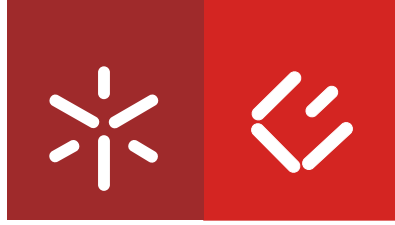


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Maria Emília de Oliveira Simões

(In)equidade nas teleconsultas nos Cuidados de Saúde Primários



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Maria Emília de Oliveira Simões

(In)equidade nas teleconsultas nos Cuidados de Saúde Primários

Trabalho de Projeto
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor José António de Almeida Crispim
e da
Professora Doutora Nazaré da Glória Gonçalves do Rego

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do Repositório UM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

AGRADECIMENTOS

Este projeto foi iniciado numa fase de vida difícil, logo após o falecimento da minha mãe, com exigências acrescidas de trabalho face à pandemia, com o início de um percurso académico que requer tempo, disponibilidade e dedicação, exigindo sacrifícios a mim e aos que me rodeiam. Quero desde já agradecer ao Paulo e ao Gui pela ajuda, pela compreensão, pela força para continuar e pelas soluções face à adversidade.

Agradeço à Dra. Nazaré e ao Dr. Crispim pela ajuda, pela compreensão, pela orientação, pela força nos momentos menos bons e porque sem vocês nada teria sido possível. Desde já a minha enorme gratidão, bem hajam.

Obrigada Marianinha, companheira de percurso, pela força e pela grande ajuda.

Muitas vezes, é necessário analisar o outro lado da questão, e só quem está de fora tem lucidez para ver as coisas por um prisma diferente - um eterno obrigado Paulinha e Andreia.

Gratidão a todos os que me deram força e ânimo para continuar!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

(In)equidade nas teleconsultas nos Cuidados de Saúde Primários

RESUMO

O Sistema Nacional de Saúde enfrenta desafios extraordinários, a digitalização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) tornou-se uma realidade, impulsionada pela pandemia de Covid-19, em consequência das recomendações emanadas pela Direção Geral da Saúde (DGS) para controlo da pandemia. Com a transição para a saúde digital, é expectável que as teleconsultas entre profissionais de saúde de medicina familiar ou enfermagem e utente comecem a ser mais utilizadas nos cuidados de saúde primários. O principal objetivo deste estudo consistiu em desenvolver métricas para identificar e prevenir situações de falta de equidade em teleconsulta de Unidades de Saúde Familiar (USF). Iniciou-se este estudo com a revisão da literatura dos conceitos foco deste trabalho, (in)equidade e teleconsulta, com o objetivo de sustentar teoricamente o objetivo do estudo. As (in)equidades em saúde são diferenças sistemáticas e potencialmente evitáveis entre grupos de pessoas que têm diferentes posições relativas nas hierarquias sociais, de acordo com riqueza, poder, prestígio, entre outras, colocando grupos em maior desvantagem no acesso, uso e resultados de cuidados de saúde (conceito proposto e defendido por Paula Braveman nos seus vários artigos, que decidimos adotar neste estudo). A teleconsulta, uma das vertentes da telemedicina, pode ser definida como a interação entre profissionais de saúde e o utente, através do uso de tecnologia, em tempo real (síncrona) ou diferido (assíncrona). Este estudo refere-se apenas a duas formas de teleconsulta síncrona: telefone e vídeo. A metodologia seguida usou o método Delphi, para o qual se desenvolveu um questionário específico, baseado na literatura e dividido em duas partes: determinantes de desigualdades sociais e indicadores de (in)equidade em saúde. Os participantes foram profissionais de saúde primária da região norte de Portugal. Os resultados demonstraram a existência de diferentes perceções sobre o conceito e alguma falta de sensibilidade sobre a equidade. A adoção das métricas identificadas sobre equidade em teleconsulta nos cuidados de saúde primários em Unidades de Saúde Familiar (USF) permitirá o registo, monitorização e melhoria do serviço, no que diz respeito à equidade. Conclui-se ainda que a educação e a formação dos profissionais são necessárias, para uma maior consciencialização e adoção de práticas de inclusão dos grupos mais desfavorecidos.

Palavras Chave: Cuidados de Saúde Primários, Equidade, Teleconsulta.

(In)equity in teleconsultations in Primary Health Care

ABSTRACT

The digitization of Primary Health Care (CSP), driven by the Covid-19 pandemic and as a result of the recommendations issued by the DGS to control it, has become a reality. With the transition to digital health, it is expected that teleconsultations between family medicine or nursing health professionals and the patient will be more used in primary health care. The main objective of this study was to develop metrics to identify and prevent situations of inequity in teleconsultation of Family Health Care Units (known as USF in Portugal). This study was initiated with a literature review of the concepts of (in)equity and teleconsultation. Health (in)equities are systematic and potentially avoidable differences in health between groups of people who have different relative positions in social hierarchies according to wealth, power, prestige, among others, placing groups at a greater disadvantage in the access, use and outcomes of health care (a concept proposed by Paula Braveman in her articles on the topic that we decided to adopt in this study). Teleconsultation, one of the telemedicine possibilities, can be defined as the interaction between health professionals and the patient through the use of technology, in real time (synchronous) or deferred (asynchronous). This study refers only to two forms of synchronous teleconsultation (telephone and video). The methodology followed was based on the Delphi method, for which a specific questionnaire based on the literature and divided into two parts, determinants of social inequalities and indicators of (in)equity in health, was developed. Participants were primary health care professionals from the northern region of Portugal. The results highlight the existence of different perceptions on the concept of equity and some lack of awareness about it. The adoption of the identified equity metrics in teleconsultation in primary health care in USFs will favor the registration, monitoring, and improvement of the service with regard to equity. This study also concluded that education and training of professionals is necessary in order to enhance awareness and adoption of practices that promote inclusion of the most disadvantaged groups.

Keywords: Primary Health Care, Equity, Teleconsultations.

ÍNDICE

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	x
1. Introdução.....	1
1.1 Motivação.....	1
1.2 Objetivos.....	2
1.3 Estrutura.....	2
2. Revisão da literatura.....	4
2.1 (In)equidade.....	4
2.2 Teleconsulta.....	6
3. Metodologia de investigação.....	9
3.1 Estratégia de Estudo.....	9
3.2 Delphi.....	10
3.2.1 Questionário.....	11
3.2.2 Participantes.....	15
4. Análise de resultados.....	18
4.1 Desigualdades estruturais de (in)equidade.....	18
4.2 Indicadores de (in)equidade.....	25
4.3 Categorias de determinantes e indicadores de (in)equidade com maior aceitação.....	31
5. Discussão dos resultados.....	34
6. Conclusões.....	39
Referências bibliográficas.....	40
Apêndice I – Questionário.....	42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estratégia de Investigação	9
Figura 2 – Fases do método Dephi (adaptado de Beiderbeck et al., 2021).....	10
Figura 3 - Desenho do questionário.....	12
Figura 4 - Respostas do consentimento informado	14
Figura 5 - Caracterização por área profissional dos participantes	16
Figura 6 - Representação da idade dos participantes	16
Figura 7 - Experiência profissional dos participantes	16
Figura 8 - Formação Académica dos participantes.....	17
Figura 9 - Tipo de função que exercem	17
Figura 10 - Classificação dos participantes quanto ao género	17
Figura 11 - Indicadores de acesso à teleconsulta categoria Organização	19
Figura 12 - Indicadores de (in)equidade à teleconsulta categoria Comunidade	20
Figura 13 - Indicadores de (in)equidade à teleconsulta categoria Infraestruturas	21
Figura 14 - Indicadores de (in)equidade categoria Recurso Materiais	22
Figura 15 - Indicadores de (in)equidade Categoria Biologia e Estado físico	23
Figura 16 - Indicadores de (in)equidade categoria Contexto socioeconómico.....	24
Figura 17 - Indicadores de (in)equidade dimensão Aceitação.....	26
Figura 18 - Indicadores de (in)equidade dimensão Qualidade	27
Figura 19 - Indicadores de (in)equidade dimensão Custo.....	28
Figura 20 - Indicadores de (in)equidade dimensão Acessibilidade	29
Figura 21 - Indicadores de (in)equidade dimensão Disponibilidade	30
Figura 22 - Categorias de desigualdades estruturais mais indicadas pelos participantes.....	32
Figura 23 - Dimensões de (in)equidade mais indicadas pelos participantes.....	32
Figura 24 - Distribuição dos indicadores mais indicados pelos participantes por momento de interação Utente/USF	33
Figura 25 – Respostas relativas aos determinantes sociais de equidade	35
Figura 26 - Resposta relativas aos indicadores de equidade.....	36
Figura 27 - Respostas dos participantes em sobreposição nos 3 momentos da teleconsulta.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Determinantes Estruturais organizados em categorias.....	12
Tabela 2 - Indicadores de (in)equidade.....	13

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde

ARSN - Administração Regional de Saúde do Norte

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CRP - Constituição da República Portuguesa

DGS - Direção Geral da Saúde

EOHC - Conceptualizing Equity-Oriented Health Care

HEMF- Health Equity Measurement Framework

OMS - Organização Mundial de Saúde

PENTS - Plano Estratégico Nacional para a TeleSaúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

SDOH - Determinantes sociais em saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

USF - Unidade de Saúde Familiar

1. INTRODUÇÃO

A evolução digital iniciou um processo de novas tecnologias disruptivas, que estão a promover avanços revolucionários nos cuidados de saúde, estando a permitir definir novos modelos de interação entre os utentes e os profissionais de saúde. Sendo o foco central deste estudo um desses novos modelos: a teleconsulta - consultas síncronas áudio (por telefone) ou por videoconferência (videochamadas) entre profissionais de saúde de medicina familiar ou enfermagem e utente/doente nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

1.1 Motivação

Os Cuidados de Saúde Primários representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o Serviço Nacional de Saúde; neste sentido, constituem um pilar fundamental da prestação de cuidados de saúde. Estes cuidados abrangem a prevenção da doença e a promoção da saúde de um ponto de vista integrado e centrado na saúde do utente e da comunidade, no acompanhamento ao longo da vida e, sempre que necessário, no encaminhamento para cuidados especializados. Estes foram sistematicamente desafiados para adaptações.

Com a pandemia da Covid-19, abriu-se a porta para a mais recente e mais célere transformação da digitalização dos CSP. A pandemia foi um motor acelerador da inclusão da digitalização na orgânica dos cuidados de saúde, principalmente os CSP, e, conseqüentemente, nas Unidades de Saúde Familiar (USF).

Os pressupostos orientadores emanados pela Direção Geral da Saúde (DGS) para controlo da pandemia, como, por exemplo, o distanciamento social, levaram a uma transição das consultas presenciais para teleconsultas e, conseqüentemente, a um aumento do uso de outras ferramentas digitais. Mas, a dificuldade sentida por muitos utentes com o uso destas ferramentas foi uma realidade.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 21-30 apresenta alguns desafios na saúde, um dos quais “(...) o agravamento das desigualdades sociais, que se tornaram mais visíveis por força, quer da crise pandémica, quer das outras crises, a exigir medidas e intervenções diferenciadas nas populações ou

grupos da população social e economicamente mais vulneráveis” (*Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*, p. 29).

A questão de partida deste estudo adveio da prática diária da minha atividade profissional enquanto enfermeira de CSP nesta fase atípica. Da minha observação e constatação na prática clínica, foi e é notória a dificuldade que muitos utentes sentem, quer no uso das teleconsultas, quer na agilização de consultas, como, por exemplo, relativamente a marcações, solicitação de medicação, ler e responder a mensagens, entre outras.

No Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde (PENTS) 2019-2022, definiram-se seis grandes linhas orientadoras para o seu desenvolvimento, entre as quais a “avaliação e partilha de boas práticas que promovam a inovação e assegurem o acesso, qualidade e eficiência dos cuidados de saúde” (Centro Nacional de TeleSaúde, p. 18). Desta forma, acredita-se na pertinência deste estudo pela necessidade de identificar métricas que permitam monitorizar o impacto desta inovação nos grupos vulneráveis e avaliar se a telemedicina nos CSP promove a equidade em saúde.

1.2 Objetivos

Os indicadores de saúde, quando gerados de forma regular, podem ser instrumentos valiosos para a gestão e avaliação de situações de (in)equidade em saúde e de implementação de intervenções corretoras de desvios “normalizados”. Contudo, para que tal aconteça, é vital identificar as métricas mais adequadas.

Os objetivos deste estudo são: desenvolver métricas para identificar e prevenir situações de (in)equidade em teleconsulta e observar a sensibilidade atual dos profissionais de saúde para esta temática nos cuidados de saúde primários em Unidades de Saúde Familiar (USF).

1.3 Estrutura

A presente tese está organizada em cinco capítulos abrangentes, no sentido de dar uma visão geral da digitalização dos Cuidados de Saúde Primários e do seu impacto, mais especificamente na teleconsulta.

Em algumas temáticas é uma visão abrangente, por não existir muita literatura específica diretamente relacionada com o objetivo desta dissertação, mas de interesse no estudo do tema e passível de suscitar uma reflexão sobre o mesmo, como é o caso de métricas para identificar, prever, e prevenir situações de (in)equidade em teleconsultas em cuidados primários.

Neste primeiro capítulo, Introdução, apresentou-se o tema em estudo, as motivações para a sua realização e o objetivo que guiou o desenvolvimento deste trabalho.

No segundo capítulo, apresenta-se a Revisão da Literatura, com o propósito de obter conceitos envolvidos na problemática da (in)equidade, teleconsulta e indicadores de (in)equidade na saúde.

No terceiro capítulo, Metodologia de Investigação, descreve-se a metodologia de Delphi utilizada com o objetivo de validar indicadores de (in)equidade na teleconsulta nos CSP no contexto nacional /regional (no âmbito da ARS Norte).

No quarto capítulo, Análise de Resultados, recorrendo a uma análise descritiva, apresentam-se os dados obtidos.

No quinto capítulo, Discussão, discutem-se os resultados.

Finalmente, no quinto capítulo, Conclusão, são apresentadas as conclusões, tendo por base o alinhamento com o objetivo do estudo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 (In)equidade

A difusão generalizada e acelerada da informática em saúde e as inovações em saúde digital revolucionaram as práticas clínicas e de investigação; segundo Brewer et al. (2020), podem até ter tido um impacto substancial na saúde da população e consequências não intencionais, assim como terem perpetuado as desigualdades em cuidados de saúde.

O termo desigualdades em saúde está frequentemente associado a desigualdades de gênero, grupo étnico ou nacionalidade. Na década de 90, os termos “desigualdades em saúde” e “equidade em saúde” foram abordados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no sentido de chamar a atenção para estas questões e para a necessidade da sua quantificação. Em Genebra, no ano de 1995, a OMS concentrou-se em discutir a questão de igualdade na saúde. Já em 1999, a OMS deu início a uma nova abordagem destes conceitos, iniciando-se um novo paradigma a partir do qual as questões sobre equidade e desigualdade em saúde continuariam a ser abordadas com um novo foco, uma abordagem mais quantitativa, onde se perspetivasse a sua medição. Esta diferente abordagem calculou a magnitude das diferenças de saúde entre indivíduos não agrupados.

De acordo com Amri et al. (2021), este novo paradigma não gerou consensos, tendo, inclusive, sido gerador de alguma contestação. Alguns autores têm feito um esforço para que os termos sejam os mais clarificadores possível, para que possam ser traduzidos em consequências práticas na monitorização da (in)equidade por parte dos decisores em políticas de saúde, permitindo uma melhor alocação de atividades e/ou recursos destinados à equidade em saúde ou às desigualdades em saúde.

A definição mais concisa e acessível de disparidades/desigualdades na equidade foi articulada no início de 1990 por Whitehead (1991), que referiu que diferenças em saúde não são apenas desnecessárias e evitáveis, mas, além disso, são consideradas injustas. A mesma autora definiu equidade nos cuidados de saúde como *igual acesso a cuidados disponíveis para necessidades iguais, utilização igual para necessidades iguais, qualidade de atendimento para todos*. Segundo Whitehead e Dahlgren (2006), iniquidade em saúde refere-se a diferenças sistemáticas no estado de saúde de diferentes grupos, que podem ser observadas em qualquer país. Estes autores referem ainda três características distintas que, quando combinadas, transformam diferenças em saúde em desigualdade social em saúde: são

sistemáticas, socialmente produzidas (por isso modificáveis) e injustas. Então, iniquidade em saúde refere-se às diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas, além disso, também são consideradas injustas; pressupõe-se que, idealmente, todos devem ter oportunidades justas de obter o seu potencial máximo de saúde; mais pragmaticamente, que ninguém deve estar em desvantagem relativamente a ser possível alcançar esse potencial, caso essa desvantagem possa ser evitável. A equidade concerne à criação de oportunidades iguais para a saúde e à diminuição das diferenças em saúde ao menor nível possível.

Braveman (2006) abordou a importância de esclarecer os conceitos de “desigualdades em saúde” ou “disparidades em saúde” e “equidade em saúde”, familiares a muitos profissionais de saúde e fundamentais para programas, políticas de saúde e para investigadores nos Estados Unidos da América e em outros países. A importância da clareza destes conceitos advém da relação direta entre a medição das desigualdades em saúde e o alcance da equidade em saúde, essenciais na tomada de decisão em saúde. De acordo com esta autora, o conceito de equidade e igualdade são distintos, mas a igualdade é indispensável para operacionalizar e medir a saúde. A mesma refere ainda que é fundamental uma definição de equidade que possa orientar a medição, no sentido de atribuir responsabilidade aos efeitos das ações e um significado à equidade em saúde, *a ausência de desigualdades sistemáticas em saúde ou nos seus determinantes sociais em saúde*, conceito ético baseado no princípio da justiça distributiva, ou seja, oportunidades iguais para todos os grupos populacionais serem saudáveis. Tal implica a existência de métricas alocadas à monitorização destas fragilidades nos microssistemas que, como as USF, prestam cuidados de proximidade e interagem com a comunidade.

