

Comissão de Acompanhamento da Informatização Clínica (CAIC)

## Relatório de Atividades 2015

---

Fevereiro 2016



**SPMS**<sub>EPE</sub>  
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde



<b>1. ENQUADRAMENTO .....</b>	<b>4</b>
<b>2. GRUPOS DE TRABALHO .....</b>	<b>9</b>
1. GT SOBRE O DOENTE CRÍTICO .....	9
CONSTITUIÇÃO .....	9
OBJETIVOS .....	9
ATIVIDADES REALIZADAS .....	10
ATIVIDADES PREVISTAS E DOCUMENTOS EM CURSO .....	10
2. GT PARA A INFORMATIZAÇÃO DAS URGÊNCIAS .....	11
CONSTITUIÇÃO .....	11
OBJETIVOS .....	11
ATIVIDADES REALIZADAS .....	12
DOCUMENTOS PRODUZIDOS .....	12
ATIVIDADES PREVISTAS E DOCUMENTOS EM CURSO .....	12
3. GT PARA A HOMOGENEIZAÇÃO DOS REGISTOS MÉDICOS .....	13
CONSTITUIÇÃO .....	13
OBJETIVOS .....	13
ATIVIDADES REALIZADAS .....	14
ATIVIDADES PREVISTAS E DOCUMENTOS EM CURSO .....	14
4. GT DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	15
CONSTITUIÇÃO .....	15
OBJETIVOS .....	15
ATIVIDADES REALIZADAS .....	15
ATIVIDADES PREVISTAS E DOCUMENTOS EM CURSO .....	15



5. GT DA TELEMEDICINA.....	16
CONSTITUIÇÃO .....	16
OBJETIVOS .....	16
ATIVIDADES REALIZADAS.....	17
DOCUMENTOS PRODUZIDOS.....	21
ATIVIDADES PREVISTAS E DOCUMENTOS EM CURSO .....	21
6. GT PARA OS UTENTES.....	22
CONSTITUIÇÃO .....	22
OBJETIVOS .....	22
ATIVIDADES REALIZADAS.....	23
ATIVIDADES PREVISTAS E DOCUMENTOS A PRODUZIR.....	23
8. ÁREA DA SEGURANÇA E PRIVACIDADE.....	24
CONSTITUIÇÃO .....	24
OBJETIVOS .....	24
DOCUMENTOS PRODUZIDOS.....	24
10. ÁREA DA INTEROPERABILIDADE TÉCNICA E SEMÂNTICA .....	25
CONSTITUIÇÃO .....	25
ATIVIDADES REALIZADAS.....	26
DOCUMENTOS PRODUZIDOS.....	26
12. COMISSÕES DE INFORMATIZAÇÃO CLÍNICA (CIC) DAS INSTITUIÇÕES DO SNS.....	27
CONSTITUIÇÃO .....	27
OBJETIVOS .....	27
ATIVIDADES REALIZADAS.....	28
13. PROMOTORES INTERNOS DA TELEMEDICINA (PIT).....	32
CONSTITUIÇÃO .....	32
OBJETIVOS .....	33
ATIVIDADES REALIZADAS.....	33



<b>3. ANEXOS.....</b>	<b>34</b>
A. GT Profissionais de Saúde - Matriz de necessidades informacionais .....	34
B. Rastreio Teledermatológico (janeiro a maio 2015) – Pedidos Inscritos .....	38
C. Rastreio Teledermatológico (janeiro a maio 2015) – Pedidos Não concluídos .....	39
D. Rastreio Teledermatológico (janeiro a maio 2015) – Consultas Realizadas .....	40
E. Rastreio Teledermatológico (janeiro a maio 2015) – Tempo Médio de Resposta .....	41
F. Plano de Ação de Telemedicina.....	42
G. Plano Operacional de Telemedicina (Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, ofício nº 12323 de 20.11.2015) (Documento Conjunto SPMS / ACSS) .....	46
I. Elementos das CIC – Hospitais/Centros Hospitalares/ ULS .....	52
J. Elementos das CIC – ACES .....	60
K. Análise dos Questionários sobre “Informatização Clínica nas Instituições de Saúde do SNS” .....	62



## 1. ENQUADRAMENTO

A Comissão de Acompanhamento da Informatização Clínica (CAIC) é uma entidade, criada pelo Despacho nº 9725/2013, de 24 de julho, que funciona no âmbito da SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE.

A CAIC surge em sequência da extinta **Comissão para a Informatização Clínica** criada em 2011 (Despacho nº 16519/2011, de 06 de dezembro), que tinha como responsabilidade delinear a orientação estratégica na área da informatização clínica do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em harmonia com as diretrizes do Ministério da Saúde, competindo em especial a esta comissão a implementação, de alguns projetos de âmbito nacional no qual se destaca a Plataforma de Dados de Saúde.

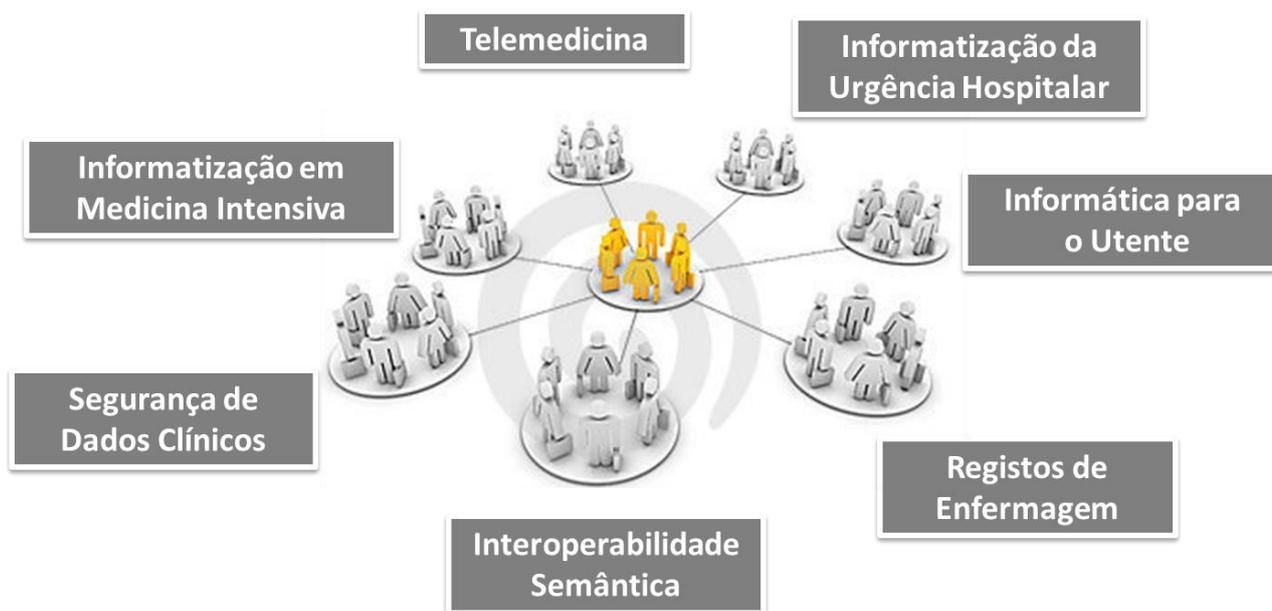
À **CAIC compete:**

- a) Colaborar no plano estratégico de informatização clínica do Serviço Nacional de Saúde, através da apresentação de propostas;
- b) Acompanhar a implementação do plano;
- c) Assegurar a participação e articulação necessária das diversas entidades intervenientes no âmbito dos processos de informatização a desenvolver;
- d) Colaborar e participar em articulação com a entidade portuguesa responsável nos projetos internacionais na área da informatização clínica;
- e) Assegurar a operacionalização de modelos de colaboração e interação, nacional no âmbito do sistema de saúde e internacional, na área de partilha de dados clínicos.

De acordo com o Despacho de criação, foram determinados, sem prejuízo de outros **Grupos Técnicos de Trabalho** que viessem a ser constituídos, os seguintes: i. Grupo de Trabalho da Telemedicina; ii. Grupo de Trabalho para a Informatização da urgência hospitalar; iii. Grupo de Trabalho para a informatização em medicina intensiva; iv. Grupo de Trabalho de informática para o Utente; v. Grupo de Trabalho sobre segurança de dados clínicos; vi. Grupo de Trabalho para registos de enfermagem; vii. Grupo de Trabalho para interoperabilidade semântica.



**Fig.1 – Grupos de Trabalho (GT) identificados no Despacho nº 9725/2013, de 24 de julho**

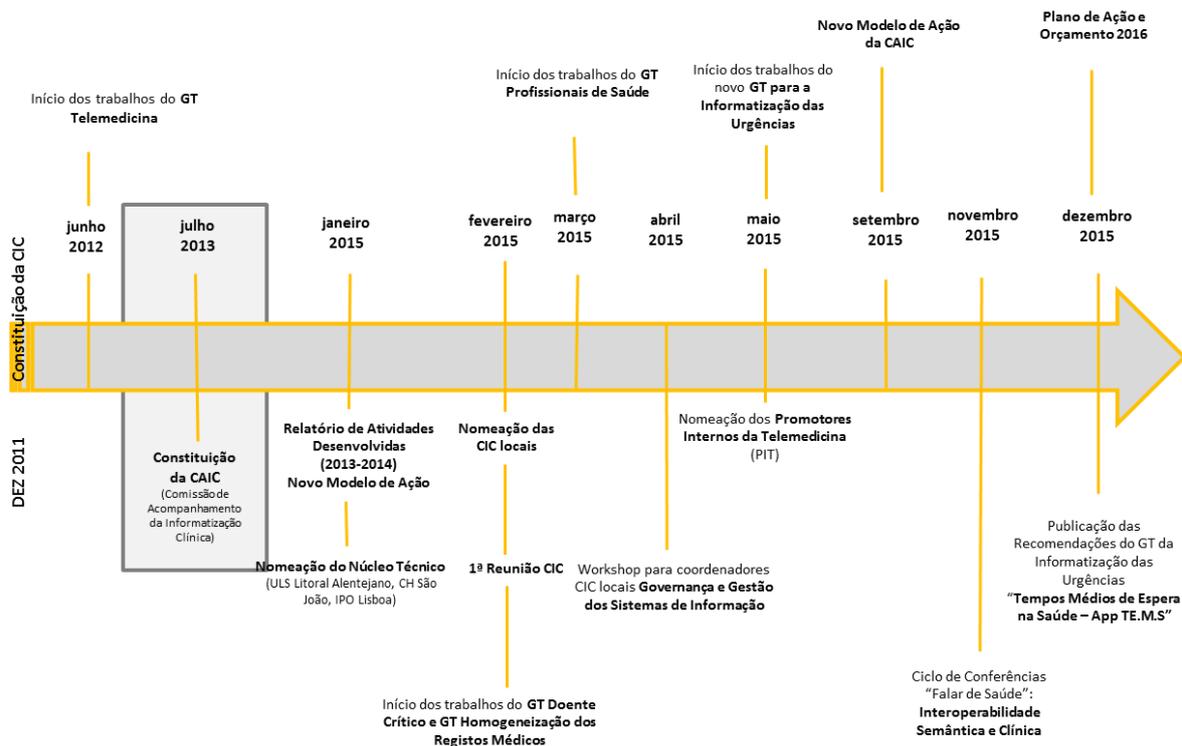


Em janeiro de 2015, elaborou-se o “Relatório de Atividades Desenvolvidas (2013-2014), com o intuito de fazer um balanço das atividades decorridas, e propôs-se um novo Modelo de Ação da CAIC. Este novo modelo aprovado por Despacho do Secretário de Estado da Saúde (Despacho nº 132/2015 de 15 de Setembro de 2015) estabelecendo um reforço da ação nos seguintes aspetos:

- Facilitar a ligação e ação concertada entre os Grupos de Trabalho (GT) e as CIC locais (Comissões de Informatização Clínica Locais);
- Promover a partilha de boas práticas e *benchmarking*;
- Definir e monitorizar métricas de informatização clínica, alinhadas com a estratégia nacional;
- Formar profissionais nas áreas de *eHealth* e criar competências de implementação e gestão da mudança.



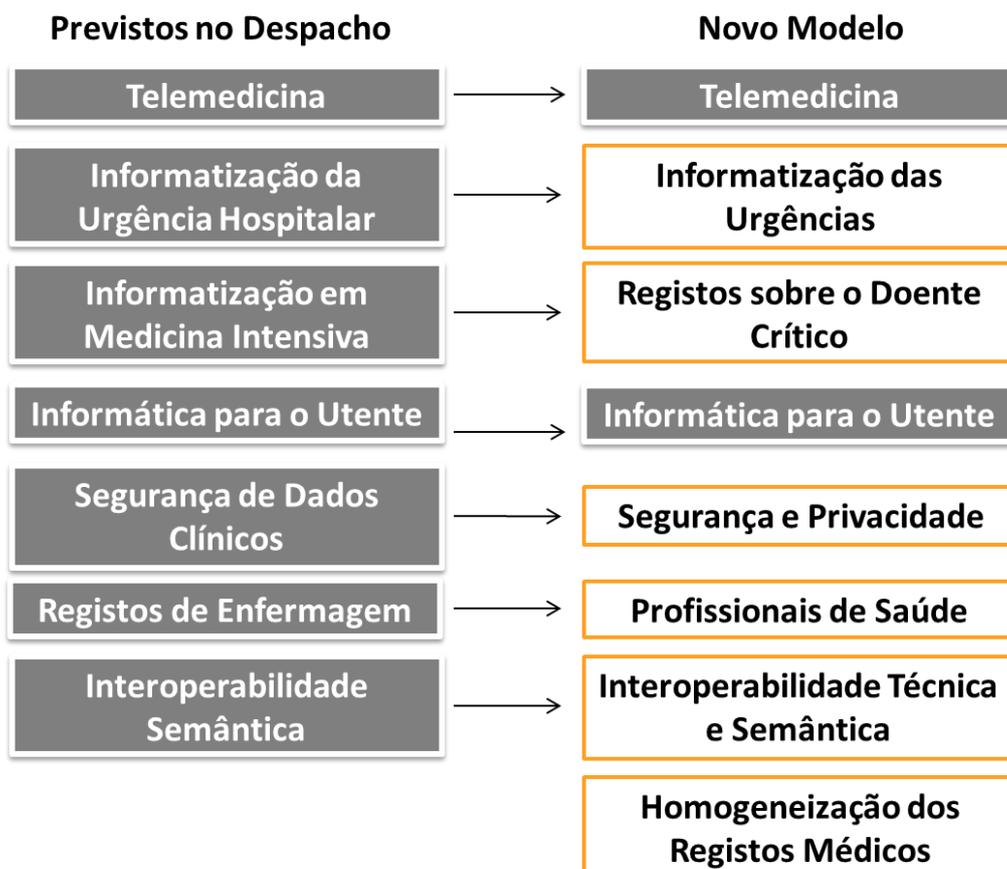
Fig.2. Cronograma de momentos-chave no âmbito da CAIC



O novo Modelo de Ação procede também à **reestruturação de alguns Grupos de Trabalho**, face aos estipulados no Despacho de criação. Apenas o GT da Telemedicina permaneceu com a designação e estrutura igual à de criação, enquanto os restantes sofreram alterações.



Fig.3. – GT identificados no Despacho nº 9725/2013 vs. GT de acordo com o novo Modelo de Ação (Despacho nº 132/2015)



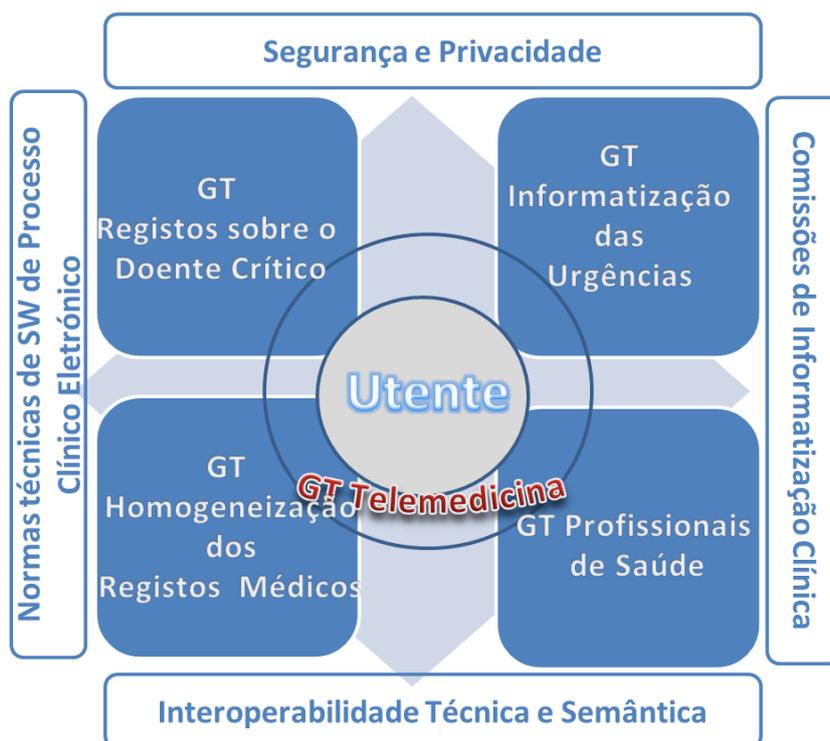
As temáticas relacionadas com a Segurança e Privacidade bem como com a Interoperabilidade Técnica e Semântica não são alvo de um Grupo de Trabalho próprio, mas sim **áreas transversais de preocupação** comuns a todos os grupos.

Para além da reestruturação dos Grupos de Trabalho, procedeu-se à dinamização das **CIC das instituições do SNS**, com o intuito de se constituírem como agentes locais de gestão de mudança no que respeita à desmaterialização de processos e disseminação de boas práticas.

As recomendações emanadas pelos grupos de trabalho devem permitir a elaboração de **Normas Técnicas de Software (SW) de Processo Clínico Eletrónica**. As normas compilam um conjunto de regras e orientações, de cariz prático, essenciais ao desenvolvimento de Processo Clínico Eletrónico, incorporando as necessidades e processos identificados pelos grupos de trabalho. Estas normas são posteriormente divulgadas pelo mercado de SW bem como pelas equipas internas da SPMS envolvidas no desenvolvimento e manutenção.



Fig.4 – Novo Modelo de Ação (Despacho nº 132/2015)



No âmbito das iniciativas da CAIC para a dinamização da implementação da Telemedicina no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e no cumprimento do Despacho nº 8445/2014, de 30 de junho, a SPMS solicitou, em maio de 2015, às instituições de saúde do SNS que nomeassem um **Promotor Interno da Telemedicina (PIT)**.

No conjunto a CAIC envolve:

- **6 Grupos de Trabalho:** 76 profissionais
- **63 Comissões de Informatização Clínica (CIC):** 380 profissionais (médicos, enfermeiros, informáticos, farmacêuticos, TDT, serviço social, etc.)
- **50 Instituições c/ Promotores Internos da Telemedicina (PIT) – 50 profissionais**

No presente Relatório faz-se a identificação das atividades desenvolvidas no âmbito da CAIC ao longo do ano de 2015, incluindo:

- Grupos de Trabalho: Doente Crítico, Informatização das Urgências, Homogeneização dos Registos Médicos; Profissionais de Saúde; Telemedicina; Utentes.
- Áreas transversais de preocupação: Segurança e Privacidade; Interoperabilidade Técnica e Semântica;
- Comissões de Acompanhamento da Informatização Clínica (CIC) das instituições do SNS;
- Promotores Internos da Telemedicina (PIT).



## 2. GRUPOS DE TRABALHO

### 1. GT SOBRE O DOENTE CRÍTICO

O GT sobre o Doente Crítico surge no âmbito do GT para a Informatização da Medicina Intensiva mas abrangendo, também, as atividades realizadas nas Unidades de Cuidados Intensivos e Cirurgias. Neste sentido, o GT sobre o Doente crítico debruça-se sobre três contextos: episódios de urgência; episódios cirúrgicos (quer em regime de internamento quer em regime de ambulatório); episódios em unidades de cuidados intensivos.

Iniciou a atividade a 24 de fevereiro de 2015.

#### CONSTITUIÇÃO

- Rui Guimarães (coordenador) - Médico no Hospital de Barcelos
- Vítor Oliveira - Médico no CH Tondela/Viseu
- Paulo Sá - Médico no Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca
- João Gouveia - Médico no CHLN
- Tiago Taleço - Médico no CH Setúbal
- Frederico Carmo Reis - Médico na ULS Matosinhos
- Renato Pinto - Enfermeiro na ULS Matosinhos
- Anabela Coelho - "Cirurgia Segura, Salva Vidas", DGS
- Pedro Andrade Gomes - UC Gestão de Inscritos Cirurgia, ACSS
- Maria do Sameiro - Centro Integrado de Cirurgia de Amb., CHP
- Jorge Pereira - Médico no CH Tondela/Viseu
- João Miguel Ribeiro - Médico no CHLN
- Francisco Esteves - Médico no CHTMAD

#### OBJETIVOS

- Contribuir para a qualidade de informação e normalização dos registos clínicos em plataformas locais e centrais, num processo de recolha de dados centrado no fluxo do doente, assegurando a continuidade de cuidados e segurança do doente crítico;
- Definir o conteúdo e os requisitos mínimos de informação a registar de acordo com a boa prática, bem como o acesso à informação por diferentes profissionais, em cada uma das áreas de circuito do doente crítico numa instituição (são exemplo: sala de emergência, serviço de urgência, unidades de cuidados intermédios, unidades de cuidados pós anestésicos, bloco operatório, unidades de cuidados intensivos);
- Promover a partilha de dados, o acesso à informação, a interoperabilidade de soluções e a funcionalidade na perspetiva do utilizador;
- Definir indicadores de registo de informação passíveis de monitorização e auditoria;
- Definir os requisitos organizacionais, técnicos e semânticos necessários à implementação de condições que promovam a adesão aos registos clínicos do doente crítico.

No cumprimento dos objetivos propostos, o GT sobre o Doente Crítico rege-se por um conjunto de princípios:

- Usabilidade
- Cultura centrada no doente



- Interoperabilidade
- Validade e fiabilidade
- Segurança e privacidade

#### **ATIVIDADES REALIZADAS**

- Reuniões mensais;
- Pesquisa de exemplos internacionais com identificação do conjunto mínimo de dados a ter em consideração nas áreas de abrangência do grupo;
- Levantamento das Normas da DGS a ter em consideração na abordagem do Doente Crítico;
- Desenvolvimento de uma matriz para identificação do conjunto mínimo de dados que um registo eletrónico no âmbito do doente crítico deve conter.

#### **ATIVIDADES PREVISTAS E DOCUMENTOS EM CURSO**

- Estão em fase de discussão as seguintes propostas de documentos:
  - Anestesia, Ambulatório e Bloco Operatório
    - Módulo de Cirurgia de Ambulatório - Definição de Dados de Informatização Clínica e Transmissão Automática.
    - Nota de Alta de Cuidados Intensivos.
  - Dados de Informatização Clínica Bloco Operatório Convencional e UCI
  - Normas e *softwares* (no âmbito dos softwares, soluções particulares e normas existentes).



## 2. GT PARA A INFORMATIZAÇÃO DAS URGÊNCIAS

O GT para a Informatização das Urgências surge na sequência do Grupo de Trabalho criado no âmbito do Despacho nº1226/2014, de 5 de setembro, com o intuito de contribuir para que as diferentes instituições do Ministério da Saúde assegurem os processos que promovem a informatização clínica dos Serviços de Urgência.

Iniciou a atividade a 03 de junho de 2015.

### CONSTITUIÇÃO

- Micaela Monteiro (coordenadora) - Médica no CHLO
- Ricardo Mestre - ACSS
- Adelaide Belo - ACSS
- Anabela Coelho - DGS
- Filipa Sabino - DGS
- Carla Pereira - DGS
- Pedro Vieira - INEM
- Renato Pinto - Enfermeiro na ULS Matosinhos
- Lia Gata – Pediatra no CHUC
- Alexandra Cabral – SPMS
- Rui Romão - SPMS

### OBJETIVOS

Este Grupo de Trabalho tem como objetivos principais potenciar o cumprimento de um conjunto alargado de Despachos criados no âmbito das urgências pré-hospitalares e hospitalares, nomeadamente:

- Despacho nº 10319/2014, de 11 de agosto: Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré - hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação;
- Despacho nº1226/2014, de 5 de setembro: Assegurar os processos que promovam a informatização clínica dos Serviços de Urgência;
- Despacho nº 1057/2015, de 2 de fevereiro: Todos os Serviços de Urgência devem estar a utilizar, até dia 31 de dezembro, a última versão do Sistema de Triagem de Manchester;
- Despacho nº 2713/2015, de 16 de março: Articulação entre os hospitais com serviços ou unidades para cuidados intensivos (UCI) com capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, considerados como de nível II ou III, polivalentes e para queimados e o CODU do INEM para informação de vagas;
- Despacho nº 3762/2015, de 15 de abril: implementação do Sistema de Triagem de Manchester ou do *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* nos serviços de urgência pediátricos, até dia 31 de dezembro de 2015.

Para além dos Despachos acima elencados, é objetivo deste grupo potenciar o cumprimento da Norma da DGS nº002/2015, de 06 de março, relativa à Triagem de *Manchester* e Referência Interna imediata.



## ATIVIDADES REALIZADAS

- Reuniões mensais;
- Levantamento dos Despachos e Norma que servem de base de trabalho para o cumprimento dos objetivos do grupo;
- Pesquisa de bibliografia/documentos de trabalho nacionais e internacionais relacionados com as urgências pré-hospitalares e hospitalares.

## DOCUMENTOS PRODUZIDOS

- Produção de um documento sobre metodologias de triagens pediátricas: *Triagem de Manchester versus Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*.

Neste âmbito foram também recolhidos dados e desenvolvidos indicadores para esta temática.

As recomendações do grupo de trabalho foram reconhecidas e a **Norma nº 002/2015** de 06/03/2015 foi revista e atualizada a 23/10/2015.

- Desenvolvimento da App TE.M.S – Este GT apresentou publicamente em Novembro a App TE.M.S. cujo objetivo é informar sobre os tempos de espera entre a triagem e primeira observação médica nos Serviços de Urgência Hospitalar e SUBs portugueses em tempo real. As recomendações produzidas pelo GT das Urgências foram aprovadas pelo CA da SPMS. De entre as recomendações salienta-se a alteração do método de cálculo do tempo de espera nas urgências, bem como o método de triagem.

A recomendação do Grupo de trabalho foi reconhecida legalmente através do **Despacho n.º 987/2016** do Gabinete do Ministro da Saúde.

