



CIDEEFF

WORKING PAPERS

Nº 15 / 2024

TELESSAÚDE: UM FUTURO INCONTORNÁVEL?

Seminário de Investigação de Políticas Públicas e de Governação
Doutoramento em Direito- especialidade de Direito e Economia

Diana Raquel de Brito Viana Andrade



CIDEEFF

CIDEEFF

WORKING PAPERS

ISSN: 2795-4218

-

Nº12/2023

GOVERNANÇA ECONÓMICA, FINANCEIRA E MONETÁRIA E O FUTURO
DA UNIÃO EUROPEIA | ECONOMIC, FISCAL, MONETARY GOVERNANCE
& THE FUTURE OF THE EUROPEAN UNION

Telessaúde: Um Futuro Incontornável?

Relatório do Seminário de Investigação de Políticas Públicas e de Governação
Doutoramento em Direito- especialidade de Direito e Economia

Autoria | Author

DIANA RAQUEL DE BRITO VIANA ANDRADE

Coordenação | WP Coordinators

Ana Paula Dourado
Pedro Infante Mota
Miguel Moura e Silva
Nazaré da Costa Cabral

Edição | Publisher

**CIDEEFF - Centre for Research in
European, Economic, Fiscal and Tax Law**

www.cideeff.pt | cideeff@fd.ulisboa.pt



FACULDADE DE DIREITO
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Alameda da Universidade
1649-014 Lisboa

-

Design & Produção | Design & Production

OH! Multimedia

mail@oh-multimedia.com



TELESSAÚDE: UM FUTURO INCONTORNÁVEL?

DIANA RAQUEL DE BRITO VIANA ANDRADE

Índice

1. Introdução (pag. 4) ►

2. Políticas de saúde (pag. 7) ►

2.1. Políticas de saúde europeias (pag. 8) ►

2.2. Políticas de saúde nacionais (pag. 9) ►

3. Telessaúde (pag. 13) ►

3.1. Os principais desafios (pag. 13) ►

3.2. A sua implementação (pag. 16) ►

3.2.1 Do ponto de vista internacional (pag. 17) ►

3.2.2 Do ponto de vista nacional (pag. 20) ►

3.3. Uma perspetiva de futuro (pag. 24) ►

4. Conclusões (pag. 30) ►

5. Referências (pag. 32) ►



1. Introdução

O mundo mudou com a pandemia de COVID-19. Indubitavelmente, sentimos o seu impacto em várias vertentes da nossa vida, mas há uma em que se sobressaiu: o distanciamento físico que fomos obrigados a cumprir. Com esse afastamento nasceu um novo paradigma laboral, que veio necessariamente atrelado à adoção de ferramentas que pudessem ajudar na implementação do trabalho remoto.

O confinamento a que a pandemia nos levou mostrou-nos a panóplia de tarefas que podem ser promovidas à distância, para as quais foi certamente indispensável uma ampla gama de inovação tecnológica. Não seria exagerado, portanto, admitirmos que a mesma alavancou a adoção dessa mesma tecnologia. E mesmo aqueles mais reticentes no que a tecnologia diz respeito, foram obrigados a usá-la. Ora, com isso, veio não só um aumento do investimento associado à inovação, mas também a percepção dos desafios que a mesma acarreta.

No que concerne à saúde, área em que tradicionalmente se privilegia o contacto físico e na qual está muitas vezes presente a troca de informação sensível, a pandemia de COVID-19 catapultou a passagem para novos modelos digitais de prestação de cuidados de saúde, revolucionando os habituais paradigmas de interação médico-doente.

Falamos, assim, em transformação digital quando nos referimos ao uso da tecnologia com o propósito de aumentar de forma significativa o desempenho das instituições, quer internamente, quer na sua relação com os profissionais de saúde, os fornecedores e os doentes (considerados, aqui, seus clientes), através de novos modelos de negócio que a tecnologia digital permite, resultando em mudanças fundamentais na forma como as instituições operam e satisfazem os seus clientes.¹

Este encontro entre o virtual e o real, usando a tecnologia a nosso favor, pode ser a chave para ultrapassar algum desperdício por vezes associado às organizações de saúde.

Neste sentido, a OCDE refere que o aludido desperdício pode abraçar três formas: cuidados insuficientes recebidos pelos doentes, diminuição dos recursos ou a sua alocação de

¹ Teresa Magalhães, *Transformação Digital em Saúde - Contributos para a mudança*, Almedina, 2021, cit., p. 23.

forma menos eficiente e, por fim, o desvio de recursos para outras funções não passando pela prestação de cuidados de saúde.²

Ora, a saúde digital ou *eSaúde* - que a Comissão Europeia refere consubstanciar-se nas ferramentas e serviços que utilizam tecnologias de informação e comunicação (TIC) para melhorar a prevenção, diagnóstico, tratamento, monitorização e gestão de assuntos relacionados com a saúde, incluindo os hábitos de vida que tenham impacto na saúde³- é uma das áreas da transformação digital que influencia diretamente a prestação de cuidados. Pensemos como ela pode potenciar e trazer-nos um leque de benefícios, designadamente a promoção do acesso aos serviços de saúde, a melhoria do atendimento e celeridade do mesmo, a prevenção de problemas de saúde e a diminuição da despesa pública.

Mas não nos enganemos. O progresso da saúde digital acarreta complexos desafios éticos, legais e sociais que passam por temas tão diversos como a privacidade, a confidencialidade, a proteção de dados de saúde, a confiança, a literacia em saúde e a literacia digital e ainda o risco de desumanização. Sobre este último, não percamos de vista que a área da saúde tange imensas situações de vulnerabilidade humana pelo que a tecnologia digital não pode ultrapassar valores essenciais como a compaixão, empatia, confiabilidade e integridade. Todavia, pode a tecnologia digital contribuir para a realização do direito humano à saúde, se pensarmos que através dela é possível melhorar-se a disponibilidade de bens e serviços, a aceitabilidade da prestação de cuidados, a qualidade dos serviços científicos e médicos e o acesso à saúde sem discriminação.⁴

Ora, quer a supramencionada *eSaúde*, quer a telemedicina, são conceitos que se relacionam diretamente com a telessaúde. *Grosso modo*, diremos que o conceito de *eSaúde* abrange o de telessaúde e este, por sua vez, compreende o de telemedicina.

Assim, a telessaúde apresenta-se como a utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para apoiar à distância a saúde nas vertentes da prestação de cuidados, da organização dos serviços e da formação de profissionais de saúde e cidadãos. Sublinhe-se que este conceito não se limita à atividade médica, incluindo todos os profissionais de saúde.

Tal-qualmente, contribui a telessaúde para ultrapassar as barreiras geográficas e temporais no acesso à saúde, promovendo uma maior coordenação, integração e continuidade dos cuidados de saúde. Já a telemedicina é a prestação de cuidados de saúde, remotamente, por médicos que utilizam as TIC para prevenção, avaliação, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Esta prestação materializa-se, quer na vertente de pesquisa e avaliação, quer na educação continuada de prestadores de cuidados de saúde por forma a promover a saúde do cidadão e da sociedade.⁵

2 Cfr. OECD, *Tackling Wasteful Spending on Health*, Paris, 2017.

3 Vide European Commission, *Public Health*, disponível em https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/overview_pt.

4 Teresa Magalhães, *Transformação Digital em Saúde - Contributos para a mudança*, Almedina, 2021, cit., pp. 29 ss.

5 Cfr. Serviços Partilhados do Ministério da saúde, E.P.E., *Plano estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022*, pp. 26 ss.

Aproveitemos, portanto, a necessidade que a pandemia de COVID-19 nos trouxe de desenvolver e apostar na telessáude, para robustecê-la e consolidá-la com segurança clínica, envolvendo equipas multidisciplinares, numa caminhada de inovação, otimização e integração, evitando gorar a oportunidade e a expectativa criada.⁶

6 Vitor Oliveira, Lara Queirós, Paulo Gomes e Micaela Monteiro, *COVID-19 and Healthcare Digital Transformation: "A Mentos in a Diet Coke"*, Gazeta Médica, 2020.



2. Políticas de saúde

O Estado de bem-estar social (*Welfare State*)⁷ tem nas políticas de saúde um dos seus núcleos principais, na medida em que constituem uma robusta parte das despesas sociais.

Verificamos, de forma generalizada, que atualmente os sistemas de saúde são perpassados por constrangimentos vários, como o aumento da despesa, as pressões demográficas e a volatilidade do crescimento económico. Contudo, a área da saúde apresenta características singulares, mormente na medida em que da inovação tecnológica e terapêutica deriva a sua complexidade económico-financeira.

No final do século XX, por toda a Europa, assistiu-se a uma mudança nas políticas de saúde cujo escopo passava pela contenção do crescimento da despesa com vista à sustentabilidade dos sistemas de saúde. Muitos países acabaram por rumar a um modelo híbrido, uma combinação entre o modelo Beveridgiano, associado ao sistema nacional de saúde, e o modelo Bismarckiano, relacionado com o sistema de saúde de seguro social, que acabaria por ser o embrião do sistema de proteção social na maioria dos países desenvolvidos.⁸

Ora, os desafios mencionados *supra* são encarados, por algumas pessoas, como facilmente ultrapassáveis por diferentes modelos de cuidados de saúde.⁹ Tem-se verificado, contudo, uma tendência para que a mudança nas políticas de saúde se efetue dentro do modelo existente em cada país. Ademais, cresce a convicção de que não existe um modelo de sistema de saúde opaco a problemas de sustentabilidade, equidade ou qualidade, capaz de suplantar os desafios com que se deparam os vários países.¹⁰

7 São estes os três fins clássicos dos Estados, enquanto instituições comunitárias: fim de conservação, fim de justiça e fim de bem-estar social. Para mais desenvolvimentos *vide* António José Fernandes, *Introdução à Ciência Política – Teorias, Métodos e Temáticas*, 2010, pp. 105 ss.

8 Di McIntyre, Filip Meheus and John-Arne Røttingen, *What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage?*, Cambridge University Press, disponível em <https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/what-level-of-domestic-government-health-expenditure-should-we-aspir-to-for-universal-health-coverage/B03E4FAA9DB51F4C9738CB584C9C8B31>.