A OMS definiu equidade em saúde como a “ausência de diferenças injustas e evitáveis em saúde entre subgrupos da população” (World Health Organization, 2017, p. 3, tradução própria). No mesmo documento, também é referido que identificar as desigualdades em saúde e seus determinantes é essencial para alcançar a equidade em saúde.

Uma revisão da literatura efetuada por Albrecht et al. (2017) concluiu que a equidade é entendida pela maioria dos investigadores como um fator essencial para a justiça social, sendo um meio para diminuir ou eliminar desigualdades. A pluralidade de perspetivas sobre equidade em saúde, sensivelmente com quatro décadas de evolução, é frequentemente abordada na literatura, incluindo algumas categorias: equidade como igualdade em saúde e desigualdade em saúde como indicador de injustiça na saúde

(Albrecht et al., 2017). Do ponto de vista teórico, o presente estudo teve como foco as (in)equidades em saúde, consideradas diferenças sistemáticas e potencialmente evitáveis na saúde entre grupos de pessoas que têm diferentes posições nas hierarquias sociais de acordo com diversos fatores (intrínsecos e extrínsecos), colocando alguns grupos em maior desvantagem no acesso, no uso e nos resultados de cuidados de saúde (Braveman & Gruskin, 2003).

De acordo com Braveman (2006), avaliar a equidade em saúde requer comparar a saúde e seus determinantes sociais entre grupos sociais mais e menos favorecidos. Neste estudo, as ideias desta autora são usadas como linhas orientadoras: medir os determinantes e indicadores de (in)equidade. A equidade em saúde deve constituir uma prioridade, mas pouco se sabe sobre o compromisso com a equidade em saúde nas USF, especialmente entre os profissionais e a equidade (e determinantes sociais) em saúde como parte integrante do trabalho.

2.2 Teleconsulta

Impulsionada pela pandemia, a digitalização dos cuidados de saúde é uma realidade, mas ainda sem grande conhecimento sobre o impacto desta na saúde das populações e no acesso a cuidados de saúde, de acordo com um princípio fundamental consignado na Constituição da República Portuguesa: o acesso universal e equitativo a cuidados de saúde.

Existem variadas definições relacionadas com a teleconsulta que são usadas em todo o setor da saúde, de acordo com PENTS - Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022 (Centro Nacional de TeleSaúde):

- eSaúde é a transferência geral de recursos e cuidados de saúde por meios eletrónicos através da *internet*,
- *mHealth* é a entrega de serviços de saúde por meio de comunicação movel sem fio;
- Telessaúde é o uso de técnicas de telecomunicação: voz dados e imagens e abrange saúde clínica à distância.

O mesmo plano, PENTS 2019-2022, define teleconsulta como sendo:

(...) uma consulta na qual o profissional de saúde, à distância e com recurso às tecnologias de informação e comunicação, avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento

da prestação de cuidados de saúde. A Teleconsulta pode acontecer em tempo real ou diferido.

(p.38)

O mesmo documento identifica algumas vantagens da teleconsulta:

- aproxima os profissionais de diferentes níveis de cuidados;
- otimiza a gestão de recursos no SNS;
- melhora o acesso dos cidadãos a cuidados de saúde;
- reduz o número de deslocações dos utentes e cuidadores;
- promove a capacitação do cidadão na gestão da sua saúde.

De acordo com o PENTS 2019-2022, a implementação da telessaúde, em Portugal, está a avançar a um ritmo acelerado, e de diversas formas, nomeadamente, através de teleconsultas, telemonitorização, telediagnóstico, telereabilitação, telerrastreio e teleformação (Centro Nacional de TeleSaúde, pp. 38-42).

Este estudo abrange apenas a teleconsulta nas USF (na modalidade consultas síncronas por telefone ou por videochamada).

Após uma análise dos principais eixos da estratégia pública de promoção da telemedicina, Botrugno and Zózimo (2020) realçam :

(...) a necessidade de uma visão crítica que acompanhe a difusão dos serviços à distância na prática médica, a fim de evitar repercussões negativas, entre as quais o aumento da tendência de privatização dos serviços de saúde e o agravamento das desigualdades, com o risco inerente de criar um sistema de cuidados de saúde a duas velocidades. (p. 89)

Num estudo recente, Mitton et al. (2021) exploraram a existência de relação positiva entre a telessaúde e a melhoria no acesso aos profissionais de saúde para a populações vulneráveis e sub-representadas, em contexto pandémico de Covid-19, concluindo que ainda persistem desigualdades no uso da telessaúde. Os autores alertam para a necessidade de mais estudos para compreender as variáveis influenciadoras dos resultados alcançados.

Este trabalho procura dar uma pequena contribuição para aumentar o conhecimento num tema tão sensível como a equidade em teleconsulta.

3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

3.1 Estratégia de Estudo

A estratégia de investigação deste estudo incluiu duas partes essenciais. A primeira envolveu a revisão da literatura, com 3 propósitos: 1) obter os conceitos envolvidos na problemática da (in)equidade e telemedicina; 2) observar que fatores de desigualdade em saúde são referidos; e, por último, 3) obter indicadores de (in)equidade em saúde. A segunda parte aborda o método de estudo, como pode ser observado na Figura 1. O Método de Delphi foi usado com o objetivo de validar indicadores de (in)equidade em teleconsulta nos CSP na região da ARS Norte.

No Serviço Nacional de Saúde, sistematicamente envolto de grandes desafios, a digitalização dos CSP constitui um novo paradigma e um enorme desafio na monitorização do acesso a cuidados de saúde por grupos mais vulneráveis. Tendo por base esta nova realidade nos cuidados de saúde, numa área sensível que afeta todos os cidadãos, este estudo procurou determinar quais os indicadores de (in)equidade que devem ser incorporados nos sistemas de informação para que se identifiquem desigualdades causadoras de (in)equidade de forma a que a teleconsulta seja realizada de forma a não excluir.

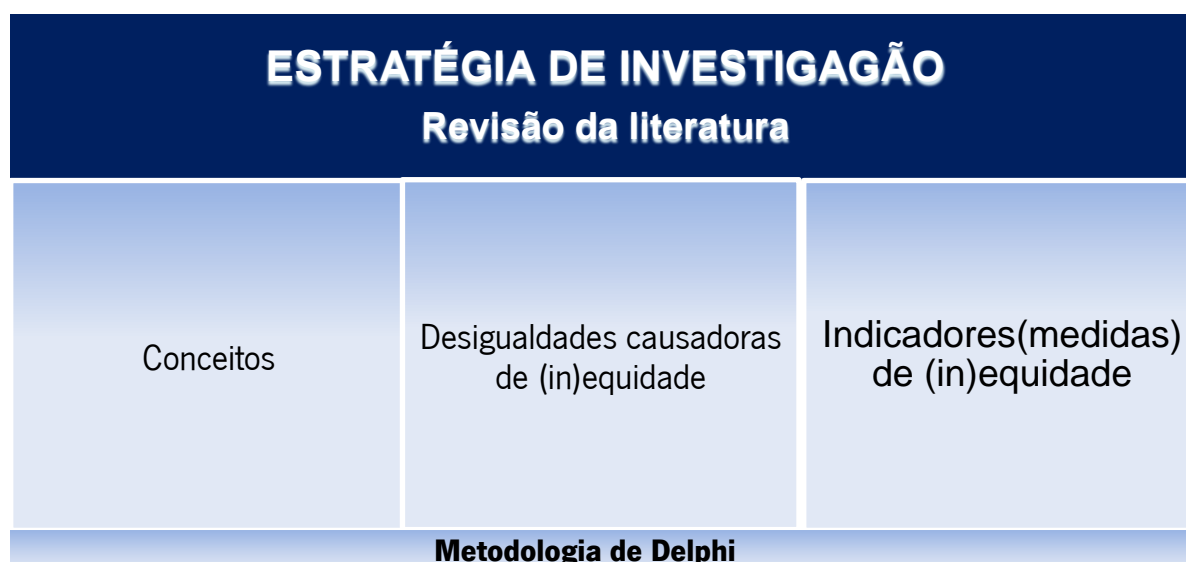


Figura 1 - Estratégia de Investigação

3.2 Delphi

O Delphi constitui um método, que segundo Beiderbeck et al. (2021), serve para organizar e estruturar uma discussão de especialistas com o objetivo de gerar conhecimento sobre tópicos controversos com informação limitada. Este autor, no mesmo artigo, refere ainda que, com o crescente nível de incerteza causado pelas rápidas mudanças tecnológicas e sociais em todo o mundo, as opiniões e avaliações coletivas de especialistas presumivelmente virão a ter uma maior importância.

A aplicação deste método deve-se a quatro fatores identificados por Beiderbeck et al. (2021):

- facilidade da sua implementação;
- baixo custo;
- anonimato da resposta e conseqüentemente dos participantes;
- independência na resposta pela ausência de influência entre as das diferentes classes profissionais de participantes.

O formato Delphi inclui três eixos principais a preparação (fase 1), a condução (fase 2) e análise (fase 3), como se pode observar na Figura 2.

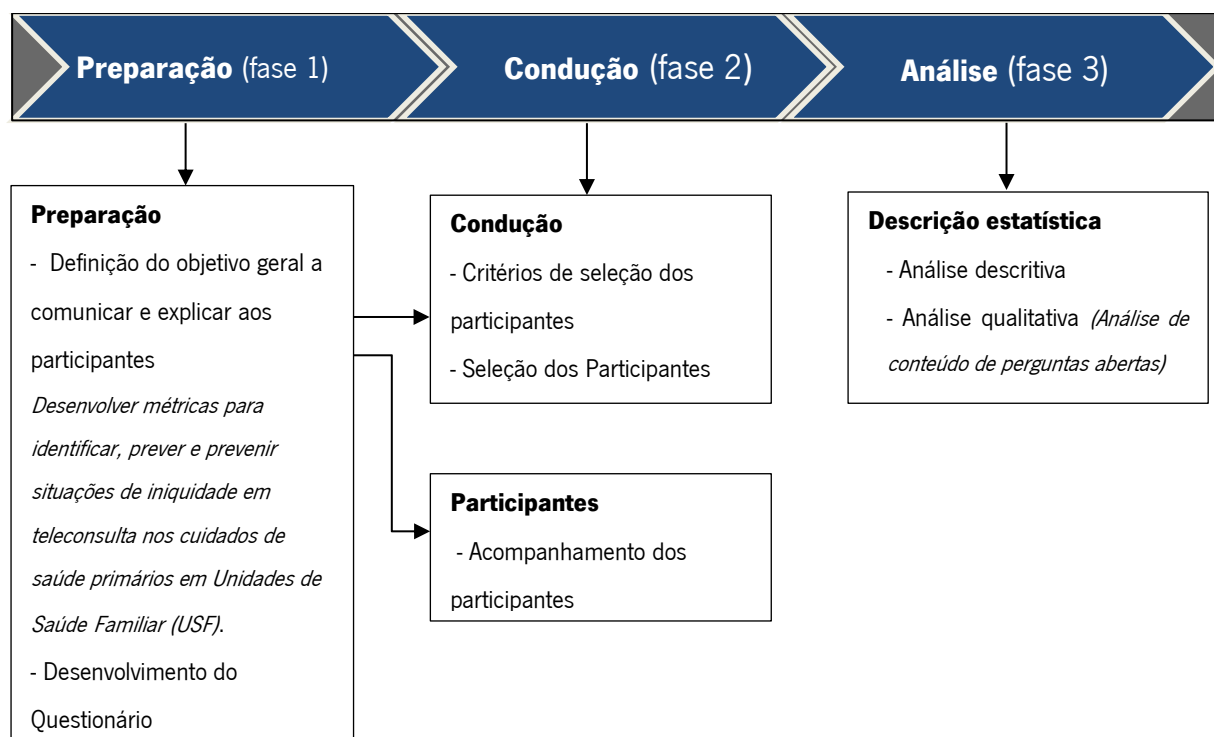


Figura 2 – Fases do método Delphi (adaptado de Beiderbeck et al., 2021)

A fase de preparação (fase 1) abrange a conceptualização do objetivo geral e o questionário. A revisão da literatura permitiu identificar os determinantes e indicadores para prevenir situações de iniquidade em teleconsultas em CSP.

A condução (fase 2) envolve questões específicas como a definição de critérios de experiência e conhecimento que permitam a escolha de uma amostra apropriada ao estudo. Os critérios foram discutidos entre a equipa de investigação e condicionados pela disponibilidade de acesso a peritos de saúde. Na base deste estudo, está a transição para a saúde digital nos CSP e o provável aumento da teleconsulta nos CSP, consultas síncronas áudio (por telefone) ou por videoconferência (videochamadas) entre profissionais de saúde de medicina geral e familiar ou enfermagem e utente. Neste sentido, os critérios seguidos basearam-se: na existência de experiência de prestação de cuidados primários e de experiência em teleconsulta, e na abrangência para diferentes profissionais de saúde. A seleção dos participantes abrange uma amostra por conveniência, heterogenia, de 18 profissionais de saúde da região Norte (médicos, enfermeiros e gestores) com experiência em CSP. O convite foi efetuado por *e-mail*, com um *link* do questionário, construído no Google Forms, enviado para cada participante, onde foi garantido aos participantes que o *e-mail* servia apenas como identificador das respostas e seria apagado após o término do projeto.

A análise (fase 3) refere-se à análise dos resultados obtidos através de uma análise descritiva e, para as questões abertas do questionário, uma análise de conteúdo.

3.2.1 Questionário

O questionário (Apêndice I) que está na base da interação com os especialistas (*experts*) é constituído por quatro partes, como pode ser observado na Figura 3.

A primeira parte, baseada no estudo de Dover and Belon (2019), compreende 68 determinantes estruturais de (in)equidade em saúde organizados em seis categorias: 1) organização (relacionados com os serviços que prestam cuidados de saúde), 2) comunidade (relacionados com a vida em comunidade e dependentes da ação das autoridades), 3) infraestruturas (relacionados com a existência de equipamentos que podem influenciar a prestação de cuidados de saúde ou a saúde), 4) recursos materiais (dos utentes/doentes ou do seu agregado familiar), 5) biologia e estado físico (elementos físicos e de genética que podem influenciar a saúde) e 6) contexto socioeconómico (relacionado com diversos fatores sociais e económicos que podem condicionar o acesso à saúde).

1ª parte	Determinantes sociais de (in)equidade em saúde
	Categorias (Organização, Comunidade, Infraestruturas, Recursos, Biologia e estado físico, Contexto socioeconómico)
2ª parte	Indicadores de (in)equidade
	Dimensões (Aceitação , Qualidade ,Custo , Acessibilidade e Disponibilidade)
3ª parte	Dados Biograficos
	Idade , anos de experiencia profissionas em CSP, género, formação academica, profissão etipo de função que desempenha
4ª parte	Consentimento informado
	Destino da informaçãoe anomimató dos participantes

Figura 3 - Desenho do questionário

A Tabela 1 relaciona os determinantes com as dimensões de equidade geralmente consideradas em (in)equidade em saúde. Dado não existir consenso na categorização das dimensões, optámos por seguir o estudo de Furtado and Pereira (2010).

Tabela 1 - Determinantes Estruturais organizados em categorias

Determinantes estruturais de equidade em saúde	Ao nível do objeto de avaliação	Indicadores / métricas	Dimensões de equidade
Biologia e estado de saúde (biologia, estado de saúde, necessidades)	Paciente	15 métricas (Ex.: idade, género, antecedentes patológicos, ...)	Aceitabilidade, Disponibilidade, Disponibilidade/Qualidade
Contexto socioeconómico, cultural e político	Paciente, Organização, Comunidade	11 métricas (Ex.: habitação, nível de educação familiar: n° e tipo de serviços de saúde disponibilizados, existência de mecanismos de avaliação da qualidade dos mesmos, a comunidade servida pelo centro participa na tomada de decisão, ...)	Aceitabilidade, Acessibilidade, Qualidade Disponibilidade
Localização Social, Circunstâncias sociais, Meio Ambiente	Comunidade, infraestruturas	19 métricas (Ex.: Consumo de cuidados de saúde, Integração social, Impacto da vizinhança no suporte social informal, existe confiança para com os vizinhos, ...)	Acessibilidade, Aceitabilidade Disponibilidade
Estado psicológico, Fatores de stress psicossociais, Avaliação e coping, Resposta ao stress	Comunidade Paciente	7 métricas (Obter informação sobre fatores de stress agudo, crónico, avaliar o efeito de situações de stress em comportamentos negativos para a saúde, ...)	Aceitabilidade Disponibilidade

Determinantes estruturais de equidade em saúde	Ao nível do objeto de avaliação	Indicadores / métricas	Dimensões de equidade
Contexto de saúde, Contexto político de saúde, Disponibilidade de recurso de promoção de saúde, Resultado em saúde	Infraestruturas Organização Paciente	16 métricas (Ex.: Verificar a existência de protocolos nos serviços que promovam o respeito pelos doentes, verificar a integração e coordenação do centro de prestação de cuidados de saúde na rede de unidades de, ...) saúde	Disponibilidade/qualidade Acessibilidade Aceitabilidade/qualidade

Na segunda parte do questionário, baseada em Ford-Gilboe et al. (2018) que desenvolvem um conjunto de princípios para a redução dos efeitos das desigualdades estruturais essencialmente nos Cuidados de Saúde Primários (Conceptualizing Equity-Oriented Health Care - EOHC), são apresentados 51 indicadores ou medidas de (in)equidade organizados por cinco dimensões: 1) aceitação (relacionados com a aceitação por parte do doente dos cuidados de saúde disponibilizados, recomendados e prescritos); 2) qualidade (relacionados com a perceção da qualidade do serviço prestado); 3) custo (relacionados com custos que podem inibir os doentes de obter serviços de saúde); 4) acessibilidade (relacionados com fatores que podem dificultar o acesso a cuidados de saúde) e 5) disponibilidade (relacionados com a existência serviços de saúde atempados), como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 - Indicadores de (in)equidade

Determinantes estruturais de equidade em saúde	Ao nível do objeto de avaliação	Indicadores / métricas	Dimensões de equidade
Necessidades em saúde Disponibilidade de recursos de promoção de saúde Contexto político em saúde	Profissional de saúde Organização	9 métricas (Ex.: Verificar se existe registo para a continuação de cuidados de saúde; verificar a existência de protocolos nos serviços que promovam a qualidade do serviço prestado...)	Disponibilidade Qualidade
Circunstâncias materiais	Recursos materiais	5 métricas (Ex.: Consumo de Cuidados de saúde publico/privado, ...)	Acessibilidade Custo
Circunstâncias sociais Meio Ambiente	Comunidade, infraestruturas	11 métricas (Ex.: Integração social, Área de residência Meio Rural vs. meio Urbano, ...)	Acessibilidade Aceitabilidade
Utilização de recursos de promoção de saúde Resultados em saúde	Organização Paciente	15 métricas (Ex: Existência de programas para a promoção de saúde, Existência de instrumentos de recolha da perceção dos pacientes quanto aos resultados obtidos, ...)	Aceitabilidade Qualidade

Determinantes estruturais de equidade em saúde	Ao nível do objeto de avaliação	Indicadores / métricas	Dimensões de equidade
Crenças em saúde Estado de saúde pré-existente Fatores de stress psicossociais, Avaliação e coping, Resposta ao stress	Paciente Sociedade	11 métricas (Ex.: Utilização dos serviços de saúde, obter informação sobre fatores de stress agudos, avaliar o efeito de situações de stress em comportamentos negativos para a saúde, ...)	Disponibilidade Acessibilidade

Nas partes 1 e 2, solicitou-se aos participantes que indicassem em que fases da teleconsulta (no *acesso*, no *decorrer da consulta* ou nos *resultados em saúde do utente*) os fatores de desigualdade estrutural ou aspetos descritos (indicadores) podem originar (in)equidade em teleconsultas na USF.