- Lançamento do *microsite* com informação em tempo real sobre o período de espera nas urgências em Portugal Continental.
- Elaboração de uma proposta de indicadores clínicos e de gestão para a Urgência – este documento foi colocado em discussão pública âmbito da Conferência "Interoperabilidade Semântica e Clínica".

## ATIVIDADES PREVISTAS E DOCUMENTOS EM CURSO

- Elaboração dos BIs dos indicadores de gestão e clínicos já definidos pelo grupo (Fevereiro 2016).
- Propor a implementação dos indicadores nas instituições (Fevereiro 2016).
- Desenvolvimento da "Informação Nota de Alta" - concluir a especificação da informação clínica e administrativa mínima, normalizada e estruturada, a incluir nas notas de alta dos SUs (Março 2016).
- Ameaças à Saúde Pública (sem data prevista).
- Transferência de informação entre o pré-hospitalar e hospitalar (bidirecional) (sem data prevista)
  - Foi desenvolvido um trabalho de articulação com o INEM que consistiu na indicação, pelo INEM, de dados relativos às vagas de camas de cuidados intensivos a comunicar entre os hospitais e a plataforma do INEM. O INEM enviou também um caderno de requisitos para esta ligação (hospitais/Plataforma INEM). Os aspetos de ordem tecnológica estão em desenvolvimento.



### 3. GT PARA A HOMOGENEIZAÇÃO DOS REGISTOS MÉDICOS

Este grupo de trabalho é constituído por médicos de cuidados de saúde primários e hospitalares, e pretende como objetivo maior, integrar a informação clínica do utente, de forma a promover a partilha de informação e promover a melhoria dos cuidados de saúde.

Atualmente continua a existir informação dispersa em diferentes sistemas de registo, que não é partilhada entre os sistemas de informação, e os diferentes profissionais de saúde.

Por outro lado, continua a faltar um acesso rápido a um conjunto de informações estruturadas indispensáveis à prestação de cuidados de Saúde, em linguagem normalizada e uniforme.

O grupo decidiu assim, trabalhar no desenvolvimento de um documento, o **Sumário Clínico Único do Utente (SMU)**, composto por um conjunto de dados estruturados sobre o utente, que permita ser utilizado como documento de referência entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, sem necessidade dos atuais documento em que papel que os utentes fazem circular entre instituições.

Outro dos objetivos do SMU é a sua utilização na referência entre diferentes especialidades dentro de uma mesma instituição, ou entre instituições diferentes.

Ao nível estrito dos cuidados de saúde primários, pretende-se que constitua um documento contendo a história clínica resumida do utente, centrada na continuidade de cuidados, e de acesso fácil e rápido, ao clínico, no cenário atual de um número de utentes elevado, para cada profissional.

Este documento utiliza linguagem normalizada e *Standard*, a nível internacional (ICD 9 CM, LOINC, SNOMED CT, ICPC-2), de forma a permitir a migração de dados entre sistemas de informação.

#### CONSTITUIÇÃO

- Anabela Santos (Coordenadora - Médica, SPMS)
- Eloy Boo (USF Lethes – ULSAM, ARS Norte)
- Margarida Brandão (USF Fânzeres - ACES Gondomar - ARS Norte)
- Daniel Pinto (USF São Julião - ACES Oeiras - ARS LVT)
- José Luis Nunes (USF Mirante - ACES Central - ARS Algarve)
- Carlos Costa (USF Remo - ACES Alentejo Central - ARS Alentejo)
- Lucília Gonçalves (Anatomia Patológica, Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, E.P.E.)
- Frederico Reis (Urologia, Ordem dos Médicos)
- Teresa Netta (Anestesia, Hospital Ortopédico da Parede)
- Maria Merlinda Madureira (Medicina Interna, H Gaia)
- Ana Martins (SPMS)

#### OBJETIVOS

- Homogeneizar processos de registo entre vários níveis de cuidados, com vista à elaboração do Processo Clínico Eletrónico Único;
- Integrar necessidades diferentes, referentes a registos em de diferentes contextos e e níveis de cuidados
- Delinear consensos sobre o tipo de informação clínica estruturada que deva constar de um registo único do utente
- Centrar os objetivos no Utente, e não nos profissionais de saúde



## ATIVIDADES REALIZADAS

- Reuniões quinzenais, e posteriormente mensais
- Pesquisa de bibliografia e trabalhos, tanto a nível nacional como internacional, no campo da normalização de registos
- Utilização de *guidelines* internacionais, relativas aos registos médicos em situações de urgência (*Patient Summary*), tanto a nível europeu como também de outros países (Austrália e Canadá)
- Inspiração em documentos já existentes em PT, e implementados no Sistema de Informação, como o Resumo Clínico Único do Utente (RCU2), isto é, um documento constituído por um conjunto de dados estruturados
- Definição dos campos que devem constar no Sumário Clínico Único do Utente;  
Identificados como grandes grupos de informação a considerar:
  - Dados administrativos
  - Alergias e outras Reações Adversas – CPARA v3.0
  - Terapêutica atual
  - Vacinas
  - Historial de doenças (máximo de quatro diagnósticos)
  - Meios complementares de diagnóstico (análises clínicas, imagiologia)
  - Intervenções cirúrgicas
  - Anestesia (tipo, registo de vias áreas difíceis, complicações)
  - Dispositivos Médicos implantados

## ATIVIDADES PREVISTAS E DOCUMENTOS EM CURSO

- Está em fase de conclusão um documento com a descrição metodológica do trabalho desenvolvido no âmbito da elaboração do Resumo Clínico Único do Utente. Desenvolvimento de especificações, com vista à implementação nos Sistemas de Informação.
- Desenvolvimento de esforços no sentido da elaboração de uma Norma relativa ao SMU.



## 4. GT DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Surge na sequência do GT para Registos de Enfermagem, sendo o âmbito também alargado outros profissionais de saúde, nomeadamente Médicos Dentistas, Psicólogos, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, etc.

Iniciou a atividade a 17 de março de 2015.

### CONSTITUIÇÃO

- Elsa Almeida Teixeira (coordenadora) – Enfermeira no CHLN
- Bruno Macedo - Ordem dos Farmacêuticos
- Eloy Boo – Médico USF Lethes (ULSAM)
- Graça Ferro - Ordem dos Nutricionistas
- Helena Carlos Pestana - Ordem dos Enfermeiros
- Hugo de Sousa Lopes - Nutricionista no CS Felgueiras
- Isabel Trindade - Ordem dos Psicólogos
- José Frias Bulhosa - Ordem dos Médicos-Dentistas
- José Emanuel Nunes Vital - ARS Centro; Associação Portuguesa de Fisioterapeutas; Sindicato de Fisioterapeutas Portugueses
- Maria José Santos - HGO
- Renata Gomes – Assistente Social no Hospital Prof. Fernando da Fonseca
- Renato Pinto – ULS Matosinhos

### OBJETIVOS

- Promover a discussão de temas relacionados com o multiprofissionalismo nos sistemas de informação
- Discutir/aprovar normas/recomendações que permitam uma aplicabilidade homogénea em todo o SNS, independentemente das aplicações utilizadas
- Identificar boas práticas de um registo eletrónico
- Analisar a posição dos profissionais de saúde em relação a várias matérias (ex. partilha de dados, privacidade, como os SI servem a saúde, evitam o risco clínico e previnem o erro em medicina, etc.)
- Promover a formação interoperacional – Diferentes profissionais ensinarem outros especialistas de áreas distintas sobre a importância do registo de determinados parâmetros
- Analisar as tabelas de terminologias/nomenclaturas utilizadas pelas diferentes profissões.

### ATIVIDADES REALIZADAS

- Reuniões bimensais
- Elaboração de matriz para identificação de necessidades informacionais - cada participante, em nome da categoria profissional que representa, identifique qual o conjunto mínimo de dados que necessita para a sua prática profissional. A Estrutura da matriz de necessidades informacionais disponível no Anexo A

### ATIVIDADES PREVISTAS E DOCUMENTOS EM CURSO

- Análise estatística simples com organização por áreas de intervenção e dos dados a registar e a consultar (Janeiro 2016)
- Colocar em discussão pública o documento sobre Multiprofissionalismo e Sistemas de Informação (Fevereiro e Março 2016)
- Apresentação do documento final (Junho 2016)



## 5. GT DA TELEMEDICINA

O Grupo de Trabalho de Telemedicina (GTT) tem como missão estabelecer as ações prioritárias de forma a implementar e monitorizar a Rede de Telemedicina no Sistema Nacional de Saúde (SNS). Iniciou atividade em junho de 2012.

### CONSTITUIÇÃO

Atualmente, o GTT é constituído pelos seguintes elementos:

- Luís Gonçalves (coordenador)
- Carlos Ribeiro - ARS Norte
- Fernando Gomes da Costa - ARS Centro
- Miguel Castelo Branco - ARS Centro
- Fernando Miranda - ARS Alentejo
- António Pina - ARS Algarve
- Manuela Rosado - ARS Alentejo
- Paulo Pinto- ARS LVT
- Luís Mota Capitão- ARS LVT
- Adelaide Belo- ACSS
- Ricardo Mestre- ACSS
- Ana Raquel Santos Andrade- SaudAçor
- Rui Gomes- DSI, SPMS
- Rute Belchior- DCT, SPMS

### OBJETIVOS

- Estabelecer ações prioritárias de forma a implementar e monitorizar a Rede de Telemedicina no SNS
- Permitir igual acesso a todos os profissionais, disponibilizando ferramentas adequadas para a realização de teleconsultas e telerrastreios
- Aumentar a acessibilidade, melhorar a equidade e promover o acesso de um maior nº de pessoas a melhores cuidados de saúde
- Reforço da estratégia de implementação da Rede de Telemedicina



## ATIVIDADES REALIZADAS

A atividade do GTT assenta em 4 pilares: 1) Legislação/Institucionalização; 2) Telemonitorização ao Domicílio; 3) Rastreio/Triagem; 4) Teleconsultas.

Em cada um destes pilares foram desenvolvidas as seguintes atividades:

### 1) Legislação/Institucionalização

- Juntamente com a DGS foram publicadas Normas para:
  - Telepatologia/Patologia Digital (004/2015, de 25/03/2015)
  - Telerradiologia (005/2015, de 25/03/2015)
  - Teleconsulta (010/2015, de 15/06/2015).
- Está em fase de preparação o Acordo Quadro de Telemedicina, que entrou em vigor em janeiro de 2016, para a aquisição de serviços de Telemedicina, nomeadamente serviços de i) Telemonitorização e Telereabilitação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, ii) do *status* pós enfarte agudo do miocárdio, iii) Telemonitorização da insuficiência cardíaca crónica, iv) Telemonitorização de doentes com comorbilidades, v) Teleconsultas (em tempo real e diferido).
- Em junho, a SPMS e a Universidade do Estado do Amazonas assinaram um Protocolo de Colaboração Técnico e Científico que visa a promoção de atividades no âmbito da Telemedicina e o desenvolvimento de programas de informação e formação (estágios).
- Em Setembro realizou-se o II Encontro de Telemedicina no SNS

### 2) Telemonitorização ao Domicílio

- Em janeiro 2015 (1ª Fase) e em Dezembro de 2015 (2ª fase), no âmbito do projeto-piloto de Telemonitorização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) no domicílio do doente – foram aplicados dois inquéritos<sup>1</sup>: i) **Inquérito à Satisfação do Utente**, preenchido pelo próprio ou por familiares/acompanhantes; ii) **Inquérito à Satisfação e Avaliação aos Profissionais de Saúde e Empresas Prestadoras de Serviços** envolvidas.

Os referidos inquéritos tinham como objetivo principal avaliar o grau de satisfação dos utentes beneficiários e profissionais envolvidos, assim como recolher informação sistematizada sobre as características dos utentes participantes.

Foram aplicados questionários na Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), centro Hospitalar da Cova da Beira (CHCB), Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA) e Centro Hospitalar do Algarve (CHAL).

---

<sup>1</sup> O relatório completo dos inquéritos de satisfação poderá ser disponibilizado se necessário.



### **Resultados dos Inquéritos de Satisfação – 1ª Fase**

O Inquérito à Satisfação do Utente decorreu em Janeiro de 2015, tendo respondido 56 utentes, distribuídos de forma quase igualitária pelas instituições de saúde envolvidas. Os utentes tinham idades compreendidas entre os 48 e os 89 anos, na sua maioria do sexo masculino (82%), casados (84%), com ensino básico completo (61%) e residentes em sedes de freguesia (57%).

Os utentes reportaram uma elevada satisfação com a qualidade prestada pelo serviço (muito boa/excelente: 61%) e com a ideia da telemonitorização (muito boa/excelente: 54%).

Relativamente aos serviços prestados pela empresa e pela equipa médica o nível de satisfação foi igualmente elevado (muito boa/excelente: 68% e 80%, respetivamente) bem como no que se refere à qualidade da informação, equipamentos e profissionalismo (muito boa/excelente: 63 %, 61% e 84%, respetivamente).

De destacar, ainda, o facto de os utentes considerarem que o programa beneficiou a família (94,6%), reduziu os níveis de ansiedade (95%) e ajudou a lidar melhor com os sintomas e compreender a doença (96%).

No Inquérito à Satisfação e Avaliação aos Profissionais de Saúde e Empresas Prestadoras de Serviços obtiveram-se 14 respostas, na sua grande maioria elaboradas pelos serviços hospitalares (79%) e pelo Centro Hospitalar do Algarve (57%).

À semelhança do que se tinha verifica nos inquéritos aos utentes, a satisfação com a ideia da telemonitorização é elevada (muito boa/excelente: 57%), verificando-se, também, um aumento da confiança e apoio por parte dos doentes por terem acesso a este programa (93%).

Não foi considerado, no entanto, pelos respondentes aos inquéritos que este programa tenha tido um impacto significativo na diminuição dos internamentos, episódios de urgência ou consultas externas presenciais relacionados com a DPOC.

Em ambos os inquéritos foi solicitada a identificação de recomendações para melhoria do serviço, que tiveram o maior interesse e bom acolhimento por parte do GTT.

### **Resultados dos inquéritos de satisfação – 2ª Fase**

O Inquérito à Satisfação do Utente decorreu entre Novembro de 2015 e Dezembro de 2015, na Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA) e Centro Hospitalar do Algarve (CHAL).

Ao Inquérito à Satisfação do Utente responderam 66 utentes, distribuídos de forma semelhantes pelas instituições de saúde envolvidas Estes utentes tinham idades compreendidos entre os 49 e os 84 anos, na sua maioria do sexo masculino (85%), casados (74%), com ensino básico completo (64%) e residentes em sedes de freguesia (52%).

89% do total dos questionários foram preenchidos pelos próprios utentes e 5% (n=3) dos utentes optou por responder apenas aos dados demográficos, não preenchendo as restantes questões.

Os utentes reportaram uma elevada satisfação com a qualidade prestada pelo serviço (muito boa/excelente: 71%), verificando-se que 97% prefere ser telemonitorizado em casa.

Relativamente aos serviços prestados pela empresa e pela equipa médica o nível de satisfação foi igualmente elevado (muito boa/excelente: 74% e 82%, respetivamente), bem como no que se refere à qualidade da informação, equipamentos e profissionalismo (muito boa/excelente: 71%, 52% e 77%, respetivamente).

Destaca-se o facto de 95% dos participantes que responderam à questão “Acha que a sua família foi beneficiada com este sistema de telemonitorização” terem respondido que sim. O mesmo se verificou para a questão “O sistema de telemonitorização ajudou-o a reduzir os seus níveis de ansiedade, proporcionando-lhe diminuição das suas visitas ao centro de saúde e ao hospital” (97% com resposta sim) e para a questão



“O sistema de telemonitorização ajudou a lidar melhor com os seus sintomas e a compreender melhor a sua doença” (97% com resposta sim).

No Inquérito à Satisfação e Avaliação aos Profissionais de saúde e Empresas Prestadoras de Serviços obtiveram-se 7 respostas, elaborada por três serviços. 43% das instituições refere uma ideia muito boa/excelente da telemonitorização no domicílio. No mesmo sentido, verifica-se que 86% das instituições percecionam um aumento de confiança e apoio por parte dos doentes por terem acesso a este programa.

No que se refere à perceção sobre a diminuição dos reinternamentos verifica-se que a amostra se divide a meio, 43% considera que sim e os restantes 43% considera que não.

Mais metade da amostra perceciona uma diminuição nos episódios de urgência (57%), enquanto apenas 29% da amostra perceciona uma diminuição das consultas externas presenciais relacionados com a DPOC.

Em ambos os inquéritos, foi solicitada a identificação de recomendações para melhoria do serviço, que tiveram o maior interesse e bom acolhimento por parte do GTT.

### **3) Rastreio/Triagem**

- O objetivo para 2015 foi atingir 85% do território, tendo-se conseguido as seguintes áreas:
- ARS Norte: ULS Nordeste Transmontano/H. Santo António; ACES Alto e Baixo Tâmega/H. São João; ACES Canidelo/Hospital de Gaia; ULSAM/Hospital de Viana do Castelo.
- ARS Centro: Todos os Hospitais (Aveiro, Leiria, Coimbra, Viseu, Guarda, Cova da Beira e Castelo Branco) com respetivos ACES e/ou área de influência.
- ARS LVT: ACES Médio Tejo e Lezíria/IPO Lisboa;
- ARS Alentejo: ULS Litoral Alentejano/Hospital de Setúbal; ULS Baixo Alentejo/Hospital de Évora.
- ARS Algarve: ACES Algarve Central/H. Faro; ACES Barlavento/IPO Lisboa; ACES Sotavento /CHLO.

#### **Identificação dos pedidos de Rastreio Teledermatológico por Hospital nos Anexos B a E.**

### **4) Teleconsultas**

- A aplicação informática PDS-LIVE encontra-se em fase final de aperfeiçoamento, nomeadamente o aplicativo para Telemedicina que funciona diretamente a partir da Plataforma de Dados da Saúde (PDS). Com este sistema os profissionais de saúde podem realizar teleconsultas a partir dos seus pontos de trabalho entre qualquer computador integrado na RIS. Estão em funcionamento os pilotos descritos no quadro 1.



**Quadro 1 – Pilotos em curso**

ARS	Contexto/ Especialidade	Requisitante	Prestador	Tipo de Serviço
Norte	Urgência	Serviço de Urgência do <b>Hospital Pedro Hispano</b> (ULS Matosinhos). Responsável: Dr. Fernando Rosas	Neurocirurgia do <b>Centro Hospitalar S. João</b> , EPE. Responsável: Prof. André Moreira	Consultas de urgência para triagem e encaminhamento dos casos de dúvida de Neurologia com o objetivo de ajudar a definir a terapêutica e/ou o eventual encaminhamento para outro hospital. A seleção dos utentes será efetuada em conferência via telemedicina e análise conjunta da TAC e exame neurológico.
	Cardiologia	<b>USCP Montemor-o-Velho, USF Araceti (Arazede), USF Fernando Namora (Condeixa), USF Condeixa-a-Nova, UCSP Cantanhede</b>	<b>Cardiologia CHUC</b> (Hospital Geral – antigo CHC). Responsável: Prof. Lino Gonçalves	Consultas programadas uma manhã por semana (2 unidades de saúde por manhã). Consultas de urgência por contacto direto com UCIC.
Centro	Via verde AVC	Unidades de AVC dos <b>Hospitais de Aveiro, Guarda, Castelo Branco, Cova da Beira, Leiria, Viseu, Figueira da Foz</b>	<b>Unidade de AVC do CHUC</b> . Responsáveis: Prof. Luis Cunha e Dr. Gustavo Santo	Consultas de urgência para triagem e encaminhamento dos casos de AVC para CHUC a fim de serem submetidos a tromboectomia. A seleção dos utentes será efetuada em conferência via telemedicina e análise conjunta da TAC e exame neurológico.
	Violência Doméstica	<b>6 Centros de Saúde ainda a definir</b> (entre os 12 com profissionais formados em intervenção na VD)	Consulta de Violência Doméstica (VD) do <b>Hospital Sobral Cid (CHUC)</b> . Responsável: Dr. João Redondo	Consultas programadas duas manhãs por semana, consultas urgentes mediante contacto <i>ad-hoc</i> prévio.
Alentejo	Neonatologia e Pediatria	Serviço de Neonatologia do <b>Hospital do Espírito Santo - Évora</b> . Responsável: Dr. José Rovisco Matono	Serviço de Cardiologia do <b>Hospital de Santa Cruz, CHLO</b> . Responsável: Isabel Catanho de Menezes	Telemedicina de neonatologia e pediatria com ecocardiografia <i>online</i> e visualização de exames complementares de diagnóstico para interpretação. Consulta semanal entre as 10h e as 12h e urgências a qualquer hora.



## DOCUMENTOS PRODUZIDOS

- Desenvolveu-se o Plano de Ação da Telemedicina 2016 aprovado pelo Conselho de Administração dos SPMS em Setembro de 2015 (Anexo F).
- Desenvolveu-se, em conjunto com a ACSS, o Plano Operacional de Telemedicina aprovado por Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (ofício nº 12323 de 20.11.2015) (Anexo G).
- Realizou-se, em Setembro de 2015, o II Encontro de Telemedicina no SNS onde foram atribuídos os prémios “Personalidade em Telemedicina no SNS 2015” e “Boas Práticas em Telemedicina no SNS 2015”.
- Apresentada, em Novembro, no *II Congreso Iberoamericano de Telesalud y Telemedicina* a Estratégia Nacional de Telemedicina.
- Desenvolveram-se duas brochuras técnicas, que incluem as notícias mais relevantes relacionadas com a dinamização da Rede de Telemedicina em Portugal.
- Desenvolveram os Boletins “Telemedicina” de fevereiro, de junho e de novembro 2015 disponíveis em <http://spms.min-saude.pt/newsletters-spms/>.

## ATIVIDADES PREVISTAS E DOCUMENTOS EM CURSO

- Definição dos locais para realização da atividade telemedicina no SNS (nomeadamente teleconsultas e telemonitorização em articulação com as regras de contratualização e de financiamento da atividade e dos resultados aplicadas ao SNS).
- Conclusão do Acordo-Quadro Telemedicina.
- Divulgação das oportunidades de candidaturas e disponibilização de material de apoio às instituições da Saúde – financiamento próprio da ACSS.
- Compra agregada de serviços ao abrigo do Acordo-Quadro de telemedicina.
- NOC's orientadoras sobre Operacionalização da Telemonitorização e sobre Telerastreio/Triagem de especialidades médicas.
- Telerastreio/Triagem Dermatológica - Processo de aquisição dos equipamentos fotográficos.
- Maior rapidez do processo de parametrização dos programas/locais das instituições que desejam participar no programa de telemedicina.
- Dar continuidade à telemonitorização dos Doentes (75) com DPOC.
- Indicadores de telemedicina - Construção do Programa (DSI) (outsourcing).
- Protocolo de cooperação entre SPMS/UEA.
- Evento *First International Summit on Telemedicine*.
- Divulgação da Telemedicina através da participação em reuniões.



## 6. GT PARA OS UTENTES

O Grupo de Trabalho para os Utentes (GTU) tem como missão contribuir para que os utentes possam aceder a mais e melhor informação de saúde. A informação para os Utentes deve **útil, compreensível, fidedigna e segura, em múltiplos suportes.**

Iniciou atividade em Agosto de 2015.

### CONSTITUIÇÃO

Atualmente, o GTU é constituído pelos seguintes elementos:

- Paula Elias (coord) | Fazedores da Mudança
- Sílvia Costa Lopes | Presidente APDIS – Associação Portuguesa de Documentação e Informação de Saúde
- Susana Henriques | Vice-presidente APDIS
- Maria de Fátima Quitério | ACES Central
- Maria do Rosário Zincke | Plataforma Saúde em Diálogo
- Sérgio Gomes | Responsável pela Saúde 24
- Bruno Campos Santos | DECO
- Carla Munhoz | ACES Estuário do Tejo
- Adelaide Belo | ACSS
- Sílvia Silva | SPMS
- Rui Romão | SPMS

### OBJETIVOS

- Promover a reflexão e a discussão de temas relacionados com o acesso e a produção de informação útil, compreensível e fidedigna, para o Utente;
- Estabelecer ações prioritárias centradas no Utente, relacionadas fundamentalmente com:
  - Acesso a informação de saúde autenticada, fidedigna e útil;
  - Estratégias de comunicação da informação;
  - Serviços e meios disponíveis para facilitar o acesso.

Tendo sempre por base a Participação dos Utentes e de todos os envolvidos.

As atividades do GTU assentam em eixos de ação:



**Fig.5 – Eixos de funcionamento fo GT Utentes**



## ATIVIDADES REALIZADAS

- Desenvolveu-se um plano de ação que orientasse os trabalhos do GT para os Utentes.

## ATIVIDADES PREVISTAS E DOCUMENTOS A PRODUZIR

- Realizar uma Iniciativa Nacional (3/4 de Maio 2016)
- Elaboração de documento síntese com identificação e caracterização do Ecosistema do Acesso à Informação de Saúde
- Realização do Ciclo de Conversas Temáticas e elaboração de documento síntese de principais conclusões (três conversas temáticas)
- Elaboração de documento síntese como levantamento dos projetos nacionais e internacionais existentes
- Elaboração de documento síntese com breve revisão bibliográfica sobre a matéria (estado de arte).
- Elaboração de documento síntese tendo por base o levantamento das tendências legislativas e orientações comunitárias que se perspetivam, nesta matéria.
- Elaboração de documento síntese com tipologia de Fontes de Informação (organismo de suporte, condições de suporte) e informação disponibilizada, incluindo as campanhas informativas periódicas/ esporádicas.
- Elaboração de documento síntese com caracterização dos Utentes que recorrem às diversas fontes de informação.
- Desenvolvimento de Ciclo de Oficinas de Participação com os grupos priorizados e elaboração de documento síntese com os principais resultados
- Elaboração de Proposta de Programa de Atuação Prioritária, integrando fundamentalmente a reflexão sobre os resultados das Iniciativas anteriores
- Monitorizar o trabalho a desenvolver pelo GTIU (verificar o cumprimento do plano e respetivo cronograma)
- Matriz orientadora para a produção de informação para os Utentes em plataformas digitais (características e critérios de qualidade da informação).



