da dermatologia, a utilização da telemedicina obedece às seguintes condições:

- a) A primeira consulta deve ser, sempre que possível, uma teleconsulta em tempo real;
- b) O uso da teleconsulta em tempo diferido como forma de rastreio deve ser contratualizado pelas ARS aos hospitais que disponham das condições necessárias;
- c) As consultas subsequentes, sempre que possível, são teleconsultas em tempo real;
- d) Deve recorrer-se, de forma preferencial, à teledermatoscopia ou equipamento de qualidade equivalente;
- e) As entidades hospitalares com listas de espera para dermatologia devem articular esforços com os ACES no sentido de promover rastreios teledermatológicos.

9. Nas restantes especialidades médicas, a primeira consulta deve ser sempre presencial, mas as consultas subsequentes devem ser sempre que possível teleconsultas em tempo real.

10. As ARS deverão apresentar, até 1 maio de 2013, planos regionais para desenvolvimento das teleconsultas em todas as especialidades prio-

ritárias previstas no presente despacho, em articulação com as entidades e a Comissão para a Informatização Clínica (CIC).

11. Mediante proposta do Grupo de Trabalho de Telemedicina da Comissão para Informatização Clínica, a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) emite uma Circular Normativa sobre o programa experimental de telemonitorização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

12. As entidades hospitalares podem recorrer à SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., para o fornecimento centralizado do serviço de telemonitorização aos utentes dos hospitais inscritos no programa experimental de telemonitorização da DPOC.

13. A ACSS deve prever o financiamento das entidades hospitalares aderentes ao programa através do mecanismo de preço compreensivo.

14. A ACSS, através da SPMS, garante os mecanismos necessários à interoperabilidade e dimensionamento da Rede Informática da Saúde considerados necessários para a implementação dos serviços de telemedicina previstos no presente despacho.

15. A SPMS garante a disponibilização das seguintes funcionalidades, no âmbito da aplicação informática de apoio à marcação de consultas no programa CTH:

a) possibilidade ao médico de Medicina Geral e Familiar poder distinguir tipo de pedido de consulta entre os seguintes:

- i. presencial;
- ii. teleconsulta (em tempo real);
- iii. pedido rastreio teledermatológico.

b) capacidade de anexar imagens digitais que fundamentem o pedido de referenciação.

16. As ARS, em articulação com a SPMS, garantem a infraestrutura tecnológica necessária ao recurso a teleconsultas em todos os ACES.

17. A ACSS deve estabelecer regras de financiamento hospitalar promotoras do recurso a teleconsulta e telemonitorização, bem como acompanhar e apoiar o seu efetivo desenvolvimento.

18. A ACSS acompanha trimestralmente o número de teleconsultas realizadas no SNS, elaborando um relatório trimestral até dia 20 dos meses de Maio (1.º trimestre), Agosto (2.º trimestre), Novembro (3.º trimestre) e Fevereiro (4.º trimestre).

19. Para efeitos do disposto no número anterior, os hospitais reportam o número de teleconsultas efetuadas, como entidade emissora e receptora até um mês depois de cada trimestre.

20. A coordenação das iniciativas promotoras das teleconsultas e telemonitorização ficam a cargo da CIC, através do Grupo de Trabalho da Telemedicina, em articulação com a ACSS.

21. A Direção-Geral da Saúde emite, até 1 abril 2013, uma Norma de Orientação sobre o rastreio teledermatológico.

27 de fevereiro de 2013. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

206793636

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

Despacho n.º 3572/2013

ASPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS, E.P.E.), tem por missão centralizar, otimizar e racionalizar a aquisição de bens e serviços e disponibilizar serviços de logística, possuindo atribuições em matéria de estratégia de compras, procedimentos pré-contratuais, contratação pública, logística interna, pagamentos e monitorização de desempenho.

No âmbito das suas atribuições, a SPMS, E.P.E. levou a efeito o concurso público para a celebração de contratos públicos de aprovisionamento (CPA) com vista à Prestação de Serviços Médicos às Instituições e Serviços do Serviço Nacional de Saúde, publicitado no Diário da República, 2.ª série, n.º 93, de 14/05/2012 e no Jornal Oficial da União Europeia, n.º 2012/S 94-155563 de 18/05/2012, o qual se encontra concluído.