9 Sobre os modelos de provisão de políticas públicas sociais, *vide* Nazaré da Costa Cabral, *Modelos de Políticas Públicas Sociais*, Almedina, 2022, cit., pp. 15 ss

10 Mariana Vieira da Silva, *Políticas públicas de saúde: tendências recentes*, Sociologia, Problemas e Práticas, 69, 2012.

2.1 Políticas de saúde europeias

Cada Estado-Membro da União Europeia (UE) é responsável pela proteção da saúde dos seus cidadãos, assim como pela sua defesa e promoção. Pese embora esta competência nacional, a União Europeia complementa as políticas nacionais, prestando apoio através de financiamento e de plataformas que primam pela colaboração no que concerne à saúde em linha. Aliás, esta coordenação interestadual emana da livre circulação de pessoas e bens no mercado interno.

Refletidos no artigo 168.º do Tratado de Funcionamento da União Europeia (TFUE) encontram-se os pilares da política de saúde na União Europeia. Repare-se que logo no n.º 1 do mencionado artigo refere-se que *“Na definição e execução de todas as políticas e ações da União será assegurado um elevado nível de proteção da saúde”*. Efetivamente, as políticas e ações da UE, quanto à saúde pública, apontam para a proteção e melhoria da saúde dos seus cidadãos, para o apoio e modernização das infraestruturas de saúde, para a melhoria da eficiência dos sistemas europeus de saúde e para o reforço das medidas de preparação da resposta a ameaças sanitárias transfronteiriças.

O Regulamento (UE) 2021/522 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de março de 2021, cria o Programa UE pela Saúde, respondendo assim aos desafios lançados pela pandemia de COVID-19, que fez transparecer as fragilidades dos sistemas nacionais de saúde. Lembramo-nos, certamente, que ficou exposta a dependência da UE de países terceiros, designadamente quanto ao fornecimento de matérias primas, medicamentos, dispositivos médicos e equipamento de proteção individual tão indispensáveis durante crises sanitárias. Pretende-se, portanto, a aquisição e gestão de produtos necessários neste tipo de situações, evitando riscos de escassez.

Ademais, este Programa apresenta um orçamento de 5,3 mil milhões de euros para o período de 2021-2027, revelando-se um apoio financeiro musculado e incomparável nesta área. Fica, pois, sublinhada e dissipada qualquer dúvida sobre a intenção da União Europeia fazer da saúde uma das suas prioridades.

E há várias plataformas de cooperação política relacionadas com a saúde. Um exemplo paradigmático é o da rede de saúde em linha - criada à luz do artigo 14.º da Diretiva 2011/24/EU, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços¹¹ – que voluntariamente liga as autoridades nacionais responsáveis pela saúde em linha, designadas pelos Estados-Membros. Esta rede promove a interoperabilidade de dados de saúde e a capacitação dos cidadãos para acederem e partilharem os seus próprios dados, nunca descurando a sua segurança.

São interessantes os dados que podem ser extraídos de um estudo¹² promovido pela Comissão Europeia sobre telemedicina, com o propósito de definir as políticas de saúde. Através deste

11 As regras para a criação, gestão e funcionamento da rede de saúde em linha estão plasmadas na Decisão de Execução (UE) 2019/1765 da Comissão, de 22 de outubro de 2019.

12 Cfr. European Commission, *Market study on telemedicine*, disponível em https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-08/2018_provision_marketstudy_telemedicine_en_0.pdf

estudo, podemos concluir que a telemedicina, em vários Estados-Membros, aposta sobretudo na telemonitorização e na prevenção, nos cuidados primários e relativamente às doenças crónicas mais comuns. Também conseguimos perceber que as diretrizes aplicáveis abordam principalmente requisitos técnicos, o que muitas vezes é manifestamente insuficiente pela sua falta de especificidade. Paralelamente, ficamos ainda com a certeza que o potencial de mercado da telemedicina é enorme.

Apesar de tudo isto, sublinha este mesmo estudo, que existem constrangimentos de variada índole, se considerarmos que se verifica a falta de aceitação das soluções apresentadas, pelas partes interessadas; um quadro regulatório por vezes desfavorável à telemedicina; parco financiamento e tecnologia obsoleta ou que não permite acompanhar o avanço da telemedicina.

Face ao exposto, o reforço das capacidades e das competências digitais na área da saúde, quando implementadas eficientemente, pode incrementar o bem-estar dos cidadãos e melhorar a prestação de cuidados de saúde. Nesta linha, os Estados-Membros são incentivados pela Comissão Europeia a apostar na utilização de novas tecnologias, máxime a telessaúde, e a otimizar os seus sistemas de saúde desenvolvendo, para tal, indicadores e avaliações comparativas.¹³

2.2 Políticas de saúde nacionais

A Constituição da República Portuguesa (CRP) consagra no seu artigo 64.º o *direito à proteção da saúde*, sendo o mesmo reconhecido como um direito fundamental de todos os cidadãos, que têm o *dever especial de defender e promover a saúde*. Enquadrando-se nos direitos sociais, que são compreendidos como autênticos direitos subjetivos inerentes ao espaço existencial do cidadão, independentemente da sua justiciabilidade e exequibilidade imediatas, o direito à saúde é, assim, um direito com a mesma dignidade subjetiva dos direitos, liberdades e garantias. Nem o Estado, nem terceiros, podem agredir posições jurídicas reentrantes no âmbito de proteção deste direito.¹⁴

A Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, estabelece logo no n.º 1 da sua Base 1 que o *direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer*.

Dispõe o n.º 2 do mencionado artigo 64.º da CRP, que o direito à proteção da saúde é realizado:

- a. *Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;*
- b. *Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garan-*

13 Para além do exposto, há mais desenvolvimentos disponíveis em <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/eu-health-policy/> e em https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/eu-cooperation_pt.

14 J.J.Gomes Canotilho, *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*, Almedina, 7a. ed., 2003, p. 476.

tam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.

E para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado (n.º 3 do artigo 64.º da CRP):

- a. Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;*
- b. Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;*
- c. Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;*
- d. Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o SNS, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;*
- e. Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;*
- f. Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.*

Através do artigo 13.º da CRP e da alínea a) do n.º 1 da Base 2 da LBS percecionamos a importância da responsabilidade do Estado, da sociedade e das pessoas na garantia efetiva do direito fundamental à proteção da saúde, identificando-se como um propósito individual e coletivo, que deve perpassar todas as políticas e ramos de atividade da sociedade, devendo cumprir-se à luz dos princípios da igualdade, da não discriminação, da privacidade e da confidencialidade.

Ora, é o Sistema Nacional de Saúde (SNS) que permite a todos os cidadãos aceder aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição social, da sua situação económica ou da sua localização geográfica. E ao abrigo do disposto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, *o SNS é o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos, dirigido pelo Ministério da Saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde e que presta: a) Cuidados de saúde, nas vertentes de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; b) Serviços de saúde, instrumentais à prestação de cuidados de saúde.*

A LBS também consagra na sua Base 20 que o SNS pauta a sua atuação pelos seguintes princípios:

- a. Universalidade, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade;*
- b. Generalidade, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes;*

- c. *Tendencial gratuidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;*
- d. *Integração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede;*
- e. *Equidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis;*
- f. *Qualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa;*
- g. *Proximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde;*
- h. *Sustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis;*
- i. *Transparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS.*

Uma questão relevante e amplamente debatida é a tendencial gratuidade do SNS, significando que a prestação de cuidados de saúde não implica qualquer copagamento, sendo somente admissível a cobrança de valores em contextos muito específicos e previamente determinadas por lei, de que são exemplo paradigmático as taxas moderadoras.¹⁵

E quanto às taxas moderadoras, incumbe à Entidade Reguladora da Saúde (ERS)- que goza de poderes de regulação, regulamentação, supervisão, fiscalização e sancionatórios, na área da saúde, em Portugal- pronunciar-se sobre o montante das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados e zelar pelo seu cumprimento¹⁶.

De resto, a importância da telemedicina no contexto do SNS português não deixa dúvidas quando, na alínea a) do n.º 1 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprovou o Estatuto do SNS, dispõe *que os estabelecimentos e serviços do SNS desenvolvem respostas de proximidade às necessidades assistenciais, em todos os seus níveis de prestação, considerando objetivos de equidade, de eficiência e de qualidade e recorrendo à telessaúde e aos cuidados no domicílio, sempre que adequado.*

15 De acordo com o entendimento manifestado pelo Tribunal Constitucional, no seu Acórdão n.º 731/95, de 14 de dezembro - disponível em <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/19950731.html>. - a expressão *tendencialmente gratuito* não inverteu o princípio da gratuidade, mas abriu a possibilidade de existirem exceções àquele princípio, nomeadamente quando o objetivo seja o de racionalizar a procura de cuidados de saúde (por exemplo, através da aplicação de taxas moderadoras). O Tribunal Constitucional teve oportunidade de interpretar o conceito e o sentido que foi atribuído à expressão “*tendencialmente gratuito*”, introduzida na alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da CRP, na revisão constitucional de 1989, a pretexto da apreciação da constitucionalidade de algumas normas da anterior LBS.

16 *Vide* artigo 1.º e alínea e) do artigo 15.º dos Estatutos da Entidade Reguladora da Saúde, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

Não se pode olvidar que a emergência da pandemia de COVID-19 determinou uma substituição de consultas hospitalares presenciais, no SNS, por teleconsultas. Efetivamente, conseguimos desde já antecipar, que dados os atributos conferidos a esta forma de prestação de serviços de saúde, não seja um fenómeno apenas temporário o seu acentuado crescimento.

No mais, ressalvando a utilização de teleconsultas somente em situações que cumpram critérios clínicos para tal, de acordo com a perspectiva dos prestadores de cuidados de saúde hospitalares, o recurso à realização de teleconsultas, em complementaridade com as consultas presenciais, permite ampliar o nível de acesso das populações aos cuidados de saúde. Concretamente, em resposta a pedido de elementos da ERS, os prestadores mencionaram repetidamente que esta tipologia de consultas pode contribuir expressivamente para simplificar o acesso a cuidados de saúde, podendo permitir o acesso a especialidades indisponíveis na instituição ou a consultas de segunda opinião.¹⁷

Será fácil concluir que é imperativo promover-se uma efetiva governança digital no SNS, assim como, de forma mais abrangente, no sistema de saúde. Para alcançarmos este estágio, devemos ter em mente esta necessidade em todas as políticas a implementar, no futuro, junto de todos os atores envolvidos.