## 7. ÁREA DA SEGURANÇA E PRIVACIDADE

### CONSTITUIÇÃO

- Rui Gomes (SPMS)
- Domingos Pereira (CHVNG)
- Nuno Lucas (SPMS)
- Luís Antunes (FEUP)
- João Miranda (CHAA)
- Consultores Tecnológicos
- Centro Nacional de Ciber-Segurança

### OBJETIVOS

- Adotar um Modelo de Governo e estabelecer Linhas de Ação para a Segurança da Informação e a Gestão de Risco do Sistema Nacional de Saúde
- Divulgar junto das entidades de saúde o estado da arte
- Clarificar a definição entre dados clínicos e administrativos
- Propor uma definição de estrutura de Gestão da Segurança
- Definir a política de segurança a implementar no Ministério da Saúde
- Difundir as melhores práticas para suporte na implementação da política

### DOCUMENTOS PRODUZIDOS

- Relatório do Centro de Cibersegurança Nacional;
- Relatório de *Assessment* SPMS;
- Relatório Modelo de Organização da Segurança da Informação;
- Relatório de Modelo de Comunicação da Segurança da Informação.
- Relatório de Diagnóstico de Situação referente à Segurança de Informação no Sistema de Informação da Saúde (eSIS);
- Modelo da Política de Segurança da Informação transversal ao eSIS;
- Síntese dos Requisitos Mínimos de Segurança de Informação da SPMS e transversais ao SIS fundamentada na norma ISO 27001:2013 e complementada pela norma ISO 27799:2008
- Documento com Estrutura de Repositório de Documentos de Segurança de Informação no âmbito do Sistema de Gestão da Segurança da Informação.
- Serviços de consultadoria de diagnóstico com a empresa Gartner: Relatório IT Score aplicado aos seguintes domínios: Aplicações; Privacidade de Dados; Infraestruturas & Operações.



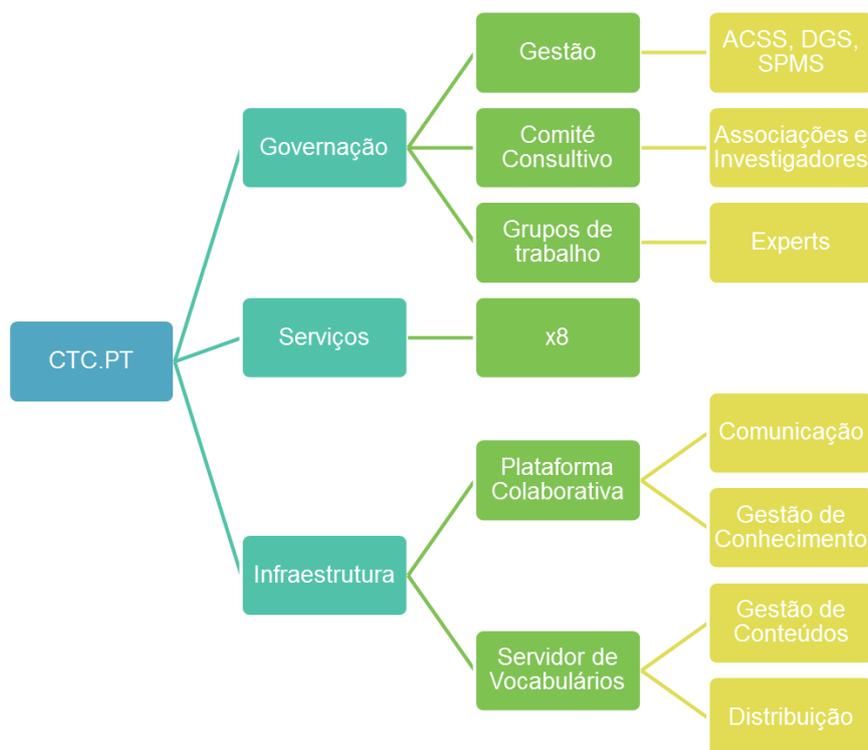
## 8. ÁREA DA INTEROPERABILIDADE E SEMÂNTICA

A atuar no âmbito do Centro de Terminologias Clínicas em Portugal (<http://www.ctcpt.net>), cuja **missão** é harmonizar e orquestrar a utilização de terminologias clínicas para registo de informação no SNS, bem como apoiar a introdução de boas práticas que conduzam à desambiguação do significado e incremento da utilidade da informação gerada por profissionais de saúde.

### CONSTITUIÇÃO

O CTC.PT subdivide-se em três grandes núcleos: Governação, Serviços e Infraestrutura.

Fig.6 – Modelo de funcionamento do CTC.PT



O CTC.PT dispõe dos seguintes **serviços**:

- Prestar consultoria especializada em interoperabilidade semântica
- Formação em interoperabilidade semântica
- Tradução de terminologias clínicas
- Mapeamento entre terminologias clínicas
- Gestão de versões e distribuição de classificações/ terminologias
- Licenciamento de vocabulários clínicos controlados (SNOMED CT)
- Apoio à implementação de vocabulários clínicos
- Promoção da adoção de vocabulários clínicos



## ATIVIDADES REALIZADAS

- Estabelecimento e governação do CTC-PT (100%).
- Entrega de proposta de metas.
- Ferramenta de tradução, mapeamento de Terminologias clínicas, de acordo com as *Best Practices IHTSDO*.
- Desenvolvimento de ferramenta para distribuição de Terminologias Clínicas (80%).
- Licenciamento (anual) da Terminologia Clínica SNOMED CT, que permite a utilização da mesma por todos os agentes de mercado dos Cuidados de Saúde em Portugal (100%).
- Realização de 2 estudos de diagnóstico, e possíveis auditorias (2 especialidades), à utilização de Terminologias Clínicas em TIC para a Saúde.
  - Realizada auditoria e avaliação da adoção do CPARA V2 em aplicações existentes no mercado e instaladas em unidade públicas de saúde.
  - Realizada auditoria à utilização não oficial do SNOMED CT, em 6 serviços de Anatomia Patológica, pertencentes à RNBT.
- Organização de ações de Formação (de 20 profissionais) e ações de promoção (para 100 profissionais) sobre Interoperabilidade Semântica.
- No âmbito do Ciclo de Conferências “Falar Saúde” da SPMS foi realizada uma conferência no passado dia 26 de novembro de 2015, no Auditório do Infarmed sobre o tema Interoperabilidade Técnica e Semântica a 26 de Novembro de 2015.

Neste evento foram registadas 92 inscrições, tendo estado presentes 78 participantes.

Esta conferência teve como objetivos:

- Divulgar as ações e iniciativas realizadas no âmbito dos Grupos de Trabalho da CAIC;
- Divulgar ações e iniciativas realizadas na área da Interoperabilidade e Semântica;
- Discutir publicamente estas temáticas;
- Promover desafios e identificar áreas críticas a desenvolver na área da Interoperabilidade e Semântica em 2016.

## DOCUMENTOS PRODUZIDOS

- Lançamento do *site* CTC.PT - <http://www.ctcpt.net/>
- Lançamento do CPARA - **Catálogo Português de Alergias e Outras Reações Adversas**



## 9. COMISSÕES DE INFORMATIZAÇÃO CLÍNICA (CIC) DAS INSTITUIÇÕES DO SNS

Em fevereiro de 2015, a SPMS solicitou aos Conselhos de Administração dos Hospitais/Centros Hospitalares e ULS bem como aos Conselhos Diretivos das ARS que nomeassem (e/ou formalizassem) as Comissões de Informatização Clínica (CIC) locais. Esta solicitação foi reforçada em Outubro de 2015 no sentido de promover uma célere nomeação das CIC.

### CONSTITUIÇÃO

Em de 2015 foram nomeadas:

- 65 Comissões de Informatização Clínica (CIC):
  - ARS Norte: 17 CIC
  - ARS Centro: 18 CIC
  - ARS LVT: 22 CIC
  - ARS Alentejo: 4 CIC
  - ARS Algarve: 4
- 380 Profissionais
  - 309 profissionais de Hospitais/Centros Hospitalares ou ULS
  - 71 profissionais de ACES

A Lista completa de elementos das CIC pode ser consultada nos Anexos H e J.

### OBJETIVOS

- Definição de estratégia de implementação do processo clínico eletrónico /desmaterialização de processos;
- Promoção de boas práticas de Registo Clínico;
- Identificação e monitorização de indicadores relativos à informatização clínica;
- Articulação com as iniciativas de promoção da Telemedicina (Despacho nº3571/2013) e com PIT – Promotores Internos da Telemedicina (Despacho nº 8445/2014);
- Ajudar os Grupos de Trabalho na identificação de questões concretas a analisar.



## ATIVIDADES REALIZADAS

Ao longo do ano de 2015, várias foram as interações com os elementos das Comissões de Informatização Clínica das Instituições do SNS, nomeadamente:

GRUPOS	Tipo	Tarefa	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
CIC	Ofício	Ofícios a solicitar a formalização das CIC locais e nomeação dos respetivos representantes	21											
CIC	Ofício	Ofícios para ARS a solicitar a formalização das CIC locais nos ACES e nomeação de representantes		13										
CIC	Reunião	Reunião com Comissões de Informatização Clínica já nomeadas		25 e 26										
GT / CIC	CTC.PT	Pedido de comentários sobre CTC.PT			13									
CIC	Contributos/informações	Pedido às CIC exemplos de registos utilizados			20									
CIC	Contributos/informações	Enviado Email para as CIC com o relatório da PDS (13º) - atividade mensal			23									
CIC	Contributos/informações	Pedidos: 1- email de contacto e link para página da instituição com informação sobre a CIC - divulgação no site da SPMS 2- Divulgada Newsletter Telemedicina			27									
CIC	Contributos/informações	Convite para Fórum Inovação na Saúde			31									
CIC	Reunião	Apresentação da CAIC na reunião organizada pela ARS Norte (Porto)				14								
GT / CIC	Contributos/informações	Divulgação de informação: IHTSDO procura Especialistas clínicos para alinhamento SNOMED CT/ICD 11				16								
GT / CIC	Contributos/informações	Divulgação de informação: Inscrições para a formação de SNOMED CT eLearning Foundation Course				16								
CIC	Contributos/informações	Convite para Workshops   Programa de melhoria de Governança e Gestão do Sistema de Informação.				17								
CIC	Formação	Ações de formação: ações com vista à melhoria da governança e gestão dos sistemas de informação. Conhecimento e implementação de boas práticas de governação				22 e 23								
CIC	Contributos/informações	Pedidos de Nomeações para os prémios da Telemedicina					12							
CIC	Contributos/informações	Email a solicitar preenchimento do Questionário sobre Informatização Clínica					28							
CIC	Contributos/informações	Convite para Wokshop   Mobile Apps						18						
CIC	Contributos/informações	Convite para 3º Aniversário PDS							1					
CIC	Contributos/informações	Envio do II Boletim Telemedicina							9					
CIC	Contributos/informações	Envio para toda a CAIC dos resultados do Questionário sobre Informatização Clínica							23					
CIC	Contributos/informações	Divulgação do CPARA v3							24					



GRUPOS	Tipo	Tarefa	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
CIC	Contributos/informações	Solicitada colaboração no preenchimento de um questionário on line - utilização das classificações e terminologias em território Nacional.							29					
CIC	Contributos/informações	Convite das CIC para II Encontro de Telemedicina								21				
CIC	Contributos/informações	Convite para Participação no Evento sobre a Receita sem Papel (21/09/2015)									17			
CIC	Contributos/informações	Inscrições para o SNOMED CT eLearning Foundation Course									17			
CIC	Contributos/informações	Convite para Participação no Evento sobre a Receita sem Papel (28/09/2015)									24			
CIC	Contributos/informações	Informamos que se encontra disponível o download a terminologia e mapeamentos do SNOMED CT com sistemas de classificação										2		
CIC	Contributos/informações	Envio do III Boletim Telemedicina											6	
CIC, PIT	Contributos/informações	Apresentação sobre rastreio Tele dermatológico											13	

Destaca-se o Questionário sobre Informatização Clínica nas Instituições do SNS, dirigido às CIC, com o objetivo principal de conhecer diversos aspetos inerentes ao seu funcionamento, bem como áreas de interesse que se constituíram como objeto de discussão no seio dos diferentes Grupos de Trabalho (Homogeneização dos Registos Médicos, Registos sobre o Doente Crítico, Profissionais de Saúde, Telemedicina, Informatização das Urgências) e nas áreas transversais de preocupação (Segurança/Privacidade e Interoperabilidade Técnica/Semântica). Neste sentido o referido questionário foi estruturado do seguinte modo:

- Liderança e Visibilidade das CIC
- Homogeneização dos Registos Médicos
- Multiprofissionalismo
- Telemedicina
- Segurança dos Sistemas de Informação
- Nomenclaturas / Terminologias
- Indicadores de Informatização Clínica

O período de preenchimento ocorreu entre o dia 28 de maio e o dia 10 de julho de 2015.

No total foram submetidos 89 questionários, das quais 29 estavam completos. Depreende-se que esta diferença entre o número de CIC nomeadas (56, na altura) e questionários submetidos (89) esteja relacionado com a submissão duplicada, não sendo possível identificar as instituições que submeteram mais que um questionário uma vez que estes eram anónimos.

Da análise das respostas submetidas destacam-se as seguintes conclusões:

#### 1. LIDERANÇA E VISIBILIDADE DAS CIC

- Nomeações divulgadas em circular interna: ACES (40%), CSH (79%), ULS (100%)
- Email da CIC não divulgado: ACES (80%), CSH (30%), ULS (33%)
- Sem página no site da instituição dedicada à CIC: ACES (80%), CSH (54%), ULS (67%)
- Sem Regulamento Interno: ACES (80%), CSH (44%), ULS (67%)



- Reuniões sem periodicidade regular ou ainda não reuniram
- Recolha de contributos essencialmente via email: ACES (60%), CSH (61%), ULS (33%, via intranet:100%)
- Informação divulgada primordialmente via email: ACES (60%), CSH (54%), ULS (33%; via intranet: 67%)
- Variabilidade de quem pode sugerir alterações aos sistemas: ACES (qq colaborador: 40%); CSH (CIC e DSI: 44,2%), ULS (CIC e DSI: 66,7%),
- Aprovação das alterações aos SI pelo CA são mais representativas: ACES (30%), CSH (67%), ULS (33%, DSI: 67%)
- SI Clínicos Locais são os mais abordados pelas CIC: ACES (40%), CSH (70%), ULS (68%)

## 2. HOMOGENIZAÇÃO DOS REGISTOS MÉDICOS

Aspetos identificados como importantes para envolver os profissionais de saúde no correto preenchimento dos registos clínicos eletrónicos:

### Aspetos Organizacionais

- Definição e elaboração de normas e procedimentos/instruções de preenchimento dos registos;
- Ações de sensibilização/formação junto dos profissionais sobre como preencher corretamente os registos, importância do correto preenchimento dos registos clínicos eletrónicos, consequências para o doente, etc.
- Auditorias aos registos;
- Maior envolvimento das chefias de topo.

### Aspetos Técnicos

- *Hardware*: adequação dos equipamentos informáticos em quantidade e qualidade;
- *Software*: a) melhoria da usabilidade dos sistemas informáticos; b) melhoria da interoperabilidade entre sistemas.

### Registos considerados prioritários

- Registo clínico médico e de enfermagem;
- Nota de alta: internamento e urgência;
- Informação clínica no pedido de MCDTs e na Prescrição Medicamentosa;
- Perfis adequados a diferentes profissionais;

## 3. MULTIPROFISSIONALISMO

- Grande heterogeneidade no que respeita à permissão de acesso a RCE aos profissionais de saúde (exceto médicos e enfermeiros);
- Grande heterogeneidade nas respostas sobre parcerias multiprofissionais;

## 4. TELEMEDICINA

- Iniciativas no âmbito da Telemedicina mais mencionadas:
  - a) Consultas;
  - b) Teledermatologia;
  - c) Telerradiologia;
  - d) Via Verde do AVC;
  - e) Retinopatia.
- Dificuldades de implementação do Despacho nº8445/2014, de 30 de junho, essencialmente nos ACES devido a: a) material não disponível; b) referência não definida; c) falta de configuração no CTH;
- Diversas iniciativas de telemonitorização.



## **5. SEGURANÇA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO**

### Iniciativas mais desenvolvidas:

- Credenciais de acesso individualizado
- Timeout das sessões
- Backups
- Monitorização dos acessos
- Criação do Manual de Segurança dos Sistemas de Informação
- Firewall / Antivírus

### Iniciativas necessárias:

- Formação na área da segurança da informação
- Time out no Sclinico
- Política de passwords e acessos
- Auditorias externas

## **6. NOMENCLATURAS / TERMINOLOGIAS**

- Nomenclaturas / terminologias mais utilizadas nas instituições: ACES: CIPE; Hospitais/CH: ICD 9 – CM; ULS: CIPE e ICD 9 – CM;
- Falta de conhecimento do CTC.PT
- Falta do conhecimento do CTC.PT: ACES (70%), Hospitais/CH (28%), ULS (67%).

## **7. INDICADORES DE INFORMATIZAÇÃO CLÍNICA**

- Elevada heterogeneidade na identificação de indicadores relacionados com a informatização clínica.

O Relatório dos questionários pode ser no Anexo K.



## 10. PROMOTORES INTERNOS DA TELEMEDICINA (PIT)

No âmbito do Despacho nº 8445/2014, de 30 de junho, que prevê que “Os estabelecimentos hospitalares do SNS e dos Agrupamentos de Centros de Saúde devem nomear um **Promotor Interno da Telemedicina (PIT)**, dando conhecimento do mesmo à ACSS e à SPMS” solicitou-se aos Conselhos de Administração dos Hospitais/Centros Hospitalares/ULS e aos Conselhos Diretivos das ARS que nomeassem os PIT.

### CONSTITUIÇÃO

Em 2015, 50 instituições de saúde do SNS nomearam um PIT, seguindo a seguinte distribuição espacial:

**Fig.7 – Número de instituições com PIT nomeado, por ARS**





## **OBJETIVOS**

O objetivo primordial dos PIT é reforçar a implementação da estratégia para uma Rede de Telemedicina no Serviço Nacional de Saúde.

## **ATIVIDADES REALIZADAS**

Várias foram as iniciativas desenvolvidas com vista ao envolvimento dos PIT, nomeadamente a realização de reuniões gerais por ARS e reuniões com grupos de Hospitais e ACES.

Realizaram-se as seguintes reuniões de PIT:

- ARS Norte: 3 de junho
- ARS Centro: 16 de junho
- ARS Alentejo: 2 de julho
- ARS Algarve: 17 de Setembro

No final de cada reunião enviou-se para os PIT os seguintes documentos: lista de participantes; respetivos contactos; súmula dos principais assuntos tratados; próximos passos; documentos técnicos necessários para a configuração da PDS-Live. Foi também remetida uma matriz de instituições origem/destino, para preenchimento da seguinte informação:

- Hospital de origem/destino
- Serviço de origem/destino
- Nome dos profissionais da instituição de origem/destino
- Contactos dos profissionais
- Nº de utentes envolvidos semanalmente
- Período disponível para consultas (dia da semana; horário)
- Estimativa de duração de cada sessão (em minutos)



### 3. ANEXOS

#### A. GT Profissionais de Saúde - Matriz de necessidades informacionais

Resumo mínimo de dados necessários para a sua atividade		Dados que pretende consultar							Dados que considera que deve registar									
		Assistente Social	Enfermeiro	Farmacêutico	Fisioterapeuta	Médico	Médico-Dentista	Nutricionista	Psicólogo	Administrativos	Assistente Social	Enfermeiro	Farmacêutico	Fisioterapeuta	Médico	Médico-Dentista	Nutricionista	Psicólogo
Dados administrativos	Nome																	
	Morada																	
	Data de nascimento (está em baixo - linha 26)																	
	Telefone																	
	Nº de utente																	
	BI/CC/Passaporte																	
	NIF																	
	Estado civil																	
	Contactos de urgência/referência/privilegiados																	
	Subsistema																	
	Nº de subsistema																	
	Isenções (a migrar do RNU)																	
	Profissão																	
	Nível de escolaridade																	
Situação socio-familiar atual	Condições do domicílio (especificar)																	
	Tipo de família																	
	Existe cuidador (Sim / Não / NAplic)																	
	Dependência económica (Sim/Não)																	
	Insuficiência económica (Sim/Não)																	
	Dependência funcional (Sim/Não)																	
	Co-habitação																	
Dados biométricos	Data de nascimento (dado duplicado - ver acima)																	
	Sexo																	
	Peso																	
	Altura																	
	IMC (dado duplicado - ver abaixo linha 130)																	
	Tensão arterial sistólica (mmHg)																	
	Tensão arterial diastólica (mmHg)																	
	Glicemia capilar jejum																	
	Frequência cardíaca																	
	Temperatura (timpânica?)																	
	Respiração (freq /tipo)																	
	Dor (tipo de escala?)																	



Resumo mínimo de dados necessários para a sua atividade		Dados que pretende consultar								Dados que considera que deve registar								
		Assistente Social	Enfermeiro	Farmacêutico	Fisioterapeuta	Médico	Médico-Dentista	Nutricionista	Psicólogo	Administrativos	Assistente Social	Enfermeiro	Farmacêutico	Fisioterapeuta	Médico	Médico-Dentista	Nutricionista	Psicólogo
Comunicação	Problemas de comunicação? (Sim / Não)																	
	Acuidade Visual (mantida/corrigida/alterada)																	
	Acuidade Auditiva (mantida/corrigida/alterada)																	
	Sabe ler? (Sim/Não/NA)																	
Comunicação?	Estado de Consciência																	
	Discurso																	
	Comportamento																	
Diagnóstico Clínico	Patologias existentes																	
	Exames Complementares de Diagnóstico																	
	Plano de Tratamento																	
	Medicação																	
	Plano de seguimento clinico (reavaliação, etc.)																	
	Contra-indicações relativas e absolutas à mobilidade/posicionamento/interação do utente																	
Anamnese e Tratamento	Comorbilidades																	
	Antecedentes relevantes (cirurgias/Radio e quimioterapia/diálise...)																	
	Uso de Substâncias																	
	Diagnóstico de Presunção																	
	Medicação (atual/iniciada)																	
	Outras prescrições não medicamentosas																	
	MCDT's pedidos																	
	Resultados MCDT's																	
	Vacinas (PNV e outras)																	



Resumo mínimo de dados necessários para a sua atividade		Dados que pretende consultar							Dados que considera que deve registar									
		Assistente Social	Enfermeiro	Farmacêutico	Fisioterapeuta	Médico	Médico-Dentista	Nutricionista	Psicólogo	Administrativos	Assistente Social	Enfermeiro	Farmacêutico	Fisioterapeuta	Médico	Médico-Dentista	Nutricionista	Psicólogo
Diagnóstico de Fisioterapia	Indicador de Funcionalidade: valor em % (intervalo de 0-100; 100=máxima funcionalidade) (considerar a dimensão tempo para estabelecer curva de evolução funcional)																	
	Registo de nível de funcionamento de uma (máx. duas) função do corpo relevante para a mobilidade/funcionalidade (no âmbito de intervenção de Ft). Nota: utilizar o sistema da CIF de 2º nível ou, se adequado, de 3º nível																	
	Registo do nível de desempenho de uma (máx. duas) atividade/participação da Tabela da Funcionalidade proposta pela Norma da DGS N.º 014/2014 de 1 de Setembro																	
	Registo de eventos adversos (Incidentes/retrocessos/recidivas) que tenham implicação na funcionalidade e no plano de intervenção																	
	Nota de alta (campo de texto e indicadores objetivos de funcionalidade - os acima descritos)																	

Risco Clínico	Alergias																	
	Imunocompromisso																	
	Dispositivos Clínicos																	
	Quedas																	
	Úlceras de Pressão																	
	Infeção																	

Diagnóstico de Nutrição																		
	Padrão documental da ON																	
	Prática de atividade física																	

Diagnóstico de Enfermagem																		
	Padrão documental da OE																	



Resumo mínimo de dados necessários para a sua atividade		Dados que pretende consultar							Dados que considera que deve registar										
		Assistente Social	Enfermeiro	Farmacêutico	Fisioterapeuta	Médico	Médico-Dentista	Nutricionista	Psicólogo	Administrativos	Assistente Social	Enfermeiro	Farmacêutico	Fisioterapeuta	Médico	Médico-Dentista	Nutricionista	Psicólogo	
Avaliação Psicológica																			
Plano Nutricional	Dieta/padrão alimentar																		
	Dieta praticada/padrão alimentar																		
	Hábitos Alimentares																		
	Inquérito 24 h anteriores																		
	Plano alimentar prescrito																		
	Hidratação oral prescrita																		
	Suplementação nutricional e alimentar prescrita																		
	Aconselhamento alimentar																		
	Alimentos preferidos																		
	Nota de alta nutricional																		
	Alimentos preteridos / Aversões alimentares																		
Avaliação Social	Estrutura Familiar Adultos/Menores																		
	Rede Suporte / contactos privilegiados																		
	Situação Profissional																		
	Situação Habitacional																		
	Indicadores Sociais																		
	Diagnósticos Sociais																		
	Plano de Intervenção																		
	Objetivos de Intervenção																		
	Actos Sociais (Entrevistas Avaliação, Seguimento, Contactos, Visitas domiciliárias, Reuniões com Instituições)																		
	Notas Técnicas																		
	Referenciação/Relatório Social																		
Referenciação à RNCCI																			
Nota de Alta Social																			
Avaliação Antropométrica	IMC ( Kg/m2) (dado em duplicado - ver acima)																		
	Pregas cutâneas																		
	BIA																		
	perímetros																		
	comprimento do cúbito																		



## B. Rastreio Tele dermatológico (janeiro a maio 2015) – Pedidos Inscritos

ARS de destino do pedido	Hospital de destino do pedido	Última especialidade do pedido	Pedidos inscritos				
			Maio 2015	Abril 2015	Março 2015	Fevereiro 2015	Janeiro 2015
ARS Algarve	CHA - CH do Barlavento Algarvio	Dermato-Venerologia	134	122	144	104	135
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	13	3	3	5	2
	CHA - Hospital de Faro	Dermato-Venerologia	87	59	78	53	70
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	22	22	29	22	13
ARS LVT	CH de Setúbal, E.P.E.	Dermato-Venerologia	261	252	239	200	170
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	20	11	8	4	5
	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.	Dermato-Venerologia	91	56	53	56	60
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	20	25	25	14	13
ARS Centro	Centro Hospitalar Leiria	Dermato-Venerologia	347	321	332	250	261
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	19	12	8	9	4
	CHUC - Hospitais da Universidade de Coimbra	Dermato-Venerologia	465	431	404	370	338
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	9	11	7	5	8
	CHCB - Covilhã	Dermato-Venerologia	105	116	91	99	105
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	0	0	0	0	0
	ULSG - Hospital Sousa Martins	Dermato-Venerologia	141	122	123	117	116
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	8	4	5	0	0
ARS Norte	CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	Dermato-Venerologia	373	363	362	345	281
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	54	70	39	31	31
	CHP - Hospital Geral de Santo António	Dermato-Venerologia	634	666	621	483	450
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	30	32	26	32	41
	ULSAM - Viana do Castelo	Dermato-Venerologia	222	188	172	151	150
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	3	0	0	0	0
	CHAA - Unidade de Guimarães	Dermato-Venerologia	258	242	263	192	204
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	8	2	6	4	1
	CHSJ - Hospital de São João	Dermato-Venerologia	877	768	756	648	618
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	21	10	18	17	8