A parte três diz respeito aos dados biográficos dos participantes, tendo sido considerados a idade; anos de experiência profissional em cuidados de saúde primários; género, nível de formação académica; profissão e tipo de função (assistencial ou de gestão).

A parte quatro consiste no pedido de consentimento informado. Os participantes foram informados que: “a informação recolhida através deste questionário se destinaria apenas a fins de investigação; seria anonimizada (isto é, os endereços de email serão apagados logo que a recolha de dados fosse concluída e estivesse tratada), e que os resultados seriam apresentados de forma agregada e completamente anónima”. A Figura 4 apresenta os resultados do consentimento informado de todos os participantes.

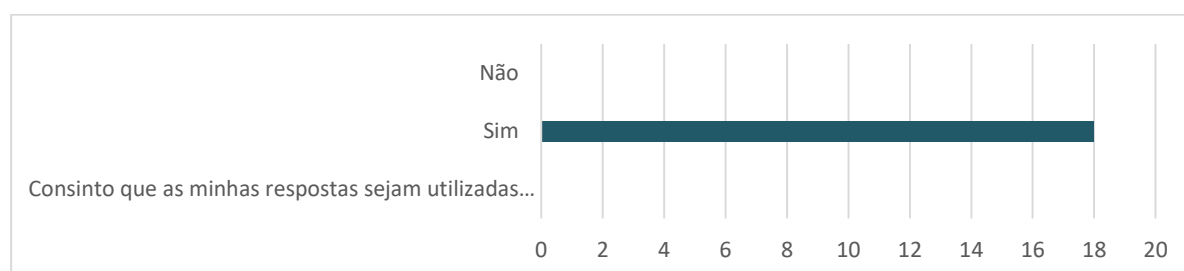


Figura 4 - Respostas do consentimento informado

O questionário foi aplicado entre fevereiro e março de 2022.

3.2.2 Participantes

Delphi é um método que permite estruturar a comunicação de um grupo de especialistas através de interações realizadas pela repetição de questionários, acompanhados de *feedback* (mantendo-se o anonimato das respostas dos participantes), no sentido de alcançar um resultado específico. Tipicamente, este traduz-se num consenso de opiniões do grupo de participantes a respeito de eventos futuros Meyrick (2003); no caso deste trabalho, o foco seria obter consenso sobre os determinantes ou indicadores de equidade avaliados.

Segundo Devaney e Henchion (2018), definir quem é especialista, ou seja, quem deve participar é crucial para o sucesso de qualquer exercício Delphi. A seleção dos participantes não tem como objetivo a representatividade, mas os níveis de conhecimento e experiência sobre o tópico em estudo, devendo esta seleção ser transparente e justa. Os critérios usados na seleção dos participantes no Delphi foram: ser profissional das Unidades de Saúde Familiar dos Aces de Braga /ARS Norte e ter tido alguma experiência em teleconsulta em CSP.

Considerando que a problemática em estudo é uma área emergente nos CSP, agilizada e impulsionada muito à custa das medidas imanadas pela DGS para controlo da pandemia de COVID19, não existem na região verdadeiros “especialistas”, no sentido de experiência profunda e consolidada. De forma a abarcar diferentes perceções (provenientes de diferentes funções exercidas), foram incluídos médicos, enfermeiros e gestores dos CSP da ARS Norte.

Não há consenso na literatura quanto ao número apropriado de especialistas. Para Wright e Giovinazzo (2000), um número entre 15 e 30 especialistas é considerado suficiente para gerar informações relevantes. Não existe uma relação consistente entre o tamanho da amostra e a eficiência da aplicação do método, nem uma amostra ideal para obter consenso da opinião de especialistas que trabalham à distância. Foi nosso objetivo incluir entre 18 a 20 participantes no estudo, especialistas das três classes profissionais com maior influência e interação com os utentes numa USF. Enviamos 20 convites e obtivemos 18 respostas, sendo que um é gestor, dez são médicos e sete são enfermeiros, como mostra a Figura 5 .

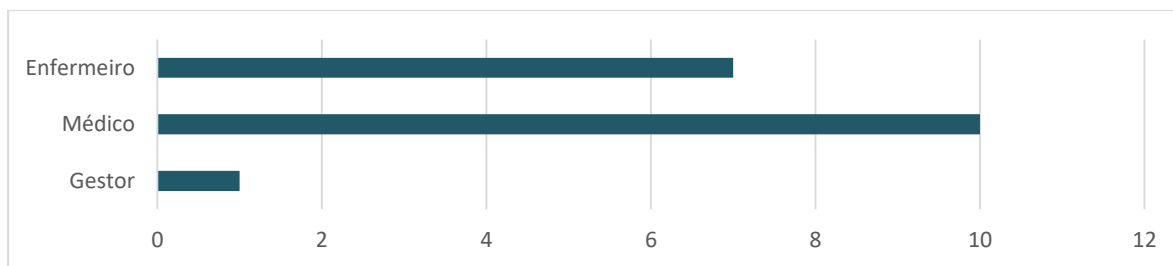


Figura 5 - Caracterização por área profissional dos participantes

No sentido de descrever a nossa amostra, apresentam-se algumas características:

- Mais de 50% dos participantes têm idade superior a 36 anos, como mostra a Figura 6.

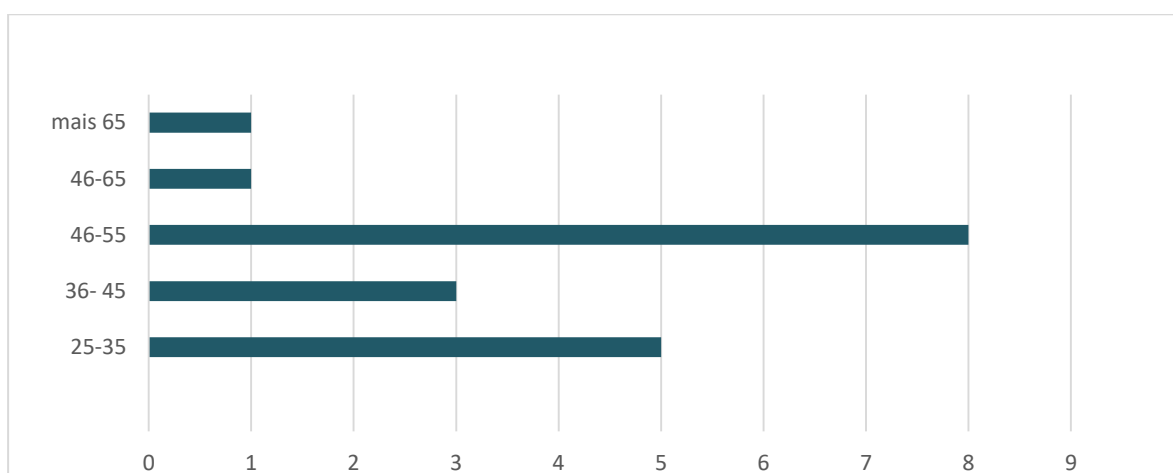


Figura 6 - Representação da idade dos participantes

- Só um participante tem menos de 5 anos de experiência profissional, como mostra a Figura 7.

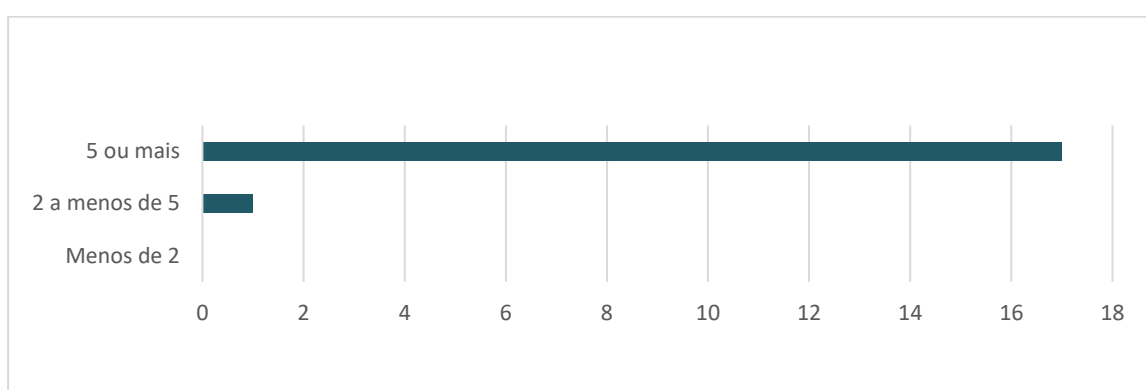


Figura 7 - Experiência profissional dos participantes

- Todos os participantes têm formação académica de nível superior; mais de 50% com formação ao nível da pós-graduação, como mostra a Figura 8.

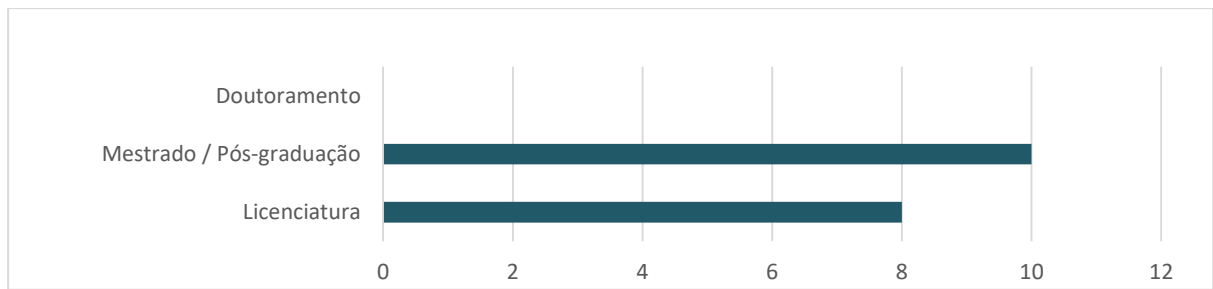


Figura 8 - Formação Acadêmica dos participantes

- Maioritariamente, os participantes exercem funções assistenciais; no entanto, existem participantes com funções de gestão e assistenciais em simultâneo, como se pode observar na Figura 9.

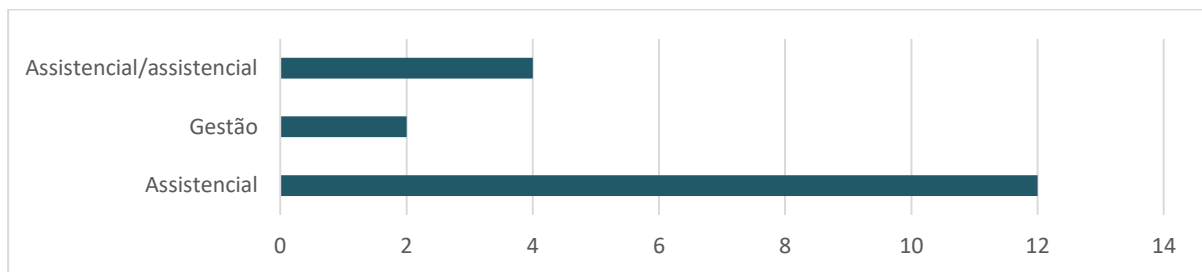


Figura 9 - Tipo de função que exercem

- Quanto ao género, os participantes são maioritariamente do género feminino, como se pode observar na Figura 10.

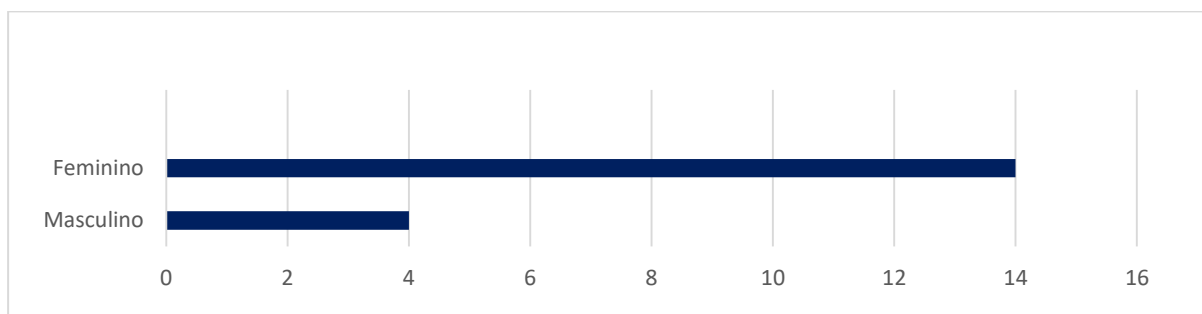


Figura 10 - Classificação dos participantes quanto ao género

4. ANÁLISE DE RESULTADOS

4.1 Desigualdades estruturais de (in)equidade

De seguida, são apresentados os determinantes sociais em saúde nas várias categorias consideradas. Relativamente à categoria *Organização*, que engloba factos internos da organização baseados na estrutura, nos processos e nos resultados, composta por dezasseis indicadores (itens), como pode ser observado na Figura 11:

- o acesso à teleconsulta foi o momento de interação mais referenciado;
- onze indicadores foram indicados por 11 (61%) ou mais participantes como podendo ter impacto no acesso à teleconsulta (por exemplo, os indicadores “Variedade de serviços de saúde na USF do utente”, “a Variedade de serviços de saúde na área de residência do utente”, “A comunidade servida participa na tomada de decisões da USF” e “Os serviços de saúde disponibilizados (em variedade e quantidade) adequam-se às necessidades do utente” foram referidos como podendo ter influência nesta fase por 14 (78%) ou mais participantes;
- quatro indicadores foram identificados por 11 (61%) ou mais participantes como possíveis influenciadores da equidade (no sentido do seu aumento ou diminuição) nos resultados em saúde: “Os resultados de saúde obtidos pela USF são publicitados”, “Existem instrumentos de recolha da perceção dos utentes sobre os resultados de saúde obtidos (ex., questionário de qualidade de vida) “, “A USF analisa os resultados de saúde por si obtidos” e “Existência de mecanismos de avaliação da qualidade das teleconsultas”;
- o indicador “Existem programas para a promoção de saúde” foi identificado por, sensivelmente, a mesma proporção de participantes (10 ou 11 dos 18 participantes) como podendo influenciar a equidade nos três momentos distintos da interação dos utentes com a USF: no acesso à teleconsulta, no decorrer da teleconsulta e nos resultados em saúde para utente;
- um indicador não foi entendido por um dos participantes (“Existem protocolos que promovem o respeito pelos doentes”).