17 Cfr. ERS, *Prestação de serviços de telemedicina nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde*, 2022, pp. 24 ss.



3. Telessaúde

Concretizando o estabelecido *supra*, quando falamos em telessaúde, presumimos a existência de uma interação com o doente, cuidador ou representante legal, com um ou vários profissionais de saúde, podendo manifestar-se: em diferido/assíncrono, em contexto programado ou não programado, numa qualquer localização do utente, independentemente da instituição a que o profissional de saúde pertença.

A evolução natural da telessaúde é a já referida saúde digital, ou seja, tecnologia que permita a recolha independente de dados clínicos e que possibilite uma gestão remota e assíncrona do doente por parte dos profissionais de saúde.¹⁸

3.1. Os principais desafios

Há alguns preconceitos associados à telessaúde e à telemedicina que importa desmistificar. Sabemos que o desconhecido pode comportar receios, mas quanto mais depressa forem combatidos, mais célere será a sua eficaz implementação.

Em primeiro lugar, sugere-se, por vezes, que a telessaúde é difícil de implementar e requer muitos recursos. Ora, quase todos os profissionais de saúde, e a grande maioria dos doentes, possuem a tecnologia necessária, como um computador ou um *smartphone*, para realizar um ato de telemedicina. Para mais, uma teleconsulta não obriga necessariamente à ocorrência de vídeo ou acesso à internet, pois existem as teleconsultas áudio, complementadas por soluções de prescrição desmaterializada que apresentam alta capacidade resolutiva e são alternativas importantes para alcançar segmentos populacionais com menor destreza tecnológica, ou com menor acesso a tecnologia, por razões económicas ou geográficas.

Há quem aponte, em segundo lugar, o facto de os doentes darem preferência à fidelização ao seu médico habitual, em detrimento de contactos episódicos e pontuais. Todavia, para uma percentagem importante de doentes, a conveniência do acesso ao atendimento por um qualquer médico, acaba por sobrepor-se ao acesso ao seu médico habitual. Em muitas ocasiões, os doentes

¹⁸ Teresa Magalhães, *Transformação Digital em Saúde - Contributos para a mudança*, Almedina, 2021, cit., pp. 285 e 288.

querem somente o acesso a cuidados de saúde de qualidade, independentemente do prestador. Pensa-se, aliás, que esse comportamento é uma das razões que subjaz à crescente taxa de afluência aos serviços de urgência e a uma diminuição da afluência aos cuidados de saúde primários.

Outros indicam, em terceiro lugar, como desvantagem, não ser possível realizar um exame físico. No entanto, é de sublinhar a possibilidade de capacitação tecnológica com equipamentos clínicos digitais- ecógrafos, estetoscópios ou otoscópios digitais- que podem substituir passos específicos do exame físico. Além do mais, não devemos desconsiderar a informação passível de ser recolhida pela mera avaliação visual e respetiva partilha narrativa da história clínica. Outro aspeto relevante é a capacidade de envolver e capacitar os próprios doentes na autoavaliação física aquando da teleconsulta, existindo vários exemplos descritos de pequenos gestos e ensinamentos que, uma vez transmitidos aos doentes, permitem aumentar a acuidade diagnóstica da observação em teleconsulta.

Em quarto lugar, invoca-se uma aparente ineficácia das teleconsultas face às consultas presenciais. Porém, com frequência, mesmo presencialmente, o diagnóstico final só é possível após consultas subsequentes, exames laboratoriais, imagiológicos ou pedidos de informação especializada. E é exatamente o que acontece com a teleconsulta. Portanto, o que importa salvaguardar é a capacidade de o médico conseguir recolher as informações suficientes para a tomada de decisão clínica, assim como acautelar que a consulta corresponda às necessidades das pessoas, atendendo às alternativas disponíveis.

A ideia de que a telemedicina é pouco segura, também perpassa. Assim, em quinto lugar, abordamos um dos receios mais veiculados, associados à partilha de informação de índole pessoal, por via remota, com um profissional, e das possíveis fragilidades técnicas que existam e que podem permitir o acesso indevido a esse conteúdo, sobretudo se considerarmos que o *interface* do doente pode ser menos controlado do que um gabinete médico. Contudo, não podemos esquecer que a obrigação de reserva de confidencialidade e sigilo médico são exatamente as mesmas, seja numa consulta presencial ou numa consulta remota.¹⁹ Acresce que as plataformas de telessaúde são obrigadas a integrar sistemas de encriptação de acesso e de dados.

Por último, em sexto lugar, chegou a mencionar-se que não existe um modelo de pagamento que seja compatível com a telemedicina. Mas isto não podia estar mais longe da verdade, pois em Portugal, no decurso da pandemia de COVID-19, foram várias as entidades financeiras que definiram modelos de pagamento para teleconsultas.²⁰

Uma vez apresentados alguns mitos relativamente à telessaúde, e o seu subsequente esclarecimento, importa debruçarmo-nos sobre dois desafios que, pela sua relevância, nos parecem

19 O n.º 1 do artigo 94.º do Código Deontológico dos Médicos, aprovado pelo Regulamento nº 14/2009, de 13 de janeiro, refere que *A telemedicina deve respeitar a relação médico-doente, mantendo a confiança mútua, a independência de opinião do médico, a autonomia do doente e a confidencialidade.*

20 JE Hollander and Frank d. Sites, *The Transition from Reimagining to Recreating Health Care Is Now*, NEJM Catalyst, 2020.

as que merecem maior reflexão. Falamos da segurança dos dados e do acesso à tecnologia necessária para uma telessaúde bem-sucedidas.

A cada vez maior utilização de TIC na área da saúde levou a uma maior produção legislativa, com o escopo na sua implementação e regulação. Deste modo, no que concerne ao recurso a tecnologias de informação, no âmbito do SNS, encontramos desde logo respaldo na Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, que define o conceito de informação de saúde e de informação genética, estabelecendo-se a criação de bases de dados genéticas em formato informatizado, para prestação de cuidados de saúde e investigação de saúde. Já a Lei n.º 5/2012, de 23 de janeiro, regula os requisitos de tratamento de dados pessoais para constituição de ficheiros de âmbito nacional, contendo dados de saúde, com recurso a tecnologias de informação e no quadro do SNS. Crucial é também a Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, que estabelece normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, transpondo a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011. Esta Lei reforça a ideia da importância do intercâmbio de informação entre Estados-membros, através de uma rede de saúde em linha, integrada pelas autoridades nacionais competentes.

A LBS também reconhece de forma cabal as tecnologias de informação e comunicação em saúde. Contrastando com a anterior LBS, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, dispõe o n.º 1 da Base 16 da atual LBS que *O Estado deve promover a utilização eficiente das tecnologias de informação e comunicação no âmbito da saúde e da prestação de cuidados, tendo em atenção a necessidade da proteção dos dados pessoais, da informação de saúde e da cibersegurança*. E mais legislação pode ser invocada quanto a esta temática do desenvolvimento dos sistemas de informação. São disso exemplo a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, o Decreto-lei n.º 52/2020, de 8 de agosto e a Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, que estabeleceram o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), o Sistema Integrado de Gestão de Acesso (SIGA), a aplicação STAYAWAY COVID e o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), respetivamente.

Já apontando para o futuro, podemos ainda elencar os planos e as estratégias existentes com vista à dinamização da saúde digital. Se percorremos o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, o Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022 ou a Estratégia Portugal 2030, vemos espelhada a ideia de que *“A maior resiliência e qualidade do sistema de saúde está intimamente ligada à necessidade de fortalecer a capacidade da saúde pública, dotando os serviços e os seus profissionais, nos diversos níveis de intervenção (nacional, regional e local), dos meios técnicos, tecnológicos, de equipamento e de sistema de informação adequados”*.

A realidade atual do setor da saúde, quer em termos nacionais, quer internacionalmente, apresenta-se muito heterogénea. Pese embora se note uma grande evolução, até há relativamente pouco tempo, em alguns hospitais que integram o SNS, verificava-se a existência de comunicação de dados entre instituições por partilhas de rede, endereços eletrónicos e até por *fax*. Por isso, a tendência passa pela promoção de soluções digitais vinculadas a aplicati-

vos de saúde, combinados com um sistema que permita ao utente o acesso seguro aos seus próprios dados de saúde.

No mais, não devemos também perder de vista que as instituições de saúde são responsáveis pelas atividades de tratamento de dados que efetuam – não sendo necessária a autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) para muitas delas – e devem demonstrar práticas e políticas implementadas que garantam o cumprimento da legislação em vigor.²¹ Repare-se no potencial de danos que pode causar um acesso indevido a determinados dados de saúde, podendo levar a que os visados sejam alvo de discriminação no acesso ao crédito à habitação, a um seguro de saúde ou eventualmente num processo de recrutamento, independentemente da sua índole.²²

Deste modo, concluímos que os principais desafios passam por suprir necessidades ao nível de recursos, quer ao nível de TIC, quer no que diz respeito às infraestruturas e, bem assim, aos recursos humanos. Assim, e de modo a que a telessaúde seja implementada com vista a exponenciar a sua potencialidade, há iniciativas que podem facilitá-la, tais como: planeamento rigoroso e clínica focada na transformação digital, tecnologia traçada para ser interoperável entre os contextos organizacionais e sociais, envolvimento dos profissionais em todo o processo de implementação associada a formação contínua correspondente, e uma prática reiterada de avaliação e partilha de informação com vista à transparência e difusão de boas-práticas.

3.2. A sua implementação

Crê-se que a aplicação de TIC, no âmbito da saúde, tenha sido encetada no início do século XX com Willem Einthoven, agraciado com o prémio nobel da medicina, que desenvolveu experiências de consulta remota através da rede telefónica, testando por essa via a transmissão de eletrocardiogramas. A partir daí, foram inúmeras as iniciativas desta índole, com a guerra a demonstrar-se uma grande alavanca para a telemedicina, dada a distância *inter partes* que a mesma acarreta.

Já em Portugal, as primeiras experiências relatadas de telessaúde datam de 1998, em Coimbra, com teleconsultas na área da cardiologia pediátrica, e no Alentejo, com uma rede de telemedicina entre os cuidados de saúde primários e hospitalares. Efetivamente, desde 2001 que foram constituídos grupos de trabalho²³ para o estudo e implementação da telemedicina, dos quais saíram várias recomendações, que comprovam a sua importância, mormente na promoção do acesso e da equidade, na saúde, no nosso país.