Assim, e nos termos conjugados do disposto nos n.ºs 5 e 10 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 19/2010, na redação conferida pelo Decreto-Lei n.º 108/2011, de 17 de novembro, determina -se:

1 — A SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS, E.P.E.), divulga, através do Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde (Catálogo), no *site* www.catalogo.min-saude.pt, a lista dos prestadores de serviços abrangidos por contratos públicos de aprovisionamento (CPA), que estabelecem as condições de prestação de serviços médicos.

2 — É obrigatória a aquisição ao abrigo dos CPA constantes do Anexo ao presente Despacho, para as Instituições e Serviços do Serviço Nacional de Saúde, salvo dispensa conferida por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

3 — A aquisição deve ser feita nos termos do artigo 259.º do Código dos Contratos Públicos, com respeito do critério de adjudicação constante do caderno de encargos: preço (mínimo de 50%) e outros critérios que

3 — Assim, para efeitos de aplicação da Portaria n.º 1548/2007, de 7 de dezembro, e nos termos da alínea c), do ponto 1, do artigo 8.º, do Decreto-Lei n.º 291/90, de 20 de setembro, determino:

a) É reconhecida a qualificação à empresa Solmevini, Sociedade Metalomecânica de Apoio à Indústria Vinícola, L.ª, com instalações em Casal da Pedreira, Figueiredo, 2560-234 Torres Vedras, para a realização de ensaios necessários às operações de Primeira Verificação após reparação dos refractómetros em uso.

b) A referida empresa colocará, nos termos da legislação em vigor, a respetiva marca própria, anexa ao presente despacho, bem como o símbolo da operação de controlo metroológico aplicável, no esquema de selagem dos instrumentos abrangidos pelo regulamento atrás referido;

c) Das operações envolvidas serão mantidos em arquivo os relatórios dos ensaios correspondentes às operações de controlo metroológico, nos termos da lei;

d) Mensalmente deverá o laboratório enviar ao IPQ uma relação dos instrumentos que forem verificados, assim como efetuar o pagamento dos montantes correspondentes às operações realizadas, até ao dia 10 do mês seguinte, mediante cheque endossado ao Instituto Português da Qualidade, remetido ao Departamento de Metrologia, Rua António Gião, 2, 2829-513 Caparica;

e) O valor da taxa aplicável às operações previstas neste Despacho encontra-se definido na tabela de taxas de controlo metroológico e será revisto anualmente.

4 — O presente despacho produz efeitos a partir desta data e é válido até 31 de dezembro de 2015.

23 de janeiro de 2013. — O Presidente do Conselho Diretivo, *J. Marques dos Santos*.



306729573

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, DO MAR, DO AMBIENTE E DO ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO

Inspecção-Geral da Agricultura, do Mar, do Ambiente
e do Ordenamento do Território

Despacho n.º 3569/2013

1 — Ao abrigo do disposto nos artigos 36.º e 37.º do Código de Procedimento Administrativo e nos n.ºs 2 e 4 do artigo 9.º da Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro, e com vista à tempestiva prestação de resposta a solicitações, quer internas quer externas, que urge satisfazer, bem como à subsistência da garantia de eficiência e eficácia, no atual quadro decorrente da vacatura do lugar de Inspetor-Geral, delegeo, na chefe de equipa multidisciplinar do Sistema Contraordenacional Ambiental (SCA), inspetora diretora, Joana Salgueiro Texugo de Sousa:

a) A assinatura da correspondência ou de expediente necessário à mera instrução dos processos, de acordo com o artigo 22.º n.º 7 do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril, concatenado como artigo 9.º n.º 3 da Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro, na redação dada pela Lei n.º 51/2005, de 30 de agosto,

b) A possibilidade de prolação de despachos em informações decorrentes da normal tramitação processual, com exceção das que tenham por objeto pôr termo ao processo, de acordo com o artigo 22.º n.º 6 da Lei n.º 4/2004, de 15 de janeiro.

2 — A presente delegação, caduca, automaticamente, com a nomeação de titular do cargo de Inspetor-Geral.

3 — O presente despacho produz efeitos a partir da data da sua publicação no *Diário da República*, considerando-se ratificados, nos termos do n.º 1 do artigo 137.º do Código de Procedimento Administrativo, todos os atos entretanto praticados pela Inspetora-Diretora, Joana Salgueiro Texugo de Sousa, que se incluíam no âmbito da presente delegação de competências.

30 de janeiro de 2013. — A Subinspetora-Geral, em regime de substituição do Inspetor-Geral nos termos do disposto no artigo 41.º do CPA, *Lisidália Amaral Portas*.