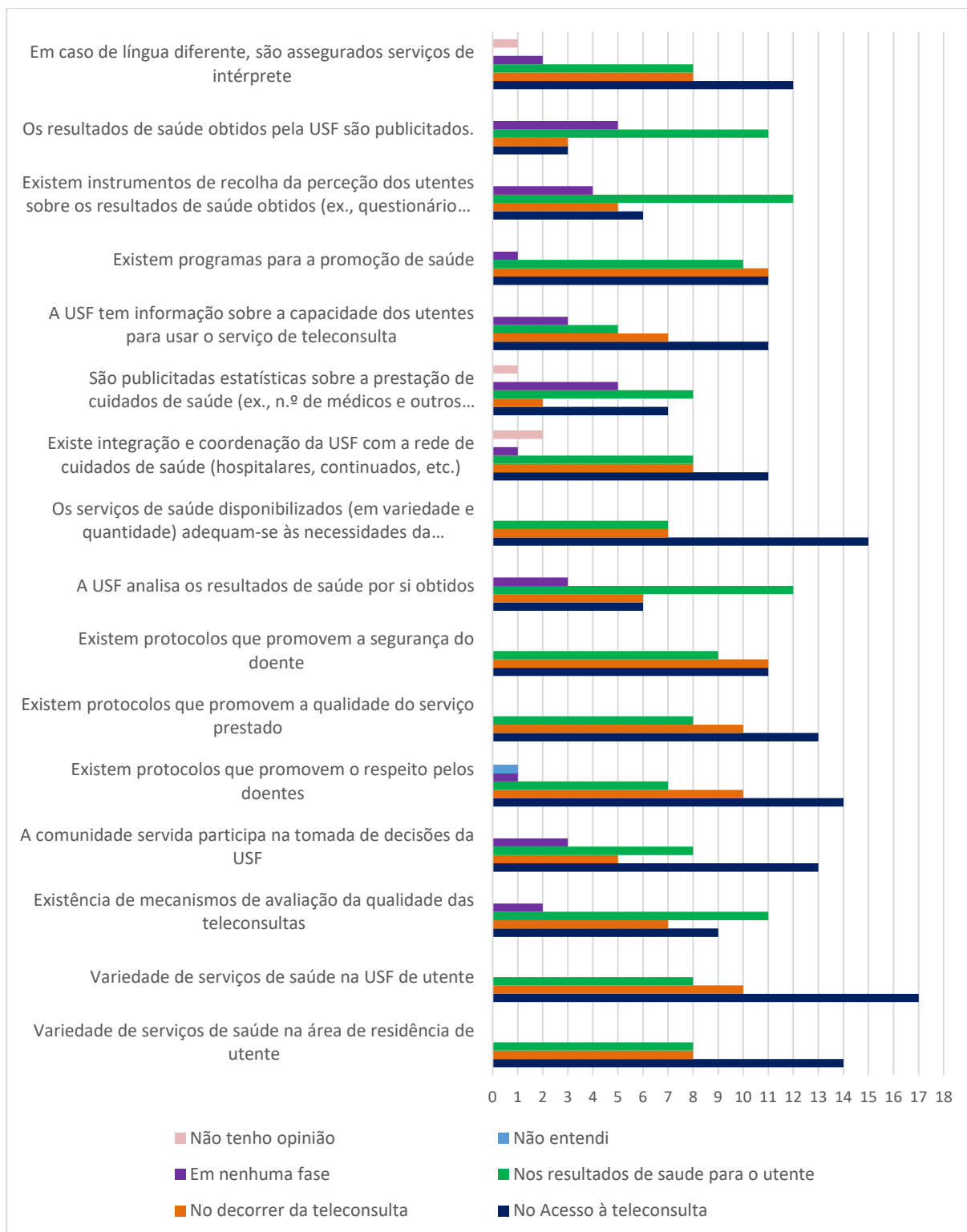


Figura 11 - Indicadores de acesso à teleconsulta categoria Organização

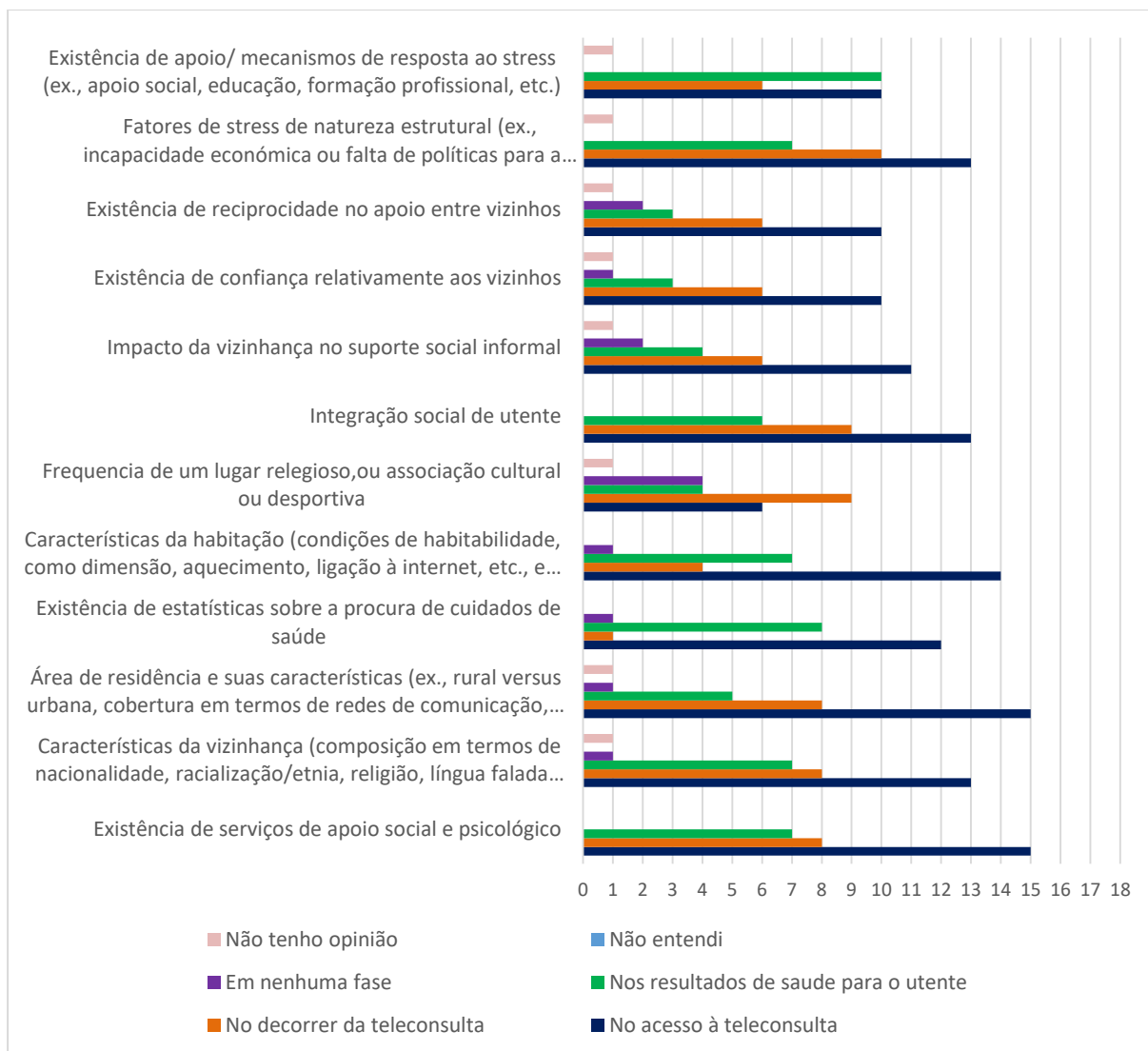


Figura 12 - Indicadores de (in)equidade à teleconsulta categoria Comunidade

Na categoria *Comunidade*, que engloba processos e características do meio envolvente em que o utente está inserido, foram apresentados doze indicadores como se observa na Figura 12:

- onze indicadores foram identificados por pelo menos 10 participantes (55% dos 18) como podendo influenciar a (in)equidade no acesso à teleconsulta na USF;
- a fase da teleconsulta em que o indicador “Frequência de um lugar religioso, ou associação cultural ou desportiva” foi mais indicado como podendo influenciar a equidade foi o decorrer da teleconsulta;
- três indicadores foram identificados por 14 (78%) ou mais participantes relativamente à fase de acesso à teleconsulta: “Características da habitação (condições de habitabilidade, como dimensão, aquecimento, ligação à internet, etc., e n.º de pessoas que nela habitam)”, “Área

de residência e suas características (ex., rural versus urbana, cobertura em termos de redes de comunicação, ciclovias, parques, etc.)” e “Existência de serviços de apoio social e psicológico”;

- todos os indicadores foram entendidos por todos os participantes;
- um participante assumiu que não ter opinião relativamente a 8 dos 12 indicadores.

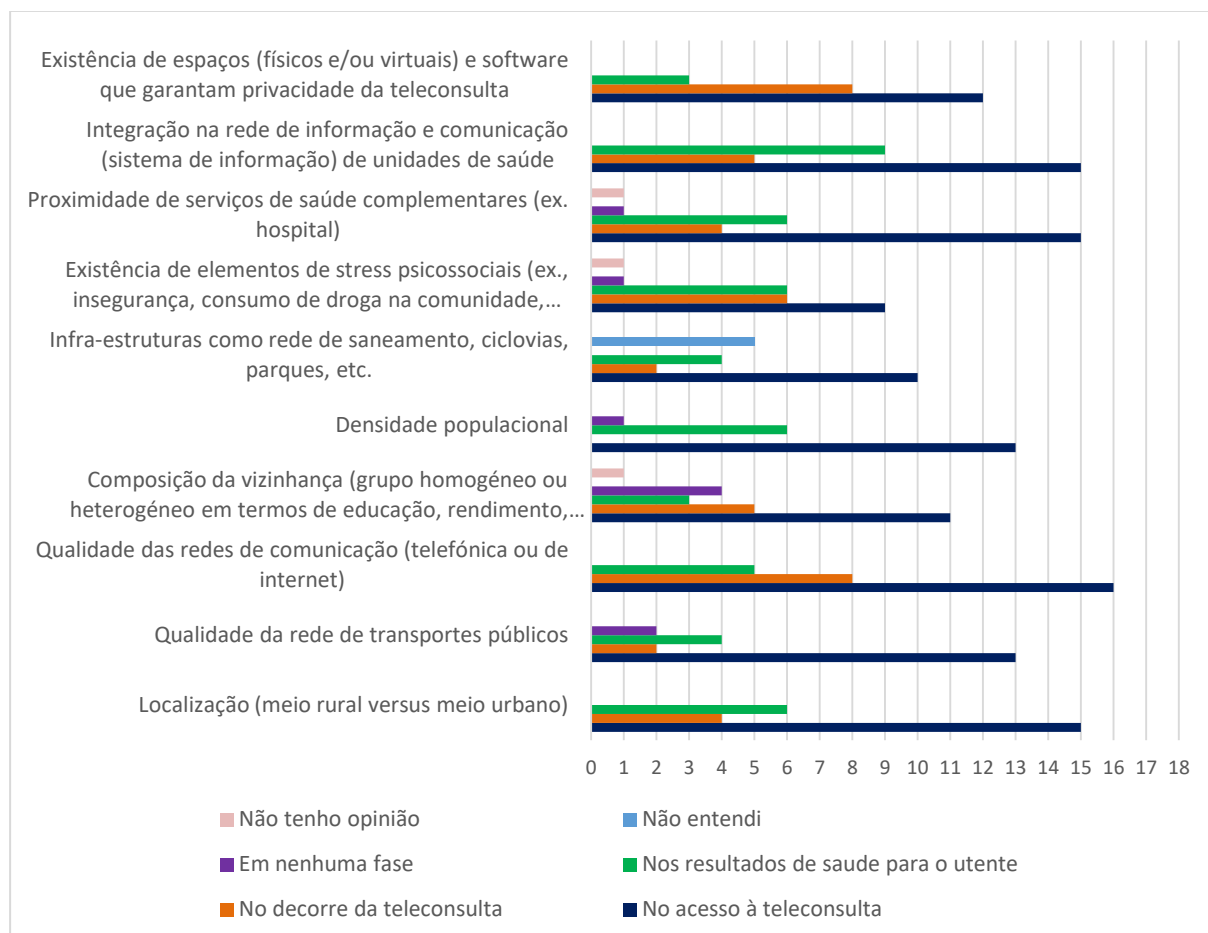


Figura 13 - Indicadores de (in)equidade à teleconsulta categoria Infraestruturas

A categoria *Infraestruturas* está relacionada com a existência de equipamentos que podem influenciar a prestação de cuidados de saúde ou a saúde, engloba um conjunto de serviços fundamentais para o desenvolvimento socioeconómico (rede de transporte públicos, rede de saneamento, entre outros...). Compreende dez indicadores, como se pode observar na Figura 13:

- todos foram identificados pelos participantes como indicadores que podem originar (in)equidade no acesso à teleconsulta na USF;
- dois indicadores foram identificados por oito participantes (44%) como podendo originar (in)equidade no decorrer da teleconsulta na USF: “Qualidade das redes de comunicação

(telefónica ou de internet)” e “Existência de espaços (físicos e/ou virtuais) e software que garantam privacidade da teleconsulta”;

- em três indicadores, um participante indicou não ter opinião;
- o indicador “Infra-estruturas como rede de saneamento, ciclovias, parques, etc.” não foi entendido por cinco participantes.

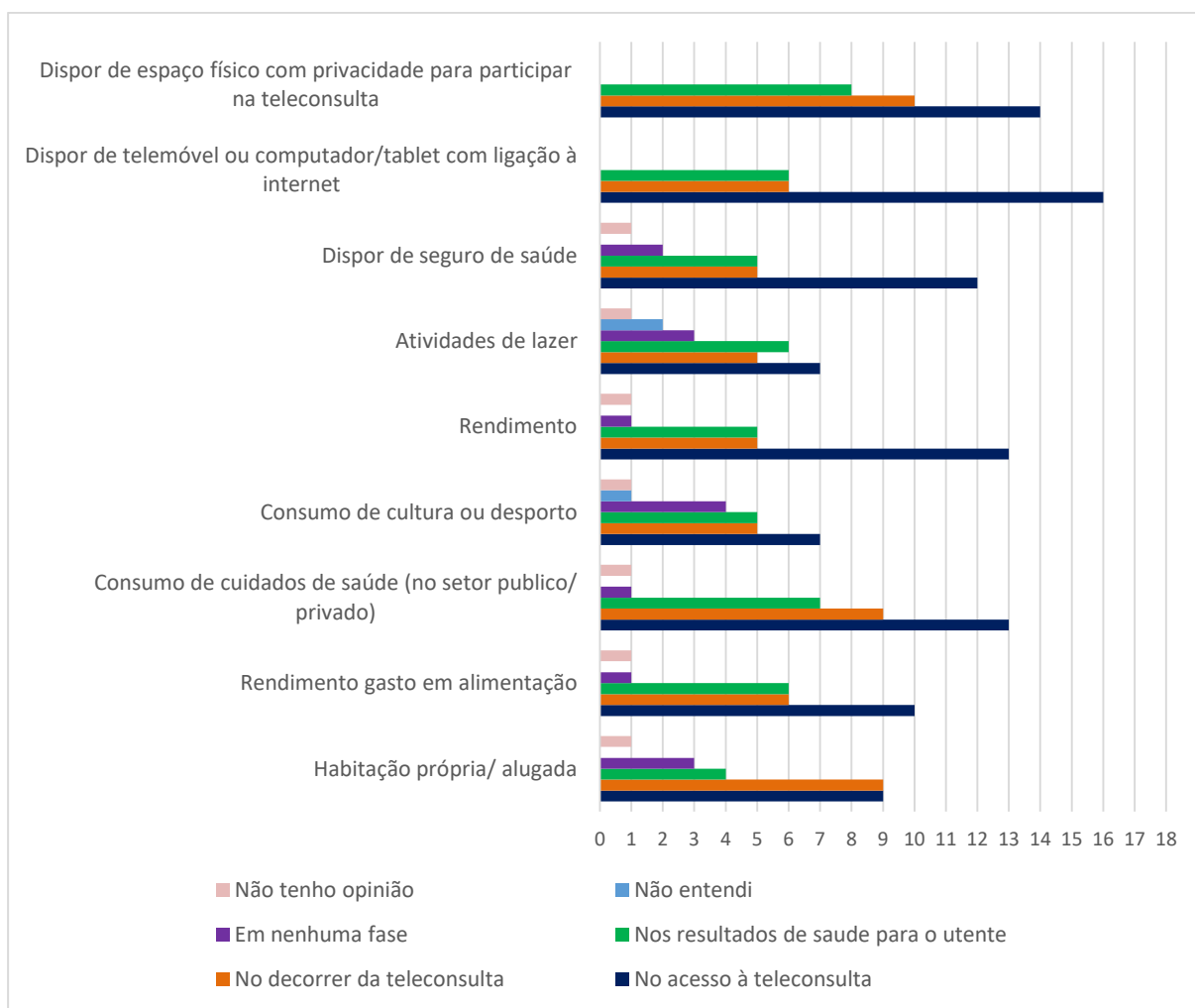


Figura 14 - Indicadores de (in)equidade categoria Recursos Materiais

A categoria *Recursos Materiais* afetos aos utentes/doentes ou do seu agregado familiar, refere-se a meios financeiros que permitem a compra e o consumo para assegurar condições de vida saudáveis e dignas. Compreende nove indicadores, como pode ser observado na Figura 14:

- cinco indicadores foram sinalizados como podendo influenciar a equidade por 12 (2 terços) ou mais participantes no acesso à teleconsulta nas USF: “Disponível de telemóvel ou computador/tablet com ligação à internet”, “Disponível de espaço físico com privacidade para

participar na teleconsulta”, “Rendimento”, “Dispor de seguro de saúde” e “Consumo de cuidados de saúde (no setor publico/ privado)”;

- Um participante indicou não ter opinião formada em sete indicadores;
- Relativamente ao indicador “Atividades de lazer” dois participantes não o entenderam;
- O indicador “Consumo de cultura e desporto” não foi entendido por um participante.