21 Vide n.º 2 do artigo 5.º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD).

22 Teresa Magalhães, *Transformação Digital em Saúde - Contributos para a mudança*, Almedina, 2021, .pp. 147 ss.

23 Podem ser contabilizados quatro grupos de trabalho, sobre esta matéria, constituídos em 2001, 2005, 2007 e 2021, respetivamente. Em 2013, o grupo de trabalho da telemedicina foi integrado na Comissão de Acompanhamento da Informatização Clínica, desenvolvendo a sua atividade no seio desta comissão, que funciona no âmbito dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). O grupo desenvolveu no âmbito dos seus trabalhos, um Plano Nacional da Telemedicina e um Plano Operacional de Telemedicina, tendo procedido à definição de um quadro regulamentar para estimular a telemedicina, assim como a definição das prioridades em Portugal. Mais desenvolvimentos em <https://www.cnts.min-saude.pt/2017/03/28/211/>.

3.2.1. Do ponto de vista internacional

Para a generalidade dos países que integram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), antes da pandemia de COVID-19 já existiam serviços de telessaúde e telemedicina, embora os mesmos representassem uma ínfima parcela no cômputo da prestação de cuidados de saúde e fosse heterogénea a forma como, em cada um desses países, se manifestavam. Todavia, tudo acelerou no que concerne à implementação destes serviços, dado que foi sentida por todos a necessidade de contornar os constrangimentos inerentes ao confinamento, visando garantir a continuidade dos cuidados de saúde por via digital.

Deste modo, em países em que já era bastante disseminada a telessaúde, como nos Estados Unidos da América e em França, suprimiram-se algumas limitações ainda existentes, como a necessidade de contacto presencial prévio entre médico e doente, facilitando-se o acesso a estes serviços. Naqueles países que apresentavam carestia de legislação sobre esta matéria, como a Bélgica e a Chéquia, foram rapidamente aprovadas normas que disponham sobre a permissão do uso de tecnologia de informação e comunicação para a prestação de cuidados de saúde, com vista às teleconsultas, receitas médicas eletrónicas e certificados eletrónicos de baixa médica.

E os números, de facto, não enganam. Na primavera de 2020, entre 27% e 77% de todas as consultas de ambulatório nos Estados Unidos da América, no Canadá, em França e na Austrália, foram teleconsultas. No verão desse mesmo ano 2020, em média, na União Europeia, perto de um terço da população adulta tinha tido uma teleconsulta desde o início da pandemia, número que subiu para 40% na primavera seguinte, em 2021. Portugal ainda apresentava números mais aliantes desse ponto de vista, com 34% e 44% dos adultos a relatarem terem tido uma teleconsulta desde o início da pandemia, no verão de 2020 e na primavera de 2021, respetivamente.

Neste sentido, o vírus SARS-CoV-2 foi responsável por colocar governos, cidadãos e profissionais de saúde a cogitar sobre telessaúde. E nessa senda, verificaram-se avanços relevantes ao nível legislativo, regulamentar, de sistema de pagamento de serviços de saúde à distância e até progressos na própria aceitação por parte da sociedade. Esta aceitação, aliás, advém do facto de a pandemia ter posto a descoberto que os cuidados de saúde remotos são seguros e podem tornar um primeiro contacto com o sistema de saúde eficaz. Em paralelo, também se vislumbraram os seus limites quanto a certos exames de diagnóstico e a alguns tratamentos, assim como se percebeu que a telessaúde é maioritariamente utilizada por uma população mais jovem, urbana e com menor morbilidade. Com celeridade também se percebeu que existem problemáticas relacionadas com a governação dos dados de saúde, a literacia digital e o acesso à banda larga, que são tudo menos despiciendas, no caso concreto. Também não há certezas sobre o pagamento mais adequado a estes serviços à distância.

Em suma, podemos aferir que ainda não se encontra totalmente explorado o potencial da telessaúde, mas há evidência de que se mostra útil nas áreas de saúde materna e infantil, assim como na triagem e urgência, o que acompanha a progressiva globalização da saúde, dando a possibilidade de comunicar em qualquer local e contribuir para a prestação de melhores cuida-

dos em qualquer fase da vida das pessoas.²⁴ E esta visão global de saúde, e centrada no utente, é salutar, se pensarmos que no contexto internacional pode estender-se a outros especialistas que têm a possibilidade de apoiar na tomada de decisão para o tratamento de várias doenças.

E não nos referimos apenas ao turismo de saúde²⁵, que fortemente apoiado na telessaúde, permite que o utente possa ser intervencionado em determinado local e posteriormente regressar a sua casa, mantendo-se em contacto com os profissionais de saúde que, remotamente, o vão acompanhando. Sobretudo a telemedicina, está a revolucionar a forma como geograficamente a saúde se organiza, já que a mesma se torna determinante em cenários como os de guerra ou de surto de determinada doença.

Recordemos que já em 2004, com o primeiro *e-Health Action Plan*, a Comissão Europeia manifestou ter enorme confiança nos possíveis benefícios dos novos serviços de cuidado à distância. O referido plano estipulava, assim, três orientações primordiais: o alívio da carga financeira que pesa sobre os sistemas públicos de saúde dos Estados-membros da UE, dado o constante incremento de patologias crónico-degenerativas; a promoção e a mobilidade dos doentes, garantindo assistência aos cidadãos que se encontrassem num outro país da UE, ou que quisessem deslocar-se a fim de usufruir de uma prestação de saúde; e o aproveitamento de possibilidades de inovação tecnológica para estimular o desenvolvimento económico na área da UE.

Já no Brasil, a telemedicina era pouco generalizada uma vez que enfrentava várias barreiras legais. A rigidez do Código de Ética Médica foi travada pela lei n.º 13.989, de 15 de abril de 2020, que autorizou o uso da telemedicina enquanto durar a crise ocasionada pelo SARS-CoV-2. E foi esta flexibilização temporária na legislação que deu mote a que as teleconsultas – uma das modalidades de telessaúde – fosse alvo de enorme impulso e se disseminasse velozmente pelo país.²⁶

Em África, fatores como a cultura religiosa e alguma carência de escolarização influenciam o sistema de saúde. Deste modo, a telemedicina apresenta-se como escassa e pobre em infraestruturas.

Na Ásia, foram identificados programas nacionais de telessaúde na Índia, Bangladesh, Malásia, Maldivas, Sri Lanka e Indonésia, que se encontram em diferentes estágios de implementação, mas que aperfeiçoaram a atenção que é atribuída à saúde. Na Malásia, o Ministério da Saúde incorporou a telessaúde na política nacional desde 1990, seguindo a tendência de vários países, em resposta aos elevados custos em saúde. No Japão, a telemedicina é bastante

24 Vide <https://www.cnts.min-saude.pt/category/telessaude/no-mundo/?lang=pt>.

25 O turismo de saúde, na sua vertente de turismo médico, entende-se como a vertente exclusivamente relacionada com a deslocação para fora da área de residência habitual, com a motivação primária de beneficiar de cuidados médicos de diagnóstico ou terapêuticos. Existe, aliás, o Portal *Medical Tourism in Portugal* que pretende veicular o nosso país como referência para o turismo médico, refletindo a parceria entre prestadores hospitalares privados, entidades públicas que apoiam o turismo e o investimento em Portugal, e uma empresa sem fins lucrativos do setor da saúde. Este portal sublinha o sistema de saúde de alta qualidade, as infraestruturas e equipamentos modernos, e a qualidade dos profissionais de saúde como pontos fortes da saúde, em Portugal, capazes de atrair interessados.

26 Teresa Magalhães, *Transformação Digital em Saúde - Contributos para a mudança*, Almedina, 2021, .pp. 339 ss.

usada para acompanhar doentes, que, encontrando-se nos seus domicílios, utilizam oxigénio, apresentando doenças crónicas e incuráveis. A telessaúde é, como tantas vezes, utilizada como complemento ao tratamento convencional.²⁷

Revelador é o Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde (PENTS) 2019-2022²⁸ quanto ao facto de os serviços prestados na área da saúde por via de soluções inovadoras baseadas nas TIC ser, hoje, uma estratégia clara de eSaúde nos países desenvolvidos. Neste Plano podemos verificar que foram identificadas as principais medidas e iniciativas que melhor se aplicam à realidade portuguesa, uma vez recolhidas as boas práticas adotadas em cinco países- Finlândia, Suécia, Holanda, Dinamarca e Reino Unido- com alto grau de maturidade do mercado e com um sistema nacional de saúde parecido com o de Portugal, com foco nas variáveis universalidade e modelo de financiamento.

Assim, podemos retirar deste exercício comparativo algumas conclusões para um conjunto de desafios que passam pelo modelo de governo, os recursos humanos, a tecnologia, a acessibilidade, a qualidade, o financiamento do SNS²⁹ e a regulamentação.

No que tange ao papel importante que a governação apresenta no sistema de saúde, estes países apontam como crucial a parceria entre o setor público e o privado, o envolvimento dos profissionais de saúde no desenvolvimento dos sistemas e modelos operacionais de telessaúde, assim como a existência de uma coordenação e acompanhamento constantes durante a aplicação da estratégia.

Também se indica neste estudo, que a gestão dos recursos humanos num sistema de saúde é absolutamente nuclear. Para tal, a literacia digital é condição *sine qua non* e a existência de formações tecnológicas, tanto a profissionais, como a cidadãos, apresenta-se como essencial. Aliás, o incentivo aos cidadãos quanto à utilização de alternativas digitais deve vir acompanhado por maior responsabilidade e controlo em saúde, e por isso se fala em *empowerment* do cidadão.

A importância da adaptabilidade dos sistemas de saúde às novas tecnologias e a interoperabilidade de sistemas é naturalmente mencionada como relevante. Por isso, as principais iniciativas internacionais consubstanciam-se na uniformização de sistemas de informação, na implementação do *Electronic Health Record* (EHR) de modo personalizado, na segurança e privacidade da informação de saúde, e na criação de *eServices* para os cidadãos.

Já a promoção de soluções que promovam a acessibilidade e a equidade podem ser alcançadas através da disponibilização de sistemas de videoconferência para profissionais de saúde

27 Mais desenvolvimentos em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385855/>.

28 Cfr. Serviços Partilhados do Ministério da saúde, E.P.E., *Plano estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022*, pp. 61 ss.