206795012

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto
do Ministro da Saúde

Despacho n.º 3570/2013

A dádiva de sangue assume uma importância fulcral na sustentabilidade da prestação de cuidados de saúde a nível nacional.

Tendo em consideração a relevância da promoção da dádiva e colheita de sangue, importa desenvolver a rede nacional de transfusão de sangue a fim de agilizar e aprofundar a articulação entre os estabelecimentos hospitalares integrados no Serviço Nacional de Saúde e o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P., adiante designado IPST, nomeadamente, no que respeita à promoção e disponibilização de meios para a efetivação da dádiva, urgindo promover o seu crescimento contínuo de forma a assegurar a existência de reservas adequadas às necessidades manifestadas pelos serviços de saúde nacionais.

A colheita de sangue junto aos estabelecimentos hospitalares disponibiliza um acesso mais facilitado e permanente a todos os cidadãos que pretendam fazer a sua doação benévola de sangue, permitindo, simultaneamente, um aumento do número de colheitas e uma maior rentabilização da capacidade instalada, designadamente, no que respeita às instalações disponibilizadas para realização da colheita.

Assim, considerando o disposto nos artigos 5.º e 6.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, do n.º 1 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro, e da alínea b) do n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro, determino:

1. No âmbito do princípio da boa colaboração institucional, os estabelecimentos hospitalares integrados no Serviço Nacional de Saúde devem colaborar com o IPST na promoção da dádiva e colheita de sangue, designadamente, através da disponibilização de locais, meios e recursos humanos apropriados para a sua realização, bem como da divulgação das sessões de colheita e recrutamento de dadores.

2. A colaboração referida no número anterior é formalizada através de protocolo, a celebrar pelo período de um ano, automaticamente renovável por idênticos períodos, de acordo com uma das seguintes tipologias:

a. *Disponibilização de instalações adequadas à colheita de sangue*: as equipas do IPST realizam as colheitas de sangue de dadores convocados pelo IPST nas instalações disponibilizadas pelo estabelecimento hospitalar, sendo o IPST também responsável pela análise e processamento do sangue colhido e pela distribuição dos componentes daí resultantes;

b. *Disponibilização de instalações adequadas e de recursos humanos qualificados para a colheita de sangue*: procede-se à colheita de sangue a dadores convocados pelo IPST, nas instalações e com os recursos humanos disponibilizados pelo estabelecimento hospitalar, sendo o IPST responsável pela disponibilização dos dispositivos médicos de colheita de sangue e tubos para colheita das amostras, bem como pela análise e processamento de sangue colhido e pela distribuição dos componentes daí resultantes.

3. O IPST deve ressarcir os estabelecimentos hospitalares nas situações previstas no ponto 2 do presente despacho, nos termos que seguem:

a. *Disponibilização de instalações adequadas à colheita de sangue* - a cedência de instalações por parte dos estabelecimentos hospitalares é gratuita;

b. *Disponibilização de instalações adequadas e de recursos humanos qualificados para a colheita de sangue* - é devido o pagamento de € 15,00 por unidade de sangue total homóloga colhida; caso a refeição pós-dádiva seja da responsabilidade do hospital, uma vez o seu conteúdo aprovado pelo IPST, o preço por unidade colhida é de € 17,50.

21 de fevereiro de 2013. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

206799055

Despacho n.º 3571/2013

A utilização da ferramenta da Telemedicina (teleconsultas e telemonitorização) permite a observação, diagnóstico, tratamento e monitorização do utente o mais próximo possível da sua área de residência, trabalho ou mesmo em sua casa. Das inúmeras experiências de âmbito regional, ficou provada em Portugal a utilidade desta forma de tecnologias de Saúde em linha (e-Saúde), como uma ferramenta inovadora que permite a política de proximidade entre profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde e utentes que os recebem.

Os vários grupos de trabalho que se debruçaram sobre a matéria apontam como vantagens das teleconsultas a “redução” das distâncias entre os serviços de saúde e os utentes, redução de deslocações desnecessárias, maior rapidez de resposta nalgumas especialidades e maior apoio àqueles que trabalham e vivem em áreas mais distantes.