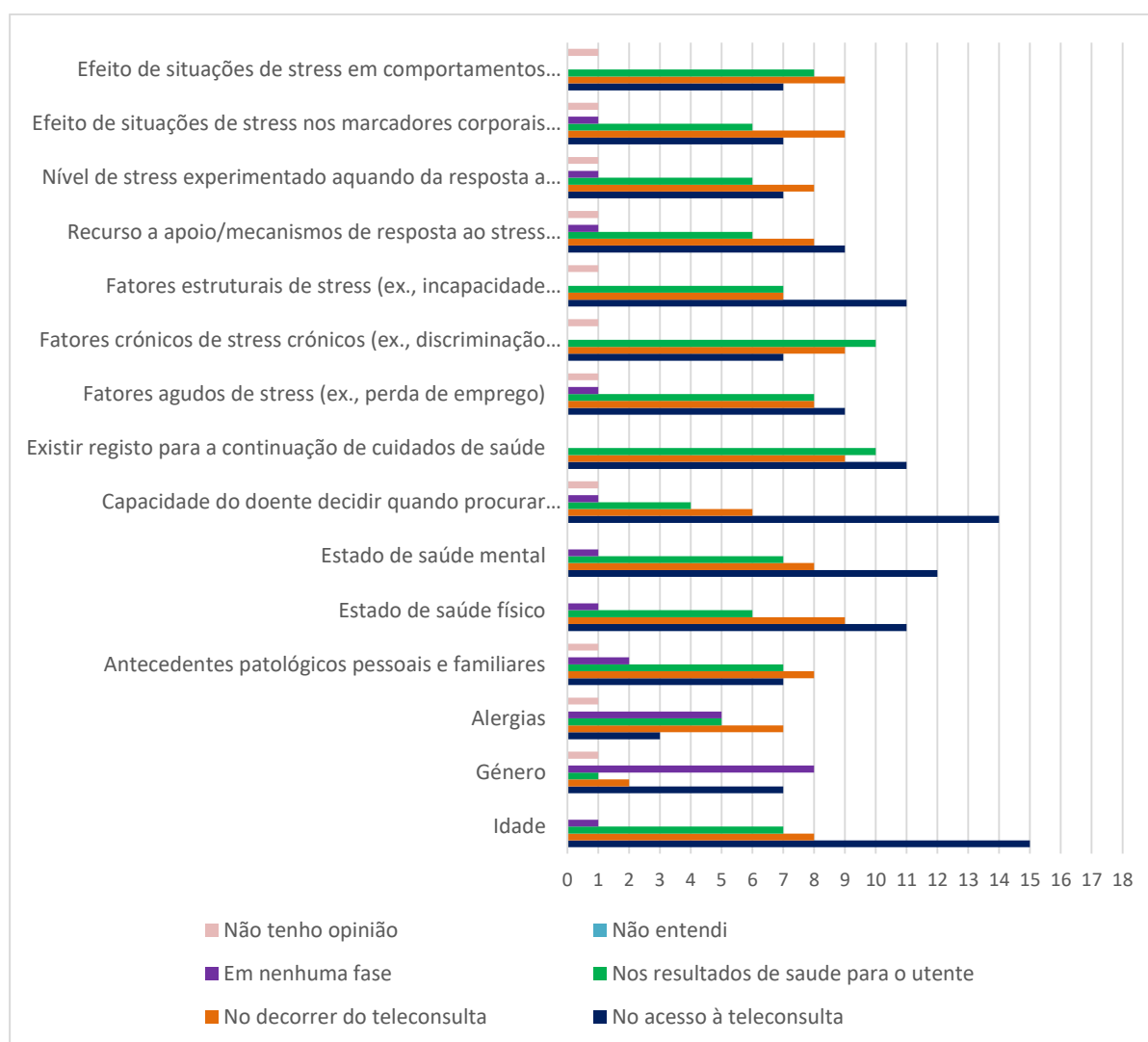


Figura 15 - Indicadores de (in)equidade Categoria Biologia e Estado físico

A categoria *Biologia e Estado físico* refere-se a fatores biológicos como a idade e o género, associados à suscetibilidade de ter certas doenças ou lesões, e compreende quinze indicadores, como pode ser observado na Figura 15:

- verifica-se que 11 (61%) ou mais participantes indicaram a fase de acesso à teleconsulta relativamente a seis indicadores: “Idade”, “Capacidade do doente decidir quando procurar

atendimento para um problema de saúde”, “Estado de saúde mental”, “Antecedentes patológicos pessoais e familiares”, “Estado de saúde físico “,” Fatores estruturais de stress (ex., incapacidade económica ou falta de políticas para a integração de pessoas deficientes)” e “Existir registo para a continuação de cuidados de saúde”;

- oito participantes (44%) consideraram que o “Género” não influenciará a equidade em nenhuma fase da teleconsulta;
- um participante indicou não ter opinião relativamente a onze indicadores.

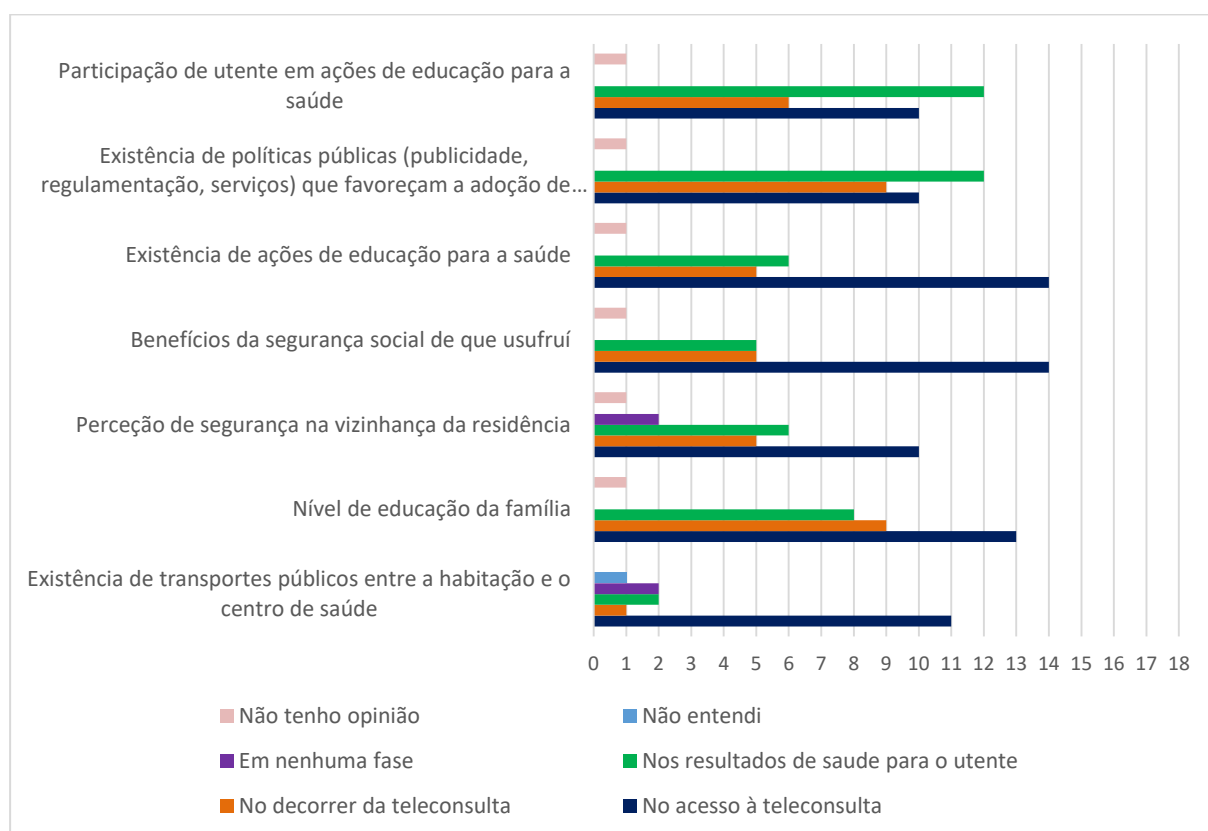


Figura 16 - Indicadores de (in)equidade categoria Contexto socioeconómico

A categoria *Contexto socioeconómico* relaciona-se com diversos fatores sociais e económicos que podem condicionar o acesso à saúde e refere-se à estrutura da sociedade e políticas públicas. Foram apresentados 7 indicadores, como pode ser observado na Figura 16:

- quatro indicadores foram identificados por 11 (61%) ou mais participantes relativamente à fase de acesso à teleconsulta: “Existência de ações de educação para a saúde”, “Benefícios da segurança social de que usufruí”, “Nível de educação da família” e “Existência de transportes públicos entre a habitação e o centro de saúde”;

- dois indicadores foram indicados por 12 participantes (2 terços) nos resultados em saúde para o utente: “Participação de utente em ações de educação para a saúde” e “Existência de políticas públicas (publicidade, regulamentação, serviços) que favoreçam a adoção de comportamentos saudáveis/que combatam comportamentos pouco saudáveis (ex., consumo de tabaco)”;
- apenas um indicador não foi entendido por um participante;
- em seis indicadores, um participante indicou não ter opinião.

4.2 Indicadores de (in)equidade

De seguida, são apresentados os indicadores de (in)equidade em saúde nas várias dimensões consideradas.

A dimensão *Aceitação* refere-se ao respeito e à capacidade de resposta dos cuidados de saúde às necessidades, preferências e expectativas do utente (aceitação por parte do doente dos cuidados de saúde disponibilizados, recomendados e/ou prescritos). Foram apresentados nove indicadores, como pode ser observado na Figura 17:

- sete indicadores foram referidos por 10 (55%) ou mais participantes relativamente à fase decorrer da teleconsulta;
- dois indicadores foram indicados por 14 (77%) ou mais participantes no acesso à teleconsulta: “(In)existência de espaços (ex., app) para interações virtuais emocional e culturalmente seguras no local onde serviço de saúde é prestado” e “(In)existência de espaços para interações físicas emocional e culturalmente seguras no local onde serviço de saúde é prestado”;
- apenas num indicador um participante indicou não ter opinião formada;
- um indicador não foi entendido por um participante.

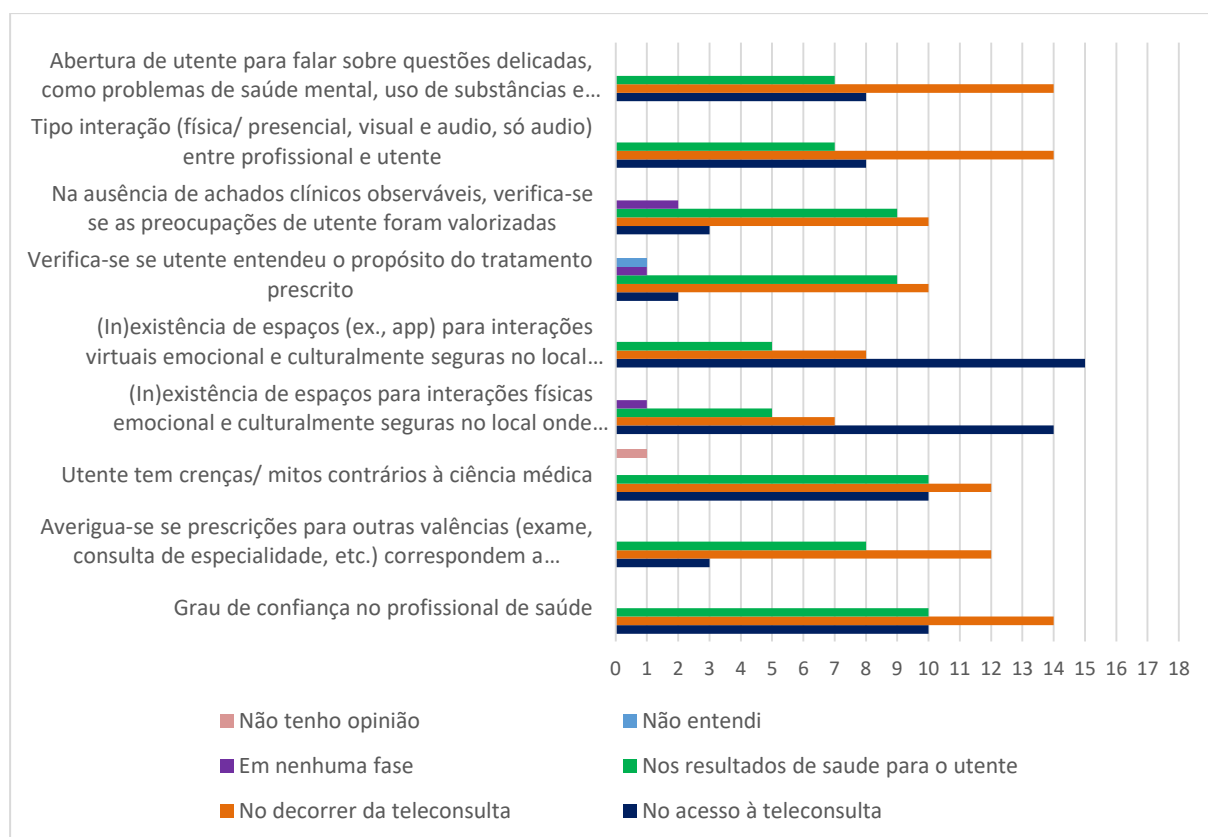


Figura 17 - Indicadores de (in)equidade dimensão Aceitação

A dimensão Qualidade relaciona-se com a perceção de diversos fatores que influenciam a qualidade do serviço prestado. Foram apresentados onze indicadores, como se pode observar na Figura 18:

- seis indicadores foram indicados por 11 (61%) ou mais participantes no acesso à teleconsulta;
- dois indicadores foram também identificados por 11 (61%) ou mais participantes nos resultados em saúde para o utente: “Nível de satisfação de cada utente com experiência(s) anterior(es)” e “Registrar feedback de utente sobre a sua experiência”;
- o indicador “Nível de satisfação de cada utente com experiência(s) anterior(es)” foi identificado por 13 (72%) participantes nos resultados de saúde para o utente;
- todos os indicadores apresentados foram entendidos pelos participantes;
- em três indicadores, um participante respondeu que não tinha opinião formada.

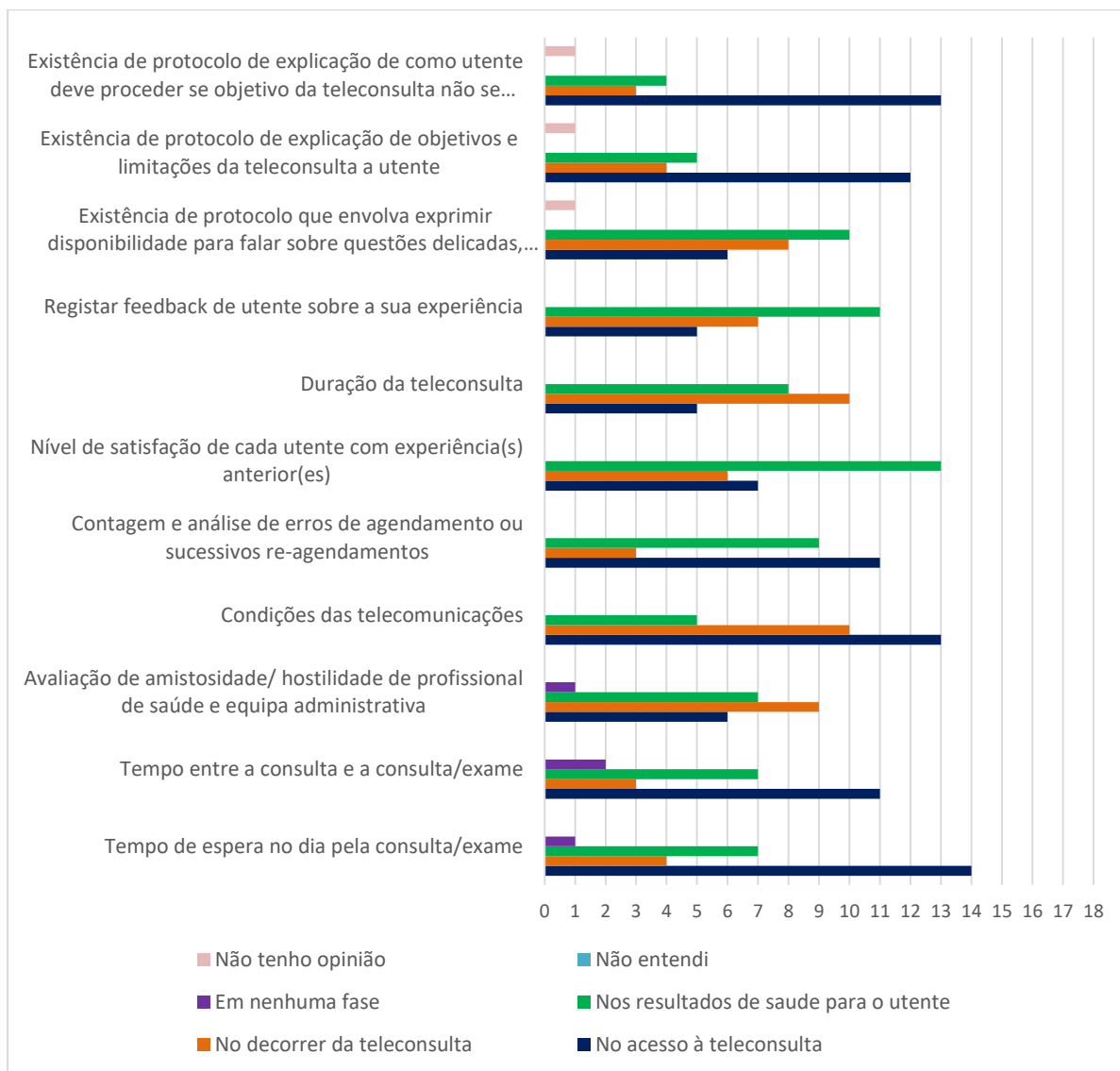


Figura 18 - Indicadores de (in)equidade dimensão Qualidade

A dimensão *Custo* refere-se a encargos do utente em detrimento de obter determinado serviço (os custos podem inibir os utentes de obter serviços de saúde). Nesta dimensão, foram apresentados cinco indicadores, como se pode observar na Figura 19:

- três indicadores foram identificados por 14 (78%) ou mais dos 18 participantes no acesso à teleconsulta;
- o indicador “Custo da medicação, tratamento e exames prescritos” foi referido por 10 (55%) participantes nos resultados em saúde para o utente;
- um participante não tinha opinião formada relativamente a nenhum dos indicadores apresentados;
- um participante não entendeu 2 indicadores e outro participante não entendeu 1 indicador;

- dois indicadores foram identificados por 15 (83%) ou mais participantes no acesso à teleconsulta: “Custo com equipamentos necessários (computador, telemóvel, etc.” e “Custo da internet ou assinatura de telefone /telemóvel”.