29 Sobre o financiamento do SNS, ressaltam-se as ideias de Nazaré Costa Cabral, como a criação de um “seguro social para dar cobertura a cuidados de saúde”, tal como sucede com o “seguro de doença que, no sistema de segurança social, assegura a cobertura do risco incapacidade temporária para o trabalho.” e a reconfiguração do sistema. As mesmas podem ser encontradas em <https://eco.sapo.pt/especiais/o-servico-nacional-de-saude-no-seu-labirinto-breve-contributo-para-a-discussao/>.

e cidadãos. Os diversos países sublinham ainda a utilização de soluções de telemonitorização, telereabilitação, criação de *contact center* para aconselhamento em saúde e plataformas de prescrição eletrónica.

No que toca à qualidade do sistema de saúde, a avaliação – através de indicadores e métricas – e a monitorização do sistema de saúde emergiram como imprescindíveis. E porque um sistema de saúde pressupõe a existência de financiamento e sustentabilidade a longo prazo, devem disponibilizar-se *guidelines* de inovação e progresso na telessaúde, bem como a extinção total do uso de papel foi também destacada.

Por fim, a regulamentação é um tema aportado pelos países focados na integração de serviços eSaúde, com o propósito de criar um quadro normativo e de proteção, sólido e coerente. Referências incontornáveis, neste âmbito, são a normalização dos conceitos, termos e estruturas para facilitar a comunicação em saúde e a adoção do modelo *opt out* (presume a inclusão salvo disposição em contrário) quanto ao registo clínico digital.

Concluimos que a telessaúde é utilizada, nos vários continentes, como política pública, existindo, no entanto, variações em relação à fase da sua implantação. As principais diferenças verificadas nos diferentes países prendem-se com a infraestrutura existente, o financiamento adjudicado e o posicionamento do Estado face ao papel da telessaúde.

3.2.2 Do ponto de vista nacional

O interesse pela telemedicina em Portugal resplandecia, em 1999, quando foi criada a Comissão de Acompanhamento da Iniciativa Estratégica para o Desenvolvimento da Telemedicina (CIEDT).

Entretanto, os anos foram passando, com iniciativas de relevo- como a criação da Linha Saúde 24, em 2007, e os Grupos de Trabalho mencionados *supra* - até à criação do Centro Nacional de TeleSaúde, (CNTS), pela Resolução do Conselho de Ministros nº 67/2016, de 26 de outubro, através do qual se pretende reforçar a estratégia nacional para a promoção da Telessaúde e promover a inovação e utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação, como parte integrante de processos de reforma dos cuidados de saúde, com vista a alcançar um nível mais elevado de articulação, integração e melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O CNTS integra a SPMS- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS), que organiza e administra a sua atividade, em articulação com a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., a Direção-Geral da Saúde e as Administrações Regionais de Saúde.

Sabemos que a ausência de uniformização internacional e nacional, quanto à telessaúde, traz impactos negativos e que a mesma vem acompanhada da necessidade de uma estabilização com múltiplos objetivos, tais como: estabilização de conceitos ainda emergentes na opinião pública, comunicação facilitada no seio do ecossistema da saúde, estruturação e classificação de informação em saúde, recolha de dados e cálculo de indicadores simplificado, contabilização adequada de produção em telessaúde, sistematização de informação sobre a realidade nacional de serviços de telessaúde e a própria gestão de expectativas sobre o potencial da telessaúde.

Também não devemos olvidar o conjunto alargado de entidades e de áreas que a implementação da telessáude envolve. Desde a sua estratégia, que podemos encontrar no PENTS 2019-2022, passando pela Administração Central dos Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), que trata também da contratualização e financiamento, pela Direção-Geral de Saúde que atua ao nível do planeamento e de organização, pela SPMS que tem nas suas atribuições o funcionamento do Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde (CCSNS) e do (CNTS) assim como assegura a atividade e a gestão do Centro de Controlo e Monitorização do SNS (CCMSNS), no âmbito dos serviços partilhados de conferência de faturas de medicamentos, de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e de outras áreas de prestações de saúde.

Não é despidendo sublinhar o relevante papel das várias entidades prestadoras de cuidados, das ordens e associações profissionais, das associações de doentes e, no que diz respeito à I&D, a academia, a indústria, as empresas privadas e as startups. Veja-se, ainda, a pertinência atribuída à telessáude, plasmada na Lei das Grandes Opções para 2023-2026, aprovada pela Lei n.º 38/2023, de 2 de agosto, onde se pode ler a importância de *“Fomentar a utilização da telessáude como resposta de proximidade às necessidades dos cidadãos, criar um Centro Nacional de Telemedicina e uma rede nacional de telemedicina bem como promover a utilização do Centro de Contacto SNS 24 como porta de entrada e referência no SNS.”*

É possível aportar os conceitos de telessáude por especialidade clínica (v.g. telecardiologia, telenefrologia, telepediatria), por área profissional (v.g. telemedicina, telefarmácia, telepsicologia, tele-enfermagem) ou por tipo de serviço (v.g. teleconsulta, telemotorização, telediagnóstico, teletriagem). Deste modo, importa destacar um conjunto de serviços que direcionam o tipo de atividade de prestação de cuidados.

Começamos pelo telerrastreio, que mais não é do que o rastreio à distância, para deteção de fatores de risco, condição prejudicial ou doença assintomática, realizado por iniciativa do cidadão ou do sistema. Já a teletriagem passa pela triagem à distância, para avaliação preliminar de sinais, problemas ou sintomas, permitindo orientar o cidadão para o cuidado de saúde adequado, que pode ser emergente, urgente ou não urgente.

A teleconsulta, ou consulta à distância, permite a interação e partilha de informação, com registo obrigatório no processo clínico do cidadão. Pode ocorrer de forma síncrona, isto é, em direto, ou assíncrona, o mesmo significando em diferido. Também fará sentido abordar a telemonitorização e a telerreabilitação. A primeira consubstancia-se na monitorização à distância, existindo recolha, transmissão e análise da informação de saúde, como sintomas ou parâmetros biométricos do cidadão, que permitem a vigilância e acompanhamento da saúde do cidadão. A segunda refere-se à reabilitação à distância, que permite a execução, a adaptação e a monitorização de medidas de reacquirição de funcionalidade e recuperação, com ou sem recurso a instrumentos específicos de reabilitação. Por fim, o telediagnóstico aplica-se à formulação de diagnóstico à distância, com base na análise e avaliação de exames clínicos previamente realizados e obtidos junto do cidadão, tais como a imagiologia ou patologia clínica.³⁰

30 Teresa Magalhães, *Transformação Digital em Saúde - Contributos para a mudança*, Almedina, 2021, p. 284.

Concentrar-nos-emos, de seguida, em casos concretos de sucesso, no âmbito da telessaúde em Portugal, tal como a prestação de cuidados de saúde à população reclusa³¹.

Efetivamente, a saúde é um direito humano e, por isso mesmo, não termina com a privação de liberdade. Aliás o tema da saúde prisional é encarado com muita seriedade, o que levou à assinatura de um protocolo³² entre a SPMS e a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) com o objetivo de tornar mais eficaz e personalizado o acompanhamento do estado de saúde dos reclusos nos estabelecimentos prisionais portugueses.

Assim, os profissionais de saúde que trabalham nos estabelecimentos prisionais conseguem aceder aos sistemas informáticos do SNS, passando a ter conhecimento dos antecedentes clínicos dos reclusos, o que lhes permitirá ter acesso a mais informações e, com isso, a acompanhar o estado de saúde do recluso (desde a admissão no estabelecimento prisional), permitindo dar continuidade a eventuais tratamentos que estivesse a receber quando estava em liberdade e, posteriormente, poder manter os tratamentos e a medicação iniciada em meio prisional, uma vez fora desse meio.

Repare-se ainda que, para alguns reclusos, o contacto na prisão com um enfermeiro ou com um médico é o primeiro contacto formal com uma resposta de saúde, o que pode contribuir para a tão pretendida literacia, mudança de comportamento ou acesso a tratamento que a toda a comunidade beneficia.

O mencionado acompanhamento em meio prisional tem por base as tecnologias desenvolvidas pela SPMS, mormente através da telemedicina, da Prescrição Eletrónica Médica (PEM), do Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários (SINUS), do Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO) e do SClínico Hospitalar, que é o sistema onde são registados todos os episódios clínicos. A teleconsulta programada em tempo real entre os estabelecimentos prisionais e os cuidados de saúde hospitalares passou, deste modo, a ser bastante utilizada nesta esfera.

Com este acordo, dá-se a possibilidade aos reclusos de terem acesso a um acompanhamento de saúde mais próximo, diminuindo o risco de contração de doenças com maior probabilidade de propagação em ambiente fechado, como é apanágio das prisões. Também se evitam várias saídas dos estabelecimentos prisionais, permitindo libertar recursos humanos e infraestruturas para as demais diligências, contribuindo para uma melhoria significativa nas atuais condições de trabalho nas prisões.

É crucial, portanto, um modelo de interoperabilidade e extração de dados que nos permita ter uma maior perceção sobre a realidade epidemiológica nas prisões, permitindo-nos atuar cirurgicamente.

31 Interessantes são os dados que podem ser retirados do Relatório da OMS sobre a saúde nas prisões europeias, de 2022: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365977/9789289058674-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

32 Para análise mais aprofundada *vide* https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/12/Minist%C3%A9rio-da-Justi%C3%A7a_Protocolo-EntrRe-a-Dire%C3%A7%C3%A3o-Geral-de-Reinser%C3%A7%C3%A3o-e-Serv-Prisionais-e-a-SPMS.pdf

Voltemos à imprescindibilidade da transformação digital. Isto porque historicamente os cuidados de saúde dependem de recursos humanos escassos, cuja formação é dispendiosa e complexa, o que nos leva para a já conhecida assimetria no acesso e qualidade dos serviços prestados. E este desafio não é ultrapassado apenas com utilização de mais tecnologia, as mais das vezes onerosas, que podem aumentar a qualidade dos cuidados prestados, sem ganhos de eficiência concretos, e chegando mesmo a incrementar as referidas assimetrias.

O que se pretende é a garantia da sustentabilidade de cuidados de saúde de qualidade, com a aplicação de soluções que aumentem a pegada terapêutica dos profissionais de saúde, isto é, almeja-se um efeito multiplicador. Aliás, se a transformação digital for aportada em inteligência artificial (IA)³³, com o escopo de facilitar a análise de informação clínica e decisão terapêutica, isso permitirá democratizar o acesso a melhores cuidados de saúde.