A Teleconsulta aumenta a acessibilidade às consultas de Especialidades Médicas, aumenta a equidade, proporcionando a possibilidade de todos os utentes receberem a melhor qualidade de cuidados de saúde, reduz os

NÚMERO: 005/2014

DATA: 08/04/2014

ASSUNTO: Telerrastreio Dermatológico
PALAVRAS-CHAVE: Dermatologia. Teleconsulta
PARA: Médicos do Serviço Nacional de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde emite, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, na área da qualidade organizacional, a Norma seguinte:

1. O doente submetido a tele dermatologia deve estar consciente e manifestar o seu acordo com o procedimento a que irá ser submetido¹, pelo que é obrigatório o seu consentimento informado, que deve ser dado por escrito, de acordo com a Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013, ficando apenso ao processo clínico (anexo I).
2. O doente deve ser informado do objetivo da tele dermatologia, bem como das diferentes funções a desempenhar pelos intervenientes na teleconsulta, com registo no processo clínico.
3. Atendendo a que se verificam gravações do doente em fotografia ou suporte audiovisual, deve ser garantida a privacidade do doente em todas as fases do processo de teleconsulta.
4. As consultas de tele dermatologia seguem os procedimentos da Consulta a Tempo e Horas (CTH).
5. A recolha de fotografias obedece ao seguinte:
 - a) Lesões extensas - 1 fotografia de região anatómica, 1 fotografia da lesão considerada típica e, eventualmente, uma fotografia de corpo inteiro;
 - b) Lesões de pequenas dimensões - 1 fotografia macro da lesão com régua e, eventualmente, uma fotografia de dermatoscopia;
 - c) Lesões pigmentadas - 1 fotografia macro com régua e uma fotografia de dermatoscopia.
6. As fotografias de zonas pilosas devem ser recolhidas a curta distância e sem interferência de pêlos, a menos que sejam estes o objeto de consulta.
7. A recolha de imagem de vídeo deve permitir a realização de *zoom* ou a captação a curta distância (cerca de 30 a 50 cm).
8. Durante o procedimento de tele dermatologia a informação clínica colhida deve ser registada pelo médico assistente e pelo médico de referência e ficar disponível para consulta posterior.
9. Nos casos de teleconsulta em tempo real (*videoconferência*), a informação do relatório final deve ser validada, pelo médico assistente, pelo médico de referência e em simultâneo, através da Consulta a Tempo e Horas.
10. Qualquer exceção à presente Norma é fundamentada, com registo no processo clínico.

¹ Lei n.º 59/2007, de 4 de Setembro - Código Penal.

11. Árvore de Decisão



12. O texto de apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma.

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde



TEXTO DE APOIO

A. Definições/Conceitos e Critérios

- A.1. Deve ser considerado o procedimento de tele dermatologia nos doentes com patologia dermatológica.
- A.2. De acordo com o Despacho n.º 3571/2013, entende-se por:
- (i) «teleconsulta em tempo real» consulta fornecida por um médico distante do doente, com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com a presença do doente junto de outro médico numa outra localização e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente. Esta comunicação efetua -se em simultâneo (de forma síncrona);
 - (ii) «teleconsulta em tempo diferido (*Store and forward*)» utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados em consulta médica, recolhidos na presença do doente, sendo estes enviados para uma entidade recetora que os avaliará e opinará em tempo posterior (forma assíncrona);
 - (iii) «telerrastreio dermatológico», consulta para apreciação de imagens digitais com qualidade suficiente para assegurar o rastreio, por dermatologistas, de lesões da pele e o seu posterior encaminhamento.
- A.3. Procedimento de tele dermatologia:
- (i) O médico assistente:
 - i. informa o doente da conveniência de uma teleconsulta, explica o procedimento e obtém um consentimento informado (anexo I);
 - ii. recolhe a informação clínica relevante;
 - iii. recolhe as imagens adequadas;
 - iv. visualiza e identifica as imagens antes do teleenvio;
 - v. envia a informação e as imagens para o serviço de referência, através da Consulta a Tempo e Horas.
 - (ii) O serviço de referência:
 - i. valida a informação chegada e envia para o médico triador;
 - ii. o médico triador avalia a informação recebida e solicita marcação de teleconsulta em tempo diferido e/ou em tempo real;
 - iii. os serviços administrativos marcam a teleconsulta sem convocação do doente;
 - iv. o médico de referência realiza a teleconsulta, cujo registo é semelhante a uma consulta presencial;
 - v. o médico de referência responde ao médico assistente através do Consulta a Tempo e Horas, preenchendo os campos para o efeito. Esta informação contém o(s) diagnóstico(s), tratamento(s) preconizado(s), exames complementares adicionais e notas complementares consideradas adequadas.

(iii) Na consulta de seguimento o médico assistente:

- i. recebe a informação do médico de referência;
- ii. informa o doente do resultado da teleconsulta;
- iii. solicita a convocação do doente para a consulta em tempo real, se necessário;
- iv. prescreve a terapêutica ou estudos complementares preconizados;
- v. acompanha a evolução da situação clínica.

A.4. Para a produção das imagens dever-se-á recorrer a:

(i) câmara fotográfica digital com a seguinte configuração (recomendada)

- i. configurada para 1024x768 *pixels*;
- ii. capacidade de fazer macrofotografia a uma distância de 5 cm ou menos;
- iii. focar através da lente e não usar lâmpada auxiliar em fotografia macro (será, assim, capaz de se acoplada a dermatoscópio manual);
- iv. capacidade de atenuar vibrações;
- v. o flash deve ser desligado para imagens a curta distância, a menos que seja um flash específico. É importante que a iluminação seja adequada, sempre a mesma e a câmara com o equilíbrio de brancos configurados para aquele tipo de luz;
- vi. equilíbrio de brancos automático ou configurável para os vários tipos de luz;
- vii. sensibilidade (ISO) automática ou configurada para 100 a 400 máx. (evitar ruído nas fotografias);
- viii. foco ao centro de imagem ou em área restrita (especialmente importante em macro fotografia);
- ix. medição de exposição ao centro.

(ii) Vídeo - câmara com uma resolução mínima de 640x480 *pixels* com distância focal adequada às instalações e, sobretudo, uma iluminação que evite ruído na imagem e distorção de cores, já que, muitas vezes, estas câmaras não são configuráveis.

B. Fundamentação

- B.1. Dando cumprimento ao disposto no n.º 21 do Despacho n.º 3571/2013, de 6 de março, a Direção-Geral da Saúde emite a presente Norma, tendo em consideração que a utilização dos diferentes tipos de teleconsulta aumenta a acessibilidade dos doentes a consultas médicas especializadas, principalmente quando distantes.
- B.2. Cabe à Administração Central do Sistema de Saúde prever o financiamento das entidades hospitalares aderentes à teledermatologia e garantir, através dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, os mecanismos necessários à interoperabilidade e dimensionamento da Rede Informática da Saúde, considerados necessários para a implementação dos serviços de telemedicina.

C. Apoio Científico

A elaboração da proposta da presente Norma teve o apoio científico de Alberto Mota, Armando Manuel Baptista, Jorge Cardoso, Leonor Lopes, Luís Gonçalves, Luís Sousa Uva, Paulo Filipe e Virgílio Costa.

D. Apoio Executivo

Na elaboração da presente Norma o apoio executivo foi assegurado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, com a coordenação executiva de Filipa Sabino.

Bibliografia

- ¹ Normas ATA - <http://www.americantelemed.org/practice/standards/ata-standards-guidelines/quick-guide-to-store-forward-live-interactive-teledermatology> ; <http://www.americantelemed.org/practice/standards/ata-standards-guidelines/practice-guidelines-for-teledermatology>
- ² British Association Dermatology:
http://www.bad.org.uk/Portals/_Bad/Quality%20Standards/Teledermatology%20Quality%20Standards.pdf

Anexos:

Anexo II: Quadros, tabelas e gráficos

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA Direção-Geral da Saúde

[Parte informativa: Diagnóstico e ou descrição da situação clínica; descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo; benefícios; riscos graves e riscos frequentes; atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas; riscos de não tratamento;]

À Pessoa/representante

[Parte declarativa do profissional] Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados nesta Unidade de Saúde, mantendo a assistência necessária à situação de saúde que apresenta.

Nome legível do profissional de saúde: | _____ |

Data ... /... /... Assinatura e número de cédula profissional

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

O pedido de assinatura deste documento resulta do disposto na Norma n.º 015/2013 do DQS de 03/10/2013, da Direção-Geral da Saúde.

[Parte declarativa da pessoa que consente]

[exemplo 1] *Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.*

[exemplo 2] Riscar o que não interessar: *“Declaro que concordo / não concordo com a
... .., conforme me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Assim, autorizo / não autorizo a realização do ato indicado nas condições em que me foram explicadas e constam deste documento.”*

... .. (local), ... /... /... (data)

Nome: | _____ |

Assinatura

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º DATA OU VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