### C. Rastreio Teledermatológico (janeiro a maio 2015) – Pedidos Não concluídos

ARS de destino do pedido	Hospital de destino do pedido	Última especialidade do pedido	Pedidos não concluídos				
			Maio 2015	Abril 2015	Março 2015	Fevereiro 2015	Janeiro 2015
ARS Algarve	CHA - CH do Barlavento Algarvio	Dermato-Venerologia	1.927	1.870	1.850	1.795	1.743
		Dermatologia - rastreio teledermatológico	11	3	2	16	20
	CHA - Hospital de Faro	Dermato-Venerologia	2.685	2.619	2.625	2.582	2.560
		Dermatologia - rastreio teledermatológico	75	100	85	57	37
ARS LVT	CH de Setúbal, E.P.E.	Dermato-Venerologia	752	706	726	866	929
		Dermatologia - rastreio teledermatológico	48	29	18	10	7
	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.	Dermato-Venerologia	102	90	99	93	106
		Dermatologia - rastreio teledermatológico	10	8	24	10	14
ARS Centro	Centro Hospitalar Leiria	Dermato-Venerologia	2.754	2.621	2.573	2.514	2.507
		Dermatologia - rastreio teledermatológico	12	7	0	10	3
	CHUC - Hospitais da Universidade de Coimbra	Dermato-Venerologia	1.833	1.831	1.791	1.809	1.847
		Dermatologia - rastreio teledermatológico	77	70	62	56	52
	CHCB - Covilhã	Dermato-Venerologia	333	337	315	365	360
		Dermatologia - rastreio teledermatológico	0	0	0	0	0
	ULSG - Hospital Sousa Martins	Dermato-Venerologia	353	357	325	326	343
		Dermatologia - rastreio teledermatológico	0	0	0	0	0
ARS Norte	CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	Dermato-Venerologia	5.286	5.303	5.216	5.102	5.084
		Dermatologia - rastreio teledermatológico	81	67	23	20	38
	CHP - Hospital Geral de Santo António	Dermato-Venerologia	4.373	4.233	4.054	3.848	3.814
		Dermatologia - rastreio teledermatológico	13	8	9	14	9
	ULSAM - Viana do Castelo	Dermato-Venerologia	455	467	473	562	623
		Dermatologia - rastreio teledermatológico	1	0	0	0	0
	CHAA - Unidade de Guimarães	Dermato-Venerologia	2.236	2.140	2.119	2.063	2.066
		Dermatologia - rastreio teledermatológico	7	3	5	3	2
	CHSJ - Hospital de São João	Dermato-Venerologia	5.245	4.988	4.919	4.932	5.010
		Dermatologia - rastreio teledermatológico	18	13	16	9	3



#### D. Rastreio Tele dermatológico (janeiro a maio 2015) – Consultas Realizadas

ARS de destino do pedido	Hospital de destino do pedido	Última especialidade do pedido	Consultas realizadas				
			Maio 2015	Abril 2015	Março 2015	Fevereiro 2015	Janeiro 2015
ARS Algarve	CHA - CH do Barlavento Algarvio	Dermato-Venerologia	41	54	45	0	23
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	0	0	0	0	0
	CHA - Hospital de Faro	Dermato-Venerologia	7	48	22	18	39
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	41	3	0	0	0
ARS LVT	CH de Setúbal, E.P.E.	Dermato-Venerologia	200	239	231	241	183
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	0	0	0	0	0
	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.	Dermato-Venerologia	27	20	17	25	27
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	11	31	4	6	12
ARS Centro	Centro Hospitalar Leiria	Dermato-Venerologia	168	192	214	180	207
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	7	1	8	0	3
	CHUC - Hospitais da Universidade de Coimbra	Dermato-Venerologia	373	324	339	332	334
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	0	0	0	0	0
	CHCB - Covilhã	Dermato-Venerologia	103	83	102	82	94
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	0	0	0	0	0
ULSG - Hospital Sousa Martins	Dermato-Venerologia	128	84	97	122	123	
	Dermatologia - rastreio tele dermatológico	8	3	5	0	0	
ARS Norte	CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	Dermato-Venerologia	337	188	208	276	276
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	36	24	36	49	85
	CHP - Hospital Geral de Santo António	Dermato-Venerologia	465	451	382	424	472
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	24	32	30	24	47
	ULSAM - Viana do Castelo	Dermato-Venerologia	190	172	222	151	96
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	0	0	0	0	0
	CHAA - Unidade de Guimarães	Dermato-Venerologia	151	209	194	186	191
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	3	1	0	0	0
	CHSJ - Hospital de São João	Dermato-Venerologia	448	502	548	480	504
		Dermatologia - rastreio tele dermatológico	13	12	8	11	7



### E. Rastreio Teledermatológico (janeiro a maio 2015) – Tempo Médio de Resposta

ARS destino pedido	de do	Hospital de destino do pedido	Última especialidade do pedido	Tempo médio de resposta ao pedido (dias)				
				Maio 2015	Abril 2015	Março 2015	Fevereiro 2015	Janeiro 2015
ARS Algarve	CHA - CH do Barlavento Algarvio		Dermato-Venerologia	100,3	92,9	103,8	0,0	126,7
			Dermatologia - rastreio teledermatológico	---	---	---	---	---
	CHA - Hospital de Faro		Dermato-Venerologia	131,1	99,3	208,7	140,9	373,1
			Dermatologia - rastreio teledermatológico	52,7	48,6	0,0	0,0	0,0
ARS LVT	CH de Setúbal, E.P.E.		Dermato-Venerologia	77,7	78,4	84,2	105,9	109,9
			Dermatologia - rastreio teledermatológico	---	---	---	---	---
	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.		Dermato-Venerologia	102,0	57,3	41,4	59,8	73,1
			Dermatologia - rastreio teledermatológico	4,8	37,0	5,0	4,9	6,7
ARS Centro	Centro Hospitalar Leiria		Dermato-Venerologia	158,6	159,0	178,9	140,4	129,0
			Dermatologia - rastreio teledermatológico	15,4	19,9	19,3	0,0	25,5
	CHUC - Hospitais da Universidade de Coimbra		Dermato-Venerologia	103,0	104,5	104,4	96,7	100,6
			Dermatologia - rastreio teledermatológico	---	---	---	---	---
	CHCB - Covilhã		Dermato-Venerologia	84,6	91,2	91,2	95,1	97,4
			Dermatologia - rastreio teledermatológico	---	---	---	---	---
	ULSG - Hospital Sousa Martins		Dermato-Venerologia	67,4	58,8	66,9	79,2	90,8
			Dermatologia - rastreio teledermatológico	3,3	5,2	13,1	0,0	0,0
ARS Norte	CH de Vila Nova de Gaia/Espinho		Dermato-Venerologia	428,8	399,2	511,4	498,1	447,5
			Dermatologia - rastreio teledermatológico	40,3	35,5	17,8	28,8	68,6
	CHP - Hospital Geral de Santo António		Dermato-Venerologia	155,6	136,5	139,2	136,0	142,2
			Dermatologia - rastreio teledermatológico	4,2	3,1	3,3	2,9	3,5
	ULSAM - Viana do Castelo		Dermato-Venerologia	60,9	102,5	84,8	96,1	110,2
			Dermatologia - rastreio teledermatológico	---	---	---	---	---
	CHAA - Unidade de Guimarães		Dermato-Venerologia	208,2	218,9	203,0	203,1	219,2
			Dermatologia - rastreio teledermatológico	22,6	30,9	0,0	0,0	0,0
	CHSJ - Hospital de São João		Dermato-Venerologia	232,6	229,7	231,1	223,3	238,4
			Dermatologia - rastreio teledermatológico	34,0	31,9	10,5	9,6	15,0



## F. Plano de Ação de Telemedicina

### Plano de Ação 2015/2016

#### Sobre

#### Estratégia 4x4 (4 Pilares x 4 Apoios) da Telemedicina

Na sequência do desafio promovido pelo CA da SPMS, o GTT apresenta o plano de ação 2015/2016 para a estratégia 4x4 da telemedicina.

#### Pilares

##### 1) Institucionalização e Legislação

a) Após a saída de dois despachos determinantes (3751/2013 e 4885/2014) e a produção de N.O e NOC's orientadoras pela D.G.S., em 2014 e 2015, só se prevê a produção para 2016 de NOC's orientadoras sobre Operacionalização da Telemonitorização e sobre Telerastreio/Triagem de especialidades médicas.

##### 2) Telerastreio/Triagem Dermatológica

a) Este pilar cada vez tem maior aceitação pois os profissionais de saúde comprovaram as **vantagens** enormes que acarreta, ou seja uma mais fácil acessibilidade dos utentes a cuidados especializados de saúde. **Não se conhecem desvantagens** no seu uso, pois se necessário existe a consulta presencial nos hospitais.

Na estatística relativa a Janeiro/Setembro de 2015 a percentagem de pedidos de consultas de rastreio em relação ao total dos pedidos de consultas de dermatologia é de 4,6%.

Neste momento prosseguem as ações de divulgação do método (a cargo do GTT) e vão ser iniciadas ações de formação solicitadas pela ARS Alentejo e ARS Algarve sobre as técnicas de fotografar e o modelo de funcionamento do ato.

Solicita-se o pagamento das ações de formação nomeadamente viagens que serão efetivadas por profissionais do SNS.

**Dificuldades** – Deve ser acelerado o processo de aquisição dos equipamentos fotográficos que no momento atual é mediado pela Direção de Compras Transversais dos SPMS. As ARS Norte, Centro e LVT estão neste processo de aquisição para completar a sua distribuição nas unidades de saúde primária, sendo que as ARS do Alentejo e Algarve já completaram o processo.

b) **Programa CTH (CeTeH)** - A descontinuidade do programa Alert P1 em 2013 não permite sustentar as melhorias necessárias para a introdução de outros actos médicos, nomeadamente consultas de teleangiologia, inclusão de MCDT's, etc. naquilo que será, uma vez concluído, um grande pilar do edifício da assistência em saúde mediada pelas TIC's. É essencial a sua construção para que se possa consolidar o telerastreio existente e para que possamos expandi-lo para outras especialidades médicas, exemplo a cirurgia vascular/angiologia, neurologia, ortopedia e outras. Trata-se pois da criação de um programa **muito prioritário** e bem exemplificativo do P.O. da telemedicina ACSS/SPMS. Solicita-se assim que possa ser atacado com todas as forças e que esteja concluído e a funcionar definitivamente nos finais de 2016.



c) Na Operacionalização do P.O. de Telemedicina ACSS/SPMS seria útil facilitar e tornar mais rápido o processo de parametrização dos programas/locais das instituições que desejam participar no programa de telemedicina, tanto junto da UCCTH como de todos os restantes intervenientes, difundindo rapidamente o processo a todo o país.

**A resolução das dificuldades a) e c) deverá estar resolvido no final do primeiro trimestre de 2016.**

### **3) Telemonitorização**

Após dois anos de projetos-pilotos na área da DPOC com acompanhamento de 75 doentes em 5 hospitais do país (ULSAM, CHUC, CHC Beira, ULSNA e CHAL) foi possível verificar através dos inquéritos efetuados em 2014 as **vantagens** do método com o cumprimento dos objetivos traçados, nomeadamente com 100% de satisfação dos utentes e 50% de diminuição dos internamentos por exacerbação da situação clínica. Um novo inquérito da satisfação decorrerá no último trimestre de 2015, mas pelos ecos chegados ainda serão mais significativos. Isso levou-nos a propor extensão do método a mais doentes com DPOC mas também a doentes com insuficiência cardíaca, *status* pós enfarte de miocárdio e doentes com comorbilidades, por todo o país.

Para a sua sustentabilidade está em progressão o A.Q. da Telemedicina e os projetos europeus nesta área permitindo e facilitando a vida aos decisores do SNS e incentivando-os a utilizar o método, **de que não se conhece desvantagens.**

**Dificuldades** – Trata-se de um período de transição para 75 doentes que já estão à 2 anos com telemonitorização e também profissionais de saúde que os acompanham que não desejam uma situação de descontinuidade, desta forma solicita-se que a direcção de compras transversais da SPMS garanta a continuidade do acompanhamento atuando em conformidade no sentido da contratualização de forma a assegurar que em Janeiro de 2016 mantemos a telemonitorização pelo menos aos 75 doentes (já enviado ofício com o pedido de autorização ao Conselho de Administração).

### **4) Teleconsultas (PDS-Live)**

Desde 2013 que tecnologicamente existe a ferramenta de boa qualidade para efetuar teleconsultas só que entretanto foi necessário construir a N.O. de circuitos das teleconsultas que saiu em Abril de 2014, mas mesmo assim não foi possível operacionalizar a ferramenta que é **muito vantajosa** normalmente em teleconsultas de urgências. **E porquê?**

#### **Dificuldades**

##### **1. Razões tecnológicas**

Há questões de funcionamento da PDS-Live que é necessário melhorar e que são do conhecimento da DSI e da SPMS há mais de um ano, nomeadamente a formatação de um relatório que permita aos atores interagir a este nível. Esta funcionalidade é **muito prioritária** colocar a funcionar pois só assim é que os profissionais médicos garantem a sua total adesão. São múltiplos os pedidos para se porem a funcionar teleconsultas de urgência (v.g. ligação em neurocirurgia Hospital de Matosinhos/Hospital de São João; Via Verde do AVC na ARS Centro que permitirá fazer trombectomias realizadas mais precocemente e com maior probabilidade de êxito; ligação de vários hospitais nomeadamente e por todo o país, nas áreas de cirurgia e cardiologia) sendo por isso essencial que o programa PDS-Live seja concluído.



## 2. Razões burocráticas

Apesar da NO do serviço de teleconsultas estar publicada desde Abril deste ano revelou-se insuficiente para ultrapassar os “bloqueios” burocráticos com a atribuição de um código “ACSS/SPMS”. Um bom exemplo é que os hospitais de Matosinhos e de São João no Porto esperam à 5 longos meses por isso. Desejamos e propomos que na operacionalização do Plano Operacional de Telemedicina ACSS/SPMS seja possível arranjar um método burocrático mais assertivo e mais rápido e que incremente a sua utilização. Nesse sentido já foi pedido ao Dr. Ricardo Mestre da ACSS para marcar uma reunião com a sua presença, da Manuela Rolim, da Adelaide Belo, do Paulo Pinto e de mim próprio.

## 3. Dificuldade “major”

A interoperabilidade da RIS com instituições de fora do SNS, nomeadamente com a Região Autónoma dos Açores, muito interessada em serviços de telemedicina é fulcral pelo que propomos a prioridade máxima para que essa funcionalidade esteja a operar no final de 2015.

### **Apoios**

#### 1) Plano Operacional de Telemedicina ACSS/SPMS

Instrumento importantíssimo para o SNS e para a visão hodierna da assistência em saúde com emprego das TIC's, pois permitirá uma priorização temporal e um facilitador de burocracias necessárias mas demasiado morosas na parametrização dos actos que desejamos que a sua difusão seja de forma rápida.

#### 2) Acordo Quadro de Telemedicina

Está em fase de qualificação das empresas concorrentes, recebendo o CA o relatório preliminar nos próximos dias e que esperamos que permita novas oportunidades e sustentabilidade na contratação dos actos de telemedicina.

#### 3) Construção do Programa – Indicadores em Telemedicina –

Pretende-se iniciar a construção deste instrumento com dados e indicadores qualitativos e quantitativos que possam contribuir para uma maior assertividade das decisões políticas a propósito.

Por isso em conjugação com a DSI (Rui Gomes, Isabel Barbosa e Alfredo Ramalho) foi atribuída ao GTT a responsabilidade de apresentar os conteúdos científicos para o que este constitui uma “task-force” constituída por elementos do GTT a saber Luís Gonçalves, Miguel Castelo Branco, Fernando Gomes da Costa e Adelaide Belo e ainda Fernando Tavares, Diretor de Planeamento na ARS Norte e Lino Gonçalves, Diretor do Serviço de Cardiologia II do CHUC que até 1 de Dezembro de 2015 ficaram de elaborar e entregar um *draft* à DSI com os conteúdos científicos solicitados.

Para a sua concretização que reputamos **muito importante** solicita-se o reforço da DSI se necessário e possível recorrendo ao *outsourcing* no sentido de uma possível concretização e construção do programa num **prazo máximo de 6 meses**.



#### 4) Cooperação Internacional

1. Desenvolvimento do Passaporte de Telemedicina Iberoamericano (PATIB) para o qual se solicitou aprovação de documento aprovado por Vanda Manso, Rita Mendes e Luís Gonçalves ao CA da SPMS em 2 de Outubro passado.
2. Para possibilitar a concretização do protocolo de cooperação entre SPMS/UEA em que o tema de inovação é primordial é necessário e propomos que exista uma verba para 2016 que o permita operacionalizar.
3. O GTT já recebeu informação que da parte da Toshiba Europa sediada na Catalunha de que já foram disponibilizados 5 computadores para colocar em 5 aldeias indígenas no Estado do Amazonas, estando o GTT a preparar um programa orientador para o seu funcionamento.
4. No terceiro trimestre de 2015 está prevista a presença do GTT em reuniões científicas a realizar em Paris, Açores, Almandralejo, Madrid e Sevilha, apresentando a Estratégia Nacional da Telemedicina e temas relacionados. Na continuidade da divulgação internacional do nosso plano 4x4 propomos ao CA a inclusão no orçamento para 2016 de verba propiciadora de que membros do GTT ou outros possam estar presentes em reuniões nacionais ou internacionais.



## **G. Plano Operacional de Telemedicina (Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, ofício nº 12323 de 20.11.2015) (Documento Conjunto SPMS / ACSS)**

### **1. ENQUADRAMENTO**

Na sequência de reunião havida entre elementos do Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde (DPS) da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), da Direção de Planeamento e Desenvolvimento Organizacional da SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde e do Grupo de Trabalho da Telemedicina (GTT), criado no âmbito da SPMS, estabeleceu-se o presente Plano de Trabalho conjunto para operacionalização da utilização das ferramentas de Telemedicina no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, de forma institucionalizada, massificada e integrada.

Entendendo-se a Telemedicina como a utilização de tecnologias avançadas de telecomunicação que permite a partilha de informação clínica reforça-se, através deste documento, que a Telemedicina é instrumental para a melhoria da *performance* do SNS, facilitando a obtenção de diversos ganhos concretos, como sejam:

- (i) A melhoria da equidade no acesso aos cuidados de saúde (quer em termos geográficos, quer em termos de melhoria dos tempos de resposta à população);
- (ii) A possibilidade de se realizarem rastreios/triagens e diagnósticos precoces e de se efetuar a monitorização e acompanhamento do estado de saúde da população de forma pró-ativa, remota e responsabilizante para os utentes e suas famílias;
- (iii) A promoção da qualidade da assistência, através do acesso remoto a atendimento especializado;
- (iv) A melhoria da organização dos cuidados prestados, através da partilha de informação entre diferentes níveis da prestação de cuidados;
- (v) O maior envolvimento e empoderamento dos utentes e profissionais, refletindo-se no aumento dos seus níveis de satisfação;
- (vi) O aumento da eficiência na prestação de cuidados, pela redução do consumo de recursos (*e.g.* diagnóstico e monitorização em tempo real, redução de deslocações, redução das descompensações, eliminação de atos duplicados, diagnóstico precoce, entre outras).

Assim, reconhecendo o impacto positivo que a Telemedicina tem em múltiplas dimensões dos Sistemas de Saúde, e sem prejuízo de outras iniciativas complementares e articuladas que possam ser consideradas no futuro, a ACSS e a SPMS vêm por este meio propor à Tutela que aprove o presente **Plano de Trabalho para operacionalização da utilização das ferramentas de Telemedicina que será seguido pelas 2 entidades nos próximos anos**, o qual identifica as principais iniciativas articuladas e complementares que permitirão impulsionar a utilização destas ferramentas de forma adequada e transversal a todo o SNS, encontrando-se o mesmo assente nos seguintes três eixos principais de intervenção:

- Definição dos locais para realização da atividade de Telemedicina (nomeadamente teleconsultas e telemonitorização) e a sua articulação com as regras de contratualização e de financiamento da atividade e dos resultados que se aplicam no SNS;
- Implementação do acordo-quadro para prestação de serviços de telemedicina, e da aquisição centralizada destes serviços para as instituições que pretendem tirar partido deste instrumento;
- Utilização racional dos fundos comunitários para a realização de investimento na área da Telemedicina (Cf. Portaria n.º 97-A/2015, de 30 de março), designadamente, telemonitorização e teleconsulta.



A articulação entre estes três eixos estratégicos, em conjunto com as restantes atividades locais, a desenvolver pelas Administrações Regionais de Saúde e Hospitais (designadamente através dos Promotores Internos de Telemedicina designados quer pelos estabelecimentos hospitalares do SNS, quer pelos Agrupamentos de Centros de Saúde) e pelo GTT, permitirá fomentar a utilização das ferramentas de Telemedicina em todas as instituições do SNS, nomeadamente nas que se debatem com importantes problemas de acesso, de organização e/ou de eficiência das respostas que prestam à população.

Adicionalmente avaliar-se-á durante o biênio 2015-2016, a possibilidade de enquadramento da utilização deste tipo de tecnologias na área da Saúde Mental (Tele-Saúde Mental) em articulação com o Coordenador Nacional do Programa de Saúde Mental (DGS).

Desta forma, contribui-se para que as experiências pontuais e casuísticas que, atualmente, existem em algumas instituições do SNS possam evoluir para a massificação da utilização da Telemedicina e para a criação de valor em todo o SNS, conforme definido no Despacho n.º 3571/2013, que estipula que *“os serviços e estabelecimentos do SNS devem intensificar a utilização das tecnologias de informação e comunicação de forma a promover e garantir o fornecimento de serviços de telemedicina aos utentes do SNS”*, assim como se assegura o alinhamento da telemedicina com a estratégia nacional de investigação e inovação, visando uma especialização inteligente que melhore a capacidade de monitorização da saúde e de prevenção, deteção e tratamento da doença de formas inovadoras, através de modelos de prestação de cuidados que permitam manter as pessoas nas suas casas, promovendo a autonomia possível e encorajando a responsabilidade pessoal pela adoção de estilos de vida saudáveis.

Nos pontos seguintes, propõem-se alguns desenvolvimentos para cada um dos 3 eixos estratégicos de intervenção acima identificados.

## **2. DEFINIÇÃO DOS LOCAIS PARA REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE DE TELEMEDICINA NO SNS (NOMEADAMENTE TELECONSULTAS E TELEMONITORIZAÇÃO) E ARTICULAÇÃO COM AS REGRAS DE CONTRATUALIZAÇÃO E DE FINANCIAMENTO DA ATIVIDADE E DOS RESULTADOS APLICADAS NO SNS**

Conforme já referido, a Telemedicina é uma ferramenta que pode contribuir para a melhoria da resposta do SNS, oferecendo novas formas de prestação de cuidados de saúde e melhoria do acesso em áreas onde se registam dificuldades contribuindo, ainda, para o aumento da qualidade e dos níveis de eficiência no SNS, sendo necessário que tais instrumentos estejam articulados com a organização da rede prestadora de cuidados de saúde.

Assim, a implementação das ferramentas de Telemedicina deve estar integrada num movimento mais amplo de reorganização dos processos de prestação de cuidados de saúde à população, colocando os utentes no centro dessa organização e redefinindo procedimentos de articulação entre as entidades do SNS, de forma a alcançarem os objetivos aqui elencados.

Para que tal objetivo seja alcançado, é necessário que seja estabelecida, em conjunto com as 5 Administrações Regionais de Saúde e com as instituições hospitalares e de cuidados de saúde primários do SNS, a oferta que deve ser assegurada em termos de telemedicina, definindo-se as carteiras de serviços que as instituições devem oferecer, com os recursos internos adequados e comprometidos com a resposta à população.



Esta definição tem de estar alinhada quer com as Redes de Referência Hospitalar, atualmente em revisão, quer com a constituição de Centros de Referência em determinadas áreas da prestação de cuidados (também em curso), encontrando-se as respostas adequadas numa perspetiva de Rede nacional e não apenas regional ou local, tal como previsto no Despacho 8445/2014 de 30 de junho.

A definição desta rede de telemedicina tem, ainda de estar alinhada com as prioridades definidas no âmbito do Programa Consulta a Tempo e Horas (CTH), nomeadamente como resposta nas áreas onde existem maiores dificuldades de acesso e de cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta garantida (TMRG), assim como tem de considerar as áreas onde existe evidência em relação ao custo-benefício e à efetividade da aplicação das ferramentas de telemedicina. A referência dos atos de telemedicina é nacional e deverá ser considerada nos trabalhos de revisão das redes de referência hospitalar.

Uma vez efetuada esta definição para as várias áreas de teleconsulta e de telemonitorização proceder-se-á à contratualização de cuidados com as instituições que, em conformidade com as premissas acima identificadas, estão capacitadas/certificadas para dar a resposta adequada às necessidades em saúde da população servida pelo SNS, e efetuar-se-á o pagamento apenas a essas instituições, com as metodologias de pagamento mais adequadas para incentivar esta atividade, de acordo com os seguintes princípios genéricos:

- No âmbito das teleconsultas:
  - Majorar, para ambas as entidades envolvidas, o pagamento das teleconsultas realizadas em tempo real, conforme já acontece desde 2013 no processo de contratualização hospitalar;
  - Incentivar o pagamento das teleconsultas num âmbito de referência nacional, ou seja, reforçar que não são aplicáveis critérios de acesso com base na área de residência do utente, uma vez que se pretende fomentar níveis de acesso potenciando a resposta a situações de listas de espera para as especialidades em questão;
  - Estudo da forma de integrar a Tele-Saúde Mental nas abordagens multidisciplinares do combate as doenças mentais nos ACES/Centros Hospitalares ou ULS que tenham aprovado uma estratégia loco-regional nesta área.
- No âmbito da telemonitorização:
  - Criar modalidades de pagamento que incentivem práticas de utilização de instrumentos de telemedicina nos prestadores, à semelhança do que já se fez no Projeto-Piloto para Telemonitorização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (PPT-DPOC) desde 2014;
  - Realizar pilotos em Unidades Locais de Saúde, na medida em que se apresentam como exemplos de integração de cuidados, constituindo-se assim como as estruturas mais adequadas para o arranque dos projetos.
- No âmbito dos telerastreios/triagens:
  - Fomentar a participação ativa por parte dos cuidados de saúde primários, e assegurar uma elevada integração com serviços hospitalares mais adequados a cada caso concreto;
  - Assegurar que as instituições hospitalares que procedem ao rastreio têm a capacidade de assegurar a necessária resposta aos doentes diagnosticados, garantindo a execução em tempo adequado dos tratamentos necessários.

### **3. IMPLEMENTAÇÃO DO ACORDO-QUADRO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TELEMEDICINA**

Os Acordos-Quadro constituem-se como instrumentos especiais de contratação com o objetivo de facilitar a aquisição de bens e serviços na Administração Pública através da contratação centralizada de bens e serviços



transversais. Estes acordos pré-qualificam os fornecedores para o fornecimento de bens e/ou a prestação de serviços à Administração Pública e estabelecem as condições e requisitos que estes são obrigados a cumprir.

A celebração do Acordo-Quadro da Telemedicina é uma medida estrutural que tem como objetivo a disponibilização de um instrumento flexível, rápido e com os requisitos técnicos adequados, através do qual as entidades do SNS possam aceder à aquisição de serviços de telemedicina de forma mais célere, tornando o procedimento de aquisição mais rápido. O concurso tem por objeto a seleção de co-contratantes para a celebração de um Acordo quadro para a prestação de serviços de Telemedicina, nomeadamente, serviços na área da telemedicina, de telemonitorização e de teleconsulta, que permita a observação, o diagnóstico e a monitorização do utente, bem como a locação de equipamentos fixos, portáteis e móveis de suporte à teleconsulta.

Assim, o Acordo-Quadro da Telemedicina apresenta-se como uma ferramenta facilitadora da aquisição destes serviços por parte das instituições do SNS.

A SPMS já lançou o concurso limitado por prévia qualificação para a celebração de acordo quadro para prestação de serviços de telemedicina. O caderno de encargos do Acordo-Quadro integra vários lotes, designadamente:

- Lote 2.1. - Serviços de telemonitorização da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC);
- Lote 2.2. - Serviços de telereabilitação da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC);
- Lote 3 - Serviços de telemonitorização do status pós enfarte agudo do miocárdio;
- Lote 4 - Serviços de telemonitorização de insuficiência cardíaca crónica;
- Lote 5 - Serviços de telemonitorização de doentes com comorbilidade;
- Lote 7 - Serviços para o telerrastreio/triagem da retinopatia diabética;
- Lote 9 - Serviços de teleconsulta.

Após a conclusão do Acordo-Quadro com a seleção de co-contratantes, a SPMS poderá promover a aquisição centralizada de serviços, ao abrigo deste acordo de quadro para as instituições que assim o entenderem e no alinhamento com a estratégia de implementação destes serviços definidas pela ACSS e ARS.

Reforça-se que os Acordos-Quadro aqui identificados permitem às instituições adquirir os serviços que necessitam para assegurar respostas em saúde para a população, as quais continuarão a ser contratadas através dos contratos-programa que são contratualizados anualmente entre as ARS e as instituições, sendo ainda necessário que a aquisição desses serviços cumpra os normativos vigentes, nomeadamente as regras de subcontratação previstas nestes contratos-programa.

Com efeito, a contratualização e pagamento dos cuidados de saúde a prestar à população, ainda que com suporte em ferramentas de telemedicina, é definida por parte das entidades compradoras/pagadoras, não devendo ser confundida a aquisição de serviços de telemedicina, com a contratualização de serviços aos estabelecimentos e serviços do SNS, no âmbito do processo de contratualização já explanada no ponto anterior.



#### **4. INCENTIVO À UTILIZAÇÃO DE FUNDOS COMUNITÁRIOS PARA A REALIZAÇÃO DE INVESTIMENTO NA ÁREA DA TELEMEDICINA**

O aproveitamento de fundos comunitários para apetrechamento do SNS com ferramentas de telemedicina constitui-se como uma oportunidade de institucionalizar a utilização da telemedicina a par dos restantes mecanismos de acesso de doentes aos cuidados de saúde.

Assim, deve a telemedicina constituir-se como uma solução para melhoria do acesso e equidade para o SNS como um todo.

A ACSS e a SPMS propõem-se a conjugar esforços no sentido do aproveitamento direcionado dos fundos comunitários disponíveis para a aquisição de serviços de telemedicina, procurando selecionar as instituições mais aptas a integrar os projetos cofinanciados e assumindo como áreas prioritárias da prestação de cuidados as já definidas no âmbito do Acordo-Quadro da SPMS. Nesta conformidade, reforça-se a utilização racional, articulando os vários mecanismos disponíveis no Setor da Saúde para fomentar as respostas de Telemedicina, como ferramenta para a melhoria do acesso, da qualidade e da eficiência dos serviços prestados no SNS.

No Portugal 2020, onde se definem os princípios de programação que consagram a política de desenvolvimento económico, social e territorial para promover, em Portugal, entre 2014 e 2020, encontra-se incluído no Domínio: “Inclusão social e Emprego”, o Objetivo Temático: “9: Promover a inclusão social e combate à pobreza e qualquer tipo de discriminação”, na Prioridade de investimento 9iv: “Melhoria do acesso a serviços sustentáveis, de grande qualidade e a preços comportáveis, mormente cuidados de saúde e serviços sociais de interesse geral” a Ação: Suporte ao doente em casa/na comunidade através do uso de tecnologias.

A ACSS como organismo intermédio para esta prioridade de investimento, em colaboração com a autoridade de gestão, poderá ser um elo estratégico para fomentar a adequada utilização dos fundos comunitários reservados para esta tipologia (Financiamento total até 2020: 57 M€ (Total = 85% financiado + 15% n/financiado).

A SPMS estará disponível para apoiar a divulgação destas iniciativas e disponibilizar aos hospitais, materiais de suporte, realizado pelo Grupo de Trabalho de Telemedicina e em colaboração com a ACSS, para apoio na preparação pelas instituições de saúde das suas candidaturas.



## 5. PLANO DE AÇÃO 2015-2017

Para a operacionalização deste plano propõe-se as seguintes atividades:

<b>Atividade</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
Conclusão do Acordo-Quadro Telemedicina	SPMS	Novembro 2015
Definição dos locais para realização da atividade de Telemedicina no SNS (nomeadamente teleconsultas e telemonitorização)	ACSS	Novembro 2015
Definição de regras de contratualização e de financiamento da atividade	ACSS	Dezembro 2015
Abertura de candidaturas para Portugal 2020, e avaliação de candidaturas.	ACSS (organismo intermédio)	Outubro 2015
Divulgação das oportunidades de candidaturas e disponibilização de material de apoio às instituições da Saúde	ACSS SPMS	Setembro Outubro 2015
Negociação com as instituições de Saúde da atividade a prestar no âmbito da telemedicina, telerastreio e telemonitorização.	ACSS	A definir
Compra agregada de serviços ao abrigo do Acordo-Quadro de telemedicina.	SPMS	A definir
Acompanhamento da atividade contratualizada	ACSS e ARS	Ao longo do ano
Medição dos resultados alcançados de acordo com os objetivos e metas contratualizadas	ACSS e ARS	Até ao mês n+3 do ano seguinte



## I. Elementos das CIC – Hospitais/Centros Hospitalares/ ULS

Região	Instituição	Nome
LVT	<b>Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca</b>	Carlos Sousa
		Lídia Jerónimo
		Lucília Gonçalves
NORTE	<b>CH Póvoa da Varzim/ Vila do Conde</b>	Mário Lino Lima
		José Eduardo S. O. Mesquita Montes
		Natália Maria Ribeiro Gomes Ferreira
		Mara Isabel de Castro Milhazes
		Irene Maria da Silva Coelho Gonçalves
		António Manuel Ferreira Moura
		Angelina dos Santos Costa Maia
LVT	<b>Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa</b>	José Salgado
		Luís Salavisa
		Sofia Brissos
		Marco Gonçalves
		Ilda Baptista
		Alexandre Costa
		Ana Paula Santos
LVT	<b>Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto</b>	Ana Berta Cerdeira
		Isabel Pereira
		Paulo Bernardo
LVT	<b>Centro Hospitalar de Setúbal</b>	José Assunção (coord)
CENTRO	<b>Hospital do Arcebispo João Crisóstomo</b>	Ana Sofia Figueiredo Ribeiro de Araújo
		Margarida Souto Seabra de Carvalho
		Mário Manuel Silva Pereira
		Marta Alexandra Fartura Braga Temido de Almeida Simões
LVT	<b>Hospital de Cascais</b>	Armindo Ramos
		Carlos Marques
		Eduarda Reis
		Maria João Lobão
		Paulo Mira
		Dulce Cachata
		João Marques
		Élia Batista
		Nazaré Reis
		Domingas Palma
		Cristina Antunes
NORTE	<b>CH Vila Nova de Gaia/Espinho</b>	António Ramalho Monteiro
		Maria de Fátima dos Santos Lima
		Belmiro Pereira da Rocha
		Domingos Silva Pereira



Região	Instituição	Nome
		Francisco Costa e Almeida
		Elisa Tavares Matos
		Maria Clara Vieira de Castro Cabanas
CENTRO	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	Maria Júlia Lopes Oliveira
		Maria Emília de Castro Oliveira Correia
		Maria Elvira Godinho Figueiredo
		Vítor Horta Carinha
NORTE	Centro Hospitalar Médio Ave	Américo dos Santos Afonso
		Norberto da Conceição Nunes
		Armindo Renato Martins Sousa
		Aurora Maria Martins Cunhal
		Carla Cristina Moreira Melo
		Cristina Maria Santos Calado Farinha Mourão
		Deolinda Maria Correia do Vale
		Gisela Mariana Rego Moreira
		Maria do Céu Vivas
		Pedro Macedo Neves
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Norte	Luís Pinheiro
		Pedro Valente
		Teresa Dotti
		Fernando Ribeiro
		Madalena Rocha
CENTRO	Centro Hospitalar de Leiria	Vítor Manuel Ribeiro de Faria (coord)
		Ângela João Santos Carrondo
		Helena Maria Quental Fernandes Vale
		João Manuel Ferreira Gomes
		Paulo Jorge Antunes Clara
		Vítor Manuel Antunes Marto
NORTE	Hospital de Barcelos	Inês Pinho
		Laurinda Miranda
		Catarina Gomes
NORTE	ULS Nordeste	António Alberto Coelho Marçôa
		Horácio José Paulo Morais
		Maria Cristina Carvalho Neto
		Tiago Gradim Loza
		Rui Manuel Peredo Ricardo
		Paula Maria Gomes Pereira
		Ângela Maria Pais Rodrigues
		Hugo Emanuel Fernandes Vaz
		José Miguel Cabanas
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	Jorge Pedroso
		António Carvalho
		João Faro Viana



Região	Instituição	Nome
		Ana Mirco
		Isabel Cabral
		Célia Osana
		Ana Maria Monteiro Almeida
LVT	<b>Centro Hospitalar de Lisboa Central</b>	Jorge Santos Penedo
		Maria Teresa Graça Matias
		Miguel Chaveiro Lagoute
		Ana Cristina Freire Madahil
		António Gomes Lourenço
		Anabela Ferreira Gama
		Susana Maria Sardinha Vieira Ramos
		António Galhardo Carvalho
ALGARVE	<b>Centro Hospitalar do Algarve</b>	Maria Augusta Lopes
		Gabriela Valadas
		Arsénio Gregório
		Cidália Faísca
		Arlete Felício
		Célia Santos
		Cármen Parreira
		Ermelinda Gago
		Ana Ventura
		Rui Ferreira
NORTE	<b>Hospital Magalhães de Lemos</b>	Francisco Aleixo
		Joaquim Ramos
		Ricardo Cardoso
		Jorge Mota
NORTE	<b>ULS Matosinhos</b>	Sérgio Ricardo
ALENTEJO	<b>ULS Litoral Alentejano</b>	José Castanheira
ALENTEJO	<b>ULS Norte Alentejano</b>	Vítor Guilherme Vicente
		Jorge Gomes
		Alessandro Garutti
		Victor Barbosa da Silva
		Miguel Angel
		Filipe Monteiro
		Filipe Adrião
		Luíza Tavares Velez
		Adelina Semedo
		José Carlos Morales
		Carla Isabel Parraça
		Pedro Rodolfo
CENTRO	<b>ULS Castelo Branco</b>	Bruno Silva
		Rui Miguel Alves Filipe
		Rui Tiago Fonseca Rainho



Região	Instituição	Nome
		Sérgio Miguel Santos Serra
		Sandra Isabel Silva Queimado
		António Miguel Breia Vicente
		José Valdemar Silva Rodrigues
		Gilberto João Padilha Marques
		João Carlos Santos Oliveira
		José Manuel Mota Cacheira
CENTRO	Hospital Distrital da Figueira da Foz	Fernando Ferraz e Sousa
		Francisco José Tarrinha Leitão
		Maria José Leitão Bandeirinha
		Maria Teresa Simões Pereira,
		Mário João Domingues Antunes
		Rui Miguel Dias da Cruz
		Vasco José Teixeira Oliveira
NORTE	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro	João Paulo Correia Rocha
		Vítor Nuno Marques Costa
		José Eduardo Lima Martins
		António Manuel Dias Cardoso
		Pedro Miguel Silva Pinheiro
		Eurico Cardoso Gaspar
		José Higinio Oliveira Moreira
		Florbela Rocha Oliveira
		Nuno Miguel Conceição Santos
NORTE	Centro Hospitalar do Alto Ave	Isabel Maria Dória Nobrega Gonçalves dos Reis Buller
		Ricardo Filipe Sousa Santos
		João Manuel Gonçalves Miranda
		Carla Mónica Trindade Duarte
		Ariana Estela Vila Real de Araújo
		Pedro Miguel Araújo Ferreira
		Helena Maria Afonso Lopes Gouveia
		João Paulo Pereira Castro
NORTE	Centro Hospitalar do Porto	Rui Pedroso
		Maria Manuel Salazar
		Elisabete Castela
		Pedro Leuschener
		Luís Maia
		Augusto Lopes
		Leandro José Carvalho
		Rui Mota
LVT	IPO Lisboa	Manuela Silva
		Paula Branco
		João Duarte Campos Pereira Silva
		João Freire



Região	Instituição	Nome
		Paulo Lopes
		Pedro Teixeira (coord)
		Rita Castanheira
NORTE	IPO Porto	Francisco Nuno Rocha Gonçalves
		Noémia Afonso
		José Carlos Pimentel
		Rita Veloso
		Renato Magalhães
LVT	Hospital Distrital de Santarém	Maria Lopes Jorge
		Paula Nunes
		Jorge Martins
		João Cotrim
		Carla Lince
		Inês Pereira
		Rute Ferreira
		Paula Pinto
CENTRO	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra	Pedro José Duarte Roldão
		Carlos Aragão Pereira Athayde
		Elisa Conceição Dias de Melo
		José António Lopes Feio
		José Paulo Pinto Brás
		Maria Elisabete Pires
		Zita Cristina Espírito Santo
		Manuela Mota Pinto
		Abel Amaro (!) Programa Sonho V2 e do SCLINICO
		Rosário Reis (!) Programa Sonho V2 e do SCLINICO
		Óscar Gonçalves (!) Programa Sonho V2 e do SCLINICO
NORTE	Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa	Filipa Carneiro
		Júlio Marinheiro
		Abílio Oliveira
		Elsa Pinto
		Nicolas Martins
		Jorge Branco
LVT	CH Barreiro Montijo	Carlos José Clara dos Santos (coord)
		Paulo Jorge Baptista Feio
		Ana Isabel Guerreiro Nogueira Lopes
		Cláudia Isabel Pereira Candeias da Luz
CENTRO	CH Cova da Beira	Rosa Maria Ballesteros Ballesteros
		Ana Sofia Valente Machado Gouveia Teixeira
		Bruno Alexandre Guerra Jorge Pereira
		Arminda Maria Miguel Jorge
		Maria Teresa Raposo Freire Bordalo Santos
		João Pedro Reis Serra Garra



Região	Instituição	Nome
		Paulo Jorge Minhós Costa Riscado
		Ana Paula Salgueiro Fava Freitas Rodrigo
		David Gonçalves
		Daniel Isidoro Martins
		Bruno Tiago Madeira Morais Valentim
NORTE	CH de São João	Ana Azevedo
		Ana Paula Amorim
		André Moreira
		Cecília Alves
		Fernanda Gonçalves
		Fernando Lopes
		Isabel Maia
		Jorge Amil
		Jorge Jorge
		Raimundo Filipe
		Tiago Pimenta
NORTE	CH Entre Douro e Vouga	Hugo Bastos,
ALENTEJO	ULS Baixo Alentejo	José Gaspar Monteiro
		Manuel Soares
CENTRO	IPO Centro	João Manuel Pereira
		Idílio Mendonça Gomes
		Rui da Costa Soares
		Jorge Carvalho dos Reis
		Nuno Ferreira Cunha
		Carlos Santos Júlio
		Pedro Couceiro Marques
		Maria Adelina Ferreira Lima
		Ana Isabel Reis Costa
		Ana Luísa Pintassilgo
		Maria do Carmo Vaz Flores
NORTE	Hospital de Braga	Carlos Capela (coord)
		António Faria
		Ana Rita Fortunado
		Jorge Pereira
		Pedro Joel
CENTRO	Centro Hospitalar Tondela - Viseu	Helena Isabel Duarte Pinho (coord)
		Ana Berta Esteves Rodrigues
		José Costa Ferreira
		Jorge Sequeira Fernandes
		Vitor Pinho Oliveira
		João Dias Gabriel
		Rui Ferreira Lopes
LVT	Centro Hospitalar do Oeste	Andreia Silva (coord)



Região	Instituição	Nome
		Luísa Leal
		Patrícia Franco
		Fátima Careta
		Fernanda Rodrigues
		Ilídio Matos
		Carlos Paixão
		Ester Monteiro
CENTRO	<b>Centro Hospitalar do Baixo Vouga</b>	Teresa Azevedo
		Luís Alves Gouveia
		Jorge Figueira
		Mariana Silva Henriques
		Filipa Bento Loreto
		Ana Cristina Lopes
		João Paulo Vilar
NORTE	<b>ULS Alto Minho</b>	Pedro Miguel Silva Morais
		Almerinda de Jesus Barbosa Seixas Cambão
		Lucinda Graziela Alves de Vasconcelos
		Eloy Boo Cepeda
		Rui Pedro Borlido Escaleira
		Ricardo Miguel Simões Garcia
		Ana Isabel Felgueiras Cristino Bento Alves
		Vítor Hugo Bezerra Barbosa
		Nicole Conde Coelho Viana
LVT	<b>Hospital Beatriz Ângelo - Loures</b>	Marta Mota
		Sofia Pereira
		Cláudia Santos
		Rita Miranda
		David Vieira
		Francisco Mota
LVT	<b>Centro Hospitalar do Médio Tejo</b>	Nuno Franco
		Helena Santos
		Joaquim Telo
		Ana Cebola
		Carla Oliveira
CENTRO	<b>ULS da Guarda</b>	Ricardo Mendonça Santos
		Sandra Amaro Ferreira
		Susana Oliveira Lobo
		Tiago Saraiva
		Pedro Caldes
		Ester Vaz
		Nazaré ribeiro
		Maria João Ramos



<b>Região</b>	<b>Instituição</b>	<b>Nome</b>
CENTRO	<b>CMRRC – Rovisco Pais</b>	Paula Lopes Amorim Freire
		Abel Monteiro da Silva Cavaco
		Fernando José Raposeiro Pais de Sousa
		Sónia Teresa de Jesus Oliveira
LVT	<b>HVFX</b>	José Neves
		Luís Silva
		Otília Mendes
		Carla Ferrer
		Maria João Toste
		Cristina Pousinho
		Miguel Barradas
		Pedro Bastos



## J. Elementos das CIC – ACES

ARS	Instituição	Nome
ARS Centro	ACES Baixo Mondego	Maria João Samora
		Fernando Gomes da Costa
		Eduardo Duarte
		Lucinda Santos
		Elsa Feliciano
		Vítor Albergaria Matos
	ACES Baixo Vouga	Dr. Alcino Santo
		José Carlos Marinho
		José Carlos Ribeiro
		Maria do Céu
		Ana Lúcia
		Cláudia Simões
		Patrícia Martins
		Paula Silva
		Rosário Oliveira
	ACES Cova da Beira	Marli Gomes Pinho Silva Loureiro
		Maria Pilar Villoria Miguel
		Cristina Margarida Correia Casalta Martins
		Maria Luísa Dias Gomes
		Luís Fernando Santos Pereira
	ACES Dão Lafões	Rita Maria Ferreira Figueiredo
		João Miguel Catarino Ribeiro
		Ana Cristina Costa Figueiredo Duarte
		Sérgio Manuel Coelho Alexandre
		Graça Maria Almeida Torres Ministro
	ACES Pinhal Interior Norte	Carla Maria Loureiro Correia
		Gorete Matos Fonseca
		Rosa Maria Ribeiro Afonso
		Eduarda Maria Berenguel Santos Soares de Albergaria
		Ana Paula Passos Roque Costa Neves
	ACES Pinhal Litoral	Carlos Alberto Faria Ferreira
		Rui Manuel Passadouro da Fonseca
		Marco Alexandre Neves
Mara Cristina Murta Cardoso		
Paulo Ferreira		
ARS LVT	ACES Lisboa Norte	Clara Pais
		Helder Pinto
		Sónia Cavadas
	ACES Oeste Sul	Pedro Cordeiro
		Ricardo Pinto
		Ana Isabel Silva



ARS	Instituição	Nome
		Filipa Martins
		Ricardo Rodrigues
	<b>ACES Oeste Norte</b>	Ricardo Silva Vicente
	<b>ACES Amadora</b>	Ricardo Cunha
		Cristina Carvalho
		Antonio Carlos Silva
		Alexandra Amaral
		Daniela Forret
	<b>ACES Loures Odivelas</b>	Adelaide Laranjeira
		Filipa Semedo
		Isabel Trindade
		Luis Martins
		Susana Fonseca
	<b>ACES Lisboa Central</b>	Elsa Antunes
		Carla Mendes
		Carla Mendes
		Paulo Alves
	<b>ACES Estuário do Tejo</b>	Carla Teresa Munhoz
		Armando de Almeida Braz
		Rui Domingos
Tânia Carvalho		
José Mendonça		
João Carlos		
<b>ACES Médio Tejo</b>	Tiago Lopes dos Santos	
ARS Alentejo	<b>ACES Alentejo Central</b>	Carlos Costa
		Fernando Roques
		Luis Lagartixo
ARS Algarve	<b>ARS Algarve</b>	José Luís Nunes
		Teresa Silva Fernandes
		Lília Santos



## K. Análise dos Questionários sobre “Informatização Clínica nas Instituições de Saúde do SNS”<sup>2</sup>

### SUMÁRIO EXECUTIVO

No âmbito das iniciativas da Comissão de Acompanhamento da Informatização Clínica (CAIC) a SPMS realizou um questionário online dirigido às Comissões de Informatização Clínica (CIC) das instituições de saúde do SNS, com o objetivo principal de conhecer diversos aspetos inerentes ao funcionamento das CIC bem como áreas de interesse que servirão de objeto de discussão no seio dos diferentes Grupos de Trabalho (Homogeneização dos Registos Médicos, Registos sobre o Doente Crítico, Profissionais de Saúde, Telemedicina, Informatização das Urgências) e nas áreas transversais de preocupação (Segurança/Privacidade e Interoperabilidade Técnica/Semântica). Neste sentido o referido questionário foi estruturado do seguinte modo:

- LIDERANÇA E VISIBILIDADE DAS CIC
- HOMOGENEIZAÇÃO DE REGISTOS MÉDICOS
- MULTIPROFISSIONALISMO
- TELEMEDICINA
- SEGURANÇA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
- NOMENCLATURAS/TERMINOLOGIAS
- INDICADORES DE INFORMATIZAÇÃO CLÍNICA

O questionário foi desenvolvido na plataforma *Lime Survey* e o *link* de acesso enviado para todos os representantes das CIC, embora com a indicação que apenas deveria ser preenchido um questionário por CIC e não por representante.

O período de preenchimento ocorreu entre o dia 28 de maio e o dia 10 de julho de 2015.

No total foram submetidos 89 questionários, das quais 29 estavam completos. Depreende-se que esta diferença entre o número de CIC nomeadas (56) e questionários submetidos (89) esteja relacionado com a submissão duplicada, não sendo possível identificar as instituições que submeteram mais que um questionário uma vez que estes são anónimos.

Da análise das respostas submetidas destacam-se as seguintes conclusões:

#### 1. LIDERANÇA E VISIBILIDADE DAS CIC

- Nomeações divulgadas em circular interna: ACES (40%), CSH (79%), ULS (100%)
- Email da CIC não divulgado: ACES (80%), CSH (30%), ULS (33%)
- Sem página no *site* da instituição dedicada à CIC: ACES (80%), CSH (54%), ULS (67%)
- Sem Regulamento Interno: ACES (80%), CSH (44%), ULS (67%)
- Reuniões sem periodicidade regular ou ainda não reuniram
- Recolha de contributos essencialmente via *email*: ACES (60%), CSH (61%), ULS (33%, via intranet:100%)

---

<sup>2</sup> Este questionário foi aplicado entre Maio e Julho não refletindo o funcionamento das CIC nomeadas a partir dessa data e até final do ano.



- Informação divulgada primordialmente via *email*: ACES (60%), CSH (54%), ULS (33%; via intranet: 67%)
- Variabilidade de quem pode sugerir alterações aos sistemas: ACES (qq colaborador: 40%); CSH (CIC e DSI: 44,2%), ULS (CIC e DSI: 66,7%),
- Aprovação das alterações aos SI pelo CA são mais representativas: ACES (30%), CSH (67%), ULS (33%, DSI: 67%)
- SI Clínicos Locais são os mais abordados pelas CIC: ACES (40%), CSH (70%), ULS (68%)

## 2. HOMOGENIZAÇÃO DOS REGISTOS MÉDICOS

Aspetos identificados como importantes para envolver os profissionais de saúde no correto preenchimento dos registos clínicos eletrónicos:

### Aspetos Organizacionais:

- Definição e elaboração de normas e procedimentos / instruções de preenchimento dos registos;
- Ações de sensibilização/formação junto dos profissionais sobre como preencher corretamente os registos, importância do correto preenchimento dos registos clínicos eletrónicos, consequências para o doente, etc.
- Auditorias aos registos;
- Maior envolvimento das chefias de topo.

### Aspetos Técnicos:

- *Hardware*: adequação dos equipamentos informáticos em quantidade e qualidade;
- *Software*: a) melhoria da usabilidade dos sistemas informáticos; b) melhoria da interoperabilidade entre sistemas.