Caminhamos, portanto, no sentido da saúde digital, rumo ao momento em que a tecnologia permita uma recolha de dados clínicos independente e possibilite uma gestão distanciada e assíncrona do doente por parte dos profissionais de saúde. Um exemplo bem-sucedido, neste âmbito, já foi um projeto piloto no SNS, envolvendo o Hospital Distrital de Leiria e a empresa tecnológica *SWORD Health*, no qual se visou assegurar o acesso a cuidados de fisioterapia a doentes com patologia musculoesquelética crónica que viviam em áreas geográficas sem capacidade de resposta. Através de uma plataforma digital, todo o processo de reabilitação foi remotamente monitorizado pela equipa clínica sendo que bastou aos doentes disporem de um *tablet* e de uns sensores de movimento. O *feedback* em tempo real sobre os movimentos executados foi a chave para o elevado índice de adesão e de satisfação destes utentes.

Outro modelo interessante nesta área prende-se com a telemonitorização da insuficiência cardíaca, que apresenta uma melhoria da qualidade assistencial e da efetividade na gestão dos recursos financeiros. Esta telemonitorização possibilita o acompanhamento clínico do doente em sua casa, através da medição de diversos biossinais, mormente a pressão arterial e o peso. Neste sentido, consegue detetar-se precocemente uma eventual descompensação clínica, averiguar o fator desencadeante, direcionar a terapêutica em ambulatório e acautelar uma hospitalização. A monitorização personalizada 24 horas por dia apresenta ótimos resultados, como sejam a diminuição da taxa de hospitalizações e de mortalidade, quando comparada com o habitual tratamento concedido a doentes com insuficiência cardíaca.

Facilmente conseguimos concluir que a implementação de sistemas de telemonitorização que melhorem o controlo dos doentes crónicos em ambulatório é necessária, tanto mais que permite, simultaneamente, melhorar a saúde das populações, ao diminuir a afluência às urgên-

33 Seguindo o Parlamento Europeu, a inteligência artificial é a capacidade que uma máquina tem para reproduzir competências semelhantes às humanas como é o caso do raciocínio, a aprendizagem, o planeamento e a criatividade. A IA permite que os sistemas técnicos percebam o ambiente que os rodeia, lidem com o que percebem e resolvam problemas, agindo no sentido de alcançar um objetivo específico. O computador recebe dados (já preparados ou recolhidos através dos seus próprios sensores, por exemplo, com o uso de uma câmara), processa-os e responde. Os sistemas de IA são capazes de adaptar o seu comportamento, até certo ponto, através de uma análise dos efeitos das ações anteriores e de um trabalho autónomo. Para mais desenvolvimentos, consultar <https://www.europarl.europa.eu/news/pt/headlines/society/20200827STO85804/o-que-e-a-inteligencia-artificial-e-como-funciona>.

cias e os internamentos dos doentes monitorizados, ao mesmo tempo que se controla a despesa em saúde, pois isto levará a que se consumam menos recursos. Claro que a implementação destes sistemas de telemonitorização, para ser eficaz, carece de ferramentas inteligentes que permitam uma utilização em larga escala. Num futuro que nos parece ser não muito longínquo, espera-se que os dados gerados pelo processo de telemonitorização possam ainda levar à criação de redes neurais que consigam antecipar o risco de eventos hostis em cada doente. E isto será absolutamente revolucionário, salvando doentes e o próprio SNS.

Não seria justo terminar o rol de exemplos paradigmáticos desta índole, sem referenciar o Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde – SNS24, que foi inaugurada em 2017 e disponibiliza ao cidadão, de forma integrada e através de um ponto de contacto único e omnicanal, vários serviços digitais e telefónicos que simplificam o acesso ao SNS, agilizando a sua utilização e promovendo a sua equidade. A pandemia de COVID-19 foi o maior desafio vivenciado pelo SNS24, que muito diligentemente conseguiu adaptar-se à brutal procura que se verificou. É, pois, hodiernamente, o maior serviço de telessaúde em Portugal, assumindo-se como porta de entrada para o SNS e elo de integração de cuidados de saúde.³⁴

3.3. Uma perspetiva de futuro

A saúde constitui-se uma evidente beneficiária da tecnologia, uma vez aplicada aos seus habituais procedimentos.

A IA pode substituir os seres humanos no exercício de algumas tarefas, mas não conseguirá substituir plenamente os prestadores de cuidados de saúde. Prevê-se, com algum grau de convicção, que a IA terá lugar em quase todos os atos médicos. Cumpre, todavia, definir as *leges artis* aplicáveis à medicina assistida por IA, não só para torná-la mais eficiente, mas também para salvaguardar a segurança do doente, evitando ainda eventuais situações de responsabilidade civil médica³⁵.

Num futuro próximo - e já começam a sentir-se mudanças- será possível termos *smartphones* que avisam o risco de padecer de um ataque cardíaco nas horas seguintes; sistemas cirúrgicos que nos permitem estar num bloco operatório num determinado país e a ser operado por um médico que se encontra, nesse momento, a vários de quilómetros de distância, ou um computador tão avançado que nos consegue diagnosticar em segundos uma doença que os médicos poderiam demorar semanas a decodificar.

E de facto, se pensarmos que uma pessoa gera dezenas de terabytes de informações sobre a sua saúde durante a vida, mas a maioria não é armazenada, percebemos que a saúde digital nos pode auxiliar bastante.

34 Teresa Magalhães, *Transformação Digital em Saúde - Contributos para a mudança*, Almedina, 2021, pp. 287 ss.

35 Sobre este tema vide <https://cej.justica.gov.pt/LinkClick.aspx?fileticket=CPW6VbiuEJl%3D&portalid=30> e https://www.stj.pt/wp-content/uploads/2022/03/responsabilidade_-_por_ato_medico.pdf.

No horizonte, vislumbramos que só os casos mais graves serão tratados nos hospitais, o que permitirá gerir os profissionais de saúde de forma mais eficiente, baixar custos e diminuir as infeções hospitalares³⁶ que em Portugal são responsáveis por várias mortes, diariamente, e que segundo a Organização Mundial de Saúde atingem 14 % dos doentes que permanecem nos hospitais. Neste sentido, os internamentos em casa serão mais frequentes – e já há destas experiências em Portugal, como é o caso do Hospital Garcia de Orta – e podem estender-se inclusivamente aos lares. Os protocolos feitos entre os utentes e o hospital preveem que os enfermeiros possam deslocar-se algumas vezes, ao longo do dia, à residência onde se encontra a pessoa internada. Ao mesmo tempo, os parâmetros fisiológicos do doente são constantemente medidos e por isso os dados do doente ficam ligados a uma central, onde os profissionais de saúde podem ir controlando à distância, a temperatura, a pulsação e a tensão.

A juntar-se às linhas de apoio telefónico, consultas virtuais e prescrições eletrónicas, também começam a surgir exames médicos que podem ser feitos a partir de casa, como aparelhos específicos que permitem aos pais fazer filmes do ouvido dos filhos, enviarem-nos para o médico e conseguirem um diagnóstico e respetivo tratamento em pouco tempo, evitando a ida ao hospital. Ou aplicações destinadas à saúde mental que permitem que os médicos detetem episódios maníaco-depressivos, à distância, dos seus doentes.

Uma coisa é certa, urge provocar o debate em sociedade sobre o futuro que almejamos, pois no panorama da digitalização, isso envolverá opções e equilíbrios, nem sempre fáceis de alcançar. A ignorância que vem acoplada às novidades, sobretudo as de forte pendor técnico, o comodismo associado à tentativa de alteração do estabelecido e a ameaça permanente ao núcleo essencial dos nossos direitos fundamentais, faz-nos pensar naquilo que cada um de nós está eventualmente disposto a renunciar em prol da comunidade. Todos estes aspetos vieram com a tecnologia digital e com a sua parca regulação.

Refletamos, mesmo que por instantes, na índole transfronteiriça da internet, que levanta questões de competência territorial, ou na digitalização de tudo, para rapidamente percebermos que não há nada que façamos que não possa ser rastreado.

A nossa liberdade estará comprometida?

36 Um estudo observacional de base populacional, cujos dados foram cedidos pela Administração Central do Sistema de Saúde, estudou os episódios de internamento em hospitais públicos portugueses, no período de 1 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2017, referentes a 46 hospitais portugueses. Foram calculadas as taxas de prevalência e a letalidade, assim como modelos de regressão logística. A taxa de prevalência média anual obtida foi de 9,21%, superior ao valor obtido, 6,1%, para a União Europeia, em 2012. Verificou-se uma grande variabilidade na taxa de prevalência por hospital, com a maioria a apresentar valores superiores à média da UE. Os valores mais elevados da taxa de prevalência foram observados na região Centro e Alentejo. Na taxa de letalidade, mais de 95% dos hospitais apresentou um valor superior a 11%. Concluiu-se que ajustando para características individuais, a variabilidade entre hospitais, apesar de diminuir, não desapareceu. Verificou-se a existência de 24 hospitais com um risco acrescido de mortalidade em relação ao hospital referência. As potenciais causas poderão passar pela dimensão do hospital, anos e materiais de construção, número de internamentos, rotatividade e idade dos profissionais de saúde, deficiente qualidade do ar interior, dimensão das vias de circulação, falhas nas boas práticas e procedimentos de segurança, incorreta higienização e desinfeção das instalações, avanços da tecnologia, aumento dos procedimentos invasivos e resistência a antibióticos.

E as empresas privadas que através de políticas internas, algoritmos e termos de serviço acabam por gerir imensas dimensões da nossa vida, com a nossa convivência (mesmo que inconsciente), esbarrando no gozo e exercício de certos direitos fundamentais? Sabemos que também é responsabilidade das empresas a garantia do respeito pelos direitos humanos. Todavia, existem vários modelos de negócio que parecem não ter este dever em linha de conta.

Ora - há que sublinhar - o quadro legal vigente é insuficiente para conferir certeza jurídica a muitas questões que naturalmente vão surgindo, como as relacionadas com a proteção do sigilo médico ou o consentimento informado³⁷. E várias perguntas acabam por emergir: Será que o médico deve ou é obrigado a informar o doente de que o diagnóstico foi feito por um sistema de apoio à decisão que opera por meio de IA? Que mais deve constar da informação a prestar ao doente? Estará o médico obrigado a seguir a recomendação da IA no diagnóstico ou na opção terapêutica? Quando pode o médico discordar da IA? Será que o uso da IA quebra o vínculo de confiança que deve sempre existir entre médico e doente?