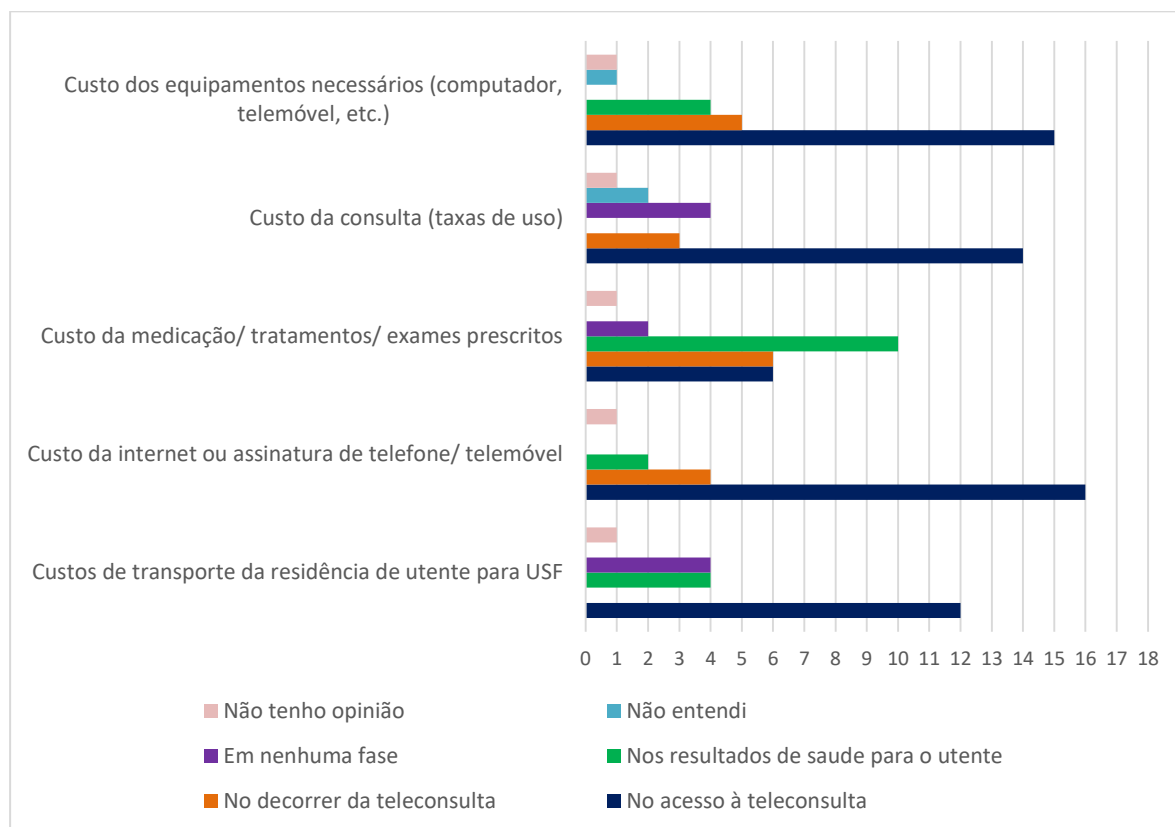


Figura 19 - Indicadores de (in)equidade dimensão Custo

A dimensão Acessibilidade refere-se à capacidade do utente poder utilizar um determinado recurso promotor de saúde, depois de identificada a sua necessidade (relacionada com fatores que podem dificultar o acesso a cuidados de saúde). Nesta dimensão, foram apresentados quinze indicadores, como se pode observar na Figura 20:

- dez indicadores foram identificados por 11 (61%) ou mais participantes relativamente ao acesso à teleconsulta;
- três indicadores foram identificados por 16 (89%) ou mais participantes no acesso à teleconsulta: “(In)existência de apoio familiar”, “(In)capacidade (ou dificuldade) de utente para usar tecnologia necessária” e “Cobertura de rede móvel na área de residência”;
- dois indicadores foram identificados por 12 participantes (2 terços) em relação ao decorrer da teleconsulta: “(In)capacidade (ou dificuldade) de utente para expor os problemas de saúde” e

“Apetência de utente para falar sobre questões delicadas, como problemas de saúde mental, uso de substâncias e experiências de violência”;

- todos os indicadores foram entendidos pelos participantes, embora um participante não tivesse opinião formada sobre oito indicadores desta dimensão.

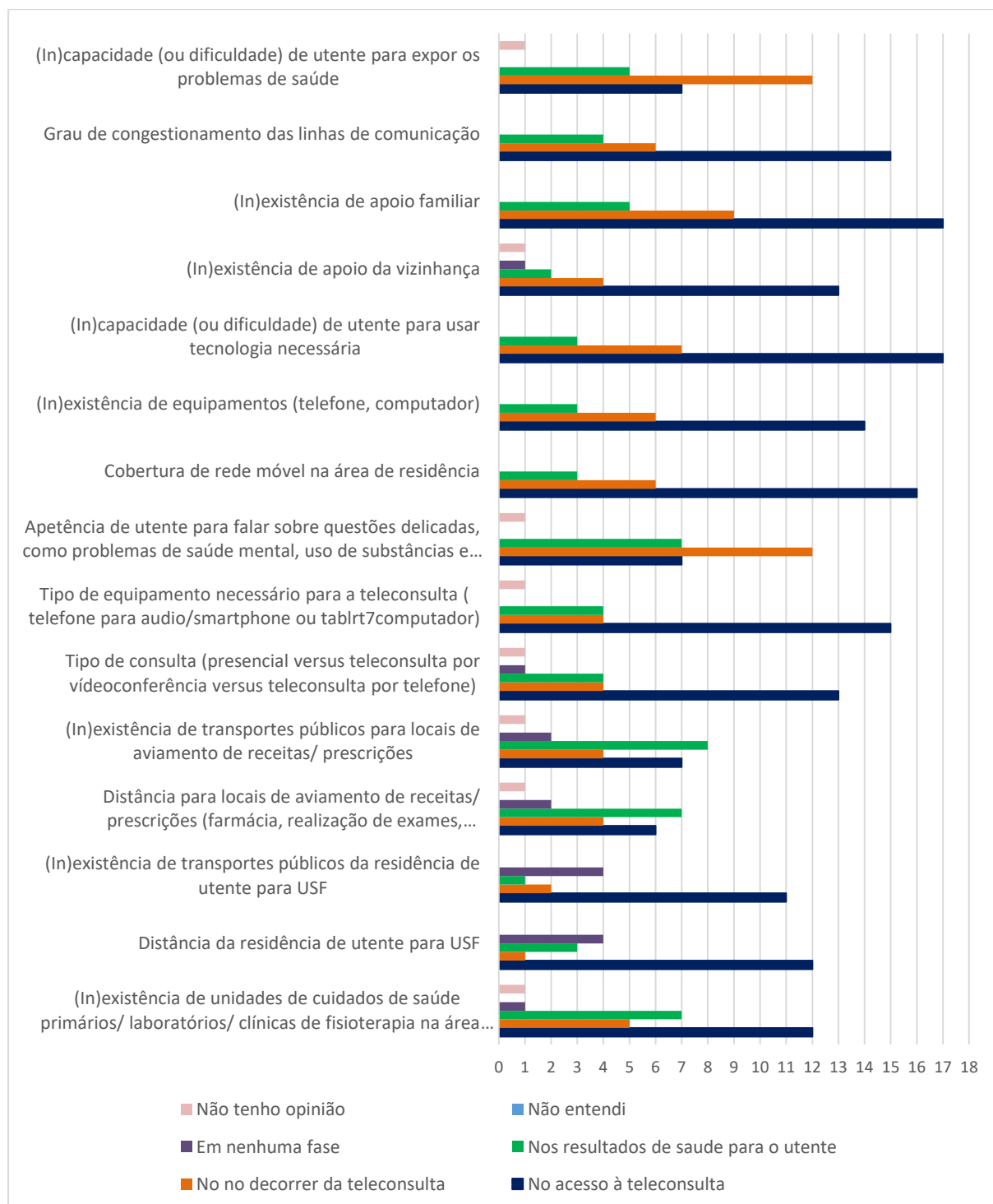


Figura 20 - Indicadores de (in)equidade dimensão Acessibilidade

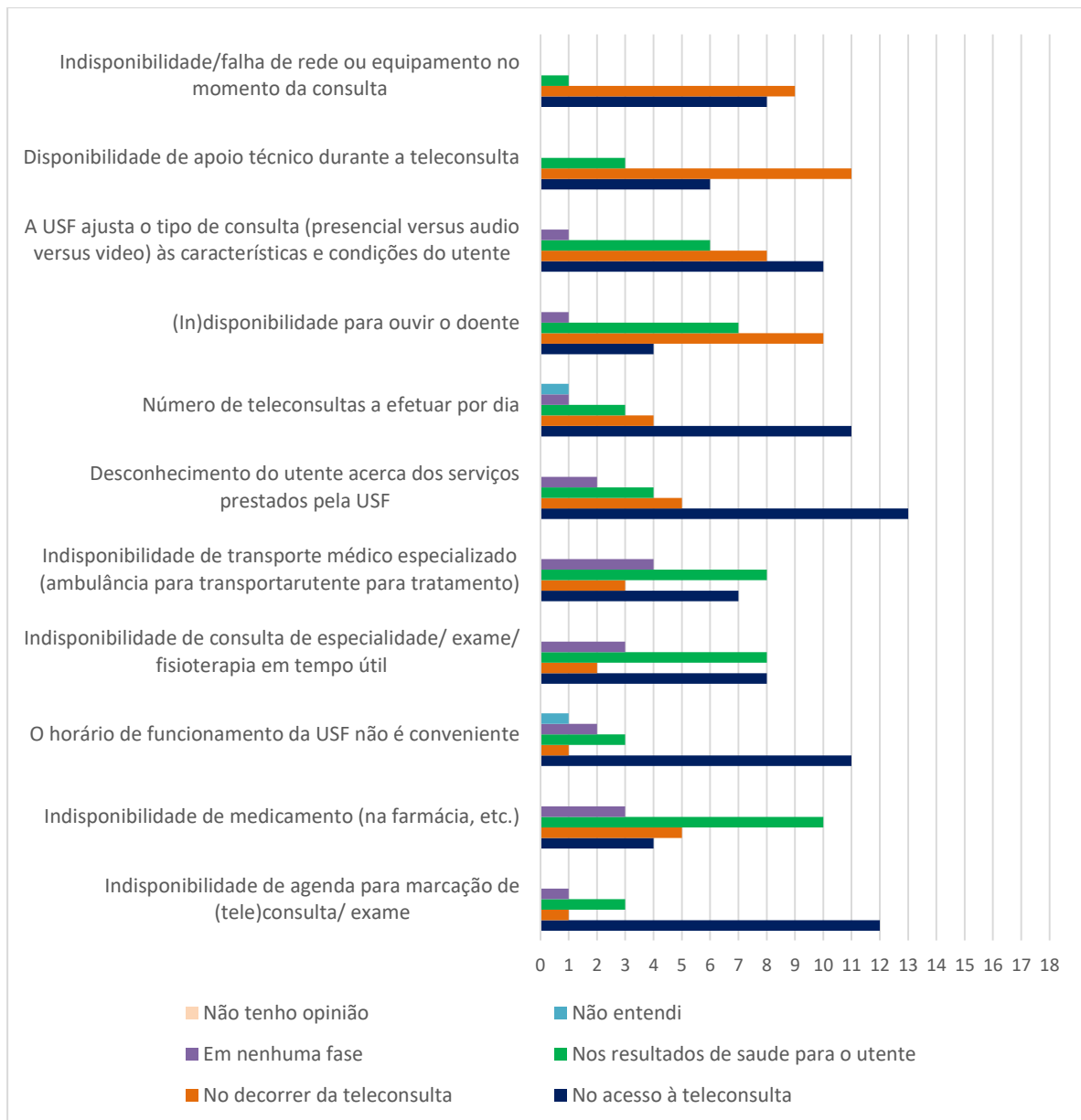


Figura 21 - Indicadores de (in)equidade dimensão Disponibilidade

A dimensão *Disponibilidade* refere-se à existência de recursos de promoção e de saúde; representa a infraestrutura e organização mediante a oferta atempada de serviços de saúde. Nesta dimensão, foram apresentados onze indicadores, como se pode observar na Figura 21:

- cinco indicadores foram identificados por 10 (55%) ou mais participantes no acesso à teleconsulta, tendo dois sido identificados por 12 (dois terços) ou mais participantes: “Desconhecimento do utente acerca dos serviços prestados pela USF” e “Indisponibilidade de agenda para marcação de (tele)consulta/ exame”;

- dois indicadores foram indicados por 10 ou mais (55%) participantes no decorrer da teleconsulta: “Disponibilidade de apoio técnico durante a teleconsulta” e “(In)disponibilidade para ouvir o doente”;
- dois indicadores não foram entendidos por um participante.

4.3 Categorias de determinantes e indicadores de (in)equidade com maior aceitação

Os determinantes de desigualdade em saúde organizados nas diferentes categorias têm diferente expressão dependendo do momento de interação do utente com a USF. No entanto, maioritariamente, os determinantes são referidos pelos participantes para identificar (in)equidade no acesso à teleconsulta nas USF. Dos 68 determinantes sociais de (in)equidade em saúde, apenas 5 não foram percebidos por participantes.

Relativamente aos indicadores de (in)equidade organizados em diferentes dimensões, também têm diferente expressão dependendo do momento de interação do utente com a USF. No entanto, tal como no caso dos determinantes de desigualdade, são maioritariamente referidos pelos participantes para identificar (in)equidade no acesso à teleconsulta nas USF. Dos 51 indicadores de (in)equidade, apenas 5 não foram percebidos por participantes e, relativamente a 17 indicadores, houve participantes que não tinham ainda opinião formada.

A Figura 22 e Figura 23 mostram o número de desigualdades estruturais e dimensões de (in)equidade, respetivamente, que obtiveram indicações de mais de 10 participantes.

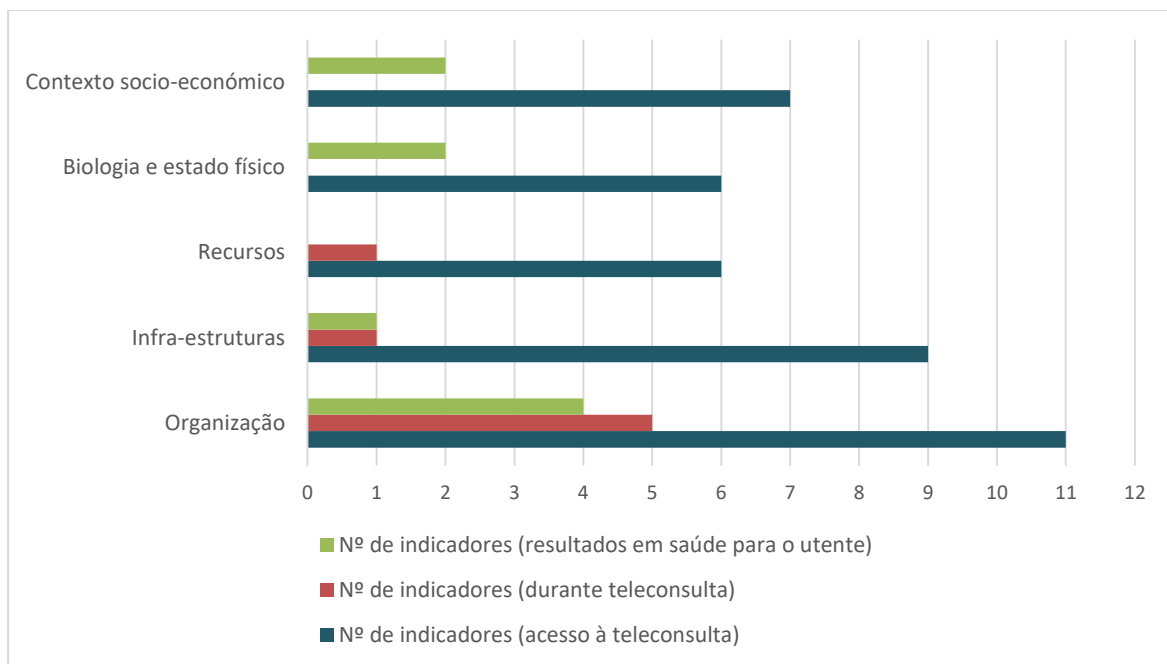


Figura 22 - Categorias de desigualdades estruturais mais indicadas pelos participantes

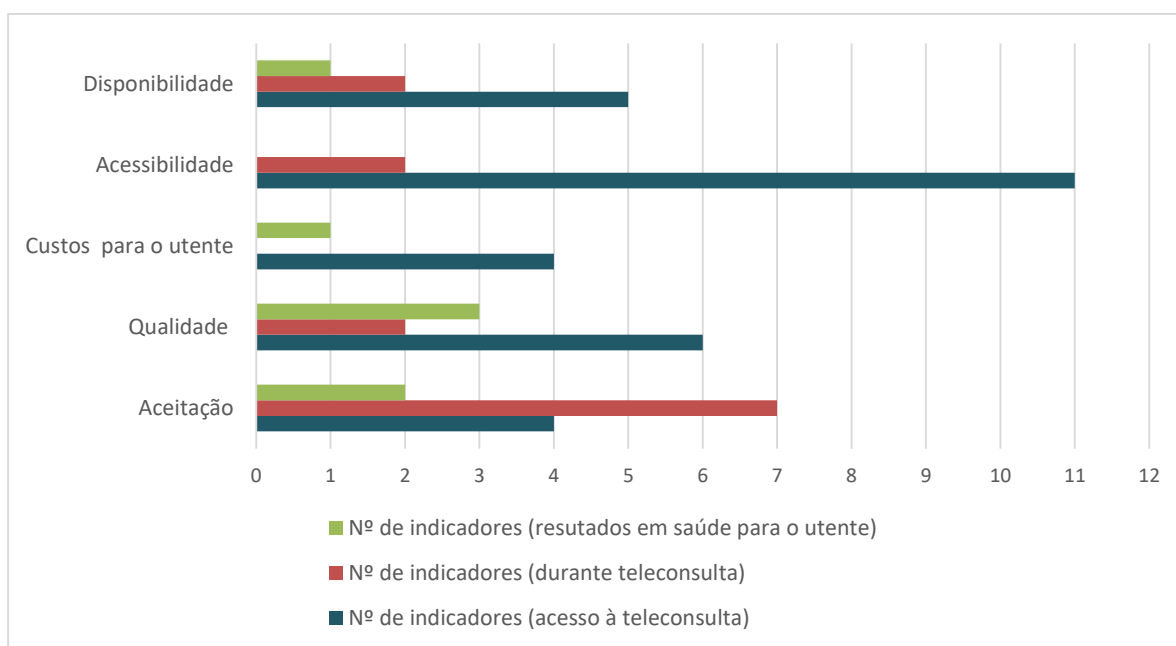


Figura 23 - Dimensões de (in)equidade mais indicadas pelos participantes

Como podemos observar na Figura 24, dos indicadores mais assinalados pelos participantes (considerou-se apenas aqueles que foram identificados por mais de 10 participantes), 66% são direcionados para identificar e prevenir situações de iniquidade no acesso à teleconsulta nas USF; 19% são direcionados para identificar e prevenir situações de iniquidade no decorrer da teleconsulta nas

USF e 15% são afetos para identificar e prevenir situações de iniquidade nos resultados em saúde para o utente.