### Registos considerados prioritários:

- Registo clínico médico e de enfermagem
- Nota de alta: internamento e urgência
- Informação clínica no pedido de MCDTs e na Prescrição Medicamentosa
- Perfis adequados a diferentes profissionais

## 3. MULTIPROFISSIONALISMO

- Grande heterogeneidade no que respeita à permissão de acesso a RCE aos profissionais de saúde (exceto médicos e enfermeiros). Exemplos:
  - *“Atribuição de acesso individual associado ao perfil da categoria profissional”*
  - *“Os registos clínicos são da exclusiva responsabilidade dos médicos! Os registos de enfermagem são da exclusiva responsabilidade dos enfermeiros! Os restantes grupos não fazem registos clínicos!”*
- Grande heterogeneidade nas respostas sobre parcerias multiprofissionais
- Exemplos mais direcionados para outras categorias profissionais que não Médicos e Enfermeiros

## 4. TELEMEDICINA

- Iniciativas no âmbito da Telemedicina mais mencionadas: a) Consultas; b) Teledermatologia; c) Telerradiologia; d) Via Verde do AVC; e) Retinopatia;



- Dificuldades de implementação do Despacho nº8445/2014, de 30 de junho, essencialmente nos ACES devido a: a) material não disponível; b) referência não definida; c) falta de configuração no CTH;
- Diversas iniciativas de telemonitorização. Exemplos: a) Projeto a nível europeu de telemonitorização dos comportamentos de pessoas com quadros de deterioração cognitiva; b) Monitorização remota de dispositivos ativos; c) Cardiologia Pediátrica e da Epilepsia-pediátrica; d) Pneumologia (DPOC); e) Cardiologia - monitorização de doentes com PaceMaker.

## 5. SEGURANÇA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

### Iniciativas mais desenvolvidas:

- Credenciais de acesso individualizado
- *Timeout* das sessões
- *Backups*
- Monitorização dos acessos
- Criação do Manual de Segurança dos Sistemas de Informação
- *Firewall* / Antivírus

### Iniciativas necessárias:

- Formação na área da segurança da informação
- Time out no Sclinico
- Política de *passwords* e acessos
- Auditorias externas

## 6. NOMENCLATURAS / TERMINOLOGIAS

- Nomenclaturas / terminologias mais utilizadas nas instituições:
  - **ACES:** CIPE
  - **Hospitais/CH:** ICD 9 - CM
  - **ULS:** CIPE e ICD 9 – CM
  - **Falta de conhecimento do CTC.PT**
- Falta do conhecimento do CTC.PT: ACES (70%), Hospitais/CH (28%), ULS (67%).

## 7. INDICADORES DE INFORMATIZAÇÃO CLÍNICA

- Elevada heterogeneidade na identificação de indicadores relacionados com a informatização clínica. Alguns exemplos.
  - Taxa de informatização do registo do material de implante no Bloco Operatório
  - Percentagem de consultas presenciais com codificação
  - Percentagem de registos de cirurgia segura no Sclinico
  - Percentagem de doentes com relato cirúrgico
  - Percentagem de processos clínicos em papel enviados à consulta
  - Taxa de informatização das primeiras consultas
  - Percentagem de especialidades que realizam consulta sem processo clínico em papel
  - Percentagem de internamentos com nota de alta no Sclinico



## ANÁLISE DE DADOS

### 1. LIDERANÇA E VISIBILIDADE DAS CIC

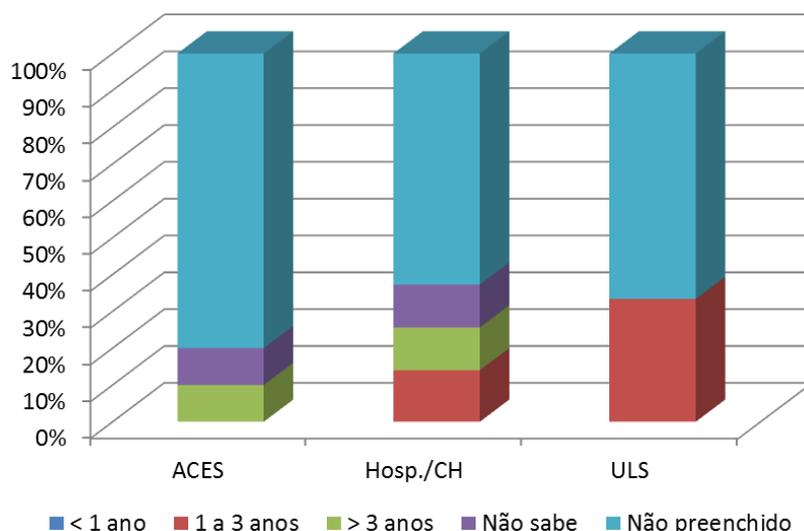
No total foram recebidas 89 respostas, embora com graus de preenchimento muito distintos.

#### 1.1. Tipo de instituição a que pertence

Tipo de instituição	Total
ACES	10
Hospital/Centro Hospitalar	43
ULS	3
Não preenchido	33
<b>Total Geral</b>	<b>89</b>

#### 1.2. Há quantos anos existe formalmente uma CIC na instituição?

Tipo de instituição	Anos de existência	Total	%
ACES	< 1 ano	0	0%
	1 a 3 anos	0	0%
	> 3 anos	1	10,0%
	Não Sabe	1	10,0%
	Não responde	8	80,0%
<b>ACES Total</b>		<b>10</b>	
Hospital/Centro Hospitalar	< 1 ano	0	0,00%
	1 a 3 anos	6	14,00%
	> 3 anos	5	11,60%
	Não Sabe	5	11,60%
	Não responde	27	62,80%
<b>Hospital/Centro Hospitalar Total</b>		<b>43</b>	
ULS	< 1 ano	0	0,00%
	1 a 3 anos	1	33,30%
	> 3 anos	0	0,00%
	Não Sabe	0	0,00%
	Não responde	2	66,70%
<b>ULS Total</b>		<b>3</b>	
(em branco)		33	
<b>Total Geral</b>		<b>89</b>	

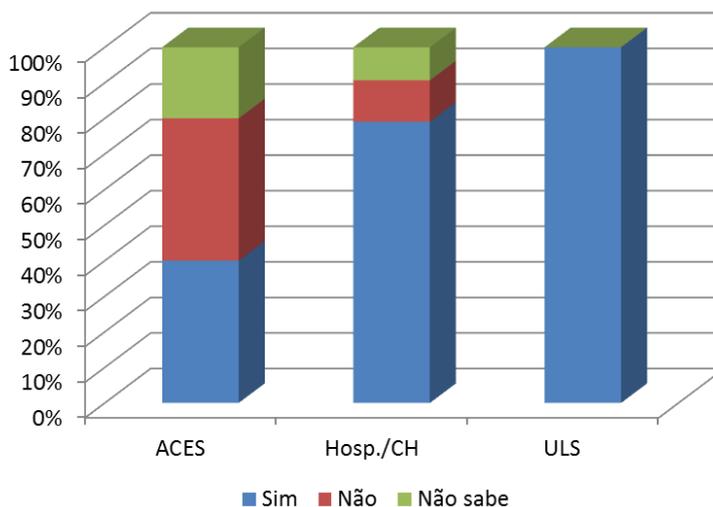


Na tabela e respetivo gráfico acima identificados apresentam-se os valores absolutos e relativos respeitantes ao número de anos de existência de CIC nas instituições do SNS. Destaca-se o elevado número de não respostas ou desconhecimento, principalmente nos ACES, o que se pensa estar relacionado com a introdução mais tardia deste modelo nestas últimas instituições.



### A nomeação dos representantes da CIC foi divulgada por circular na instituição?

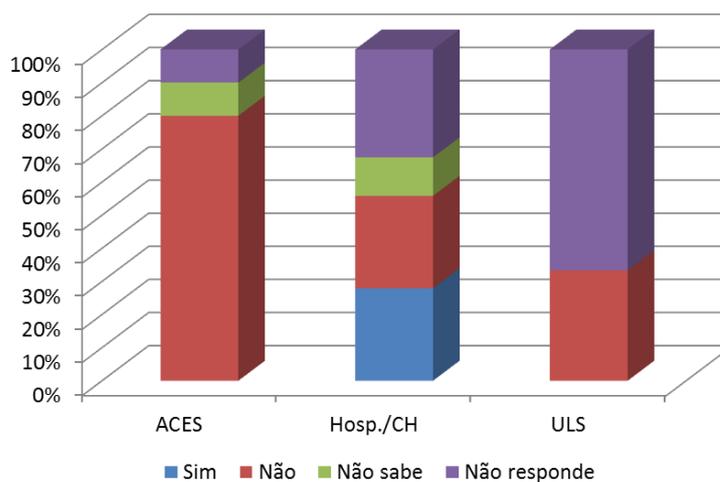
Tipo de instituição	A nomeação dos representantes circular?	Total	%
ACES	Sim	4	40,0%
	Não	4	40,0%
	Não sabe	2	20,0%
<b>ACES Total</b>		<b>10</b>	
Hospital/Centro Hospitalar	Sim	34	79,1%
	Não	5	11,6%
	Não sabe	4	9,3%
<b>Hospital/Centro Hospitalar Total</b>		<b>43</b>	
ULS	Sim	3	100,0%
<b>ULS Total</b>		<b>3</b>	
<b>(em branco)</b>		<b>33</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>89</b>	



Na tabela e respetivo gráfico acima identificados apresentam-se os valores relativos e absolutos referentes à divulgação da constituição das CIC junto dos profissionais através de circular interna. Verifica-se que nos Hospitais/Centros Hospitalares (79%) e ULS (100%) esta prática encontra-se disseminado, o que já não acontece nos ACES (40%).

### 1.3. O email de contacto da CIC foi divulgado pelos colaboradores da instituição?

Tipo de instituição	Email da CIC divulgado?	Total	%
ACES	Sim	0	0,0%
	Não	8	80,0%
	Não sabe	1	10,0%
	Não responde	1	10,0%
<b>ACES Total</b>		<b>10</b>	
Hospital/Centro Hospitalar	Sim	12	27,9%
	Não	12	27,9%
	Não sabe	5	11,6%
	Não responde	14	32,6%
<b>Hospital/Centro Hospitalar Total</b>		<b>43</b>	
ULS	Sim	0	0,0%
	Não	1	33,3%
	Não sabe	0	0,0%
	Não responde	2	66,7%
<b>ULS Total</b>		<b>3</b>	
<b>(em branco)</b>		<b>33</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>89</b>	

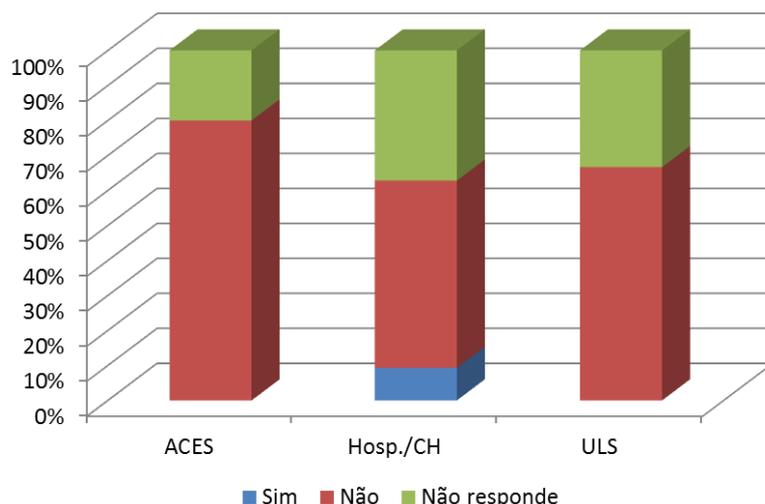


Na tabela e respetivo gráfico acima identificados apresentam-se os valores relativos e absolutos respeitantes à divulgação do email de contacto da CIC junto dos profissionais, sendo visível que esta prática não foi aplicada de igual modo nas instituições. Nos ACES e ULS não se registam respostas positivas enquanto nos Hospitais/CH apenas 28% responderam sim.



### 1.4. Existe uma página no site da instituição dedicada à CIC?

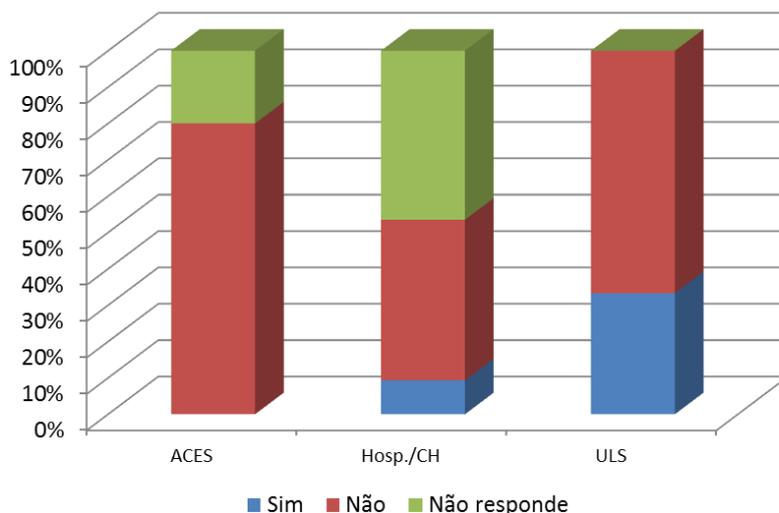
Tipo de instituição	Página no site dedicada à CIC?	Total	%
ACES	Sim	0	0,0%
	Não	8	80,0%
	Não responde	2	20,0%
<b>ACES Total</b>		<b>10</b>	
Hospital/Centro Hospitalar	Sim	4	9,3%
	Não	23	53,5%
	Não responde	16	37,2%
<b>Hospital/Centro Hospitalar Total</b>		<b>43</b>	
ULS	Sim	0	0%
	Não	2	67%
	Não responde	1	33%
<b>ULS Total</b>		<b>3</b>	
<b>(em branco)</b>		<b>33</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>89</b>	



Na tabela e respetivo gráfico acima identificados apresentam-se os valores relativos e absolutos respeitantes à existência de uma área no site oficial das instituições dedicada à CIC. Apenas 9% dos Hospitais responderam afirmativamente enquanto as outras categorias de instituições não implementaram esta medida.

### 1.5. A CIC tem regulamento interno?

Tipo de instituição	Regulamento interno?	Total	%
ACES	Sim	0	0,0%
	Não	8	80,0%
	Não responde	2	20,0%
<b>ACES Total</b>		<b>10</b>	
Hospital/Centro Hospitalar	Sim	4	9,3%
	Não	19	44,2%
	Não responde	20	46,5%
<b>Hospital/Centro Hospitalar Total</b>		<b>43</b>	
ULS	Sim	1	33,3%
	Não	2	66,7%
	Não responde	0	0,0%
<b>ULS Total</b>		<b>3</b>	
<b>(em branco)</b>		<b>33</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>89</b>	

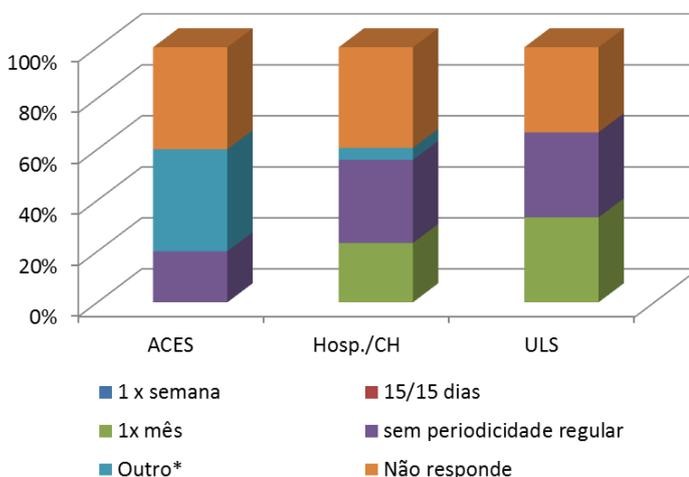


Na tabela e respetivo gráfico acima identificados apresentam-se os valores relativos e absolutos respeitantes à existência de Regulamento Interno das CIC. Verifica-se a maioria das instituições não possuem este instrumento, com especial enfoque nos ACES (80%) e ULS (67%).



### 1.6. Com que periodicidade os elementos da CIC se reúnem?

Tipo de instituição	Periodicidade	Total	%
ACES	1 x semana	0	0%
	15/15 dias	0	0%
	1x mês	0	0,0%
	sem periodicidade regular	2	20,0%
	Outro*	4	40,0%
	Não responde	4	40,0%
<b>ACES Total</b>		<b>10</b>	
Hospital/Centro Hospitalar	1 x semana	0	0,0%
	15/15 dias	0	0,0%
	1x mês	10	23,3%
	sem periodicidade regular	14	32,6%
	Outro*	2	4,7%
	Não responde	17	39,5%
<b>Hospital/Centro Hospitalar Total</b>		<b>43</b>	
ULS	1 x semana	0	0,0%
	15/15 dias	0	0,0%
	1x mês	1	33,3%
	sem periodicidade regular	1	33,3%
	Outro*	0	0,0%
	Não responde	1	33,3%
<b>ULS Total</b>		<b>3</b>	
<b>(em branco)</b>		<b>33</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>89</b>	



\* Ainda não reuniram

Na tabela e respetivo gráfico acima identificados apresentam-se os valores relativos e absolutos respeitantes à periodicidade com que as CIC se reúnem. Maioritariamente não existe uma periodicidade regular e muitas assumiram nunca terem reunido.



### 1.7. Como a CIC recolhe contributos dos profissionais?

Tipo de instituição	Recolha de contributos	Email		Intranet		Outros	
		N	%	N	%	Motivo	N
ACES	Sim	6	60,0%	0	0,0%	A definir em Regulamento Interno	1
	Não	4	40,0%	10	100,0%	Ainda não houve recolha de contributos	1
	Não responde	0	0,0%	0	0,0%		
<b>ACES Total</b>		<b>10</b>		<b>10</b>			
Hospital/Centro Hospitalar	Sim	26	60,5%	6	14,0%	Por escrito	1
	Não	17	39,5%	37	86,0%	Contacto direto/pessoal/verbal	9
	Não responde	0	0,0%	0	0,0%	Dinamizadores nos serviços clínicos	1
						Reunião	3
<b>Hospital/Centro Hospitalar Total</b>		<b>43</b>		<b>43</b>			
ULS	Sim	1	33,3%	0	0,0%	Contacto pessoal	1
	Não	2	66,7%	3	100,0%		
	Não responde	0	0,0%	0	0,0%		
<b>ULS Total</b>		<b>3</b>		<b>3</b>			
<b>(em branco)</b>		33		33			
<b>Total Geral</b>		<b>89</b>		<b>89</b>			

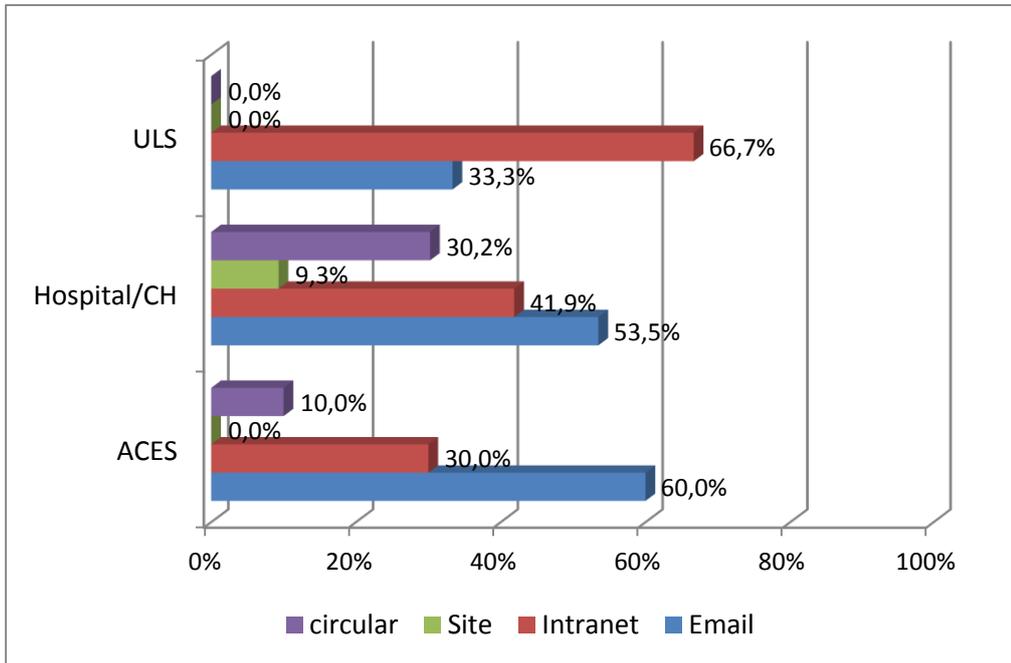


### 1.8. Como a CIC divulga informação aos profissionais?

Tipo de instituição	Divulga informação	Email		Intranet		Site da instituição		Circular Interna		Outro	
		N	%	N	%	N	%	N	%	Motivo	N
ACES	Sim	6	60,0%	3	30,0%	0	0,0%	1	10,0%	A definir em Regulamento Interno	2
	Não	4	40,0%	7	70,0%	10	100,0%	9	69,2%		
	Não responde	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%		
<b>ACES Total</b>		<b>10</b>		<b>10</b>		<b>10</b>		<b>10</b>			
Hospital/Centro Hospitalar	Sim	23	53,5%	18	41,9%	4	9,3%	13	30,2%	Comunicados	2
	Não	20	46,5%	25	58,1%	39	90,7%	30	69,8%	Não houve divulgação	1
	Não responde	0	0,0%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	Nunca teve qualquer atividade	1
										Reuniões	1
									Não sabe	1	
<b>Hospital/C. Hospitalar Total</b>		<b>43</b>		<b>43</b>		<b>43</b>		<b>43</b>			
ULS	Sim	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	0	0,0%		
	Não	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	3	100,0%		
	Não responde	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%		
<b>ULS Total</b>		<b>3</b>		<b>3</b>		<b>3</b>		<b>3</b>			
<b>(em branco)</b>		<b>33</b>		<b>33</b>		<b>33</b>		<b>33</b>			
<b>Total Geral</b>		<b>89</b>		<b>89</b>		<b>89</b>		<b>89</b>			



### Instituições cujas CIC utilizam os seguinte meios de divulgação da informação aos profissionais



No que respeita ao circuito CIC/profissionais na recolha e divulgação da informação o email é o meio primordialmente escolhido pelas instituições. Nas ULS destaca-se a intranet na divulgação da informação.

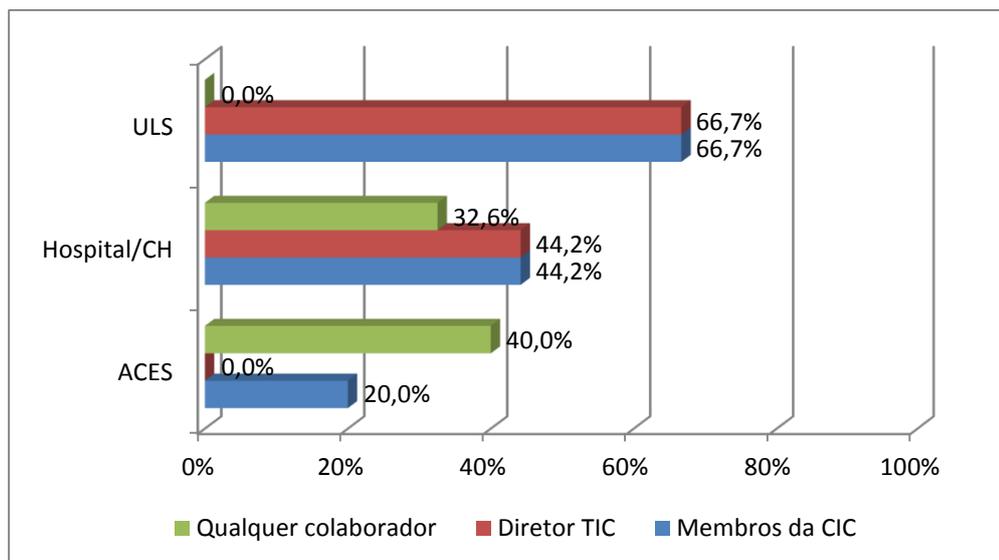


### 1.9. Quem solicita alterações aos sistemas de informação

Tipo de instituição	Solicita alterações SI	Membros da CIC		Diretor SI		Qualquer colaborador		Outro	
		N	%	N	%	N	%	Motivo	N
ACES	Sim	2	20,0%	0	0,0%	4	40,0%	A definir	2
	Não	8	80,0%	10	100,0%	6	60,0%	Qualquer colaborador pode solicitar, sendo feita uma apreciação pela CIC, que remete para os SPMS	1
<b>ACES Total</b>		<b>10</b>		<b>10</b>		<b>10</b>		<b>10</b>	
Hospital/Centro Hospitalar	Sim	19	44,2%	19	44,2%	14	32,6%	CA, Direção Clínica e de Serviços	3
	Não	24	55,8%	24	55,8%	29	67,4%	Diretores de Serviço com aplicações departamentais, Gestora da Unidade Intermédia de Gestão TI	2
								Utilizadores, Serviço de Informática, Equipas de gestão	1
								Sem conhecimento	1
<b>Hospital/C. Hospitalar Total</b>		<b>43</b>		<b>43</b>		<b>43</b>		<b>43</b>	
ULS	Sim	2	66,7%	2	66,7%	0	0,0%	SPMS	1
	Não	1	33,3%	1	33,3%	3	100,0%		
<b>ULS Total</b>		<b>3</b>		<b>3</b>		<b>3</b>		<b>3</b>	
<b>(em branco)</b>		<b>33</b>		<b>33</b>		<b>33</b>		<b>33</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>89</b>		<b>89</b>		<b>89</b>		<b>89</b>	



### Instituições cujas CIC identificaram os seguinte intervenientes no pedido de alteração dos SI (respostas “Sim”)



A tabela e gráfico acima identificados destacam o papel dos Diretores TIC e membros das CIC no pedido de alterações aos sistemas de informação, com maior enfoque nas ULS (66,7%) e Hospitais (44,2%). Em 40% dos ACES que submeteram inquérito qualquer colaborador pode solicitar alterações.



### 1.11. Quem aprova as sugestões de alterações aos sistemas de informação?

Tipo de instituição	Aprova alterações SI?	CA/CD		Membros da CIC		Diretor TIC		Outro	
		N	%	N	%	N	%	Motivo	N
ACES	Sim	3	30,0%	0	0,0%	0	0,0%	Não definido	3
	Não	7	70,0%	10	100,0%	10	100,0%	SPMS	1
<b>ACES Total</b>		<b>10</b>		<b>10</b>		<b>10</b>		<b>10</b>	
Hospital/Centro Hospitalar	Sim	29	67,4%	13	30,2%	11	25,6%	Diretores dos serviços utilizadores	1
	Não	14	32,6%	30	69,8%	32	74,4%		
<b>Hospital/CH Total</b>		<b>43</b>		<b>43</b>		<b>43</b>		<b>43</b>	
ULS	Sim	1	33,3%	1	33,3%	2	66,7%		
	Não	2	66,7%	2	66,7%	1	33,3%		
<b>ULS Total</b>		<b>3</b>		<b>3</b>		<b>3</b>		<b>3</b>	
<b>(em branco)</b>		<b>33</b>		<b>33</b>		<b>33</b>		<b>33</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>89</b>		<b>89</b>		<b>89</b>		<b>89</b>	

No que respeita à aprovação das alterações aos sistemas de informação o responsável varia entre as instituições. Nos ACES 30% das respostas identificam o CA/CD e nos Hospitais/CH 67% enquanto nas ULS 67% responderam ser o Diretor TIC a aprovar as alterações sugeridas.

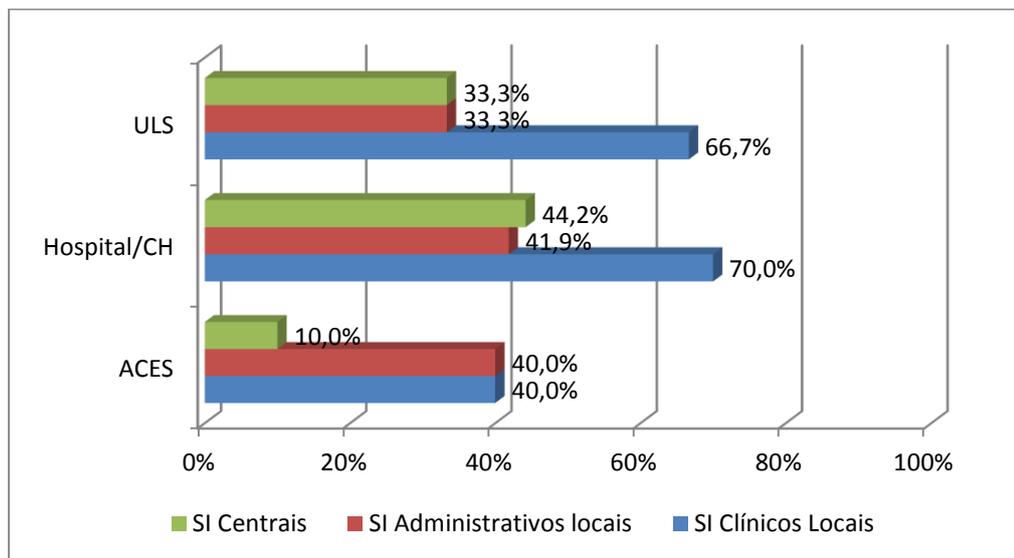
Tipo de instituição	Abordagem pela CIC?	SI Clínicos Locais		SI Administrativos locais		SI Centrais		Outro	
		N	%	N	%	N	%	Motivo	N
ACES	Sim	4	40,0%	4	40,0%	1	10,0%	Não definido	2
	Não	6	60,0%	6	60,0%	9	90,0%		
<b>ACES Total</b>		<b>10</b>		<b>10</b>		<b>10</b>		<b>10</b>	
Hospital/Centro Hospitalar	Sim	27	70,0%	18	41,9%	19	44,2%	MCDT	2
	Não	16	37,2%	25	58,1%	24	55,8%	Não houve ainda abordagem	1
								Sem conhecimento	2
<b>Hospital/CH Total</b>		<b>43</b>		<b>43</b>		<b>43</b>		<b>43</b>	
ULS	Sim	2	66,7%	1	33,3%	1	33,3%		
	Não	1	3,0%	2	66,7%	2	66,7%		
<b>ULS Total</b>		<b>3</b>		<b>3</b>		<b>3</b>		<b>3</b>	
<b>(em branco)</b>		<b>33</b>		<b>33</b>		<b>33</b>		<b>33</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>89</b>		<b>89</b>		<b>89</b>		<b>89</b>	



### 1.12. Quais os sistemas de informação que são alvo de abordagem pela CIC?

A tabela acima exposta evidencia os sistemas de informação que são preferencialmente alvo de abordagem pelas CIC, verificando-se que os SI Clínicos Locais são os mais frequentes: ACES (40%), Hospitais/CH (70%), ULS (67%).

#### % de instituições cujos Sistemas de Informação são alvo de abordagem pelas CIC (respostas “Sim”)



### 1.13. Para SI da responsabilidade da SPMS, quem solicita a esta instituição alterações?

Tipo de instituição		CA/CD		Membros da CIC		Diretor TIC		Outros	
		N	%	N	%	N	%	Motivo	N
ACES	Sim	0	0,0%	2	20,0%	0	0,0%	A definir/a definir em regulamento interno	5
	Não	10	100,0%	8	80,0%	10	100,0%		
<b>ACES Total</b>		<b>10</b>		<b>10</b>		<b>10</b>		<b>10</b>	
Hospital/Centro Hospitalar	Sim	14	32,6%	6	14,0%	20	46,5%	Serviço GTSI	1
	Não	29	67,4%	37	86,0%	23	53,5%	Sem conhecimento	1
<b>Hospital/CH Total</b>		<b>43</b>		<b>43</b>		<b>43</b>		<b>43</b>	
ULS	Sim	1	33,3%	0	0,0%	2	66,7%		
	Não	2	66,7%	3	100,0%	1	33,3%		
<b>ULS Total</b>		<b>3</b>		<b>3</b>		<b>3</b>		<b>3</b>	
<b>(em branco)</b>		<b>33</b>		<b>33</b>		<b>33</b>		<b>33</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>89</b>		<b>89</b>		<b>89</b>		<b>89</b>	

A tabela cima exibida destaca a figura responsável por solicitar à SPMS a implementação de alterações nos sistemas da sua responsabilidade. Nos ACES os membros das CIC são os mais identificados (20% das respostas) enquanto nos Hospitais/CH e ULS são os Diretores TIC (47% e 67%, respetivamente).



## 2. HOMOGENEIZAÇÃO DE REGISTOS MÉDICOS

### 2.1. O que consideram fundamental para envolver os profissionais de saúde no correto preenchimento dos registos clínicos eletrónicos?

#### 2.1.1. [Aspetos Organizacionais]

<b>Tipo de instituição a que pertence</b>	<b>O que consideram fundamental para envolver os profissionais de saúde no correto preenchimento dos registos clínicos eletrónicos?</b>
<b>ACES</b>	Elaboração normas e procedimentos internos
	Formação adequada aos profissionais
	Elaboração de procedimentos de registo
	Auditoria aos registos
	Mais tempo para formação e auditorias na área dos registos
	Normas e procedimentos internos
<b>Hospital/Centro Hospitalar</b>	Apoio das Direções de Serviço
	Circulares internas; Intranet; Reuniões; Auditorias
	Definição e elaboração de procedimentos e instruções de trabalho, acompanhados de formação, auditoria e feedback quanto à correção/ incorreção do preenchimento e respetivas consequências para doentes, serviços e instituição.
	Disponibilização de sistemas bem estruturados e adaptados à realidade clínica
	Envolvimento dos interessados na definição dos requisitos funcionais
	Formação adequada
	Formação e estratégias de implementação e divulgação
	Orientações sobre os objetivos e âmbito por parte da gestão de topo
	Melhorar o processo de formação
	Formações em serviço e normas de serviço
	Garantia de circuitos e procedimentos comuns
	Limitar ou acabar com os registos em papel
	Maior disponibilidade do Serviço de Informática para recolher/acolher as sugestões
	Mais disponibilidade de equipamento informático
	Motivação/controlo interno no serviço. Formação
	Organização processo clínico, funcionamento de arquivo clínico
Perceção de ganhos na organização	
Sensibilização	
<b>ULS</b>	Sensibilização, formação e normalização de procedimentos



**2.1.2. [Aspetos Técnicos]**

Tipo de instituição a que pertence	O que consideram fundamental para envolver os profissionais de saúde no correto preenchimento dos registos clínicos eletrónicos?
<b>ACES</b>	Fiabilidade dos SI
	Formação
	Melhorar os sistemas de modo a que "facilitem" mais a prática, libertando tempo para o registo
	A informatização deve ser feita de forma simples e clara, para permitir o acesso dos profissionais de saúde, mesmo aqueles com menos conhecimentos ao nível informático;
	Adequação dos equipamentos informáticos em quantidade e qualidade
	Disponibilidade e velocidade das redes de comunicação
	Adequada infraestrutura e especificação de hardware e software
<b>Hospital/Centro Hospitalar</b>	Envolve-los na parametrização dos registos, sensibilização para o retorno estatístico
	Ergonomia e usabilidade dos SI em contexto de prestação de cuidados.
	Facilidade preenchimento
	A promoção da interoperabilidade entre os SI usados é um aspeto crucial que compromete a utilização dos SI por parte dos profissionais de Saúde, uma vez que a necessidade de duplicação
	Formação
	Integração dos diversos sistemas informáticos em uso na Instituição (Sclinico, Alert, outros - imagem/prescrição/laboratórios/farmácia/aprovisionamento)
	Interoperabilidade entre os SI
	Melhorar a integração e a interoperabilidade entre aplicações
	Demonstrar a utilidade e ganhos da aplicação
	Reduzir o número de aplicações por utilizador
	Substituir equipamentos obsoletos
	Tornar as aplicações mais funcionais e amigáveis
	Ajudas à decisão
	Monitorização do caminho clínico
	Alarmística
	O CHUC ter o SONHO e o SCLINICO
	Permitir que passe a existir um campo de preenchimento livre perto dos diagnósticos dos clínicos no SClínico
	Recolha de informação de forma estruturada
	Sessões de esclarecimento
	Sistema mais "amigo" do utilizador
Terminais de acesso/Tecnologias envolvidas	
<b>ULS</b>	Aplicacionais mais adequados à realidade organizacional



### 2.1.3. [Outros]

<b>Tipo de instituição a que pertence</b>	<b>O que consideram fundamental para envolver os profissionais de saúde no correto preenchimento dos registos clínicos eletrónicos</b>
<b>ACES</b>	Humanos Ou consultas ou registos informáticos!
<b>Hospital/Centro Hospitalar</b>	Aspetos técnicos e organizacionais
	Núcleo de informação associado ao doente que esteja acessível e independentemente do episódio;
	Necessário ter uma visão global
	Pertinência, utilidade e capacidade de reutilização da informação registada nos SI. Só é viável envolver voluntariamente os profissionais de Saúde nos registos se estes sentirem que retiram benefício dessa participação para o seu trabalho
	Registrar dados de forma estruturada e normalizar tabelas clínicas e administrativas (semântica e dicionários)
	Sensibilização para a importância dos registos clínicos eletrónicos
<b>ULS</b>	(em branco)



**2.3. Quais os registos que consideram que carecem prioritariamente de serem trabalhados/homogeneizados?**

<b>Tipo de instituição a que pertence</b>	<b>Quais os registos que consideram que carecem prioritariamente de serem trabalhados/homogeneizados-</b>	<b>Total</b>
<b>ACES</b>	Necessidade de definir critérios do que significa um registo de qualidade (resumo mínimo de dados) para as diferentes áreas de atuação e programas de saúde.	1
	Por definir	1
	Registos clínicos	2
	registos clínicos e indicadores contratualizados	1
	Registos clínicos médicos e de enfermagem	2
<b>Hospital/Centro Hospitalar</b>	- Diagnósticos - Procedimentos - Diários estruturados - Notas de Admissão e de Alta	1
	- Registos clínicos: diários e nota de alta - descrições operatórias - nota de alta de enfermagem	1
	Alta Clínica no internamento	1
	Diagnósticos e alta codificados no serviço de Urgência	
	Ambulatório, em especial a cirurgia	1
	As altas médicas	1
	Avaliação inicial\história clinica registos na urgência prescrição interna de medicamentos Resultados de exames alertas	1
	- Descontinuação de Alert no SU e transição para Sclinico. Resolução de problemas de acesso externo aos registos da instituição através de PDS. - Integração de MCDT efetuados no exterior (imagiologia).	1
	- Diagnósticos Médicos na Nota de Alta - Diagnósticos de Enfermagem no processo de Enfermagem - Nota de Alta de Enfermagem. - Informação clínica no pedido de MCDTs e na Prescrição Medicamentosa	1
	Necessidade de desenvolver formulários estruturados para recolha de dados de especialidades que tipicamente usam aplicações departamentais, no sentido de promover o acesso/ disponibilidade via PDS e possibilitar a reutilização de dados estruturados.	1
	Nota de alta clinica; diário clinico	1
	- Notas de Alta - Alergias e Reações Adversas	1
	Numa primeira fase analisar a duplicação de registos clínicos, bem como trabalhar na visão da informação.	1
	Permitir que passe a existir um campo de preenchimento livre perto dos diagnósticos dos clínicos no SClínico	1
	Protocolos clínicos para pedidos de exames e prescrição terapêutica	1
	Registo clínico imprescindível, eliminar copy-paste sucessivo	1
Registo no processo das atividades dos médicos, enfermeiros e técnicos	1	



Tipo de instituição a que pertence	Quais os registos que consideram que carecem prioritariamente de serem trabalhados/homogeneizados-	Total
	Registos de Enfermagem (parametrizações SAPE, registos clínicos de internamento, notas de alta.	1
	- Registos de natureza clínica e administrativa. - Formulários específicos com campos dinâmicos que seguem workflows codificados. Necessário disponibilizar reporting dinâmico para análise e apoio à decisão clínica, bem como avaliação de resultados.	1
	Registos Médicos	1
	Registos no SClínico /área de enfermagem e médica (nomeadamente em áreas de consulta e hospital de dia)	1
<b>ULS</b>	Em primeiro lugar existirem os perfis nos SI adequados aos vários profissionais de saúde	1
	Trabalhar na construção de sistemas de modo a viabilizar registos clínicos com informação mais centrada no utente	1

### 3. MULTIPROFISSIONALISMO

3.1. Como é dada a permissão aos profissionais de saúde (exceto médicos e enfermeiros) para acederem e completarem registos clínicos eletrónicos?

Tipo de instituição a que pertence	Como é dada a permissão aos profissionais de saúde (exceto médicos e enfermeiros) para acederem e completarem registos clínicos eletrónicos-	Total
<b>ACES</b>	Atribuição de acesso individual associado ao perfil da categoria profissional.	1
	Atribuição de password individual e intransmissível associado ao perfil	1
	Desconhece-se.	1
	Não aplicável	1
	Não é dada permissão a outros profissionais	1
	Não existe essa possibilidade	1
<b>Hospital/Centro Hospitalar</b>	Os registos clínicos são da exclusiva responsabilidade dos médicos!!! Os registos de enfermagem são da exclusiva responsabilidade dos enfermeiros!!! Os restantes grupos não fazem registos clínicos!!!	1
	A entrada é efetuada com o perfil do médico/enfermeiro, considerando que não existe um perfil para os outros profissionais de saúde;	1
	A permissão é dada através da utilização de aplicações específicas para a respetiva área clínica. Esta informação integra com o processo clínico	1
	A permissão é dada através de pedido via ServicedesK para o Serviço SI	1
	Apreciação casuísta de todas as situações com base nas funções desempenhadas por cada um dos profissionais.	1
	As permissões de acesso aos SI são atribuídas por níveis de acesso estabelecidos com base na atividade do profissional.	1
	Através de login controlado por nome de utilizador e palavra passe	1
	Através de login e password pessoal.	1



Tipo de instituição a que pertence	Como é dada a permissão aos profissionais de saúde (exceto médicos e enfermeiros) para acederem e completarem registos clínicos eletrónicos-	Total
	Atualmente não é dada permissão. Mantiveram-se as dadas anteriormente.	1
	Autorização dada nominalmente pela Direção Clínica.	1
	Autorização dada pela Direção Clínica	1
	Com um login individual	1
	Criação de perfil específico para cada categoria	1
	É atribuído um perfil de acesso muito específico e restrito para que profissionais completem os registos da sua área profissional.	1
	Foi dada login e password mediante solicitação dos Diretores Serviço com autorização por meio de circular pelo CA	1
	Login e password dados por solicitação da direção serviço com autorização por meio de Circular pelo CA	1
	Não aplicável	1
	Não damos acesso a outros utilizadores	1
	Não sei responder	1
	Pelo Diretor de Serviço ou Direcção Clínica conforme os casos.	1
Por autorização do Conselho de Administração	1	
ULS	Conforme referi anteriormente não existem os perfis adequados	1
	Do ponto de vista organizacional é a CIC e o CA que se pronunciam/autorizam. Do Ponto de vista operacional, estamos condicionados às capacidades de parametrização dos aplicativos em produção na ULSM	1

### 3.2. Exemplos de parcerias multiprofissionais ao nível dos registos clínicos eletrónicos.

Tipo de instituição a que pertence	Exemplos de parcerias multiprofissionais ao nível dos registos clínicos eletrónicos	Total
ACES	Apenas médicos e enfermeiros	1
	Através do SClínico existe a partilha de registos clínicos do utente entre médicos e enfermeiros	1
	Nutricionistas, Psicólogos e Assistentes Sociais	1
	Por definir.	1
Hospital/Centro Hospitalar	Aguarda-se desenvolvimentos por parte da SPMS que permita a incorporação de outros profissionais, para além de médicos e enfermeiros. Só desta forma se poderiam estabelecer essas parcerias	1
	Auditorias dos Processos Clínicos	1
	Consultas multidisciplinares	1
	Desenvolvimento do PCE; Visão da informação conforme o perfil	1
	Dietistas, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos.	1
	Dietistas, Psicólogos, Assistentes Sociais e Farmacêuticos.	1
	Interação Desktop Médico/Enfermagem. Acesso à informação em modo de consulta por todos os profissionais de saúde envolvidos no processo assistencial.	1
	Não existem	3
Nutrição Clínica no âmbito da AMTCO	1	



<b>Tipo de instituição a que pertence</b>	<b>Exemplos de parcerias multiprofissionais ao nível dos registos clínicos eletrónicos</b>	<b>Total</b>
	Nutricionistas; Assistentes Sociais; Psicólogos; Farmacêuticos; Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Educadores.	1
	Pidi (Plano de intervenção do doente-sistema criado internamente)	1
	Carta de Alta do SClínico	
	Carta de Alta da RNCCI;	
	Técnicos de Fisioterapia /TDT / Farmacêuticos/ Assistentes sociais/Nutricionista/Psicólogo	1
	Técnicos de diagnóstico e terapêutica /Técnicos superiores de saúde /Nutricionista /Psicólogos;	1
	Técnicos Fisioterapia / Psicologia / Dietética	1
<b>ULS</b>	Médico/enfermeiro; Psiquiatria/Psicologia; Serviços Médicos/Nutrição;	1
	Serviços Médicos/Serviços Farmacêuticos	
	Não percebi esta questão	1

#### 4. TELEMEDICINA

##### 4.1. Que iniciativas no âmbito da Telemedicina têm sido desenvolvidas?

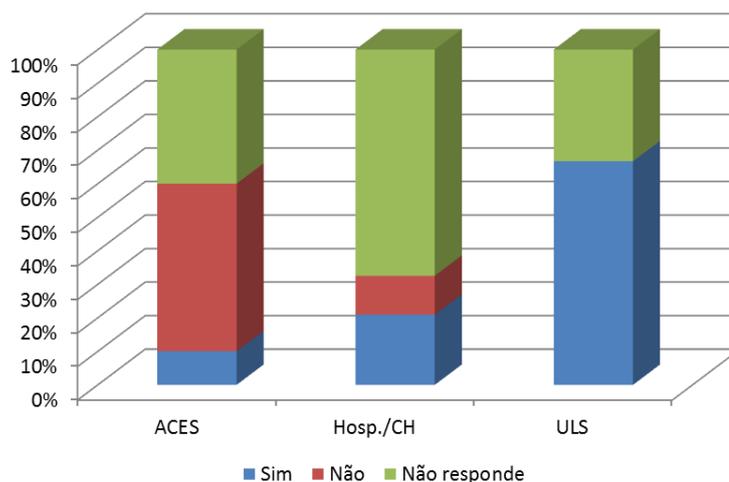
<b>Tipo de instituição a que pertence</b>	<b>Que iniciativas no âmbito da Telemedicina têm sido desenvolvidas?</b>	<b>Total</b>
<b>ACES</b>	Apenas participação de representantes do ACES nas reuniões promovidas pela ARSC.	1
	Consultas / Formações	1
	Não aplicável	1
	Nenhuma	1
	Rastreo Teledermatológico	2
	Teleconsulta	1
<b>Hospital/Centro Hospitalar</b>	Ainda em estudo a utilização da PDS Live. Monitorização remota de dispositivos ativos.	1
	Área obstetrícia e pediatria; em início na dermatologia	1
	Comunicação audiovisual com entre as 3 unidades do centro hospitalar e possibilidade de comunicação com outras instituições em videoconferência. Utilização de Teleradiologia...	1
	Dermatologia / Endocrinologia / subespecialidades pediátricos	1
	Em estudo para concretização tão célere quanto possível	1
	Implementação de telerastreo dermatológico com início em novembro 2014 para 4 unidades. Neste momento aguardamos entrega pela ARS Norte das câmaras às restantes unidades dos Aces que servimos, prevendo-se que até setembro se estenda a todos.	1
	Já temos algumas consultas por telemedicina.	1
	Na área de Imagiologia	1
	Não sei	1
	Nenhuma	1
	O CHP está envolvido no projeto da Teledermatologia; Rastreo da retinopatia, Telerradiologia	1
	Rastreo dermatológico, cardiologia pediátrica, telerradiologia	1
	Teleconsulta de Cardiologia Pediátrica e Fetal. Colaboração nos testes da PDS LIVE com a SPMS	1
Teleconsulta de Cardiologia Pediátrica e Fetal. Colaboração nos testes da SPMS da PDS LIVE.	1	



Tipo de instituição a que pertence	Que iniciativas no âmbito da Telemedicina têm sido desenvolvidas?	Total
	Tele dermatologia	1
	Teleradiologia com uma empresa externa para a emissão de relatórios na área da TAC.	1
	Todas as iniciativas preconizadas pelos Despachos n.º 351172013 e 8445/2014, nomeação do PIT e de duas administradoras para o coadjuvarem, sensibilização dos profissionais para a importância da telemedicina e mais recentemente divulgação interna das Normas	1
	Utilização do Medigraf com outros hospitais.	1
	Via verde do AVC	1
	Via Verde do AVC; Cardiologia Pediátrica; Teleimagiologia; Decisão terapêutica Oncológica	1
<b>ULS</b>	Tele dermatologia e pretendíamos avançar via PDS	1
	Teleradiologia; Tele dermatologia; Monitorização de doentes Hipocoagulados; Monitorização na área da Cardiologia;	1

#### 4.2. No que respeita ao Rastreio Tele dermatológico, está a ser cumprida a implementação do Despacho nº8445/2014, de 30 de junho?

Tipo de instituição		N	%
<b>ACES</b>	Sim	1	10,0%
	Não	5	50,0%
	Não responde	4	40,0%
<b>ACES Total</b>		<b>10</b>	
<b>Hospital/Centro Hospitalar</b>	Sim	9	20,9%
	Não	5	11,6%
	Não responde	29	67,4%
<b>Hospital/CH Total</b>		<b>43</b>	
<b>ULS</b>	Sim	2	66,7%
	Não	0	0,0%
	Não responde	1	33,3%
<b>ULS Total</b>		<b>3</b>	
<b>(em branco)</b>		<b>33</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>89</b>	



Na tabela e gráfico acima identificados apresentam-se os valores relativos e absolutos referentes ao cumprimento do Despacho nº8445/2014, de 30 de junho. As repostas são muito díspares entre os diferentes tipos de instituições. Enquanto nos ACES apenas 10% das respostas admitem estarem a cumprir, nos Hospitais este valor sobe para os 21% e nas ULS para os 67%. O número de não respostas foi bastante elevado nesta questão, especialmente nos Hospitais/CH.

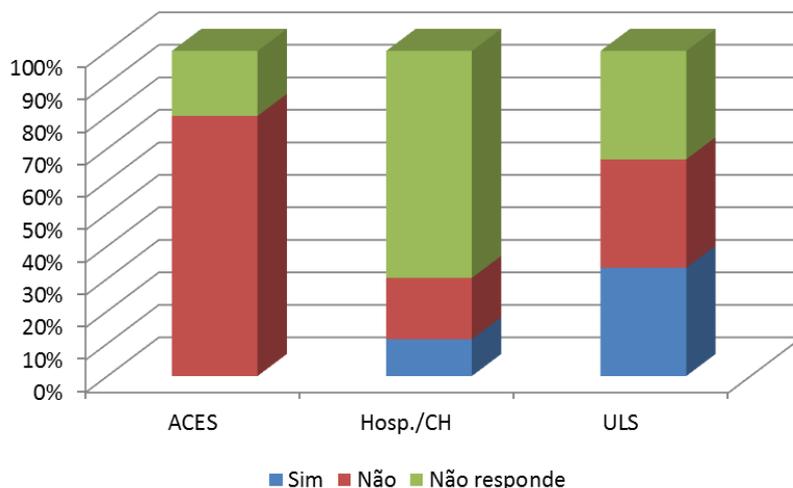


Se a resposta à questão anterior foi "NÃO", por favor, indiquem porquê

Tipo de instituição a que pertence	Se a resposta à questão anterior foi "NÃO", por favor, indiquem porquê-	Total
<b>ACES</b>	Desconheço	1
	Material ainda não disponível.	1
	ARS não enviou informação sobre a possibilidade de referenciação para rastreio tele dermatológico no hospital de referência das unidades do ACES	1
	Não dispomos de material nem formação para iniciar o rastreio tele dermatológico.	1
	Não existe por falta de configuração do CTH	2
<b>Hospital/Centro Hospitalar</b>	A iniciar medidas para proceder à implementação do rastreio tele dermatológico	1
	Foi implementado o Despacho, mas não há consultas realizadas até esta data. O projeto começou formalmente no dia 27 de Outubro de 2014.	1
	No ACES foi feita a orientação para o IPOFG/Lisboa	1

#### 4.3. Têm sido desenvolvidas iniciativas no âmbito da Telemonitorização no domicílio?

Tipo de instituição		N	%
<b>ACES</b>	Sim	0	0,0%
	Não	8	80,0%
	Não responde	2	20,0%
<b>ACES Total</b>		<b>10</b>	
<b>Hospital/Centro Hospitalar</b>	Sim	6	14,0%
	Não	10	23,3%
	Não responde	37	86,0%
<b>Hospital/CH Total</b>		<b>43</b>	
<b>ULS</b>	Sim	1	33,3%
	Não	1	33,3%
	Não responde	1	33,3%
<b>ULS Total</b>		<b>3</b>	
<b>(em branco)</b>		33	
<b>Total Geral</b>		89	



No que respeita à dinamização de iniciativas de Telemonitorização os valores ainda são muito reduzidos embora se encontre mais disseminada nos Hospitais e ULS (23% e 33,3%, respetivamente) do que nos ACES, cujas respostas positivas foram nulas.



Se a resposta à questão anterior foi "SIM", por favor, indiquem quais:

Tipo de instituição a que pertence	Se a resposta à questão anterior foi "SIM", por favor, indiquem quais:	Total
Hospital/Centro Hospitalar	Apenas Viana Castelo foi incluído no piloto na ARS Norte. Manifestamos interesse e disponibilidade para nos candidarmos a financiamento para telemonitorização, nomeadamente área respiratória (DPOC, asma) e metabólica (diabetes, HTA) junto do grupo de te	1
	Integramos um projeto a nível europeu de telemonitorização dos comportamentos de pessoas com quadros de deterioração cognitiva, que aguarda aprovação (Alzbot).	1
	Monitorização remota de dispositivos ativos.	1
	Na área da Cardiologia Pediátrica e da Epilepsia-pediátrica.	1
	Na área da Cardiologia Pediátrica.	1
	Pneumologia DPCO	1
	Temos o projeto da DPOC que continua sem grandes sobressaltos. O Projeto iniciou com 8 doentes no Hospital Geral (HG) e 7 doentes nos HUC. Entretanto houve um doente do HG que saiu do programa porque não fazia medições diárias e o equipamento deste doe	1
ULS	Cardiologia - monitorização de doentes com PaceMaker	1

## 5. SEGURANÇA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

### 5.1. Que iniciativas no âmbito da segurança dos sistemas de informação têm sido desenvolvidas?

Tipo de instituição a que pertence	Que iniciativas no âmbito da segurança dos sistemas de informação têm sido desenvolvidas?
ACES	Desconhece-se.
	Este aspeto está sob a responsabilidade dos SPMS. A nível do ACES apenas é feita a gestão de acesso dos utilizadores (pedido de atribuição de credenciais de acesso).
	Nenhuma
Hospital/Centro Hospitalar	Auditorias e atualização do software
	Com conhecimento da comissão nenhuma
	Controle de acessos; firewall; timeout de sessões; backups
	- Controlo de acesso aos sistemas por nome de utilizador e palavra passe. - Utilização apenas na rede interna da instituição. - Acessos biométricos.
	- Credenciais de acesso individualizado; - Login de acesso nas aplicações internas; - Outros de acordo com boas práticas.
	Criação de datacenter, sistemas de redundância, gestão de perfis de acesso backups.
	- Criação de perfis de acesso; - Criação de bloqueios de sessão por tempo de inatividade; - Implementação de planos de contingência; - Monitorização dos acessos aos SI; - Implementação de políticas de uniformização de acessos aos SI.
	Criação de utilizadores para acesso aos pc de acordo com as categorias profissionais e funções. Diminuição do tempo de sessões sem utilização. Informação aos utilizadores da necessidade de alterações de passwords.
	- Criação do DataCenter; - Melhoria do processo de abertura e encerramento de novos acessos; - Automatização dos backups;
	Criado manual de políticas de segurança de sistemas de informação que está para aprovação pelo CA.



Tipo de instituição a que pertence	Que iniciativas no âmbito da segurança dos sistemas de informação têm sido desenvolvidas?
	Foi definido e aprovado pelo CA o Manual de Segurança dos Sistemas de Informação
	Manual de políticas de segurança de sistemas de informação em aprovação no CA.
	Política de Gestão de utilizadores nomeadamente a sua desativação sempre que se ausentam da Instituição e gestão de Logins/passwords aplicando regras. - Perfis de acesso à informação de acordo com a função do utilizador e o serviço em que exerce a ati
	Sensibilização constante aos utilizadores: -para não deixarem sessões abertas quando se ausentam dos postos de trabalho; -para não partilharem login's e passwords;
	Single sign on; processos automáticos de ativação/desativação de utilizadores (através da ligação ao RHV); políticas de firewall; Antivírus unificados; atualizações periódicas dos sistemas operativos e aplicativos, políticas de back-up.
	Sistema break the glass aplicado ao acesso à informação de genética. - Antivírus; - Sistema de gestão de Entidades: - Log's de acesso, registo e alteração; - Sistemas de salvaguarda e redundância lógica e físicas
<b>ULS</b>	- Localização física de servidores em centro de dados com acessibilidade controlada e infraestruturas físicas redundantes; - Mecanismo de backup robotizado; - Réplica diária das principais bases de dados (Sonho e Sinus); - Políticas de segurança - firewall, Act Sensibilização da não cedência de utilizador e password a terceiros.

## 5.2. Que tipo de iniciativas sentem mais carência na área da segurança dos sistemas de informação?

Tipo de instituição a que pertence	Que tipo de iniciativas sentem mais carência na área da segurança dos sistemas de informação-
<b>ACES</b>	Criação de acesso único para as diferentes aplicações, com possibilidade de gestão central integrada dos perfis de acesso.
	Saída automática do SCLINICO
<b>Hospital/Centro Hospitalar</b>	- Formação aos utilizadores: Otimização da aplicação para rastreamento e bloqueio de acessos
	- Ações de sensibilização e formação sobre segurança da informação para os utilizadores; - Definição de política de passwords e de acessos;
	Aguardamos financiamento de projetos já aprovados pela SPMS
	- Alteração periódicas da password. - Times outs por inatividade das sessões.
	- Auditorias externas de Segurança - Disaster Recovery
	Comportamento informacional dos utilizadores (educação e formação no uso dos SI); Reforço de mecanismos de validação de autenticação de utilizadores e qualidade dos dados introduzidos nos SI.
	Confidencialidade
	Definição clara dos níveis de acesso aos SI; Criação e manutenção de uma lista de utilizadores autorizados em articulação com os RH.
	Dificuldades financeiras
	Formação, consultoria e apoio na implementação, aos colaboradores da Unidade de Sistemas e Tecnologias de Informação. Nos sistemas da SPMS: autenticações fracas



Tipo de instituição a que pertence	Que tipo de iniciativas sentem mais carência na área da segurança dos sistemas de informação-
	O acesso ao Processo Clínico Eletrónico deverá implementar mecanismos de segurança fortes dentro da própria Instituição e via PDS. A consulta ao PCE só deveria ser permitida com autorização do utente, exceção para atendimentos de Urgência.
	Redundâncias das bases de dados em caso de problemas numa base de dados.
	- Times outs de inativação - Alteração regular das passwords
ULS	Não existência de soluções integradas e padronizadas que permitam rastrear os acessos
	- Obsolescência Tecnológica de alguns sistemas estruturantes (exs mais críticos: Sinus e Sonho); - Melhorar mecanismos de parametrização do acesso aos sistemas de informação e definição da informação acedida.

## 6. NOMENCLATURAS/TERMINOLOGIAS

### 6.1. Qual a frequência de utilização das seguintes nomenclaturas/terminologias na instituição?

Tipo de instituição		(1) Nunca		(2) Raramente		(3) Algumas vezes		(4) Frequentemente		(5) Sempre	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ACES	ICD 9 CM	2	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	ICD-10-CM/PCS	2	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	ICD-O- 3	1	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	ICD-10	0	0,0%	2	20,0%	1	10,0%	0	0,0%	0	0,0%
	ICPC-2	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	20,0%	4	40,0%
	CIPE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	60,0%
	LOINC	2	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>ACES Total</b>		<b>10</b>		<b>10</b>		<b>10</b>		<b>10</b>		<b>10</b>	
Hospital/ Centro Hospitalar	ICD 9 CM	0	0,0%	0	0,0%	2	4,7%	8	18,6%	12	27,9%
	ICD-10-CM/PCS	6	14,0%	3	7,0%	2	4,7%	1	2,3%	1	2,3%
	ICD-O- 3	4	9,3%	1	2,3%	3	7,0%	1	2,3%	1	2,3%
	ICD-10	4	9,3%	5	11,6%	2	4,7%	1	2,3%	0	0,0%
	ICPC-2	4	9,3%	3	7,0%	1	2,3%	0	0,0%	0	0,0%
	CIPE	1	2,3%	2	4,7%	1	2,3%	7	16,3%	7	16,3%
	LOINC	4	9,3%	2	4,7%	2	4,7%	1	2,3%	1	2,3%
<b>Hospital/CH Total</b>		<b>43</b>		<b>43</b>		<b>43</b>		<b>43</b>		<b>43</b>	
ULS	ICD 9 CM	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	66,7%
	ICD-10-CM/PCS	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%
	ICD-O- 3	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	ICD-10	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%
	ICPC-2	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%
	CIPE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	66,7%
	LOINC	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>ULS Total</b>		<b>3</b>		<b>3</b>		<b>3</b>		<b>3</b>		<b>3</b>	
<b>(em branco)</b>		33									
<b>Total Geral</b>		89									

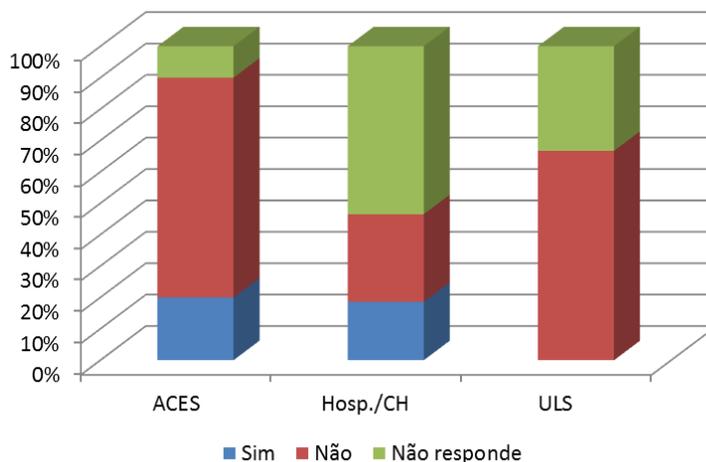


### 6.2. Outras nomenclaturas/terminologias frequentemente utilizadas na instituição:

Tipo de instituição a que pertence	Outras nomenclaturas/terminologias frequentemente utilizadas	Total
ACES	DSM	1
Hospital/Centro Hospitalar	(i) SNOMED (Anatomia Patológica), (ii) CNVRAM (Ordem dos Médicos. Não compatível com a ICD9) (Cirurgia de Ambulatório)	1
	ACR (American College Radiology)	1
	AVC, EAM, DPCO, AVD, EPA, EDA, IRA	1
	CDM; CHNM; SCD	1
	CHNM Código Hospitalar Nacional de Medicamentos	1
	CHNM;	1
	CHPS, BI	1
	DICOM	1
	IM, SCD	1
	SICD/E; TNM; Outros sistemas de estadiamento; CTCAE; WHO-PS; KARNOVSKY; SNOMED; CAP, BIRADS; ESAS; FIGO; EWGBSP; CPARA	1
	Temos alguma experiência no Snomed	1

### 6.3. Já conhecem o CTC.PT – Centro de Terminologias Clínicas (<http://www.ctcpt.net/>)?

Tipo de instituição		N	%
ACES	Sim	2	20,0%
	Não	7	70,0%
	Não responde	1	10,0%
<b>ACES Total</b>		<b>10</b>	
Hospital/Centro Hospitalar	Sim	8	18,6%
	Não	12	27,9%
	Não responde	23	53,5%
<b>Hospital/CH Total</b>		<b>43</b>	
ULS	Sim	0	0,0%
	Não	2	66,7%
	Não responde	1	33,3%
<b>ULS Total</b>		<b>3</b>	
<b>(em branco)</b>		<b>33</b>	
<b>Total Geral</b>		<b>89</b>	





## 7. INDICADORES DE INFORMATIZAÇÃO CLÍNICA

### 7.1. Exemplos de indicadores relativos à informatização Clínica que já são monitorizados na instituição

	[Indicador]	[Ambiente]	[Tipo de Registo]	[Método de Cálculo]	[Método de recolha]	[Fonte]	[Comentários]
<b>ACES</b>	Nº de consultas presenciais com codificação ICPC2	Consulta				SIARS	
	Vários indicadores de desempenho - programa de saúde	Consulta				SIARS	
	Percentagem de consultas presenciais com codificação no soAp	Consulta	Registo médico (SOAP)		SI	SIARS	
	Percentagem de registos de hábito tabágicos, alcoólicos	Consulta	Registo médico / enfermagem		SI	SIARS	
	% Consultas presenciais com pelo menos uma codificação pela ICPC-2	Consulta MGF	Registo clínico MGF	Contagem de consultas médicas presenciais com codificação do A do SOAP / Contagem de consultas médicas presenciais * 100	SI	SCLínico SIARS	
<b>Hospita/CH</b>	Cirurgia Segura	Bloco Operatório			SI		
	Frequência relativa de eventos inadmissíveis tipificados	Bloco Central	Sist. Informático	N.º de eventos inadmissíveis (por tipo) / n.º de doentes intervencionados	BD resultantes de aplicações distintas	SGTSI	
	Frequência relativa de doentes reintervencionados, nas 24 horas subsequentes a uma intervenção cirúrgica	Bloco Central	Sist. Informático	N.º de reintervenções no período de 24 horas após a 1.ª intervenção / N.º de doentes intervencionados * 100	BD resultantes de aplicações distintas	SGTSI	
	Frequência relativa da ILC (identificação do local cirúrgico), para procedimentos padronizados por especialidade cirúrgica	Bloco Central	Sist. Informático	N.º de ILC / N.º de doentes intervencionados para o procedimento definido * 100	BD resultantes de aplicações distintas	SGTSI	
	N.º de registos de listas de CS (Cirurgia Segura) com falhas assinaladas (auditorias por amostragem)	Bloco Central	Papel	N.º de registos com falhas registadas / n.º de registos efetuados * 100	Auditoria in loco	Auditoria in loco	



[Indicador]	[Ambiente]	[Tipo de Registo]	[Método de Cálculo]	[Método de recolha]	[Fonte]	[Comentários]
Frequência relativa de doentes mortos por qualquer causa nas 24 horas subsequentes ao início de um procedimento cirúrgico	Bloco Central, Internamento	Sist. Informático	N.º de óbitos em doentes com episódio cirúrgico nas 24 horas subsequentes ao início da intervenção /n.º de doentes intervencionados * 100	BD resultantes de aplicações distintas	SGTSI	
Monitorização dos agendamentos e execução das Cirurgias	Bloco Operatório	Tempos de execução				
Taxa de informatização do registo do material de implante no Bloco operatório	Bloco operatório	Registos de Enfermagem	Automática	SI	SISCLI	
Nº de registos da cirurgia segura no Sclínico	Bloco operatório e UCA	Cirurgia segura	% Eletrónicos	SI	Sclínico	
Risco anestésico	Bloco, Amb e Internamento pós cirúrgico	Ficha de anestesia	% Complicações registadas	SI	Sclínico	
Taxa de registo segurança clínica	Bloco; cir. Ambulatório	Registo cirurgia	doentes com registo concluído/total de doentes intervencionados	SI	AIDA; SONHO	
Taxa de relatos cirúrgicos	Bloco; cir. Ambulatório	Registo cirurgia	Doentes com relato cirúrgico/total de doentes intervencionados	SI	Sclínico; SONHO	
Inquérito telef. pos cir amb	Cir. Ambulatório	Ficha de enfermagem	% inqueritos face ao total	Excel		
Uso de processo clínico em papel	Consulta externa	Papel	Total CON por dia / nº processos papel enviados à consulta	Excel	SGI Arquivo	Para uma média de cerca de 2700 consultas /dia o nº de processos enviados à consulta externa em 2011 era de c. 1600 sendo atualmente de cerca de 800 processos/dia.
Altas da consulta externa	Consulta externa	Nota de alta	Automático	SI	SISCLI	



[Indicador]	[Ambiente]	[Tipo de Registo]	[Método de Cálculo]	[Método de recolha]	[Fonte]	[Comentários]
Produção de diários manuscritos	Consulta externa	Diários	Total CON especialidade por dia / nº ocorrências (diários produzidos)	Excel	SGI Arquivo	Monitorização realizada mensalmente no sentido de apoiar a estratégia de redução da produção de registos em papel e promover o uso do PCE na consulta externa.
Taxa de Informatização das 1 <sup>as</sup> consulta	Consulta externa	Registo médico / enfermagem	Automático	SI	SISCLI	
Taxa de informatização de pedidos de 1 <sup>a</sup> consulta hospitalar	Consulta externa	Registo médico / enfermagem	Automática	SI	SISCLI	
Taxa doentes referenciados em tempo adequado	Consulta externa	Efetivação consulta	Nº consultas realizadas em tempo adequado (CTH)/Total consultas realizadas (CTH)	SI	ADW AlertP1	
% de consultas com alta clinica	Consulta	Alta da consulta	Nº de altas clinicas do total de consultas médicas	SI	SONHO	
Nota de alta médica	Internamento	Nota de alta	Percentagem de conformidade	SI	sclinico	
Monitorização dos registos de Nota Alta e Transferência	Internamento	Nota de alta				
% de notas de alta	Internamento	Nota de alta	% Eletrónicos	SI	Sclinico	
Monitorização de Úlceras de Pressão	Internamento	Registos de Enfermagem	Brother	Excel		
Nota de alta de enfermagem	Internamento	Nota de alta	Percentagem de conformidade	SI	sclinico	
Taxa referência para RNCCI	Internamento	alta clinica	nº doentes referenciados/total doentes saídos	Excel	Equipa gestão altas	
Úlceras de pressão	internamento	diário clinico	taxa de efetividade	SI	sclinico	
Prevalência da Úlcera de Pressão	Internamento		Fórmula de cálculo emanada pela Ordem dos Enfermeiros	Ferramenta BI	Grupo Apoio à Prática Enfermagem	Esta monitorização não inclui as UCI uma vez que não é usado o Sclinico
Úlceras de pressão	Internamento	diário de enfermagem	% face ao total int.	SI	Sclinico	
Prevenção da Úlcera de Pressão	Internamento		Fórmula de cálculo emanada pela Ordem dos Enfermeiros	Ferramenta BI	Grupo Apoio à Prática Enfermagem	Esta monitorização não inclui as UCI uma vez que não é usado o Sclinico



[Indicador]	[Ambiente]	[Tipo de Registo]	[Método de Cálculo]	[Método de recolha]	[Fonte]	[Comentários]
Quedas	Internamento	diário de enfermagem	% face ao total int.	SI	SClínico	
Incidência de Quedas	Internamento		Fórmula de cálculo emanada pela Ordem dos Enfermeiros	Ferramenta BI	Grupo Apoio à Prática Enfermagem	Esta monitorização não inclui as UCI uma vez que não é usado o SClínico
Taxa de Efetividade na prevenção da queda	Internamento		Fórmula de cálculo emanada pela Ordem dos Enfermeiros	Ferramenta BI	Grupo Apoio à Prática Enfermagem	Esta monitorização não inclui as UCI uma vez que não é usado o SClínico
Frequência relativa por procedimento de doentes mortos por qualquer causa subsequente a um procedimento cirúrgico, no mesmo episódio de internamento	Internamento	Sist. Informático	Lista dos procedimentos com frequência relativa do indicador "Taxa de mortalidade pós-operatória hospitalar"	BD resultantes de aplicações distintas	SGTSI	
Frequência relativa por procedimento de doentes mortos por qualquer causa nas 24 horas subsequentes a um procedimento cirúrgico	Internamento	Sist. Informático	Listas dos procedimentos com frequência relativa do indicador "Taxa de mortalidade no dia da cirurgia (intraoperatória e pós-operatória até às 24h)"	BD resultantes de aplicações distintas	SGTSI	
Frequência relativa de doentes mortos por qualquer causa subsequentes a um procedimento cirúrgico, no mesmo episódio de internamento	Internamento	Sist. Informático	N.º de óbitos em doentes com pelo menos um episódio cirúrgico no mesmo episódio de internamento / n.º de doentes intervencionados * 100	BD resultantes de aplicações distintas	SGTSI	
N.º de não conformidades detetadas por observação do procedimento, em sede de auditoria interna	Todos os locais onde são prestados cuidados	Papel	N.º de não conformidades registadas em sede de auditoria (n.º de respostas do tipo "não" dos critérios de auditoria interna) / n.º total de respostas * 100 (excluídas as respostas "NA" - não aplicáveis)	Auditoria in loco	Auditoria in loco	
Termos de Responsabilidade	Todos os módulos	Termos de Responsabilidade				
Assistência Médica no Estrangeiro	Todos os módulos	Assistência Médica no Estrangeiro				



	[Indicador]	[Ambiente]	[Tipo de Registo]	[Método de Cálculo]	de [Método de recolha]	[Fonte]	[Comentários]
	Caminho clínico da mamã	Todos os módulos	Percurso do doente				
	Produção Assistencial	Todos os módulos	Produção Assistencial				
	Relato de Incidentes	Todos os módulos	Relato de Incidentes				
	Monitorização da prescrição médica	Todos os módulos	Monitorização da prescrição médica				
	Registo de Quedas	Todos os módulos	Registo de Quedas				
	Triagens por cor	urgência	Triagem	% face ao total	SI	Alert e SClínico	
	Registo clínico eletrónico nas consultas						
	Tempo médio de resposta a pedidos de informação clínica (exterior)			Nº dias úteis decorridos entre a data do pedido e a data de resposta	BD Access	Responsável pelo Acesso à Informação	A monitorização trimestral deste indicador desde 2014 tem permitido um maior controlo e uma gradual diminuição dos tempos de resposta.
UIS	% de especialidades que realizam consulta sem processo clínico em papel	Consulta externa	Diário clínico	(nº de especialidades sem processo)/(nº total de especialidades)	SI	Sonho	Grande dependência da disponibilidade das TIC
	% de internamentos com nota de alta no SClínico	Internamento	Nota de alta	(nº de internamentos com nota de alta)/(nº total de internamentos com alta)	SI	Sonho/Sclínico	Passível de melhoria em função da otimização de alguns atributos da nota de alta



### Outros Indicadores já monitorizados

Tipo de instituição a que pertence	Outros Indicadores já monitorizados
<b>Hospital/Centro Hospitalar</b>	- Frequência de falhas ao nível da prescrição da medicação (não temos dados de 2012; temos de 2013 e 2014)  - N.º de notificações relativas a falhas durante todo o processo de Gestão da Medicação, incluindo as fases de "Aquisição, - Dispensa, Prescrição
	O HDS apresenta um bom nível de informatização estando implementado o processo clínico eletrónico, a prescrição eletrónica de medicamentos e a prescrição eletrónica de MCDT em algumas áreas (Imagiologia, Gastrenterologia, Análises Clínicas e Anatomia Pato
<b>ULS</b>	Existe na ULSM um BI transversal a toda a atividade onde é também monitorizada a atividade clínica. o preenchimento mais exaustivo deste quadro levar-nos-ia a uma análise conjunta com o Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão dos indicadores de inform

### 7.2. Exemplos de indicadores relativos à informatização Clínica que já são monitorizados na instituição:

	[Indicador]	[Ambiente]	[Tipo de Registo]	[Método de Cálculo]	[Método de recolha]	[Fonte]
<b>ACES</b>	Indicador de registo da codificação correspondente ao resumo mínimo de dados de enfermagem	Consulta de enfermagem	Consulta de Enfermagem		Sistema informático - Sclínico	Sclínico SIARS
<b>Hospital/CH</b>	Diagnósticos na consulta	Consulta externa	Diário clínico			
	Nº notas alta produzidas no PCE	Internamento	Nota de alta	Nº doentes com alta por especialidade/ nº notas de alta produzidas/ disponibilizadas no PCE		
	Registo de Quedas					
	Autocuidados					
	Reações adversas em HD					



## 8. PROPOSTA DE AÇÕES A DESENVOLVER

### • LIDERANÇA E VISIBILIDADE DAS CIC

1. Incentivar a divulgação pelos profissionais da instituição do nome dos membros da CIC e contactos;
2. Criação de um Regulamento Interno. A SPMS poderá fazer um regulamento interno modelo e enviar para as CIC adaptarem.

### • HOMOGENEIZAÇÃO DE REGISTOS MÉDICOS

#### a) Aspetos Organizacionais para envolvimento dos profissionais do preenchimento dos registos clínicos eletrónicos:

- 1) Definição e elaboração de normas e procedimentos / instruções de preenchimento dos registos;
- 2) Ações de sensibilização/formação junto dos profissionais sobre como preencher corretamente os registos, importância do correto preenchimento dos registos clínicos eletrónicos, consequências para o doente, etc.
- 3) Auditorias aos registos;
- 4) Maior envolvimento das chefias de topo.

#### b) Aspetos Técnicos para envolvimento dos profissionais do preenchimento dos registos clínicos eletrónicos:

- 1) Hardware: adequação dos equipamentos informáticos em quantidade e qualidade
- 2) Software: a) melhoria da usabilidade dos sistemas informáticos; b) melhoria da interoperabilidade entre sistemas

#### c) Registos considerados prioritários:

- 1) Registo clínico médico e de enfermagem
- 2) Nota de alta: internamento e urgência
- 3) Informação clínica no pedido de MCDTs e na Prescrição Medicamentosa
- 4) Perfis adequados a diferentes profissionais

### • MULTIPROFISSIONALISMO

- 1) Permitir acesso aos registos clínicos a diferentes categorias profissionais, de modo a evitar partilha de passwords entre profissionais;
- 2) Definir regras e o conceito do multiprofissionalismo nos Sistemas de Informação.

### • TELEMEDICINA

- 1) Levantamento das instituições que ainda não dispõe do material necessário para avançar com o rastreio tele dermatológico – pedir listagem às ARS.
- 2) Identificar junto das ARS áreas com maior carência de formação no âmbito da Telemedicina.

### • SEGURANÇA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

- 1) Formação na área da segurança da informação;
- 2) Time out no Sclinico;
- 3) Política de passwords e acessos.

### • NOMENCLATURAS/TERMINOLOGIAS

- 1) Divulgar o CTC.PT;
- 2) Formação.

### • INDICADORES DE INFORMATIZAÇÃO CLÍNICA

- 1) Criar matriz de indicadores relacionados com a informatização clínica a monitorizar periodicamente por todas as instituições. Exemplos.
  - Taxa de informatização do registo do material de implante no Bloco Operatório
  - Percentagem de consultas presenciais com codificação
  - Percentagem de registos de cirurgia segura no Sclinico
  - Percentagem de doentes com relato cirúrgico
  - Percentagem de processos clínicos em papel enviados à consulta
  - Taxa de informatização das primeiras consultas
  - Percentagem de especialidades que realizam consulta sem processo clínico em papel
  - Percentagem de internamentos com nota de alta no Sclinico