À escassez de normas existentes quanto a esta temática, junta-se uma jurisprudência embrionária e uma doutrina dividida, o que pode levar a legítimos receios dos profissionais de saúde, quanto à sua implementação. O desafio será, pois, que os médicos não se sintam com isso desanimados, perdendo-se uma oportunidade colossal de apostar na progressão da IA na medicina.³⁸

Não podemos esquecer, porém, o já mencionado *supra*, pois a migração para o ambiente digital, se por um lado se apresenta como uma porta para indubitáveis vantagens, por outro é tal-qualmente o epicentro de riscos cumulados para os direitos fundamentais dos doentes, sobretudo quanto a matérias de grande sensibilidade como a proteção dos dados pessoais e a privacidade. E estas duas matérias não podem ser rotuladas de mero custo de transação³⁹ do desenvolvimento da economia digital, tanto mais que já se vislumbrou que o futuro da saúde

37 Cfr. ERS - <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/> - *Entende-se por consentimento informado a autorização esclarecida prestada pelo utente antes da submissão a qualquer cuidado de saúde, incluindo, entre outros, atos médicos, realização de exames, participação em investigação ou ensaio clínico. Esta autorização pressupõe uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, razão e resultado esperado da intervenção consentida. Em regra, qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ter lugar após prestação do consentimento livre e esclarecido pelo destinatário da mesma. Ou seja, o utente deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo, natureza da intervenção, consequências, riscos e alternativas.*

38 Acompanhando Vera Lúcia Raposo em *Explorando a IA na Medicina: Responsabilidade e Ética*. Disponível em <https://saudeonline.pt/explorando-a-ia-na-medicina-responsabilidade-e-etica/>.

39 Acompanhando Fernando Araújo em *Introdução à Economia*, 3ª edição, Almedina, p. 553. *“custos de transação” são todos aqueles em que se incorre na troca de utilidades e na afetação comutativa de recursos, quando se busca uma contraparte, se negocia com ela, se preveem e supervisionam as contingências do cumprimento, etc. -sendo que se podem subsumir a essa categoria mais geral, entre tantos outros, os custos de busca de oportunidades de troca, os custos de determinação dos preços relevantes e de identificação das partes interessadas, os custos de negociação, os custos de definição dos direitos em jogo, os custos de elaboração e de cumprimento dos contratos, os custos de coordenação nos processos de decisão coletiva, os custos de motivação na aplicação de tempo escasso a prossecução de interesses.*

passa em grande parte pela nuvem⁴⁰, que pode ser pública, privada, híbrida ou comunitária⁴¹. Ao invés, é crucial asseverar que estes direitos fundamentais são respeitados quanto ao controlo de acesso, à autenticidade, à integridade, à confidencialidade, à interoperabilidade e à segurança dos dados e das comunicações.⁴²

A importância da avaliação do impacto de direitos humanos emerge também do acordo político alcançado em dezembro de 2023, entre o Parlamento Europeu e o Conselho, sobre a proposta de regras harmonizadas em matéria de IA. As novas regras, que se baseiam numa definição de inteligência artificial direcionada para o futuro, serão aplicadas diretamente e da mesma forma em todos os Estados-Membros, de acordo com uma abordagem baseada nos riscos, que pode ser mínimo, elevado, inaceitável ou risco específico em matéria de transparência. As empresas que incumpram as regras vão ser multadas.

Quanto ao risco inaceitável, é relevante mencionar que serão proibidos os sistemas de inteligência artificial que constituam uma ameaça clara aos direitos fundamentais das pessoas, tais como sistemas e aplicações de IA que manipulem o comportamento humano para iludir o livre arbítrio dos utilizadores (v.g. brinquedos para menores com assistência de voz que encoraje comportamentos perigosos), sistemas que permitam uma espécie de classificação social por parte dos governos ou das empresas, e determinadas aplicações de policiamento baseadas em previsões. Serão ainda proibidas determinadas utilizações de sistemas biométricos, tais como sistemas de reconhecimento de emoções no local de trabalho, de categorização social ou de identificação biométrica remota em tempo real para efeitos da aplicação da lei em espaços acessíveis ao público, com exceções limitadas.

Já no que concerne ao risco específico em matéria de transparência, o mesmo existe sempre que sejam utilizados sistemas de IA, como robôs de conversação, sendo que os utilizadores deverão estar cientes de que estão a interagir com uma máquina. As falsificações profundas e outros conteúdos gerados pela IA terão de ser identificados como tal e os utilizadores terão de ser informados sempre que sejam utilizados sistemas de categorização biométrica ou de reconhecimento de emoções. Além disso, os fornecedores serão levados a conceber

40 Vide Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões, *Explorar plenamente o potencial da computação em nuvem na Europa*, COM(2012) 529 final, Bruxelas, 27.9.2012,

“A «computação em nuvem» em termos simples pode ser entendida como o armazenamento, tratamento e utilização de dados em computadores remotos a que se acede através da Internet. Isto significa que os utilizadores podem controlar, mediante pedido, uma capacidade computacional quase ilimitada, que não têm de realizar grandes investimentos de capital para satisfazer as suas necessidades e que podem ter acesso aos seus dados em qualquer local através de ligação à Internet. A computação em nuvem permite reduzir substancialmente as despesas informáticas dos utilizadores e desenvolver uma grande quantidade de novos serviços. Recorrendo à computação em nuvem, as empresas, mesmo as de menor dimensão, podem penetrar em mercados cada vez maiores e as administrações públicas podem tornar os seus serviços mais atraentes e eficientes, contendo ao mesmo tempo as despesas.”

41 Para mais desenvolvimentos, vide Vinicius Aquini Gonçalves, *A proteção de dados relativos à saúde na prestação de serviços de computação em nuvem*, *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, ano 17 – n.º 33-2020, pp. 122 ss.

42 Alexandre Libório Dias Pereira, *Telemedicina e Farmácia online: aspetos jurídicos da eHealth*, *Revista da Ordem dos Advogados*, A. 75, (Jan/Jun 2015), pp. 55-77.

sistemas de modo a que os conteúdos sintéticos de áudio, vídeo, texto ou imagens sejam marcados num formato legível por dispositivos automáticos e sejam reconhecíveis como criados ou manipulados artificialmente.⁴³

O Regulamento Inteligência Artificial introduz regras específicas para modelos de IA, de finalidade geral, que assegurarão a transparência ao longo da cadeia de valor. No caso dos modelos muito potentes suscetíveis de acarretar riscos sistémicos, serão impostas obrigações vinculativas adicionais relacionadas com a gestão dos riscos e a monitorização de incidentes graves, a avaliação de modelos e a realização de testes antagónicos. Estas novas obrigações serão impostas através de códigos de boas práticas elaborados pela indústria, pela comunidade científica, pela sociedade civil e por outras partes interessadas, em colaboração com a Comissão.

As autoridades nacionais competentes em matéria de fiscalização do mercado supervisionarão a aplicação das novas regras a nível nacional, enquanto um novo Serviço Europeu da Inteligência Artificial da Comissão Europeia atestará a sua coordenação a nível europeu.

A preocupação em torno do bem-estar digital⁴⁴ é, felizmente, cada vez mais acentuada. E por isso, o nosso olhar está efetivamente mais atento à identificação do impacto da tecnologia nos direitos sociais, mormente no direito ao trabalho, na segurança social, na saúde ou na educação. Por esta razão, são bastante recentes a Declaração sobre direitos e princípios digitais, a Lei dos Mercados Digitais e a Lei dos Serviços Digitais⁴⁵, para um ambiente digital mais seguro, justo e transparente.

A Declaração sobre direitos e princípios digitais incorpora, nomeadamente, referências à soberania digital de uma forma aberta, ao respeito pelos direitos fundamentais, ao Estado de direito e à democracia, à inclusão, à acessibilidade, à igualdade, à sustentabilidade, à resiliência, à segurança, à melhoria da qualidade de vida, à disponibilidade de serviços e ao respeito pelos direitos e aspirações de todas as pessoas, e deverá contribuir para uma sociedade e uma economia dinâmicas, eficientes em termos de recursos e justas na UE.⁴⁶

A Lei dos Mercados Digitais visa garantir condições equitativas para todas as empresas digitais, independentemente do seu tamanho, estabelecendo regras claras para as grandes pla-

43 Cfr. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/pt/ip_23_6473.

44 Bem-estar digital não é simplesmente desconectarmo-nos por períodos de tempo. É uma maneira holística de pensar sobre como, quando, onde e porque estamos a interagir com a tecnologia e quais podem ser os efeitos dessas escolhas noutros aspetos da nossa saúde, nomeadamente a física, mental e emocional, afetando a nossa vida pessoal, familiar, profissional/escolar e social. Trata-se de dar intenção à nossa atenção. Para mais desenvolvimentos *vide* <https://bemestardigital.pt/recursos/>.

45 A Declaração Europeia sobre os direitos e princípios digitais para a década digital (2023/C 23/1) está disponível em [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32023C0123\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32023C0123(01)). O Regulamento (UE) 2022/1925 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro de 2022, relativo à disputabilidade e equidade dos mercados no setor digital e que altera as Diretivas (UE) 2019/1937 e (UE) 2020/1828 (Regulamento dos Mercados Digitais) encontra-se disponível em <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022R1925>. O Regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho relativo a um mercado único de serviços digitais e que altera a Diretiva 2000/31/CE pode ser encontrado em <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020PC0825>.

46 Mais aprofundado em <https://www.consilium.europa.eu/pt/press/press-releases/2022/12/15/declaration-on-digital-rights-and-principles-eu-values-and-citizens-at-the-centre-of-digital-transformation/>

taformas, impedindo-as de impor condições injustas às empresas e aos consumidores. Já a Lei dos Serviços Digitais concentra-se na criação de um espaço digital mais seguro para utilizadores digitais e empresas, protegendo os direitos fundamentais online. Entre as principais preocupações abordadas por esta lei estão o comércio e troca de bens ilegais, serviços e conteúdo online e sistemas algorítmicos que amplificam a disseminação da desinformação.⁴⁷

Face ao exposto, ficou claro que a telessaúde se apresenta como uma estratégia disruptiva, revelando uma evolução da medicina a par da tecnologia. Para tal, são essenciais a interoperabilidade e a segurança das TIC internas e externas, assim como uma aposta contínua na inovação, aliada ao desenvolvimento do capital humano e à avaliação e partilha de boas práticas. A divulgação do conceito junto dos cidadãos e dos profissionais de saúde, com a demonstração clara dos seus benefícios, também se reveste de uma grande utilidade. Aliás, pretendendo construir um futuro mais inclusivo, é imprescindível contar com todas as pessoas, uma vez que elas não se podem reduzir a meros objetos da mudança, devendo ser também os seus sujeitos.⁴⁸

47 Cfr. <https://www.europarl.europa.eu/news/pt/headlines/society/20211209STO19124/a-lei-dos-mercados-digitais-e-da-lei-dos-servicos-digitais-da-ue-explicadas>.

48 Seguindo Teresa Anjinho em <https://ffms.pt/pt-pt/atualmentes/tecnologia-e-inovacao-publica>. Neste sentido *vide* também <https://ffms.pt/pt-pt/atualmentes/saude-do-futuro>.



4. Conclusões

O acesso à telessaúde é cada vez mais frequente, sobretudo se considerarmos as suas indiscutíveis vantagens, como a celeridade na marcação das consultas, o custo mais reduzido dos cuidados de saúde e a diminuição das deslocações por parte dos utentes, o que também leva a uma menor incidência de infeções hospitalares.

A telessaúde apresenta múltiplas aplicações, que superam as teleconsultas. Atualmente, tornou-se um apoio excelente para a saúde escolar e para a saúde ocupacional e uma opção com cada vez mais procura, em situações de urgência e na prestação de serviços de saúde ao domicílio.

É, assim, uma alavanca para uma melhor gestão de saúde das populações, que pode ser usada não só para o tratamento da doença, mas também para a sua prevenção e, de uma forma abrangente, até para a promoção da saúde. Vejam-se as estratégias de suporte à autogestão da doença crónica, que permitem melhorar resultados em saúde e assentam na utilização de instrumentos de telessaúde para a sua prossecução.

Ainda assim, a possibilidade de a telessaúde trazer benefícios, não exclui os riscos que lhe são inerentes. É que estas prestações à distância resultam em relações mais fragmentadas e mecanizadas, como é disso exemplo o caso da telemonitorização, no qual um sistema calibrado com base em alguns parâmetros predeterminados monitoriza o estado de saúde do doente e emite sinais de alerta caso este varie expressivamente. Conquanto não se possa esquecer que debate semelhante existiu até quando o estetoscópio foi criado, e os médicos deixaram de colocar o ouvido no peito dos doentes, ou quando os exames de urina foram dirigidos ao laboratório deixando de ser necessário que alguém tivesse de avaliar o cheiro do material.

Mas há mais constrangimentos que são apontados como sendo desencadeados pela telessaúde. Um deles é o facto de a tecnologia poder gerar um sistema de cuidados de saúde a duas velocidades, incrementando ainda mais as desigualdades em saúde já existentes; outro é que a tecnologia possa ser insuficiente e, com isso levar a erros de diagnóstico; e ainda a ideia de que os dados médicos dos doentes possam não estar suficientemente seguros.

E é por isto que se torna crucial que a política de implementação da telessaúde no SNS seja norteadada por uma visão crítica que não deixe de acolher uma perspetiva ética. De igual

modo, é absolutamente inconcebível imaginar uma sociedade pujante na qual não se dispo- nha de tecnologia que permita ajudar na universalização em campos tão importantes, desig- nadamente a saúde e a educação.

Idealmente, a telessáude ultrapassaria largamente o atendimento virtual, constituindo-se como uma linha de cuidado que incluiria todo o processo, desde a elegibilidade do atendimento até o final de seu tratamento. Ora, isto requer obrigatoriamente a participação ativa do utente, a definição de protocolos específicos para as condições de saúde mais prevalentes e a conformi- dade com as regulamentações nacionais e europeias que regem a telessáude.

No mais, a segurança dos dados dos doentes deve ser uma prioridade, assim como a implementação de políticas de acessibilidade que garantam que todos tenham igualdade de acesso aos serviços de atendimento. A implementação bem-sucedida da telessáude exige, portanto, um sistema que possa avaliar a satisfação dos utentes e adaptar os serviços ao que eles necessitam, sendo para isso muito importante que os mesmos se sintam envolvidos e satisfeitos com o atendimento recebido.

Não esperemos por outra pandemia para implementar de forma eficiente algo que esta pandemia de COVID-19 nos permitiu desbravar. E isto não significa subestimar as tarefas de quem presta cuidados de saúde, substituindo-os por algoritmos.

É exatamente o oposto, aquilo que se pretende. Trata-se de estender este tão necessário conhecimento de saúde a mais situações e a mais utentes, permitindo que mesmo à distância se possam sentir acompanhados, nunca descorando os seus direitos fundamentais. E permitir, sobretudo, que a acareação entre prestador de cuidados de saúde e o doente se circunscreva aos casos que necessitam efetivamente deste contacto presencial. Urgem políticas de saúde que se alicercem nestas premissas.



5. Referências

ARAÚJO, Fernando, Introdução à Economia, 3ª edição, Almedina.

CABRAL, Nazaré da Costa, Modelos de Políticas Públicas Sociais, Almedina, 2022, pp. 15 ss.

CABRAL, Nazaré da Costa, O Serviço Nacional de Saúde no seu labirinto. Breve contributo para a discussão. Disponível em: <https://eco.sapo.pt/especiais/o-servico-nacional-de-saude-no-seu-labirinto-breve-contributo-para-a-discussao/>.

CANOTILHO, J.J.Gomes, Direito Constitucional e Teoria da Constituição, Almedina, 7a. ed., 2003, p. 476.

CENTRO DE ESTUDOS JUDICIÁRIOS, A responsabilidade civil médica (decorrente de atos médicos praticados e hospitais privados). Disponível em: <https://cej.justica.gov.pt/LinkClick.aspx?fileticket=CPW6VbiuEJI%3D&portalid=30>.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, Prestação de serviços de telemedicina nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, 2022, pp. 24 ss.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, Consentimento Informado. Disponível em: <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>.

EUROPEAN COMMISSION, Public Health. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/overview_pt.

EUROPEAN COMMISSION, Market study on telemedicine. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/system/files/201908/2018_provision_marketstudy_telemedicine_en_0.pdf.

EUROPEAN COMMISSION, Saúde em linha (e-Saúde): Saúde e cuidados de saúde digitais. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/eu-cooperation_pt.

EUROPEAN COMMISSION, Comissão congratula-se com acordo político sobre o Regulamento Inteligência Artificial. Disponível em: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/pt/ip_23_6473.

FERNANDES, António José, Introdução à Ciência Política – Teorias, Métodos e Temáticas, Porto Editora, 2010, pp. 105 ss.

FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS, Tecnologia e inovação pública. Disponível em: <https://ffms.pt/pt-pt/atualmentes/tecnologia-e-inovacao-publica> e <https://ffms.pt/pt-pt/atualmentes/saude-do-futuro>.

GONÇALVES, Vinicius Aquini, A proteção de dados relativos à saúde na prestação de serviços de computação em nuvem, *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, ano 17 – n.º 33-2020, pp. 122 ss.

HOLLANDER, JE and SITES, Frank d., *The Transition from Reimagining to Recreating Health Care Is Now*, *NEJM Catalyst*, 2020.

MAGALHÃES, Teresa, *Transformação Digital em Saúde- Contributos para a mudança*, Almeida, 2021, p. 23.

MCINTYRE, Di ; MEHEUS, Filip and RØTTINGEN John-Arne , *What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage?*, Cambridge University Press. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/what-level-of-domestic-government-health-expenditure-should-we-aspire-to-for-universal-health-coverage/B03E4FAA9DB51F4C9738CB584C9C8B31>.

OECD, *Tackling Wasteful Spending on Health*, Paris, 2017.

OLIVEIRA, Vítor; QUEIRÓS, Lar; GOMES, Paulo e MONTEIRO, Micaela, *COVID-19 and Healthcare Digital Transformation: A Mentos in a Diet Coke*, *Gazeta Médica*, 2020.

PARLAMENTO EUROPEU, *O que é a inteligência artificial e como funciona?* Disponível em: <https://www.europarl.europa.eu/news/pt/headlines/society/20200827STO85804/o-que-e-a-inteligencia-artificial-e-como-funciona>.

PARLAMENTO EUROPEU, *A Lei dos Mercados Digitais e da Lei dos Serviços Digitais da EU em detalhe*. Disponível em: <https://www.europarl.europa.eu/news/pt/headlines/society/20211209STO19124/a-lei-dos-mercados-digitais-e-da-lei-dos-servicos-digitais-da-ue-explicadas>.

PEREIRA, Alexandre Libório Dias, *Telemedicina e Farmácia online: aspetos jurídicos da eHealth*, *Revista da Ordem dos Advogados*, A. 75, (Jan/Jun 2015), pp. 55-77.

RAPOSO, Vera Lúcia, *Explorando a IA na Medicina: Responsabilidade e Ética*. Disponível em <https://saudeonline.pt/explorando-a-ia-na-medicina-responsabilidade-e-etica/>.

SILVA, Mariana Vieira da, *Políticas públicas de saúde: tendências recentes*, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69, 2012.

SPMS – SERVIÇOS PARTILHADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022*, pp. 26 ss.

SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA, *A responsabilidade civil por ato médico na jurisprudência das Secções Cíveis do Supremo Tribunal de Justiça*. Disponível em: https://www.stj.pt/wp-content/uploads/2022/03/responsabilidade_por_ato_medico.pdf.

WHO, *Status report on prison health in the WHO European Region 2022*. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365977/9789289058674_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.



CIDEEFF

CIDEEFF WORKING PAPERS

GOVERNANÇA ECONÓMICA, FINANCEIRA E MONETÁRIA
E O FUTURO DA UNIÃO EUROPEIA

ECONOMIC, FISCAL, MONETARY GOVERNANCE AND
THE FUTURE OF THE EUROPEAN UNION

Telessaúde: Um Futuro Incontornável?

Relatório do Seminário de Investigação de Políticas Públicas e de Governação
Doutoramento em Direito - especialidade de Direito e Economia