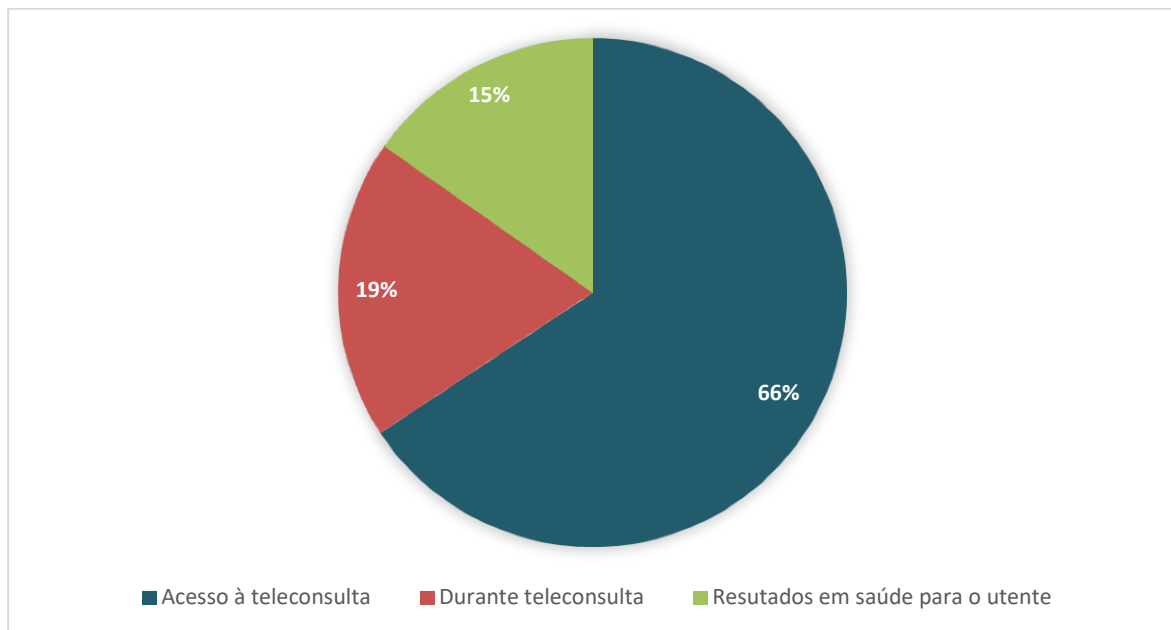


Figura 24 - Distribuição dos indicadores mais indicados pelos participantes por momento de interação Utente/USF

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os CSP, onde se integram as USF, representam o primeiro nível de contacto dos utentes, da família e da comunidade com o Serviço Nacional de Saúde e, por isso, constituem um pilar fundamental da prestação de cuidados de saúde. Estes cuidados abrangem a prevenção da doença e a promoção da saúde de um ponto de vista integrado e centrado na saúde da comunidade, no acompanhamento ao longo da vida e, sempre que necessário, no encaminhamento para cuidados especializados. Deste modo, neste trabalho, analisou-se a pertinência da adequação dos indicadores sugeridos para mensuração dos diversos aspetos relevantes à teleconsulta nas USF. A equidade e indicadores que permitam medi-la devem ser analisados, de forma a que esta passe a constituir uma prioridade nas organizações. A equidade nos sistemas de saúde é um conceito complexo e dinâmico (a composição das faixas da sociedade que sofrem maiores desigualdades muda).

A recolha e síntese de opiniões dos participantes, no que concerne a assinalar determinantes e indicadores de (in)equidade na teleconsulta nos CSP, tema sobre o qual existe pouca informação, não foi geradora de consenso. Os resultados anteriormente apresentados podem, dada a sua agregação, esconder detalhes importantes para a análise (basta um número reduzido de participantes ter eleito um indicador para que este surja como assinalado). A Figura 25 e Figura 26 mostram, numa escala de cores (a verde os indicadores identificados como importantes; a amarelo os não selecionados), nas 3 fases da teleconsulta estudadas (acesso, durante e resultado), a forma como os participantes avaliaram todos os determinantes e indicadores de (in)equidade.

São observados padrões de resposta similares em ambas as figuras:

- Existe maior escolha de determinantes e indicadores na fase referente ao acesso à teleconsulta, comparativamente com as outras duas fases;
- Existe uma grande disparidade nas respostas dos vários profissionais de saúde.



Notas: Verde – participante indicou o indicador; Amarelo – participante não indicou o indicador; eixo vertical – determinantes de desigualdade social agrupados nas 6 categorias (ex.; O1 – 1º determinante da categoria Organização); + Categorias: O – Organização; C – Comunidade; IF – Infraestruturas; R – Recursos; B – Biologia e estado de saúde; SE – Contexto socioeconômico; eixo horizontal – escolha dos participantes relativamente aos 3 momentos (acesso, durante e resultado) da teleconsulta; eixos horizontais – participantes.

Figura 25 – Respostas relativas aos determinantes sociais de equidade

A análise das figuras permite verificar que muitos profissionais não assinalaram indicadores que podem ser relevantes: por exemplo, “Em caso de língua diferente, são assegurados serviços e interprete” (O16 na Figura 25) não foi indicado como podendo influenciar iniquidade durante a teleconsulta por 10 dos 18 profissionais de saúde. Parece haver alguma falta de sensibilização ou conhecimento acerca desta temática.



Notas: verde - participante indicou o indicador; 0 - participante não indicou o indicador; eixo vertical - indicadores de (in)equidade agrupados nas 6 categorias (ex. A1 - 1º indicador da categoria Aceitação); Categorias: A - Aceitação; Q - Qualidade; C - Custos; Ac - Acessibilidade; D - Disponibilidade; eixo horizontal - escolha dos participantes nos 3 momentos (acesso, durante e resultado) da teleconsulta; eixos horizontais - participantes.

Figura 26 - Resposta relativas aos indicadores de equidade

Apresenta-se ainda a Figura 27, que mostra as respostas dos participantes em sobreposição para os 3 momentos da teleconsulta considerados, separando os determinantes dos indicadores (branco significa que os participantes não consideraram o indicador útil; cor de rosa, situações de “não tenho opinião” ou “não entendi”; e os vários tons de verde, a eleição do indicador como podendo influenciar a equidade -diferentes tons referem-se aos momentos da teleconsulta para os quais houve indicação).

Os resultados globais apresentados traduzem a opinião os participantes sobre o que, no momento da resposta, acreditavam ser determinantes e indicadores de equidade na teleconsulta nos CSP. A dispersão verificada alerta-nos para possíveis diferentes percepções do conceito de equidade e para a existência de indicadores não percebidos pelos participantes. O sucesso na implementação de indicadores de equidade na teleconsulta nos CSP passará por uma abordagem mais abrangente: com formação e educação dos profissionais de saúde sobre determinantes sociais e dimensões da equidade, aproveitando o conhecimento e experiência coletiva dos envolvidos no processo (médicos, enfermeiros, gestores) para a concepção destes instrumentos e adaptando-os à realidade onde a USF está inserida e da população que serve.

6. CONCLUSÕES

A Teleconsulta por telefone e vídeo, vertente da telemedicina, é uma realidade em crescimento nos CSP que se caracteriza por uma interação entre profissionais de saúde e utente, em tempo real ou diferido. Este estudo, permitiu identificar métricas para prevenir situações de iniquidade em teleconsulta nos cuidados de saúde primários em Unidades de Saúde Familiar (USF).

Os determinantes sociais e indicadores de (in)equidade em saúde identificados na literatura permitiram a elaboração de um questionário de aplicação do método Delphi. Numa primeira ronda de respostas não se gerou consenso entre os participantes, o que demonstra disparidades no entendimento do conceito equidade e diferentes níveis de sensibilização para o mesmo. Tal sugere que, na prática clínica, deve ser promovido um esforço de educação e formação dos profissionais de saúde para temas relacionados com a equidade e, em particular, no contexto de teleconsultas. A integração deste tipo de indicadores nos sistemas de informação permitirá: melhorar o serviço teleconsulta nos CSP; identificar oportunidades para melhorar a relação profissional-utente; e criar sistemas de vigilância.

As limitações deste estudo advêm de: a) tópico em estudo, que é complexo e sujeito a diferentes interpretações, sendo possível que o grupo de profissionais de USF não tenha coberto todas as áreas de conhecimento relevantes para o tema; a inclusão de outro tipo de especialistas, como, por exemplo, académicos, investigadores e professores, teria sido pertinente; b) o recurso a dados primários acarreta uma disponibilidade de tempo que não existia no contexto deste trabalho, tal inibiu maior número de contactos com os participantes (por exemplo, efetuar uma segunda ronda a partir do conhecimento gerado na primeira).

Como sugestões para futuras investigações seria interessante replicar este estudo com todos os atores-chave da teleconsulta (sejam profissionais de saúde, gestores, especialistas em sistemas de informação e educação e profissionais tecnológicos); e, num estudo piloto, iniciar o registo de informação destes indicadores e a análise dos dados recolhidos correspondentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albrecht, C. A. M., Rosa, R. d. S., & Bordin, R. (2017). O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saúde e Sociedade, 26*, 115-128.
- Amri, M. M., Jessiman-Perreault, G., Siddiqi, A., O'Campo, P., Enright, T., & Di Ruggiero, E. (2021). Scoping review of the World Health Organization's underlying equity discourses: apparent ambiguities, inadequacy, and contradictions. *International Journal for Equity in Health, 20*(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01400-x>
- Beiderbeck, D., Frevel, N., Heiko, A., Schmidt, S. L., & Schweitzer, V. M. (2021). Preparing, conducting, and analyzing Delphi surveys: Cross-disciplinary practices, new directions, and advancements. *MethodsX, 8*, 101401.
- Botrugno, C., & Zózimo, J. R. (2020). A difusão da telemedicina em Portugal: dos benefícios prometidos aos riscos de um sistema de cuidados a duas velocidades. *Sociologia, Problemas e Práticas*(93), 89-107.
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu. Rev. Public Health, 27*, 167-194.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health, 57*(4), 254-258.
- Brewer, L. C., Fortuna, K. L., Jones, C., Walker, R., Hayes, S. N., Patten, C. A., & Cooper, L. A. (2020). Back to the future: achieving health equity through health informatics and digital health. *JMIR mHealth and uHealth, 8*(1), e14512.
- Centro Nacional de TeleSaúde. *PENTS - Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022*. https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS_portugu%C3%AAs.pdf
- Devaney, L., & Henchion, M. (2018). Who is a Delphi 'expert'? Reflections on a bioeconomy expert selection procedure from Ireland. *Futures, 99*, 45-55. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.futures.2018.03.017>
- Dover, D. C., & Belon, A. P. (2019). The health equity measurement framework: a comprehensive model to measure social inequities in health. *International Journal for Equity in Health, 18*(1), 1-12.
- Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N., Varcoe, C., Herbert, C., Jackson, B. E., Lavoie, J. G., Pauly, B., Perrin, N. A., Smye, V., & Wallace, B. (2018). How equity-oriented health care affects health: key mechanisms and implications for primary health care practice and policy. *The Milbank Quarterly, 96*(4), 635-671.
- Furtado, C., & Pereira, J. (2010). Equidade e acesso aos cuidados de saúde. *Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa*.
- Meyrick, J. (2003). The Delphi method and health research. *Health Education, 103*(1), 7-16. <https://doi.org/10.1108/09654280310459112>
- Mitton, J. A., Urquieta de Hernandez, B., Pasupuleti, N., Hurley, K., John, R., & Cole, A. (2021). Disruptive Resilience: Harnessing Leadership to Build a More Equitable Health Care System After COVID-19. *Population Health Management, 24*(6), 646-647.
- Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. (Direção-Geral da Saúde, Ed.). Ministério da Saúde. https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health promotion international, 6*(3), 217-228.

- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. *World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health*, 2, 460-474.
- World Health Organization. (2017). *National health inequality monitoring: a step-by-step manual*. World Health Organization.
- Wright, J. T. C., & Giovinazzo, R. A. (2000). Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Caderno de pesquisas em administração*, 1(12), 54-65.

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO

28/04/2022, 12:03

Equidade em teleconsultas nos cuidados de saúde primários

Equidade em teleconsultas nos cuidados de saúde primários

Com a transição para a saúde digital, é expectável que as teleconsultas - consultas síncronas áudio (por telefone) ou por videoconferência (videochamadas) entre profissionais de saúde (de medicina familiar ou enfermagem) e utente/doente - comecem a ser mais utilizadas nos cuidados de saúde primários.

Este questionário tem como objetivo desenvolver métricas para identificar/prever/prevenir situações de inequidade em teleconsultas em cuidados primários (que, por questões de simplificação, designamos por Unidades de Saúde Familiar, USF).

As inequidades em saúde são diferenças sistemáticas e potencialmente evitáveis na saúde entre grupos de pessoas que têm diferentes posições relativas nas hierarquias sociais de acordo com riqueza, poder, prestígio ou outras (associadas a pessoas socialmente desfavorecidas - ex. pobre, membro de um grupo racial/ étnico desfavorecido, mulher, mais de 65 anos, etc. - colocando estes grupos ainda em maior desvantagem no acesso, uso e resultados de cuidados de saúde).

Os aspetos que se apresentam nas várias questões que se seguem foram retirados da literatura sobre (in)equidade em saúde, mas não são específicos das teleconsultas.

Pedimos-lhe que nos dê a sua opinião, com base na sua experiência e conhecimento, sobre em que fase(s) das teleconsultas os aspetos/ indicadores referidos podem estar associados a situações de inequidade.

A informação recolhida através deste inquérito:

- destina-se apenas a fins de investigação;
- será anonimizada (isto é, os endereços de email serão apagados) logo que a recolha de dados esteja concluída;
- será tratada de forma a que os resultados sejam apresentados de forma agregada e completamente anónima.

Muito Obrigado!

A equipa de investigação:

Emília Simões, ACES Braga,
Nazaré Rego, Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho;
José Crispim, NIPE, Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho.

Em caso de dúvida sobre os objetivos ou procedimentos do estudo, contactar José Crispim (crispim@ege.uminho.pt)

*Obrigatório

1. Email *

Parte 1 - Determinantes sociais de (in)equidade em saúde

Os determinantes estruturais de (in)equidade podem ser organizados nas seguintes categorias:

- Organização (relacionados com os serviços que prestam cuidados de saúde).
- Comunidade (relacionados com a vida em comunidade e dependentes da ação das autoridades)
- Infra-estruturas (relacionados com a existência de equipamentos que podem influenciar a prestação de cuidados de saúde ou a saúde)
- Recursos materiais (dos utentes/doentes ou do seu agregado familiar)
- Biologia e estado físico (elementos físicos e de genética que podem influenciar a saúde)
- Contexto sócio-económico (relacionado com diversos fatores sociais e económicos que podem condicionar o acesso à saúde).

Estes determinantes têm sido usados para medir e controlar a equidade em saúde; será que também podem ser considerados para medir/prever/prevenir situações de inequidade em contextos de teleconsulta em cuidados de saúde primários?

Aspetos/ indicadores relacionados com a Organização dos serviços que prestam cuidados de saúde

Assinale aspetos/indicadores que possam influenciar (quer aumentando, quer diminuindo) a (in)equidade.

2. Indique em que fases da teleconsulta os seguintes aspetos / indicadores podem originar (in)equidade em teleconsultas na USF. *

Asinale todas as opções aplicáveis (pode escolher MAIS DO QUE UMA OPÇÃO POR LINHA)

Marcar tudo o que for aplicável.

	No acesso à teleconsulta	No decorrer da teleconsulta	No(s) resultado(s) para a saúde de utentes	Em nenhuma fase da teleconsulta	Não entendi	Não tenho opinião
Variedade de serviços de saúde na área de residência de utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variedade de serviços de saúde na USF de utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existência de mecanismos de avaliação da qualidade das teleconsultas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A comunidade servida participa na tomada de decisões da USF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem protocolos que promovem o respeito pelos doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem protocolos que promovem a qualidade do serviço prestado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem protocolos que promovem a segurança do doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A USF analisa os resultados de saúde por si obtidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os serviços de saúde disponibilizados (em variedade e quantidade) adequam-se às necessidades da comunidade servida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe integração e coordenação da USF com a rede de cuidados de saúde (hospitalares, continuados, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
São publicitadas estatísticas sobre a prestação de cuidados de saúde (ex. n.º de médicos e outros profissionais, tempo médio de espera, n.º de consultas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A USF tem informação sobre a capacidade dos utentes para usar o serviço de teleconsulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem programas para a promoção de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem instrumentos de recolha da perceção dos utentes sobre os resultados de saúde obtidos (ex. questionário de qualidade de vida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os resultados de saúde obtidos pela USF são publicitados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em caso de língua diferente, são assegurados serviços de intérprete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Deseja sugerir outro(s) aspeto(s) / indicador(es) relativos a Organização que possam estar relacionados com situações de (in)equidade ou fazer comentário(s)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não Avançar para a pergunta 5

Sugerir aspetos/ indicadores relacionados com a Organização dos serviços que prestam cuidados de saúde

4. Aspeto(s)/ indicadore(s) relacionados com a Organização dos serviços que prestam cuidados de saúde a sugerir / Comentário(s) *

Aspetos/ indicadores relacionados com a Comunidade em que utente se insere

Assinale aspetos/indicadores que possam influenciar (quer aumentando, quer diminuindo) a (in)equidade.

5. Indique em que fases da teleconsulta os seguintes aspetos / indicadores podem originar (in)equidade em teleconsultas na USF. *

Assinale todas as opções aplicáveis (pode escolher MAIS DO QUE UMA OPÇÃO POR LINHA)

Marcar tudo o que for aplicável.

	No acesso à teleconsulta	No decorrer da teleconsulta	No(s) resultado(s) para a saúde de utentes	Em nenhuma fase da teleconsulta	Não entendi	Não tenho opinião
Existência de serviços de apoio social e psicológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Características da vizinhança (composição em termos de nacionalidade, racialização/etnia, religião, língua falada na rua, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área de residência e suas características (ex., rural versus urbana, cobertura em termos de redes de comunicação, ciclovias, parques, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existência de estatísticas sobre a procura de cuidados de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Características da habitação (condições de habitabilidade, como dimensão, aquecimento, ligação à internet, etc., e n.º de pessoas que nela habitam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integração social de utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existência de confiança relativamente aos vizinhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existência de reciprocidade no apoio entre vizinhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatores de stress de natureza estrutural (ex., incapacidade económica ou falta de políticas para a integração de pessoas deficientes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existência de apoio/ mecanismos de resposta ao stress (ex., apoio social, educação, formação profissional, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Deseja sugerir outro(s) aspeto(s) / indicador(es) relativos à comunidade em que o utente se insere que possam estar relacionados com (in)equidade ou fazer comentário(s)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não Avançar para a pergunta 8

Sugerir aspetos/ indicadores relacionados com a Comunidade em que utente se insere

7. Aspeto(s)/ indicadore(s) relacionados com a Comunidade a sugerir / Comentário(s) *

Aspetos/ indicadores relacionados com Infra-estruturas da USF (e sua área de localização)

Assinale aspetos/indicadores que possam influenciar (quer aumentando, quer diminuindo) a (in)equidade.

8. Indique em que fases da teleconsulta os seguintes aspetos / indicadores podem originar (in)equidade em teleconsultas na USF. *

Assinale todas as opções aplicáveis (pode escolher MAIS DO QUE UMA OPÇÃO POR LINHA)

Marcar tudo o que for aplicável.

	No acesso à teleconsulta	No decorrer da teleconsulta	No(s) resultado(s) para a saúde de utentes	Em nenhuma fase da teleconsulta	Não entendi	Não tenho opinião
Localização (meio rural versus meio urbano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade da rede de transportes públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade das redes de comunicação (telefónica ou de internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Composição da vizinhança (grupo homogéneo ou heterogéneo em termos de educação, rendimento, religião, etnia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Densidade populacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infra-estruturas como rede de saneamento, ciclovias, parques, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existência de elementos de stress psicossociais (ex., insegurança, consumo de droga na comunidade, poluição excessiva – zona fabril ou de grande densidade de trânsito,)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proximidade de serviços de saúde complementares (ex. hospital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integração na rede de informação e comunicação (sistema de informação) de unidades de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existência de espaços (físicos e/ou virtuais) e software que garantam privacidade da teleconsulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Deseja sugerir outro(s) aspeto(s) / indicador(es) relativos a infra-estruturas da USF (ou área em que se localiza) que possam estar relacionados com (in)equidade ou fazer comentário(s)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não Avançar para a pergunta 11

Sugerir aspetos/ indicadores relacionados com infra-estruturas da USF (e sua área de localização)

10. Aspeto(s)/ indicador(es) relacionados com infra-estruturas da USF (e sua área de localização) a sugerir / Comentário(s) *

Aspetos/ indicadores relacionados com Recursos Materiais de utente

Assinale aspetos/indicadores que possam influenciar (quer aumentando, quer diminuindo) a (in)equidade.

11. Indique em que fases da teleconsulta os seguintes aspetos/ indicadores podem originar (in)equidade em teleconsultas na USF. *

Assinale todas as opções aplicáveis (pode escolher MAIS DO QUE UMA OPÇÃO POR LINHA)

Marcar tudo o que for aplicável.

	No acesso à teleconsulta	No decorrer da teleconsulta	No(s) resultado(s) para a saúde de utentes	Em nenhuma fase da teleconsulta	Não entendi	Não tenho opinião
Habitação própria/ alugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rendimento gasto em alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de cuidados de saúde (no setor público/ privado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de cultura ou desporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades de lazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidade de seguro de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidade de telemóvel ou computador/tablet com ligação à internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidade de espaço físico com privacidade para participar na teleconsulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Deseja sugerir outro(s) aspeto(s) / indicador(es) relacionados com recursos materiais de utente que possam estar relacionados com (in)equidade ou fazer comentário(s)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não Avançar para a pergunta 14

Sugerir aspetos/ indicadores relacionados com Recursos Materiais de utente

13. Aspeto(s)/ indicador(es) relacionados com Recursos Materiais de utente a sugerir / Comentário(s) *

Aspetos/ indicadores relacionados com Utente e seu Estado de Saúde

Assinale aspetos/indicadores que possam influenciar (quer aumentando, quer diminuindo) a (in)equidade.

14. Indique em que fases da teleconsulta os seguintes aspetos / indicadores podem originar (in)equidade em teleconsultas na USF. *

Assinale todas as opções aplicáveis (pode escolher MAIS DO QUE UMA OPÇÃO POR LINHA)

Marcar tudo o que for aplicável.

	No acesso à teleconsulta	No decorrer da teleconsulta	No(s) resultado(s) para a saúde de utentes	Em nenhuma fase da teleconsulta	Não entendi	Não tenho opinião
Idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Género	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes patológicos pessoais e familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de saúde físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidade do doente decidir quando procurar atendimento para um problema de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existir registo para a continuação de cuidados de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatores agudos de stress (ex., perda de emprego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatores crónicos de stress crónicos (ex., discriminação devido a orientação sexual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatores estruturais de stress (ex., incapacidade económica ou falta de políticas para a integração de pessoas deficientes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recurso a apoio/mecanismos de resposta ao stress (ex., apoio social, educação, formação profissional, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nível de stress experimentado aquando da resposta a um fator de stress (diferentes grupos sociais ou pessoas podem avaliar o mesmo evento de forma diferente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efeito de situações de stress nos marcadores corporais (ex., sistema nervoso, sistema imunitário, metabolismo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efeito de situações de stress em comportamentos negativos para a saúde (ex., consumo de álcool, droga, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Deseja sugerir outro(s) aspeto(s) / indicador(es) relacionados com utente ou seu estado de saúde que possam estar relacionados com (in)equidade ou fazer comentário(s)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não Avançar para a pergunta 17

Sugerir aspetos/ indicadores relacionados com utente e seu estado de saúde

16. Aspeto(s) / indicador(es) relacionados com utente ou o seu estado de saúde a sugerir / Comentário(s) *

Aspetos/ indicadores relacionados com Contexto Sócio-Económico de utente

Assinale aspetos/indicadores que possam influenciar (quer aumentando, quer diminuindo) a (in)equidade.

17. Indique em que fases da teleconsulta os seguintes aspetos / indicadores podem originar (in)equidade em teleconsultas na USF. *

Assinale todas as opções aplicáveis (pode escolher MAIS DO QUE UMA OPÇÃO POR LINHA)

Marcar tudo o que for aplicável.

	No acesso à teleconsulta	No decorrer da teleconsulta	No(s) resultado(s) para a saúde de utentes	Em nenhuma fase da teleconsulta	Não entendi	Não tenho opinião
Existência de transportes públicos entre a habitação e o centro de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nível de educação da família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perceção de segurança na vizinhança da residência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benefícios da segurança social de que usufrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existência de ações de educação para a saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existência de políticas públicas (publicidade, regulamentação, serviços) que favoreçam a adoção de comportamentos saudáveis/que combatam comportamentos pouco saudáveis (ex., consumo de tabaco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participação de utente em ações de educação para a saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Deseja sugerir outro(s) aspeto(s) / indicador(es) relacionados com o contexto sócio-económico de utente que possam estar relacionados com (in)equidade ou fazer comentário(s)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não Avançar para a secção 15 (Parte 2 - Indicadores de (in)equidade)

Sugerir aspetos/ indicadores relacionados com contexto sócio-económico de utente

19. Aspeto(s)/ indicador(es) relacionados com contexto sócio-económico de utente a sugerir / Comentário(s) *

Parte 2 - Indicadores de (in)equidade

Os indicadores de (in)equidade podem organizar-se nas seguintes dimensões:
 - Aceitação (relacionados com a aceitação por parte do doente dos cuidados de saúde disponibilizados/ recomendados/ prescritos);
 - Qualidade (relacionados com percepção da qualidade do serviço prestado);
 - Custo (relacionados com custos que podem inibir os doentes de obter serviços de saúde);
 - Acessibilidade (relacionados com fatores que podem dificultar o acesso a cuidados de saúde);
 - Disponibilidade (relacionados com a existência serviços de saúde atempados).
 Estes indicadores têm sido usados para medir e controlar a equidade em saúde; será que também podem ser considerados para medir/prever/prevenir situações de inequidade em contextos de teleconsulta em cuidados de saúde primários?

Indicadores de (in)equidade: Aceitação

Assinale aspetos/indicadores que possam influenciar (quer aumentando, quer diminuindo) a (in)equidade.

20. Indique em que fases da teleconsulta os seguintes aspetos / indicadores podem originar (in)equidade em teleconsultas na USF. *

Assinale todas as opções aplicáveis (pode escolher MAIS DO QUE UMA OPÇÃO POR LINHA)

Marcar tudo o que for aplicável.

	No acesso à teleconsulta	No decorrer da teleconsulta	No(s) resultado(s) para a saúde de utentes	Em nenhuma fase da teleconsulta	Não entendi	Não tenho opinião
Grau de confiança no profissional de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Averigua-se se prescrições para outras valências (exame, consulta de especialidade, etc.) correspondem a expectativa de utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utente tem crenças/ mitos contrários à ciência médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(In)existência de espaços para interações físicas emocional e culturalmente seguras no local onde serviço de saúde é prestado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(In)existência de espaços (ex., app) para interações virtuais emocional e culturalmente seguras no local onde serviço de saúde é prestado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verifica-se se utente entendeu o propósito do tratamento prescrito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na ausência de achados clínicos observáveis, verifica-se se as preocupações de utente foram valorizadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo interação (física/ presencial, visual e audio, só audio) entre profissional e utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abertura de utente para falar sobre questões delicadas, como problemas de saúde mental, uso de substâncias e experiências de violência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Deseja sugerir outro(s) indicadores(s) de Aceitação ou fazer comentário(s)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não Avançar para a pergunta 23

Sugerir indicadores de (in)equidade em saúde: Aceitação

22. Indicador(es) a sugerir / Comentário(s) *

Indicadores de (in)equidade: Qualidade

Assinale aspetos/indicadores que possam influenciar (quer aumentando, quer diminuindo) a (in)equidade.

23. Indique em que fases da teleconsulta os seguintes aspetos / indicadores podem originar (in)equidade em teleconsultas na USF. *
Assinale todas as opções aplicáveis (pode escolher MAIS DO QUE UMA OPÇÃO POR LINHA)

Marcar tudo o que for aplicável.

	No acesso à teleconsulta	No decorrer da teleconsulta	No(s) resultado(s) para a saúde de utentes	Em nenhuma fase da teleconsulta	Não entendi	Não tenho opinião
Tempo de espera no dia pela consulta/exame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempo entre a consulta e a consulta/exame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação de amistosidade/ hostilidade de profissional de saúde e equipa administrativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condições das telecomunicações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contagem e análise de erros de agendamento ou sucessivos re-agendamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nível de satisfação de cada utente com experiência(s) anterior(es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duração da teleconsulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registar feedback de utente sobre a sua experiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existência de protocolo que envolva exprimir disponibilidade para falar sobre questões delicadas, como problemas de saúde mental, uso de substâncias e experiências de violência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existência de protocolo de explicação de objetivos e limitações da teleconsulta a utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existência de protocolo de explicação de como utente deve proceder se objetivo da teleconsulta não se verificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Deseja sugerir outro(s) indicadores(s) de Qualidade ou fazer comentário(s)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não Avançar para a pergunta 26

Sugerir indicadores de (in)equidade em saúde: Qualidade

25. Indicador(es) a sugerir / Comentário(s) *

Indicadores de (in)equidade: Custo

Assinale aspetos/indicadores que possam influenciar (quer aumentando, quer diminuindo) a (in)equidade.

26. Indique em que fases da teleconsulta os seguintes aspetos / indicadores podem originar (in)equidade em teleconsultas na USF. *
Assinale todas as opções aplicáveis (pode escolher MAIS DO QUE UMA OPÇÃO POR LINHA)

Marcar tudo o que for aplicável.

	No acesso à teleconsulta	No decorrer da teleconsulta	No(s) resultado(s) para a saúde de utentes	Em nenhuma fase da teleconsulta	Não entendi	Não tenho opinião
Custos de transporte da residência de utente para USF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Custo da internet ou assinatura de telefone/ telemóvel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Custo da medicação/ tratamentos/ exames prescritos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Custo da consulta (taxas de uso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Custo dos equipamentos necessários (computador, telemóvel, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Gostava de sugerir outro(s) indicadores(s) de Custo ou fazer comentário(s)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não Avançar para a pergunta 29

Sugerir indicadores de (in)equidade em saúde: Custo

28. Indicador(es) a sugerir / Comentário(s) *

Indicadores de (in)equidade: Acessibilidade

Assinale aspetos/indicadores que possam influenciar (quer aumentando, quer diminuindo) a (in)equidade.

29. Indique em que fases da teleconsulta os seguintes aspetos / indicadores podem originar (in)equidade em teleconsultas na USF. *
Assinale todas as opções aplicáveis (pode escolher MAIS DO QUE UMA OPÇÃO POR LINHA)

Marcar tudo o que for aplicável.

	No acesso à teleconsulta	No decorrer da teleconsulta	No(s) resultado(s) para a saúde de utentes	Em nenhuma fase da teleconsulta	Não entendi	Não tenho opinião
(In)existência de unidades de cuidados de saúde primários/ laboratórios/ clínicas de fisioterapia na área de residência de utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distância da residência de utente para USF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(In)existência de transportes públicos da residência de utente para USF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distância para locais de aviamento de receitas/ prescrições (farmácia, realização de exames, fisioterapia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(In)existência de transportes públicos para locais de aviamento de receitas/ prescrições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de consulta (presencial versus teleconsulta por videoconferência versus teleconsulta por telefone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apetência de utente para falar sobre questões delicadas, como problemas de saúde mental, uso de substâncias e experiências de violência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cobertura de rede móvel na área de residência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(In)existência de equipamentos (telefone, computador)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(In)capacidade (ou dificuldade) de utente para usar tecnologia necessária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(In)existência de apoio da vizinhança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(In)existência de apoio familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grau de congestionamento das linhas de comunicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(In)capacidade (ou dificuldade) de utente para expor os problemas de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Gostava de sugerir outro(s) indicadores(s) de Acessibilidade ou fazer comentário(s)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não Avançar para a pergunta 32

Sugerir indicadores de (in)equidade em saúde: Acessibilidade

31. Indicador(es) a sugerir / Comentário(s) *

Indicadores de (in)equidade: Disponibilidade

Assinale aspetos/indicadores que possam influenciar (quer aumentando, quer diminuindo) a (in)equidade.

32. Indique em que fases da teleconsulta os seguintes aspetos / indicadores podem originar (in)equidade em teleconsultas na USF. *

Assinale todas as opções aplicáveis (pode escolher MAIS DO QUE UMA OPÇÃO POR LINHA)

Marcar tudo o que for aplicável.

	No acesso à teleconsulta	No decorrer da teleconsulta	No(s) resultado(s) para a saúde de utentes	Em nenhuma fase da teleconsulta	Não entendi	Não tenho opinião
Indisponibilidade de agenda para marcação de (tele)consulta/ exame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indisponibilidade de medicamento (na farmácia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O horário de funcionamento da USF não é conveniente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indisponibilidade de consulta de especialidade/ exame/ fisioterapia em tempo útil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indisponibilidade de transporte médico especializado (ambulância para transportar utente para tratamento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desconhecimento do utente acerca dos serviços prestados pela USF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de teleconsultas a efetuar por dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(In)disponibilidade para ouvir o doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A USF ajusta o tipo de consulta (presencial versus audio versus video) às características e condições do utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidade de apoio técnico durante a teleconsulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indisponibilidade/falha de rede ou equipamento no momento da consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Gostava de sugerir outro(s) indicadores(s) de Disponibilidade ou fazer comentário(s)? *

Marcar apenas uma oval.

 Sim Não Avançar para a pergunta 35

Sugerir indicadores de (in)equidade em saúde: Disponibilidade

34. Indicador(es) a sugerir / Comentário(s) *

Comentários / sugestões finais

Se desejar, deixe-nos outros comentários ou sugestões. (Opcional)

35. Outro(s) comentários/ sugestões:

Questões biográficas

36. Idade *

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 25
 25 a 35
 36 a 45
 46 a 55
 56 a 65
 Mais de 65

37. Anos de experiência profissional em cuidados de saúde primários *

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 2
 2 a menos de 5
 5 ou mais

38. Género *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino
 Outro
 Prefiro não responder

39. Qual o nível mais elevado da sua formação académica? *

Marcar apenas uma oval.

- Licenciatura
 Mestrado / Pós-graduação
 Doutoramento
 Outra: _____

40. Profissão *

Marcar apenas uma oval.

- Médico
 Enfermeiro
 Gestor
 Outra: _____

41. Tipo de função *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Assistencial
 Gestão
 Outra: _____

28/04/2022, 12:03

Equidade em teleconsultas nos cuidados de saúde primários

Consentimento informado

A informação recolhida através deste inquérito:
- destina-se apenas a fins de investigação;
- será anonimizada (isto é, os endereços de email serão apagados) logo que a recolha de dados esteja concluída;
- será tratada de forma a que os resultados sejam apresentados de forma agregada e completamente anónima.
Em caso de dúvida sobre os objetivos ou procedimentos do estudo, contactar José Crispim (jcrispim@egp.uminho.pt)

42. Consinto que as minhas respostas sejam utilizadas para os fins e nas condições referidas. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo
 Discordo

Submissão da resposta

Muito obrigada pela sua colaboração!
Se tiver alguma questão acerca do estudo, por favor, contacte jcrispim@egp.uminho.pt

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários