

# Telemedicina

Novembro 2015



Grupo de Trabalho de  
Telemedicina



SPMS<sup>EPE</sup>

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

# Constituição do GTT

<b>Henrique Martins</b>	Presidente do Conselho de Administração da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;
<b>Luís Gonçalves</b>	Coordenador do Grupo de Trabalho de Telemedicina e representante da ARS-Alentejo;
<b>Carlos Ribeiro</b>	Representante da ARS-Norte;
<b>Fernando Gomes da Costa</b>	Representante da ARS-Centro;
<b>Miguel Castelo Branco</b>	Representante da ARS-Centro;
<b>Paulo Pinto</b>	Representante da ARS-LVT;
<b>Luís Mota Capitão</b>	Representante da ARS-LVT;
<b>Fernando Miranda</b>	Representante da ARS Alentejo;
<b>António Pina</b>	Representante da ARS-Algarve;
<b>Rui Gomes</b>	Diretor de Sistemas Informação da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;
<b>Adelaide Belo</b>	Representante da Administração Central do Sistema de Saúde;
<b>Ricardo Mestre</b>	Representante da Administração Central do Sistema de Saúde;
<b>Ana Raquel Santos</b>	Representante da SaúdAçor;
<b>Manuela Rosado</b> (ARS-Alentejo)	Secretariado do Grupo de Trabalho de Telemedicina



MEDICAL

MEDICAL

Health Care  
Doctor  
Hospital  
Pharmacist  
Nurse  
Dentist  
First Aid  
Surgeon  
Emergency



Grupo de Trabalho de Telemedicina

**Teleconsultas de  
forma rápida e  
segura**





A Telemedicina é um instrumento de suporte à atividade clínica que recorre às tecnologias de informação e comunicação para proporcionar a implementação de modelos inovadores de prestação de cuidados e que, em conjunto com outras iniciativas relacionadas com os conceitos mais abrangentes de Telesaúde e de E-Saúde, pode contribuir para a obtenção de diversos ganhos concretos para os utentes, para as instituições e para o Sistema de Saúde em Portugal.

De entre esses ganhos destaca-se o seu contributo para a melhoria da equidade no acesso aos cuidados de saúde (quer em termos geográficos, quer em termos de melhoria dos tempos de resposta), para o aumento da capacidade de deteção, de diagnóstico precoce e de monitorização pró-ativa do estado de saúde da população, para a promoção da qualidade, da eficiência e da otimização dos cuidados prestados nas instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e para o maior envolvimento e responsabilização dos utentes e suas famílias no processo de gestão da sua saúde individual e coletiva.

Sendo a Telemedicina instrumental para a melhoria da performance do SNS, é fundamental que esta se transforme definitivamente numa ferramenta institucionalizada, integrada e de utilização massificada em todo o SNS, constituindo-se como uma resposta decisiva nas áreas onde exista evidência em relação ao custo-benefício e à efetividade da sua aplicação prática e onde se registem maiores dificuldades no cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida e maiores necessidades

de monitorização das condições de saúde da população.

A estratégia para impulsionar a utilização adequada e transversal das ferramentas de Telemedicina passa por desenvolver um conjunto de iniciativas articuladas e complementares, organizadas em três eixos de intervenção:

- Definição dos locais específicos para realização das atividades de Telemedicina e sua articulação com as regras de contratualização e de financiamento, estabelecendo-se as carteiras de serviços de Telemedicina que as instituições devem assegurar no âmbito das redes de referenciação nacional (com os recursos internos adequados) e impulsionando-se a sua utilização através de incentivos incluídos no processo de contratualização e financiamento das instituições;
- Implementação de acordos-quadro para prestação de serviços de Telemedicina, disponibilizando-se assim um instrumento flexível, rápido e com os requisitos técnicos adequados que permita a aquisição ágil destes serviços por parte das instituições;
- Utilização racional e planeada dos fundos comunitários para a realização de investimento na área da Telemedicina, designadamente, telemonitorização, teleconsulta e telediagnóstico, permitindo dotar as instituições dos recursos que alavanquem a sua utilização de forma integrada num movimento mais amplo de reorganização dos processos de prestação de cuidados de saúde à população.

A articulação entre estes três eixos estratégicos,

# Editorial

em conjunto com as restantes atividades locais a desenvolver pelas Administrações Regionais de Saúde e pelas entidades prestadoras de cuidados de saúde, permitirá alargar a utilização das ferramentas de Telemedicina a todas as instituições do SNS, contribuindo-se assim para que as experiências pontuais e localizadas que atualmente existem em algumas instituições possam evoluir para a generalização da utilização da Telemedicina e para a criação de valor para todo o Sistema de Saúde.

2015.10.29

**Ricardo Mestre**  
ACSS e GTT





## II Encontro Nacional de Telemedicina do SNS

30 Setembro 2015



O auditório do Infarmed acolheu cerca de 200 participantes, no passado dia 30 de Setembro, para o II Encontro de Telemedicina do SNS. O projeto promovido pela SPMS e pelo Grupo de Trabalho de Telemedicina (GTT), contou com o envolvimento de diversas entidades na área da saúde, nomeadamente a DGS e a ACSS.

Ao longo do dia, diversos oradores dinamizaram a sessão, promovendo as questões de governance, gestão e operacionalização da telemedicina, dando a conhecer casos de sucesso no panorama nacional e internacional. Artur Mimoso apresentou o novo Acordo Quadro de Telemedicina e salientou as diversas vantagens deste instrumento de contratação pública. SPMS e ACSS apresentaram, igualmente, o Plano

## Notícias

# II Encontro Nacional de Telemedicina do SNS

30 Setembro 2015

Operacional da Telemedicina que define as linhas estratégicas da Telemedicina para o SNS até 2017. Henrique Martins afirmou "Este plano é o exemplo da criação de valor nos cuidados de saúde à distância e da massificação da telemedicina".

A sessão terminou com a entrega dos prémios de Telemedicina.



## Notícias

# SPMS distingue profissionais na área da Telemedicina

Virgílio Costa e Rui Nêveda, profissionais de excelência na área da Telemedicina, foram distinguidos com o prémio "Personalidade do Ano em Telemedicina do SNS 2015" e "Boas Práticas em Telemedicina no SNS 2015", respetivamente.

No final do II Encontro de Telemedicina do SNS, o Conselho de Administração (CA) da SPMS, entregou pela primeira vez esta distinção, dando ênfase ao trabalho desenvolvido no último ano por estes profissionais e pelas instituições que representam.

Os prémios foram atribuídos por um júri independente

e representativo do sector público e privado português. Henrique Martins presidente do CA da SPMS, Luís Gonçalves responsável nacional do Grupo de Trabalho da Telemedicina (GTT), Luís Vaz Henrique do Lusíadas Saúde, Ivo Antão da Luz Saúde e Adelaide Belo coordenadora da UCCTH e membro do GTT, foram unânimes na atribuição destes prémios.

No final do evento, Henrique Martins garantiu que o III Encontro já estava a ser planeado, e que a par destes prémios seria distinguida uma nova categoria, "Prémio Carreira".



Dr. Virgílio Costa



Dr. Rui Nêveda

# Notícias

## Acordo Quadro Telemedicina

### Acordo Quadro e seu objetivo:

Seleção de um grupo de fornecedores que respondam às características definidas pelo Acordo Quadro para as instituições do serviço nacional de saúde;

Celebração de contrato entre uma ou várias entidades adjudicantes e uma ou mais entidades, com vista a disciplinar relações contratuais futuras a estabelecer ao longo de um determinado período de tempo, mediante a fixação antecipada dos respetivos termos;

Simplificação e desburocratização o processo aquisitivo por parte das instituições de saúde, atendendo a que se dirige um convite diretamente aos fornecedores qualificados no acordo quadro para o serviço em

concreto (lote);

Uniformização dos serviços objeto do Acordo Quadro (AQ) para todo o Serviço Nacional de Saúde, possibilitando a definição das especificações de cada entidade e/ou organismos, quando despoletem os procedimentos ao abrigo do AQ;

Definição dos preços máximos (que resultam das propostas apresentadas) e níveis de serviço mínimos (que resultam do caderno de encargos);

Celebração dos contratos de fornecimento pelas instituições de saúde que desenvolvem procedimentos nos termos do artigo 259.º do Código dos Contratos Públicos.

### Status do Procedimento concursal para celebração de Acordo Quadro de Telemedicina

Etapas do processo	35 dias	novembro de 2015						
		3ª sem	4ª sem	1ª sem	2ª sem	3ª sem	4ª sem	1ª s
		19 a 25	26 a 1	2 a 8	9 a 15	16 a 22	23 a 29	30
FASE I - apresentação de candidaturas (erros e/ou omissões)								
FASE I - abertura e análise de candidaturas / mapa de ordenação								
FASE I - relatório preliminar								
FASE I - audiência prévia	5 dias							
FASE I - análise de eventuais pronúncias e elaboração de relatório final	2 dias							
FASE II - homologação do relatório final e aprovação do convite	1 dia							
FASE II - notificação do relatório final e Lançamento do convite	1 dia							
FASE II - prazo para apresentação de propostas	35 dias							
FASE II - abertura e análise de propostas / mapa de ordenação	2 dias							
FASE II - Análise e elaboração do relatório preliminar	3 dias							
FASE I - Audiência prévia	5 dias							
FASE II - Análise de eventuais pronúncias e elaboração do relatório final	2 dias							
FASE II - Aprovação em CA do relatório final e proposta de adjudicação	3 dias							
FASE II - Notificação do relatório final e solicitação dos documentos de habilitação e aprovação minuta do contrato	10 dias							
FASE II - Assinatura do contrato	5 dias							



# I Encontro de Telemedicina do SRS

23 outubro 2015



O presidente do Conselho de Administração da SPMS, Henrique Martins e o Grupo de Trabalho de Telemedicina (GTT), participaram no I Encontro de Telemedicina do SRS, realizado no passado dia 22 de outubro, em Angra do Heroísmo.

O centro de congressos de Angra do Heroísmo, recebeu diversos profissionais de saúde de diferentes instituições e grupos de trabalho do Serviço Regional de Saúde (SRS), que partilharam conhecimentos e aprendizagens, no âmbito da Telemedicina.

Este encontro visou, essencialmente, promover uma reflexão sobre a Telemedicina e o seu papel no futuro e desenvolvimento do SRS, assim como sensibilizar os profissionais açorianos para as mais-valias desta tecnologia. A abertura do evento contou com a presença do Secretário Regional de Saúde, Luís Cabral.



# Notícias

## I Encontro de Telemedicina do SRS

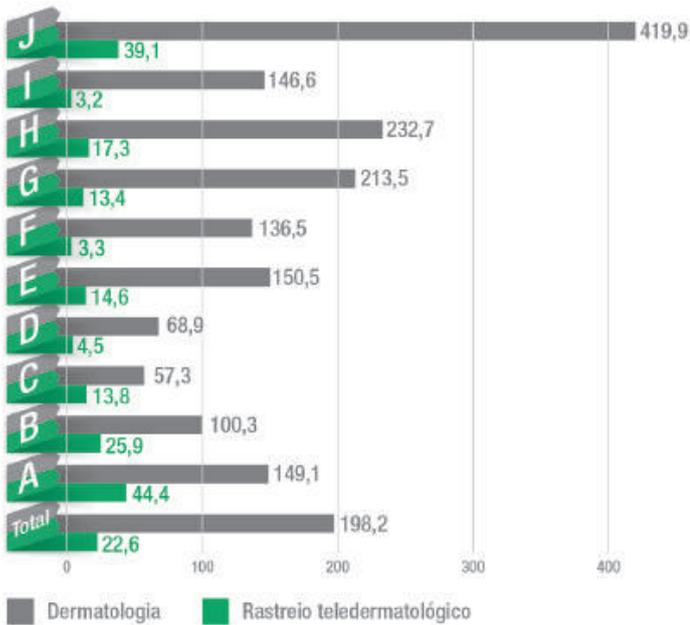
23 outubro 2015



## Estatística do Telerastreio dermatológico

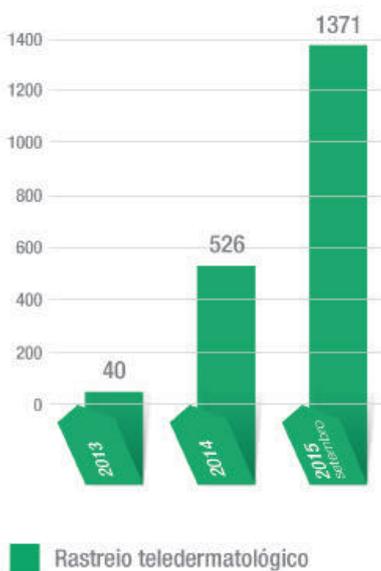
### Rastreio Vs Consulta Dermatologia

Tempo médio de resposta (jan. a set. 2015)

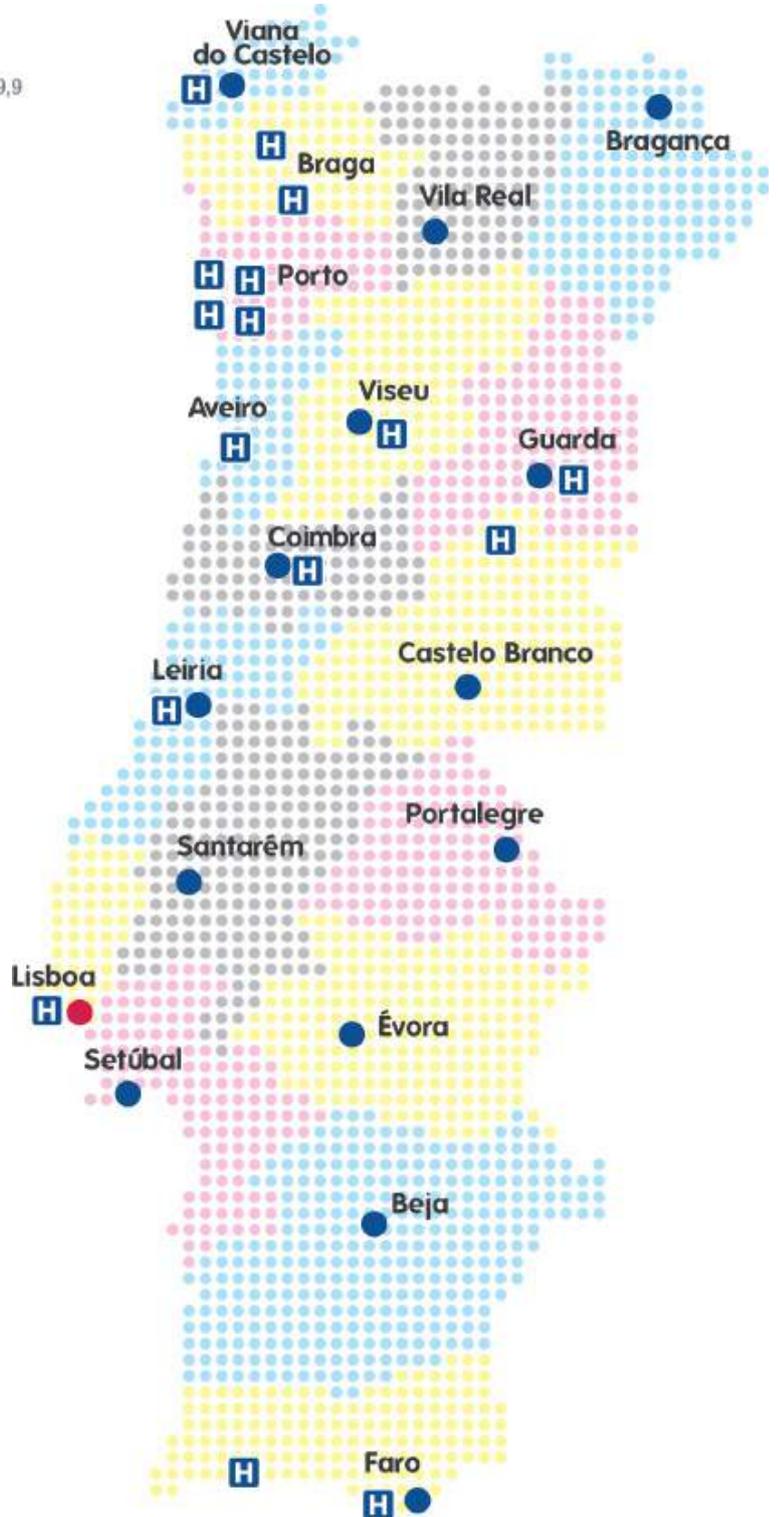


### Rastreio teledermatológico

Evolução consultas



Fonte: UCCT. Dados extraídos em outubro 2015





Grupo de Trabalho de Telemedicina

**Pensamos na sua  
saúde e conforto**

## Telemonitorização - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

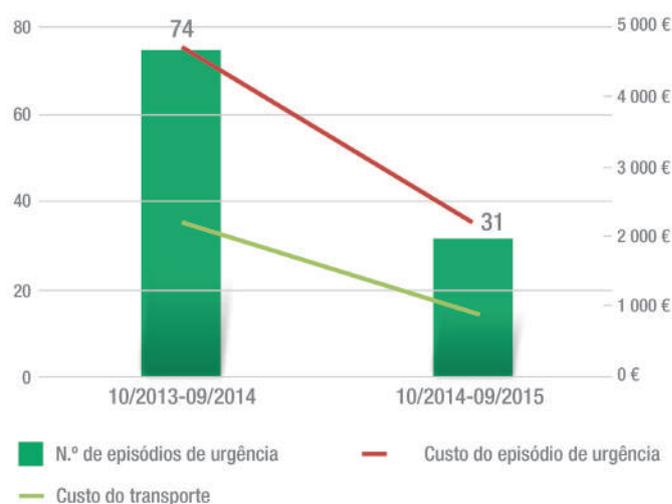
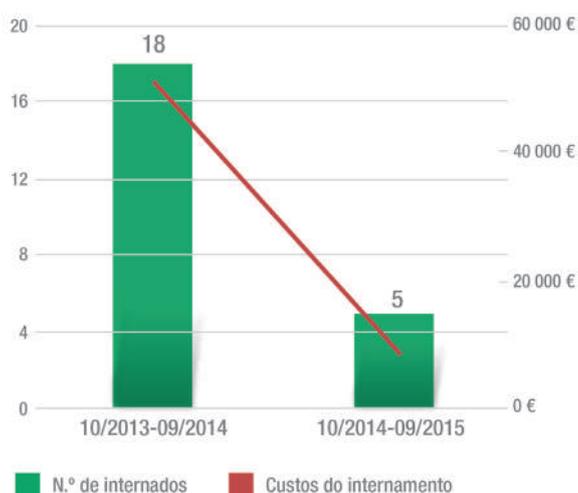
**Custo do episódio de internamento** – O episódio de internamento gera um GDH (mapa da informática) que pela Tabela Nacional Grupos de Diagnóstico Homogéneo é atribuído um preço. Os preços do ano de 2015 foram retirados da nova tabela de GDH (Portaria N.º 234/2015, de 7 de Agosto), os anteriores pela Portaria N.º 20/2014, de 29 de Janeiro.

**Custo do episódio de urgência** – Este custo foi retirado da “informação de custos do Serviço Nacional de Saúde” do SONHO, quando não se conseguiu extrair este dado pressupôs-se apenas o custo de episódio de urgência no valor de € 52,50.

**Os custos com o transporte dos utentes para a urgência** basearam-se no número de quilómetros percorridos nas deslocações entre a morada do utente e a urgência de Viana do Castelo e o custo por quilómetro de € 0,51 é definido no Despacho n.º 7702-A/2012 de 1 de Junho de 2012.

N.º de utentes	Internamentos relacionados com DPOC			
	1 outubro 2013 a 30 setembro 2014		1 outubro 2014 a 20 setembro 2015	
	N.º episódios de internamentos	Custo	N.º episódios de internamentos	Custo
15	18	51 034,086€	5	8 456,32€

Internamentos relacionados com DPOC					
1 outubro 2013 a 30 setembro 2014			1 outubro 2014 a 20 setembro 2015		
N.º episódios de urgência	Custo do episódio de urgência	Custo transporte	N.º episódios de urgência	Custo do episódio de urgência	Custo transporte
74	4 661,99€	2 232,78€	31	2 140,56€	872,10€



# Passaporte de Telemedicina Ibero Brasileiro (PATIB)



No âmbito das iniciativas de cooperação internacional na área da saúde, em especial no que respeita à telemedicina, com o intuito de promover a aproximação tecnológica no âmbito do contexto da saúde digital e dispositivos wearable, foi assinado em Junho deste ano, pela mão de Artur Mimoso, vogal do Conselho de Administração da SPMS, e por Cleinaldo Costa, Reitor da Universidade do Estado de Amazonas, um Protocolo de colaboração técnico e científico, através do qual estas duas instituições se comprometem a desenvolver um conjunto de atividades que visam a partilha do conhecimento em telemedicina e a promoção da qualidade da sua realização, dinamizando a mobilidade, partilha de knowhow e inovação.

Com atividades muito concretas, a aproximação

tecnológica no âmbito da saúde digital entre a Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e a SPMS será, nesta primeira fase, desenvolvida no âmbito do PATIB, assente no conceito de teleformação, através de:

- Curso de Técnicos de Anatomia Patológica (Patologia Digital/Telepatologia/Patologia Molecular), que pretende formar técnicos patologistas no Estado do Amazonas, que atualmente conta com apenas 9 elementos;
- Criação de um Centro de Referência de Anatomia Patológica que pretende garantir a resposta a pedidos de consultoria e desenvolver investigação nesta área, (incluindo investigação médica);
- Criação de um curso de atualização em doenças tropicais em Portugal, como forma de partilha do conhecimento da UEA nessa área.

No que respeita à extensão da rede cooperação ibero-americana de telessaúde e telemedicina, o Estado do Amazonas está ainda a operacionalizar a realização de trabalhos de análise e reflexão sobre os temas da governança e gestão, bem como sobre modelos de serviços e aplicações em telemedicina e telessaúde e ainda educação em rede. Neste propósito, foram constituídos grupos de trabalho aquando a celebração do acordo entre a UEA e a SPMS.

Este projeto está inserido no eixo estratégico proposto pela SPMS para a telemedicina. Nesta área, Portugal tem vindo a afirmar-se, na última década, através da Telepatologia; do Telerrastreio de Dermatologia (Triagem), da Teleradiologia, da Teleconsulta, da Telecirurgia Vasculiar (Triagem) e da Telemonitorização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), contribuindo desta forma para sustentar a elaboração de normas de orientação clínica já publicadas pela Direção Geral de Saúde (DGS), em muitas destas áreas.

# Entrevista



Entrevista  
Adelaide Belo



# Entrevista Adelaide Belo



## 1 – Como encara a aplicação da Telemedicina no âmbito da assistência em Saúde, mediada pelas TIC'S?

Encaro a aplicação da Telemedicina na área da saúde, alinhando a minha posição com a definição da OMS (1998) –“ Telemedicina – oferta de serviços ligados aos cuidados de saúde, nos casos em que a distância é um fator crítico, por todos os profissionais de saúde, utilizando tecnologias de informação e comunicação, para a troca de informação válida para o diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças e danos, pesquisa e avaliação e para a educação continua dos prestadores de cuidados de saúde, tudo visando a promoção da saúde dos indivíduos e das suas comunidades”.

É portanto um método de prestação de cuidados que pode ter um impacto positivo nos resultados em saúde, melhorando o acesso aos cuidados que os utentes necessitam, de uma forma mais “custo-efetiva”. Para tal o uso da telemedicina tem de estar integrado, isto é tem de ser uma componente quer do plano individual de cuidados, quer do plano funcional das instituições, quer da estratégia da tutela.

Gostaria ainda de realçar o papel que a Telemedicina pode ter no ensino, quer dos profissionais, quer dos utentes, contribuindo para a sua capacitação em áreas específicas.

## 2 – Fale-nos um pouco da actividade do rastreio/triagem Teledermatologica. Objectivos, resultados atuais e perspectivas

Através da monitorização continua que a Unidade Central da Consulta a Tempo e Horas (UCCTH ) faz dos pedidos de 1ª consulta hospitalar por parte dos CSP, identificou-se que a Dermatologia tinha (e continua a ter) problemas no cumprimento da resposta dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantida (TMRG).

Sendo a Dermatologia uma especialidade em que o uso da imagem permite o diagnóstico, ou, pelo menos, a tomada de decisão para atingir esse diagnóstico, torna-a elegível para um projecto de telemedicina.

Na literatura internacional, começando pela nossa vizinha Espanha, há já muito conhecimento acumulado relativamente á capacidade de diagnóstico em Teledermatologia.

Assim o Grupo de Trabalho de Telemedicina (GTT) desenhou o projecto do Rastreio Teledermatologico, apoiando-se no programa informático da CTH e parametrizando uma nova opção – Dermatologia –Rastreio teledermatologico, que será seleccionada pelo medico dos CSP onde para além da informação clinica, anexa fotografias da lesão observada.

Os objectivos do Rastreio Teledermatologico são os seguintes: Diagnóstico precoce de lesões dermatológicas; Diagnóstico precoce de cancro de pele; Contribuir para uma melhor gestão das consultas de dermatologia.

A sua implementação teve 3 grandes pilares –

1) âmbito institucional- trabalho conjunto entre: o GTT (SPMS) e a UCCTH (DPS/ACSS), as ARS's ( que assumem a aquisição das maquinas fotograficas) , os ACES e as Instituições Hospitalares;

2) enquadramento legal com a siada de dois despachos relativos á Telemedicina – despacho nº 3571/2013de 6 de março e despacho nº 8445/2014 de 30 de junho- este muito importante porque assume o âmbito nacional do Telerastreio dermatológico,

# Entrevista Adelaide Belo



3) elaboração de Manual de procedimentos, que inclui a definição do circuito que garante a continuidade de cuidados no caso de ser necessário o agendamento de consultas presenciais.

Existe um 4º pilar que é o trabalho e a resiliência do Drº. Luis Gonçalves que foram determinantes para que tudo acontecesse.

O processo iniciou-se em Outubro de 2013 com a colaboração, muito importante entre o Dr. Virgilio Costa do Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar do Porto e os Médicos dos CSP Unidade Local de Saúde do Nordeste, com ótimos resultados.

No ano de 2014 outros Centros foram aderindo, nomeadamente o IPO-Lisboa, CH S. João e CHVNGE. Em 2015 juntaram-se: CH Alto Ave; Hospital de Braga; CH Leiria; ULS Guarda; CH Algarve – H. Faro e Portimão.

Os resultados a Setembro de 2015 são animadores – foram feitas 1371 consultas com um tempo médio de resposta de 22,6 dias, muito inferior aos 198,2 dias de média de resposta na consulta de Dermatologia convencional do mesmo grupo de hospitais.

Mas tão importante como o tempo de resposta á consulta é a sua taxa de resolubilidade – em cerca de 90% das vezes o dermatologista consegue tomar uma decisão com a observação da fotografia enviada.

Há ainda grande margem de melhoria, pelo que a proposta do GTT é que haja massificação do Rastreio Tele dermatológico.

## 3 – Que pensa do objectivo da criação de um Modelo de Indicadores em Telemedicina?

Consideramos que é muito importante monitorizar o que se faz na área da Telemedicina. A UCCTH tem feito a monitorização do Rastreio Tele dermatológico desde o seu início em 2013.

Defendemos assim, que a monitorização destes indicadores deve continuar sob a alçada de estruturas já existentes na ACSS, que já avaliam outros indicadores de saúde, de modo a haver uma visão integrada e global das respostas das instituições a vários níveis, onde naturalmente a Telemedicina está incluída.

## 4 – O que pode acrescentar o Plano Operacional da Telemedicina, assinado pela ACSS e pela SPMS?

Este Plano Operacional permite a utilização das ferramentas da Telemedicina de uma forma " articulada, alinhada complementar e transversal a todo o SNS" citando o documento.

A sustentabilidade do projecto da Telemedicina passa pela sua institucionalização e alinhamento com uma estratégia global para a saúde.

No entanto não podemos deixar de referir que para uma verdadeira operacionalização é ponto crítico o efectivo funcionamento dos programas que sustentam os projectos.

Adelaide Belo

Coordenadora da Unid. Central da Consulta a Tempo e Horas  
– DPS/ACSS

Membro do Grupo de Trabalho da Telemedicina – SPMS

# Economy

...ence suggest the current...  
momentum will continue...  
...Also somewhat encouraging...  
...a second...  
...leading for...  
...the two...

# Bibliografia

## VIEWPOINT

## A 10-Year History of Teledermatology for Skin Cancer Management

**David Moreno-Ramírez, PhD**  
Dermatology Unit,  
Hospital Universitario  
Virgen Macarena,  
Seville, Spain.

**Lara Ferrándiz, PhD**  
Dermatology Unit,  
Hospital Universitario  
Virgen Macarena,  
Seville, Spain.

**Albert Einstein defined insanity** as "doing the same thing over and over again and expecting different results." In 2004, the conventional structure and work flows of dermatology departments of public university hospitals in our region and at the Spanish national health system were unable to fulfill the ethical obligation of providing proper care at the correct time for patients with skin cancer. Patients with malignant melanoma (MM) or basal cell carcinoma (BCC) shared the same waiting times as patients having common acquired melanocytic nevi or viral warts. In this regard, waiting lists were a quantitative problem (how many patients were waiting?) that obscured a qualitative concern (which types of lesions were awaiting examination?). Increasing staff resources rarely provided a definitive solution unless the work flows were meaningfully redesigned. By increasing the number of dermatologists, malignant tumors and common acquired melanocytic nevi, viral warts, and seborrheic keratoses would have been diagnosed and treated sooner, but this did not guarantee the prioritization and immediate attention that skin cancer merits.

To solve the qualitative problem behind waiting lists, a teledermatology (TD) network was implemented in 2004 to connect 56 primary care centers with the skin cancer and melanoma clinic of the Hospital Universitario Virgen Macarena, Seville, Spain.<sup>1,2</sup> This connection enabled the prompt prioritization of referrals for suspicious lesions. It also allowed better allocation of patients with lesions amenable to surgery (presurgical TD) and of cases manageable in primary care or home settings (eg, topical therapy for actinic keratosis, the treatment of bedridden or disabled patients, and care delivery at institutions for the elderly).

Over a 10-year period (September 1, 2004, to December 31, 2014), 43 677 persons have been evaluated remotely, among whom 7218 BCC cases and 297 MM cases received an initial specialized report in a mean period of 71 hours 58 minutes (D.M.-R. and L.F., unpublished data from the Hospital Universitario Virgen Macarena, 2015). In addition, 1043 patients were directly referred for surgery through the presurgical TD program.<sup>3</sup> Teledermatology has also shown benefit in terms of proxy health care outcomes. The Breslow thickness in patients who had MM managed through TD was significantly thinner than that in patients whose referrals were conventionally managed.<sup>4</sup> Furthermore, in a multicenter cross-sectional study,<sup>5</sup> TD availability was associated with a higher likelihood of MM diagnosis at a thinner stage. Moreover, a 2-fold increase in the detection rate of BCC was observed between 2004 and 2014 (from 569 cases in 2004 to 1088 cases in 2014) (D.M.-R. and L.F., unpublished data from the Hospital Universitario Virgen Macarena, 2015). Because 10 years is a short

period from an epidemiological point of view, such increases in thin MMs and in the crude number of BCCs may be explained by the beneficial effect of TD on the diagnostic sequence of skin cancer, particularly in the 2 first steps as shown in the Figure.<sup>6</sup> Ten years after the initiation of TD, the population served by the system receives fast expert advice, without leaving their community settings. Moreover, TD has become an educational tool for primary care physicians. The rapid feedback that takes place between the submission of clinical pictures and the receipt of the opinion of dermatologists has resulted in improved diagnostic skills of general practitioners. As a consequence, it is likely that we have diagnosed and treated patients with skin cancer and melanoma who may never have sought dermatological care because of limited access or transportation and at the same time provided reassurance to other individuals without their having to travel to be seen by a dermatologist (Figure).

Teledermatology has made possible immediate and comprehensive screening of skin cancer. This is of interest from a public health perspective, enabling the achievement of a goal that conventional care delivery was not able to reach.<sup>2,4,7</sup> Imaging and communication technologies now may transport dermatological care wherever and whenever such knowledge and expertise are needed. In this regard, the prefix *tele* in the term *teledermatology* may be misleading relative to the benefits provided. Teledermatology is not a new and different practice of dermatology. It is simply a more accessible dermatological practice in certain clinical settings whereby decisions may be readily made through Internet-transmitted pictures and by the transfer of brief clinical information.

Despite its benefits, there are criticisms of and limitations to TD. Concerns include the following: (1) clinical aspects (eg, loss of physical touch, misdiagnosis of pigmented lesions, inability to carry out full-body examinations, the existence of a learning curve, and time-consuming procedures), (2) legal risks (ie, responsibility for diagnostic errors), (3) ethical issues (eg, a lack of personal physician-patient relationships and technology-centric rather than patient-centric medicine), (4) technological barriers (eg, integration of TD with electronic medical records), and (5) the economics of reimbursement. However, most of these concerns can be ameliorated. Regarding misdiagnosis, a conservative approach is mandatory (ie, referral of any uncertain cases), and restrictive protocols and guidelines must be used to avoid decision making for patients who are not suitable for TD (eg, those with multiple lesions or lesions in mucosa or hair-bearing areas). As for legal issues, laws and regulations rarely move at the same pace as innovations in the

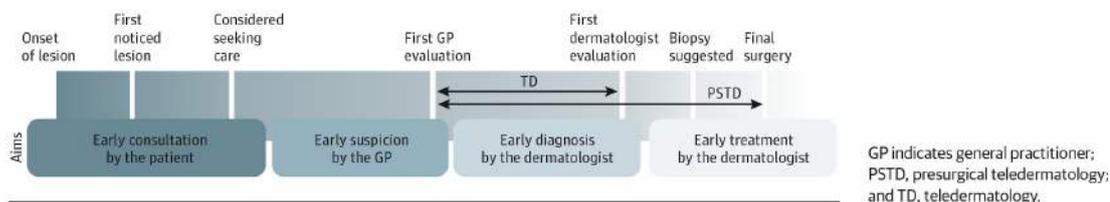
**Corresponding Author:** David Moreno-Ramírez, PhD, Dermatology Unit, Hospital Universitario Virgen Macarena, Avda Dr Fedriani s/n, 41009 Seville, Spain (dmoreno@e-derma.org).

jamadermatology.com

JAMA Dermatology Published online October 14, 2015

E1

**Figure. Sequence of Events in the Early Diagnosis and Treatment of Skin Cancer**



real world. However, the legal responsibility that dermatologists must accept when using communication technologies should not exceed that which any professional using a complementary decision-making tool incurs. Ethical concerns focus on the lack of a personal patient-dermatologist relationship, which may be true for patients with benign lesions who are not referred for a face-to-face consultation at the skin cancer and melanoma clinic. From a bioethics point of view, the higher principle is equitable availability of the same care opportunities to all patients, regardless of personal, physical, or external barriers. From this perspective, the risk of isolated mismanagement or the loss of personal attention for patients without health problems or worrisome lesions (ie, those with common acquired melanocytic

nevi, skin tags, seborrheic keratoses) is largely balanced by the benefits in terms of accessibility and early diagnosis of cancer for the overall population.

The dermatology community must continue to address the limitations of TD while at the same time considering the fair, equitable, and timely dermatological care that technologies provide to patients with skin cancer. Likewise, policy makers and decision-making personnel must look beyond waiting lists and see that communication technologies provide an opportunity to improve the quality of care and the health status of the populations served. As the quotation by Einstein at the beginning of the article suggests, a different approach achieves different results.

#### ARTICLE INFORMATION

**Published Online:** October 14, 2015.  
doi:10.1001/jamadermatol.2015.3208.

**Conflict of Interest Disclosures:** None reported.

#### REFERENCES

1. Moreno-Ramírez D, Ferrándiz L, Bernal AP, Duran RC, Martín JJ, Camacho F. Teledermatology as a filtering system in pigmented lesion clinics. *J Telemed Telecare*. 2005;11(6):298-303.
2. Moreno-Ramírez D, Ferrándiz L, Nieto-García A, et al. Store-and-forward teledermatology in skin cancer triage: experience and evaluation of 2009

teleconsultations [published correction appears in *Arch Dermatol*. 2007;143(7):886]. *Arch Dermatol*. 2007;143(4):479-484.

3. Ferrándiz L, Moreno-Ramírez D, Nieto-García A, et al. Teledermatology-based presurgical management for nonmelanoma skin cancer: a pilot study. *Dermatol Surg*. 2007;33(9):1092-1098.
4. Ferrándiz L, Ruiz-de-Casas A, Martín-Gutiérrez FJ, et al. Effect of teledermatology on the prognosis of patients with cutaneous melanoma. *Arch Dermatol*. 2012;148(9):1025-1028.
5. Moreno-Ramírez D, Ojeda-Vila T, Ríos-Martín JJ, et al. The role of accessibility policies and other

determinants of health care provision in the initial prognosis of malignant melanoma: a cross-sectional study. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(3):507-515.

6. Eide MJ, Weinstock MA, Dufresne RG Jr, et al. Relationship of treatment delay with surgical defect size from keratinocyte carcinoma (basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the skin). *J Invest Dermatol*. 2005;124(2):308-314.
7. Romero G, Garrido JA, García-Arpa M. Telemedicine and teledermatology. I: concepts and applications [in Spanish]. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99(7):506-522.



Grupo de Trabalho de Telemedicina  
**Legislação**

# NOC – 010/2015 de 15 Junho



## NORMA | da Direção-Geral da Saúde

Francisco  
Henrique  
Moura George

Digitally signed by Francisco  
Henrique Moura George  
DN: c=PT, o=Direção da Saúde,  
ou=Direção-Geral da Saúde,  
cn=Francisco Henrique Moura  
George  
Date: 2015.06.15 11:35:29 +0100

NÚMERO: 010/2015  
DATA: 15/06/2015

ASSUNTO: Modelo de Funcionamento das Teleconsultas  
PALAVRAS-CHAVE: Telemedicina; teleconsulta  
PARA: Instituições do Serviço Nacional de Saúde  
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.pt](mailto:dqs@dgs.pt))

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

### NORMA

1. O doente submetido a teleconsulta deve estar consciente e manifestar o seu acordo com a mesma<sup>1</sup>, pelo que é obrigatório o seu consentimento informado, que deve ser dado por escrito, de acordo com a Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013, ficando apenso ao processo clínico (anexo I).
2. As Teleconsultas podem ser do tipo programado ou urgente.
3. As teleconsultas programadas seguem os procedimentos da Consulta a Tempo e Horas (CTH), sendo o seu financiamento regulado pelas Normas em vigor da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
4. Nas teleconsultas são obrigatórios os seguintes registos electrónicos:
  - a. Identificação das instituições prestadoras;
  - b. Identificação dos profissionais envolvidos;
  - c. Identificação e dados do utente;
  - d. Identificação da data e hora do início e encerramento definitivo da teleconsulta;
  - e. Tipologia da teleconsulta (programada/urgente);
  - f. Identificação da especialidade/competência;
  - g. Motivo da teleconsulta;
  - h. Observação/dados clínicos;
  - i. Diagnóstico;
  - j. Decisão clínica/terapêutica;
  - k. Dados relevantes dos MCDT;
  - l. Identificação dos episódios (origem, destino e CTH);

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

# NOC – 010/2015 de 15 Junho

m. Ficheiro do relatório.

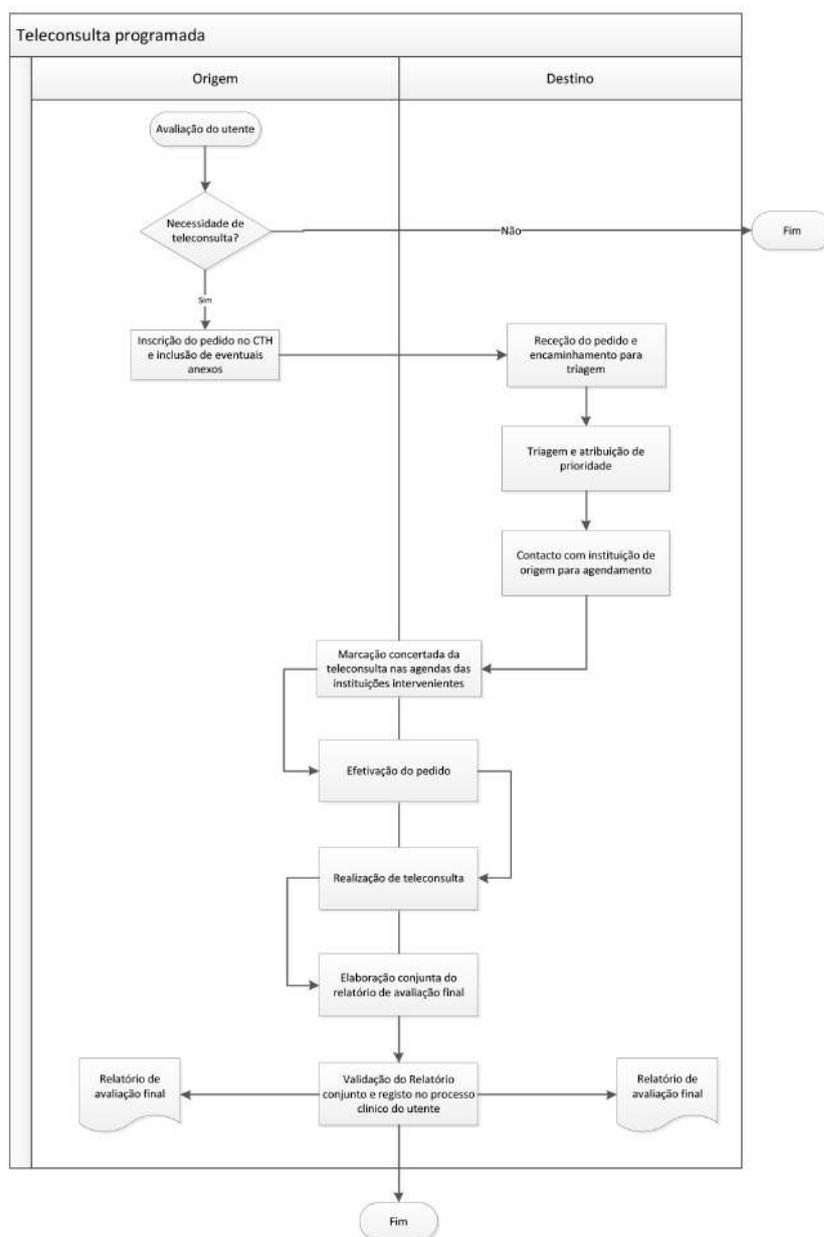
5. O registo do diagnóstico deve ser feito com recurso à *International Classification of Diseases* (ICD) em vigor nos hospitais, mapeado com o ICPC-2. E, logo que possível, com SNOMED CT.
6. É obrigatória a produção de um relatório que contenha a informação clínica relevante, validado pelos profissionais intervenientes<sup>2</sup>, e armazenado nos SI clínicos das respectivas instituições.
7. O circuito de informação deverá seguir o esquema em anexo (Anexo II ou III).
8. Qualquer exceção à presente Norma é fundamentada, com registo no processo clínico do utente.

---

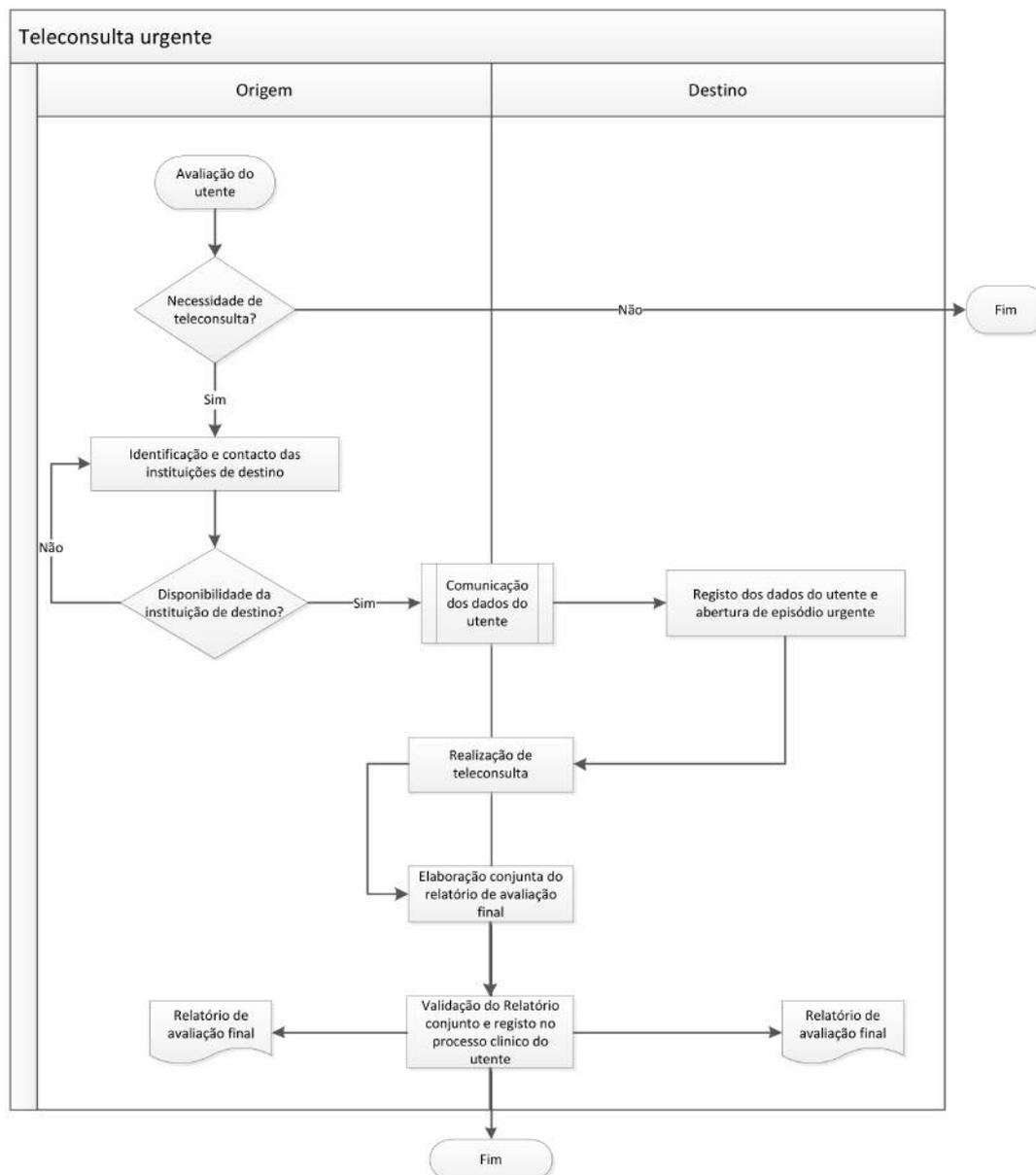
<sup>2</sup> As responsabilidades no âmbito da presente Norma são as definidas, em matéria de telemedicina, pelo Código Deontológico da Ordem dos Médicos,

## 9. O algoritmo

### Teleconsulta Programada



## Teleconsulta Urgente





## TEXTO DE APOIO

### Conceito, definições e orientações

- A. Teleconsultas Programadas - são consultas previamente agendadas entre as instituições prestadoras de serviços de saúde, que antecipadamente acordaram em desenvolver entre elas este tipo de atividade, preferencialmente incluídas em horários específicos, realizadas ou não de forma regular, e que, no caso de instituições do SNS, devem ser consideradas na programação das respetivas contratualizações e indicadores de produtividade. Normalmente, estas consultas são realizadas com a presença do utente, mas podem incluir discussão de casos clínicos sem que o utente esteja presente.
- B. Teleconsultas Urgentes - são teleconsultas da iniciativa dos profissionais de saúde, em situações urgentes, em que a opinião de outro profissional seja relevante para a solução da situação clínica, e em que as decisões devem ser tomadas no momento em que o utente recorreu à instituição. Este tipo de ligações pode ser efetuado de e para qualquer instituição prestadora de cuidados de saúde, a qualquer momento, desde que exista protocolo prévio e que estejam identificadas especificamente como "Teleconsultas urgentes".

### Fundamentação

- A. Portugal é um país assimétrico quanto à disponibilidade e acesso aos mais variados recursos, sendo esta realidade também muito clara na área da Saúde. Algumas unidades prestadoras de cuidados saúde têm constrangimentos associados ao isolamento geográfico que, aliados à sua limitada dimensão, a diversas dificuldades logísticas e a alguma incapacidade de mobilização de recursos humanos diferenciados, têm dificultado uma cobertura eficiente de cuidados médicos à população residente.
- B. Ao existirem instrumentos técnicos que funcionam como plataformas de telemedicina, é possível efetuar, com boa qualidade técnica, as diferentes modalidades de teleconsultas, sendo essencial verter numa norma os procedimentos de todo o circuito de realização de teleconsultas com os meios técnicos disponíveis neste momento. A presente norma sofrerá a atualização com as modificações necessárias, após a integração de novas ferramentas de informação.

### Avaliação

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua e executada através de processos de auditoria interna e externa.

- B. A efetividade da implementação da presente Norma e a emissão de diretivas e instruções internas para o seu cumprimento é da responsabilidade dos dirigentes das instituições do Serviço Nacional de Saúde.

#### **Comité Científico**

- A. A presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.
- B. A elaboração da presente Norma teve o apoio de Adelaide Belo, Anabela Santos, Carlos Ribeiro, Conceição Toscano, Constança de Melo Sousa, Fernando Gomes da Costa, Filipa Sabino, Luís Gonçalves, Maria do Carmo Borralho, Paulo Pinto, Paulo Sá e Rui Romão.

#### **Coordenação executiva**

A coordenação da presente Norma foi assegurada pelo Departamento da Qualidade na Saúde, com a coordenação executiva de Filipa Sabino.

#### **Siglas/Acrónimos**

<b>Siglas/Acrónimos</b>	<b>Designação</b>
CTH	Consulta a Tempo e Horas
ICD	Classificação Internacional de Doenças (International Classification of Diseases)
ICPC	Classificação Internacional de Cuidados Primários – 2ª Edição
MCDT	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
SI	Sistemas de Informação
SNOMED CT	Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms

#### **Bibliografia**

1. Bernard C. Guidelines from the Canadian Association of Pathologists for establishing a telepathology service for anatomic pathology using whole-slide imaging. J Pathol Inform. 2014;5:15.
2. Claudia Nova Barsottini , Jacques Wainer - Um modelo taxonômico de teleconsultas – Disponível em: <http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2002/dados/arquivos/423.pdf>
3. Practice Guidelines for Live, On Demand Primary and Urgent Care – ATA (American Telemedicine Association) - December 2014

4. SANTOS, A. F., ALKMIM, M.B.M., MOREIRA JÚNIOR, I.M., SOUZA, C., CARVALHO, O S.F., FIGUEIREDO, R.C.P., MAGALHÃES JÚNIOR, H.M., QUEIROZ, N.R. - Implantação de Rede de Telesaúde para Atenção Primária no Sistema Único de Saúde – Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte - Disponível em: <http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS./CBIS2004/trabalhos/arquivos/734.pdf>
5. Sílvia Alvares, Miguel Paiva, Carlos Ribeiro, Vera Cruz, Fernando Gomes da Costa, José Manuel Esteves, Ana Borga Santos, Luís Gonçalves, Álvaro Pacheco, Fernando Miranda, Horácio Feiteiro, Jorge Ramos, José Ricardo, Assunção Martinez e colaboradores - Telemedicina: situação em Portugal - NASCER E CRESCER revista do hospital de crianças maria pia ano 2004, vol. XIII, n.º 2; Disponível em: <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/547/1/Telemedicina%20-%20situa%C3%A7%C3%A3o%20em%20Portugal.pdf>
6. SNOMED CT. Disponível em: <http://www.ctcpt.net/>. Accessed 26th March, 2015.

## ANEXO

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

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

#### **À Pessoa/representante**

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

Nome legível do profissional de saúde: | \_\_\_\_\_ |

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

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

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

[Parte declarativa da pessoa que consente]

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

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

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

Nome: | \_\_\_\_\_ |

Assinatura ... ..

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

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

NOME: ... ..

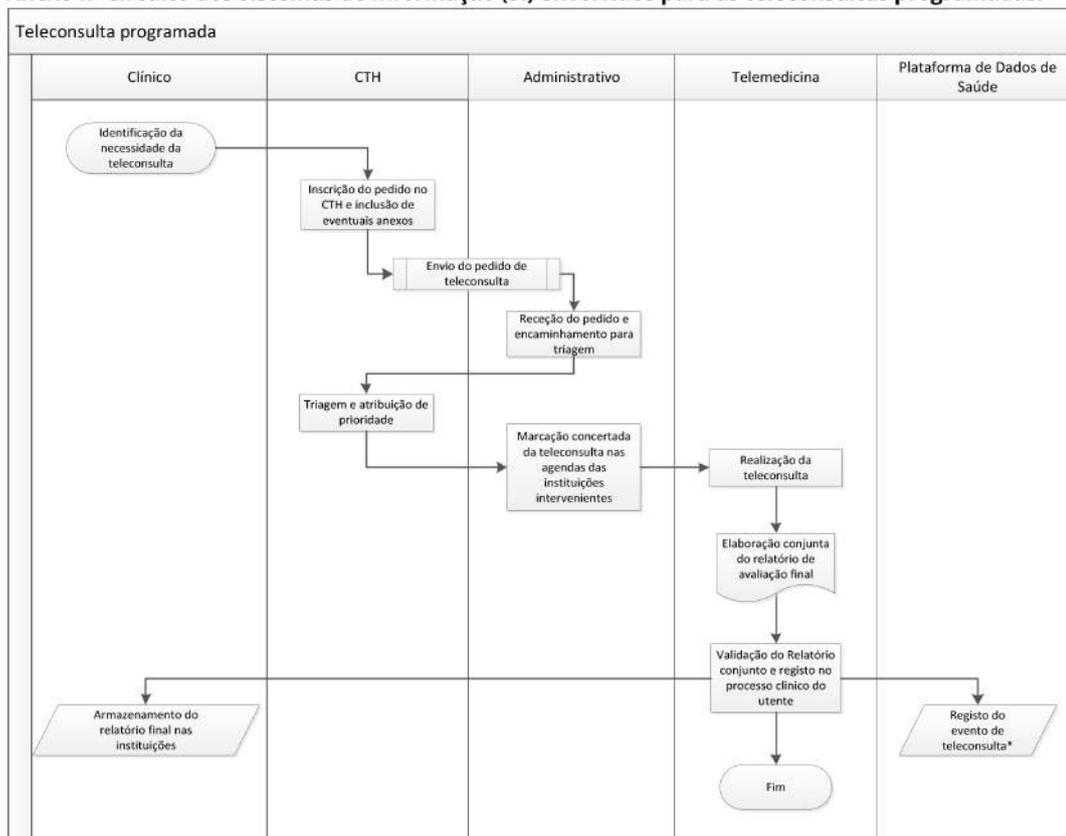
DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º ..... DATA OU VALIDADE ..... /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

ASSINATURA ... ..

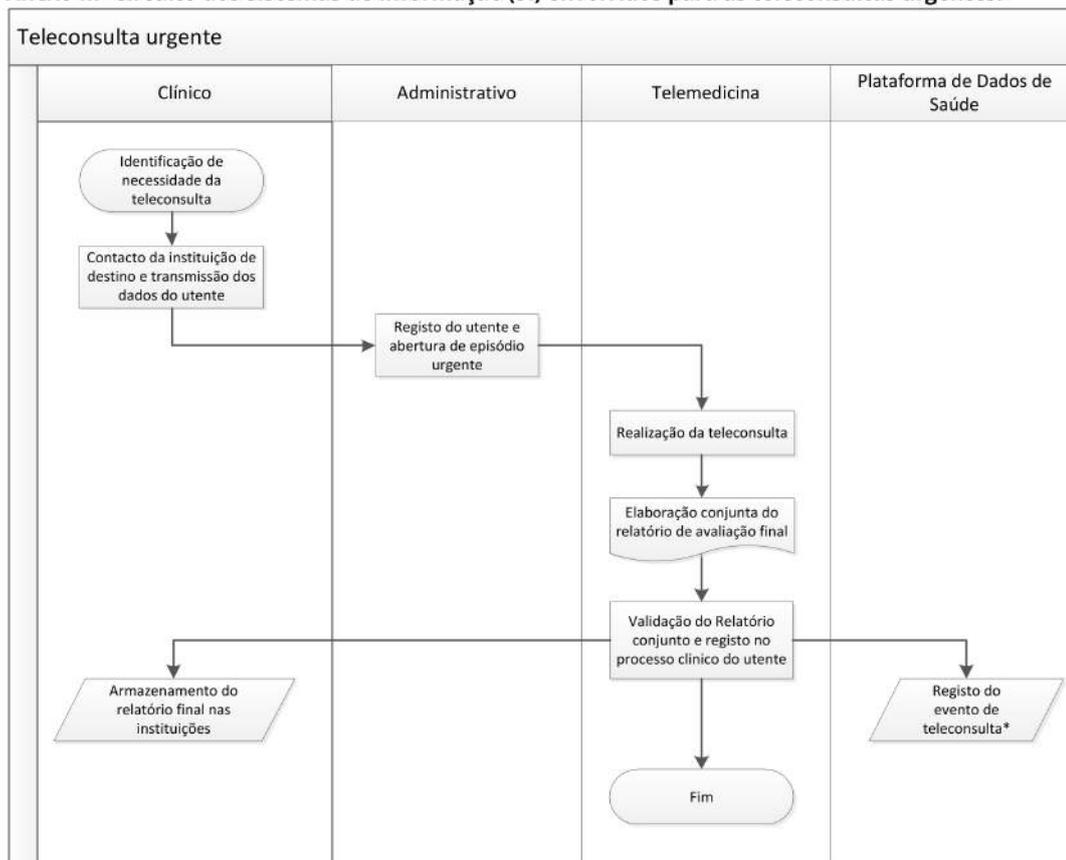
**Nota: Este documento é feito em duas vias - uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.**

## Anexo II- Circuito dos Sistemas de Informação (SI) envolvidos para as teleconsultas programadas:



\* A Plataforma de Dados de Saúde, através do evento da teleconsulta, deverá disponibilizar o acesso ao relatório armazenado localmente.

## Anexo III- Circuito dos Sistemas de Informação (SI) envolvidos para as teleconsultas urgentes:



\* A Plataforma de Dados de Saúde, através do evento da teleconsulta, deverá disponibilizar o acesso ao relatório armazenado localmente.

# NOC – 005/2015 de 25 Março



## NORMA | da Direção-Geral da Saúde

Francisco  
Henrique  
Moura George

Digitally signed by Francisco  
Henrique Moura George  
DN: c=PT, ou=Ministério da  
Saúde, ou=Direção-Geral da  
Saúde, cn=Francisco Henrique  
Moura George  
Date: 2015.03.25 10:11:42 Z

NÚMERO: 005/2015  
DATA: 25/03/2015

ASSUNTO: Telerradiologia  
PALAVRAS-CHAVE: Radiologia, Neurorradiologia; telemedicina; teleconsulta  
PARA: Instituições do Sistema de Saúde  
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.pt](mailto:dqs@dgs.pt))

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

### NORMA

1. O doente deve ser informado do objetivo da telerradiologia, bem como das funções dos diferentes profissionais intervenientes no ato, com registo no processo clínico.
2. O doente submetido a telerradiologia deve estar consciente e manifestar o seu acordo com o procedimento a que irá ser submetido, pelo que é obrigatório o seu consentimento informado, que deve ser dado por escrito, de acordo com a Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013, ficando apenso ao processo clínico.
3. Atendendo a que se verificam registos e transmissão de exames e respetivos relatórios, deve ser garantida a privacidade do doente em todas as fases do processo.
4. A telerradiologia só poderá ser praticada para serviços de radiologia ou neurorradiologia e efetuada por médico radiologista ou neurorradiologista com idoneidade específica para a valência dos exames em causa.
5. Sempre que seja solicitada telerradiologia a serviço externo terá que ter validação pelo diretor clínico do serviço ou unidade que a solicitou.
6. A recolha de imagens radiológicas obedece aos procedimentos definidos no “Manual de Boas Práticas em Radiologia”, publicado pelo Despacho n.º 258/2003 de 8 de janeiro.
7. Durante o procedimento de telerradiologia a informação clínica colhida deve ser registada pelo médico assistente e pelo médico de referência e ficar disponível para consulta posterior.
8. Sempre que seja necessário administrar contraste endovenoso ou outro fármaco para a realização do exame, deverá estar garantida adequada supervisão médica durante o procedimento por médico destacado para o efeito pelo diretor clínico da unidade ou serviço.
9. Deverá ser assegurado o registo das intercorrências que eventualmente surjam durante a realização do exame e que prejudiquem a sua leitura ou interpretação.

10. Nos casos de teleconsulta em tempo real (videoconferência), a informação do relatório final deve ser validada pelo médico assistente e pelo médico radiologista responsável pelo exame e, em simultâneo, através da Consulta a Tempo e Horas (CTH).
11. O relatório produzido pelo médico radiologista/neurorradiologista deve ser assinado digitalmente com a aposição de um certificado digital qualificado, preferencialmente o do cartão da Ordem dos Médicos, visto que este certifica o profissional bem como a respetiva especialidade.
12. A transmissão e arquivo dos relatórios médicos realizados por telerradiologia devem garantir a inviolabilidade do certificado digital qualificado, garantindo assim a sua verificação em qualquer momento de vida do relatório.
13. A utilização de telerradiologia implica uma monitorização adequada do seu funcionamento, comprovação da sua boa utilização e adequação às boas práticas, nomeadamente por reavaliação anual, através da elaboração de relatório escrito pela entidade requisitante em que deverá ser analisada a experiência passada, problemas detetados e proposta de soluções para a sua resolução. Este relatório deverá estar disponível para consulta pelas entidades oficiais.
14. Após a realização do exame por telerradiologia, deve ser assegurado o contacto direto e fácil, em tempo real entre o médico prescriptor e o médico radiologista, até ao máximo de 48h.
15. No pedido do exame a informação clínica relevante deve obrigatoriamente ser registada pelo médico prescriptor.
16. O médico radiologista que ficará responsável pelo exame deve ter acesso aos relatórios e imagens de exames anteriores, caso existam.
17. A telerradiologia, logo que possível, seguirá os procedimentos da CTH.
18. A telerradiologia não se aplica aos seguintes exames:
  - a. Mamografia (porque exige presença do médico radiologista, exceto em casos de rastreio organizado);
  - b. Fluoroscopia (porque o médico radiologista executa diretamente o exame);
  - c. Ecografia (porque o exame de avaliação em tempo real efetuado pelo médico radiologista, exceto do foro cardiológico);
  - d. Ressonância Magnética (dada a complexidade e multiplicidade de protocolos inerentes à RM, a utilização de telerradiologia para interpretação destes exames deve ser excepcional).
19. Qualquer exceção clínica à presente Norma é fundamentada, com registo no processo clínico.

# NOC – 005/2015 de 25 Março

## 20. O instrumento de auditoria organizacional

Instrumento de Auditoria				
Norma " Telerradiologia "				
Unidade:				
Data: __/__/__		Equipa auditora:		
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
Foi obtido o consentimento informado, por escrito, de acordo com a Norma nº 015/2013 de 03/10/2013.				
Consentimento informado dado por escrito de acordo com a Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 encontra-se no processo clínico do doente.				
A telerradiologia foi praticada para serviços de Radiologia ou Neurorradiologia.				
A telerradiologia foi efetuada por médico Radiologista ou Neurorradiologista com idoneidade específica para a valência dos exames em causa.				
A recolha de imagens radiológicas obedece aos procedimentos definidos no Manual de Boas Práticas em radiologia, publicado pelo Despacho n.º 258/2003 de 8 de janeiro				
Na teleconsulta em tempo real (videoconferência), a informação do relatório final foi validada, pelo médico assistente e pelo médico radiologista responsável pelo exame e em simultâneo, através da Consulta a Tempo e Horas				
Foi realizado o relatório conforme preconizado no ponto 13 da presente Norma.				
O relatório realizado encontra-se disponível para consulta pelas entidades competentes.				
Após a realização do exame por telerradiologia foi assegurada a capacidade de discussão clínica até ao máximo de 48 horas úteis, com a possibilidade de contacto direto e fácil, em tempo real entre o médico prescriptor e o médico radiologista				
A telerradiologia não se aplica aos seguintes exames (conforme ponto 18 da presente Norma): Mamografia; Fluoroscopia; Ecografia e Ressonância Magnética.				
<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			

**Avaliação de cada padrão:**  $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

21. A presente Norma é complementada com o seguinte texto de apoio que orienta e fundamenta a sua implementação.



Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde

## TEXTO DE APOIO

### Conceito, definições e orientações

- A. Telerradiologia consiste na transmissão eletrónica de estudos de diagnóstico por imagem de um local para outro com propósitos de interpretação ou consulta. Esta definição inclui redes de Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens Médica (PACS). Uma equipe médica qualificada local integrando especialistas de Radiologia e/ou Neurorradiologia disponibiliza um ambiente clínico adequado para o diálogo diário e consulta com os médicos que referenciam os doentes.
- B. A telerradiologia, implica a realização do exame, sem a presença física do médico radiologista que o vai interpretar, o que exige uma correta orientação e adequação do protocolo à situação clínica, podendo a má prática levar, entre outros a: diagnósticos incorretos; uso excessivo de medicina defensiva (ex. sobrevalorização de achados radiológicos); riscos injustificados (ex. administração indevida de contraste intravenoso, dose excessiva de radiação ionizante); exames desnecessariamente demorados e dispendiosos; repetição de exames, com o consequente aumento desnecessário de encargos inerentes.
- C. Por outro lado, o envio da totalidade dos exames de diagnóstico de determinadas áreas de diferenciação para o exterior, através da telerradiologia empobrece de modo significativo o serviço de radiologia da unidade de saúde local, devendo ser evitado.
- D. O objetivo deverá ser sempre a criação de serviços de radiologia/neurorradiologia com médicos radiologistas/neurorradiologistas em presença física, membros de pleno direito de equipas multidisciplinares e que colaborem de modo ativo no diagnóstico dos pacientes. Os serviços também deverão dispor de uma adequada equipa de Técnicos de Radiologia e demais pessoal, essencial ao seu regular funcionamento.
- E. O médico radiologista/neurorradiologista que relata o exame por telerradiologia é responsável pelo exame efetuado e respetiva interpretação, pela qualidade técnica e protocolo utilizado.
- F. O médico responsável pelo exame tem que estar disponível para ser consultado, se necessário
- G. O uso da telerradiologia em Serviços de Radiologia obriga à existência de radiologista em regime de presença física ou prevenção, durante o período de funcionamento, o qual irá determinar o exame de diagnóstico mais adequado e mais inócuo impedindo a realização abusiva de exames de diagnóstico invasivos e que usam radiações ionizantes.
- H. Todas as especificações técnicas dos equipamentos deverão seguir o “Manual de Boas Práticas em Radiologia” da Ordem dos Médicos.

### Fundamentação

- A. Nos locais onde não seja possível suprir as necessidades na área, a telerradiologia pode ajudar a responder a essas necessidades bem como colaborar na interpretação de casos complexos. A telerradiologia deve contribuir para melhorar a qualidade do serviço de diagnóstico prestado.
- B. O recurso à telerradiologia não poderá substituir a presença efetiva de um médico radiologista/neurorradiologista, mas apenas servir como recurso, enquanto não é possível colmatar

essa deficiência. A telerradiologia como facilitadora de segunda opinião será sempre uma aplicação que contribui para a melhoria da qualidade do serviço de radiologia.

#### **Avaliação**

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua e executada através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A efetividade da implementação da presente Norma e a emissão de diretivas e instruções internas para o seu cumprimento é da responsabilidade dos dirigentes das unidades hospitalares do Sistema de Saúde.

#### **Comité Científico**

- A. A presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.
- B. A elaboração da presente Norma teve o apoio científico do colégio da especialidade de radiologia e de neurorradiologia da Ordem dos Médicos.
- C. A elaboração da presente Norma teve o apoio de Amélia Estevão, Carlos Ribeiro, David Coutinho e Luís Gonçalves.

#### **Coordenação executiva**

A coordenação executiva da atual versão da presente Norma foi assegurada pelo Departamento da Qualidade na Saúde, com a coordenação executiva de Filipa Sabino.

#### **Siglas/Acrónimos**

Siglas/Acrónimos	Designação
<b>CAR</b>	Canadian Association of Radiologists
<b>ERS</b>	European Society of Radiology
<b>OAR</b>	Ontário Association of Radiologists
<b>PACS</b>	Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens Médica
<b>SACR</b>	American College of Radiology

#### **Bibliografia**

1. ACR Standards for Teleradiology:  
[http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fimaging.stryker.com%2Fimages%2FACR\\_Standards-Teleradiology.pdf&ei=GpbCVMG7C8S5UcijgOAL&usg=AFQjCNE4E2rXbjCXWKHZGN\\_ZHqEh4oA5A&sig2=y3MVCV88o3dx4SlalsQwdqw&bvm=bv.84349003,d.d24](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fimaging.stryker.com%2Fimages%2FACR_Standards-Teleradiology.pdf&ei=GpbCVMG7C8S5UcijgOAL&usg=AFQjCNE4E2rXbjCXWKHZGN_ZHqEh4oA5A&sig2=y3MVCV88o3dx4SlalsQwdqw&bvm=bv.84349003,d.d24)  
<[http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fimaging.stryker.com%2Fimages%2FACR\\_Standards-Teleradiology.pdf&ei=GpbCVMG7C8S5UcijgOAL&usg=AFQjCNE4E2rXbjCXWKHZGN\\_ZHqEh4oA5A&sig2=y3MVCV88o3dx4SlalsQwdqw&bvm=bv.84](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fimaging.stryker.com%2Fimages%2FACR_Standards-Teleradiology.pdf&ei=GpbCVMG7C8S5UcijgOAL&usg=AFQjCNE4E2rXbjCXWKHZGN_ZHqEh4oA5A&sig2=y3MVCV88o3dx4SlalsQwdqw&bvm=bv.84)>

2. ACR Technical Standard for Digital Image Data Management:  
[http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CEUQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.spitjudms.ro%2F\\_files%2Fprotocoloale\\_terapeutice%2Fradiologie%2Facr\\_technical\\_standard\\_for\\_digital\\_image\\_data\\_management.pdf&ei=SjfCVKDAKle5UaPygcgK&usg=AFQjCNHfBKVVbIC1aKwG-PbHptUAikhUzA&sig2=70-zh-NYwiTLL8Rj7MtBAw&bvm=bv.84349003,d.d24](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CEUQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.spitjudms.ro%2F_files%2Fprotocoloale_terapeutice%2Fradiologie%2Facr_technical_standard_for_digital_image_data_management.pdf&ei=SjfCVKDAKle5UaPygcgK&usg=AFQjCNHfBKVVbIC1aKwG-PbHptUAikhUzA&sig2=70-zh-NYwiTLL8Rj7MtBAw&bvm=bv.84349003,d.d24)  
<[http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CEUQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.spitjudms.ro%2F\\_files%2Fprotocoloale\\_terapeutice%2Fradiologie%2Facr\\_technical\\_standard\\_for\\_digital\\_image\\_data\\_management.pdf&ei=SjfCVKDAKle5UaPygcgK&usg=AFQjCNHf](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CEUQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.spitjudms.ro%2F_files%2Fprotocoloale_terapeutice%2Fradiologie%2Facr_technical_standard_for_digital_image_data_management.pdf&ei=SjfCVKDAKle5UaPygcgK&usg=AFQjCNHf)>
3. British Association Dermatology:  
[http://www.bad.org.uk/Portals/\\_Bad/Quality%20Standards/Teledermatology%20Quality%20Standards.pdf](http://www.bad.org.uk/Portals/_Bad/Quality%20Standards/Teledermatology%20Quality%20Standards.pdf)
4. CAR Standards for Telerradiology:  
[http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.car.ca%2Fuploads%2Fstandards%2520guidelines%2Fstandard\\_teleradiology\\_en.pdf&ei=bprCVNuUAsW7UZ6OgKAC&usg=AFQjCNGk6V4cB6zHEAeWbLppTTG1Xi1Ogg&sig2=wH3tucvApobR74AZe2D65A&bvm=bv.84349003,d.d24](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.car.ca%2Fuploads%2Fstandards%2520guidelines%2Fstandard_teleradiology_en.pdf&ei=bprCVNuUAsW7UZ6OgKAC&usg=AFQjCNGk6V4cB6zHEAeWbLppTTG1Xi1Ogg&sig2=wH3tucvApobR74AZe2D65A&bvm=bv.84349003,d.d24)  
<[http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.car.ca%2Fuploads%2Fstandards%20guidelines%2Fstandard\\_teleradiology\\_en.pdf&ei=bprCVNuUAsW7UZ6OgKAC&usg=AFQjCNGk6V4cB6zHEAeWbLppTTG1Xi1Ogg&sig2=wH3tucvApobR74A](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.car.ca%2Fuploads%2Fstandards%20guidelines%2Fstandard_teleradiology_en.pdf&ei=bprCVNuUAsW7UZ6OgKAC&usg=AFQjCNGk6V4cB6zHEAeWbLppTTG1Xi1Ogg&sig2=wH3tucvApobR74A)>
5. Despacho n.º 258/2003 do Diário da Republica Série II, N.º 6 de 8 de janeiro.
6. Manual de Boas Práticas em Telerradiologia da Ordem dos Médicos:  
<https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDIQFjAB&url=https%3A%2F%2Fwww.ordemd osmedicos.pt%2F%3Flop%3Dconteudo%26op%3Dec8ce6abb3e952a85b8551ba726a1227%26id%3Dbdb6920adcd0457aa17b53b22963dad9&ei=KZvCVK3tFokuU5-NgYgO&usg=AFQjCNGsVnwY2Kn4HLPOdLjYBOnHGtZLNQ&sig2=6niziKdcvYfiqR0We3e2Jw&bvm=bv.84349003,d.d24>  
<<https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDIQFjAB&url=https%3A%2F%2Fwww.ordemd osmedicos.pt%2F%3Flop%3Dconteudo%26op%3Dec8ce6abb3e952a85b8551ba726a1227%26id%3Dbdb6920adcd0457aa17b53b22963dad9&ei=KZvCVK3tFokuU5-NgYgO&usg=AFQjCNGsVn>>
7. Normas ATA - <http://www.americantelemed.org/practice/standards/ata-standards-guidelines/quick-guide-to-store-forward-live-interactive-teledermatology>; <http://www.americantelemed.org/practice/standards/ata-standards-guidelines/practice-guidelines-for-teledermatology>
8. OAR Teleradiology Standards:  
[http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CD4QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.oar.info%2Fpdf%2FNewOARTeleradiologyStandard.pdf&ei=rZjCVlAJ8mwUz3sgvgJ&usg=AFQjCNH9AdEm20OTgaV05KkiERmcd-rGeA&sig2=4S\\_fVeAGLX7o41DKXjp4w&bvm=bv.84349003,d.d24](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CD4QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.oar.info%2Fpdf%2FNewOARTeleradiologyStandard.pdf&ei=rZjCVlAJ8mwUz3sgvgJ&usg=AFQjCNH9AdEm20OTgaV05KkiERmcd-rGeA&sig2=4S_fVeAGLX7o41DKXjp4w&bvm=bv.84349003,d.d24)  
<[http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CD4QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.oar.info%2Fpdf%2FNewOARTeleradiologyStandard.pdf&ei=rZjCVlAJ8mwUz3sgvgJ&usg=AFQjCNH9AdEm20OTgaV05KkiERmcd-rGeA&sig2=4S\\_fVeAGLX7o41DKXjp4w&bvm=bv.84349003,d.d24](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CD4QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.oar.info%2Fpdf%2FNewOARTeleradiologyStandard.pdf&ei=rZjCVlAJ8mwUz3sgvgJ&usg=AFQjCNH9AdEm20OTgaV05KkiERmcd-rGeA&sig2=4S_fVeAGLX7o41DKXjp4w&bvm=bv.84349003,d.d24)>
9. Teleradiology in the European Union (ESR):  
[https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDMQFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.myesr.org%2Fhtml%2Fimg%2Fpool%2FESR\\_2006\\_VII\\_Telerad\\_Summary\\_Web.pdf&ei=HpnCVJ2SIlIn0Uq-ngNAE&usg=AFQjCNEMjB8NxSOajeBGMDSL9KXsq3uCG&sig2=DQphUCa1\\_7477YzDVmkl\\_w&bvm=bv.84349003,d.d24](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDMQFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.myesr.org%2Fhtml%2Fimg%2Fpool%2FESR_2006_VII_Telerad_Summary_Web.pdf&ei=HpnCVJ2SIlIn0Uq-ngNAE&usg=AFQjCNEMjB8NxSOajeBGMDSL9KXsq3uCG&sig2=DQphUCa1_7477YzDVmkl_w&bvm=bv.84349003,d.d24)  
<[https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDMQFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.myesr.org%2Fhtml%2Fimg%2Fpool%2FESR\\_2006\\_VII\\_Telerad\\_Summary\\_Web.pdf&ei=HpnCVJ2SIlIn0Uq-ngNAE&usg=AFQjCNEMjB8NxSOajeBGMDSL9KXsq3uCG&sig2=DQphUCa1\\_7477YzDVmkl](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDMQFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.myesr.org%2Fhtml%2Fimg%2Fpool%2FESR_2006_VII_Telerad_Summary_Web.pdf&ei=HpnCVJ2SIlIn0Uq-ngNAE&usg=AFQjCNEMjB8NxSOajeBGMDSL9KXsq3uCG&sig2=DQphUCa1_7477YzDVmkl)>

# NOC – 004/2015 de 25 Março



**NORMA** |  
da Direção-Geral da Saúde

NÚMERO: 004/2015  
DATA: 25/03/2015

Francisco  
Henrique  
Moura George

Digitally signed by Francisco  
Henrique Moura George  
DN: c=PT, ou=Ministério da Saúde,  
ou=Direção-Geral da Saúde,  
ou=Francisco Henrique Moura  
George  
Date: 2015.03.25 10:04:10 Z

---

ASSUNTO: Telepatologia/patologia digital  
PALAVRAS-CHAVE: Anatomia Patológica; Telemedicina; Telepatologia; patologia digital;  
teleconsultoria em anatomia patológica  
PARA: Instituições do Sistema de Saúde Português  
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.pt](mailto:dqs@dgs.pt))

---

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

## **NORMA**

1. A telepatologia/patologia digital (macroscopia e microscopia) segue os procedimentos da Consulta a Tempo e Horas (CTH).
2. A telepatologia/patologia digital é um ato médico da responsabilidade do médico anatomopatologista.
3. Na área da macroscopia, admite-se que telepatologia/patologia digital seja efetuada por técnico de diagnóstico e terapêutica devidamente credenciado, sob supervisão do médico anatomopatologista.
4. Para a telepatologia/patologia digital (macroscopia e microscopia) com fins de diagnóstico, as instituições têm de ter implementado um sistema de gestão da qualidade, devidamente certificado.
5. O sistema de telepatologia/patologia digital (macroscopia e microscopia) tem de ser validado pelo médico anatomopatologista. O processo de validação deverá ter um registo documental, que contemple a metodologia, medições e aprovação final do sistema de telepatologia/patologia digital em macroscopia com fins de diagnóstico.
6. O sistema de telepatologia/patologia digital em macroscopia compreende:
  - a. câmara de vídeo com ligação em tempo real de acordo com as seguintes características
    - i. todas as amostras com exame macroscópico feito à distância são fotografadas nas diferentes fases do exame macroscópico (incluindo a observação da peça íntegra, observação das superfícies de secção e observação dos fragmentos dentro das cassetes); e
    - ii. que esta documentação fotográfica está disponível em tempo útil no ficheiro do doente, onde poderá ser consultada e utilizada para apoiar a realização do relatório do exame microscópico.

- b. sistema de tecnologias de informação (IT) capaz de fazer a captação da imagem e som emitidos durante o procedimento macroscópico, permitir a interação digital entre operadores.
  - c. realização de documentação fotográfica do exame a ser anexa ao ficheiro do doente (onde conste a sua identificação, informação clínica relativa ao episódio presente e episódios passados); e,
  - d. integração da informação com o processo clínico eletrónico do utente.
- 7.** O sistema de telepatologia/patologia digital em microscopia obedece ao seguinte:
- a. digitalizador de lâminas e/ou microscópio robotizado de acordo com o definido na alínea b) do ponto de norma n.º 8; e,
  - b. o sistema de tecnologias de informação (IT) deve ser capaz de transformar a digitalização integral da lâmina e acoplar no processo clínico eletrónico do utente, de acordo com o ponto de norma n.º 9.
- 8.** São características mínimas a observar nos sistemas de imagem:
- a. Câmara de vídeo para macroscopia
    - i. câmara de alta definição (HD) controlada por computador, com zoom óptico e filtro polarizador para eliminação de brilhos;
    - ii. iluminação de alta intensidade a LED com refrigeração;
    - iii. controlo de zoom e foco-fino via software;
    - iv. integrável com software de Gestão de Laboratório (LIMS);
    - v. pedal para controlo das principais funções do sistema;
    - vi. código de barras 2D incorporado;
    - vii. reconhecimento de voz com microfone incorporado;
    - viii. computador e monitor integrados, de grau médico, selado, lavável e tátil, tipo "all-in-one";
    - ix. teclado e rato tipo wireless e lavável;
    - x. base de corte integrada no corpo do dispositivo que garanta o correto contraste entre o fundo e o material a ser analisado.
  - b. Digitalizador de Lâminas (Scanner de Lâminas) para microscopia:
    - i. sistema de digitalização WSI (Whole Slide Image) que permita a real digitalização de toda a imagem;
    - ii. ampliação óptica de 40x, com possibilidade de digitalização também a 4x, 10x e 20x;

- iii. integrável com software de Gestão de Laboratório (LIMS);
- iv. código de barras 2D incorporado e automático;
- v. compatível com formatos de imagem Standard e ou DICOM.

**9.** São características mínimas a observar nos sistemas de IT:

- a. Servidor (armazenamento temporário dos dados do sistema de macroscopia, digitalizador de lâminas para microscopia e LIMS) com as seguintes características:
  - i. memória RAM mínima de 8gb;
  - ii. disco de processamento mínimo de 40gb escaláveis, no caso do servidor central, mínimo de 5TB escaláveis;
  - iii. processador mínimo intel i5-3470.
- b. Sistema de "Internet Protocol" (IP)
  - i. reconhecimento público (IP fixo), através da internet, ou preferencialmente VPN privada.
- c. Largura de banda
  - i. conexão dedicada com largura de banda mínima de upstream de 15 Mbps;
  - ii. no servidor central, ligação de largura de banda mínima de upstream de 15 Mbps e downstream de 100 Mbps.
- d. Sistema de backup
  - i. múltiplo, tipo "High Availability" (HA) ou preferencialmente tipo "Disaster Recovery" (DR).
- e. Monitores
  - i. resolução mínima de 4K ou UHD, preferencialmente táctil;
  - ii. dimensão mínima recomendada do ecrã de 26" (+/- 66 cm).

**10.** Qualquer exceção clínica à presente Norma é fundamentada, com registo no processo clínico.

## 11. O algoritmo





## TEXTO DE APOIO

### Conceito, definições e orientações

- A. Entende-se por telepatologia/patologia digital (macroscopia e microscopia) a prática de anatomia patológica à distância, utilizando os elementos de tecnologia digital, nomeadamente: imagens estáticas, lâminas digitalizadas e videomicroscopia.
- B. A prática da telepatologia/patologia digital pode implicar, para além de uma instituição requerente e de uma instituição fornecedora de serviços de diagnóstico em anatomia patológica (laboratório), um serviço de apoio logístico que providencie o equipamento e a interface informática necessários e adequados a esta atividade.
- C. A validação do sistema de telepatologia/patologia digital deverá ser sempre efetuada, da seguinte forma:
  - a. Para macroscopia, a validação deverá ser efetuada em duas fases:
    - i. Fase inicial, em que se efetua um estudo comparativo contemplando todos os tipos de preparação de amostras relevantes para a sua implementação futura (por exemplo, biopsias e peças cirúrgicas) e incluir pelo menos 30 amostras para cada tipo de preparação. Este estudo comparativo de validação deve assegurar que não se verificam diferenças significativas entre o procedimento presencial e à distância, nomeadamente quanto ao número de retornos ao exame macroscópico, número de erros ocorridos durante o exame macroscópico, número de exames com supervisão pelo médico patologista responsável pelo exame e número de cassetes colhidas por tipo de exame;
    - ii. Fase de manutenção, em que se efetua uma avaliação integrada da performance dos sistemas digitais e dos operadores, pelo menos mensal, e em que se preconiza a formação contínua destes operadores.
  - b. Não obstante as duas fases previamente descrita, a validação do sistema de telepatologia/patologia digital em macroscopia com fins de diagnóstico deve decorrer em condições idênticas às que serão as do seu uso real e deve ser objeto de revalidação quando estas condições se modificarem
  - c. A validação do sistema de telepatologia/patologia digital em microscopia com fins de diagnóstico deve:

- i. ser feita contemplando todos os tipos de preparação de amostras relevantes para a sua implementação futura (incluindo lâminas de citologia, lâminas com cortes histológicos, lâminas com colorações especiais de histoquímica ou de imuno-histoquímica) e incluir pelo menos 30 amostras para cada tipo de preparação;
  - ii. decorrer em condições idênticas às que serão as do seu uso real e deve ser objeto de revalidação quando estas condições se modificarem;
  - iii. estabelecer os valores de concordância diagnóstica entre imagem digital e imagem observada pelo método clássico na lâmina, para o mesmo observador, de forma a eliminar a variabilidade inter-individual;
  - iv. As imagens digitais e as lâminas correspondentes devem ser avaliadas, para cada caso, de uma forma aleatória ou não aleatória com, pelo menos, duas semanas de intervalo entre a sua observação.
- D. Os médicos patologistas, os técnicos da área da saúde e da informática, assim como os colaboradores do setor administrativo de cada laboratório de anatomia patológica que usarão o sistema de telepatologia/patologia digital (macroscopia e/ou microscopia) devem participar da sua validação ou receber formação específica para a sua utilização.
- E. O Serviço e/ou Laboratório de Anatomia Patológica que pretenda implementar o sistema de telepatologia/patologia digital em macroscopia deve assegurar-se que:
- a. todas as amostras com exame macroscópico feito à distância são fotografadas nas diferentes fases do exame macroscópico (incluindo a observação da peça integra, observação das superfícies de secção e observação dos fragmentos dentro das cassetes) e que esta documentação fotográfica está disponível em tempo útil no ficheiro do doente, onde poderá ser consultada e utilizada para apoiar a realização do relatório do exame microscópico.
  - b. o(s) laboratório(s)/ posto(s) de colheita à distância tem as condições logísticas adequadas à realização do exame macroscópico, que os operadores têm a formação adequada para a sua execução (médicos patologistas, médicos internos de Anatomia Patológica com pelo menos três meses de experiência em exame macroscópico e técnicos de Anatomia Patológica, preferencialmente com pós-graduação em macroscopia) e que os operadores têm supervisão e apoio diário por via digital.

## Fundamentação

- A. Portugal é um país assimétrico quanto à disponibilidade e acesso aos mais variados recursos, sendo esta realidade também muito clara na área da Saúde. As unidades prestadoras de cuidados saúde localizadas no interior de Portugal têm constrangimentos associados ao isolamento geográfico que, aliados à sua limitada dimensão, a diversos constrangimentos logísticos e a alguma incapacidade de mobilização de recursos humanos diferenciados, têm dificultado a prestação de uma cobertura eficiente de cuidados médicos à população residente.
- B. Concretizando, uma das especialidades médicas em que esta dificuldade é mais evidente é a Anatomia Patológica. Apesar das unidades prestadoras de cuidados saúde terem definidos espaços laboratoriais nas suas instalações, nunca foi possível implementar o funcionamento pleno de Serviços de Anatomia Patológica.
- C. O desenvolvimento tecnológico permite, atualmente, ultrapassar os condicionalismos geográficos, bem como os respeitantes aos recursos humanos, ao possibilitar o acompanhamento à distância de algumas atividades médicas, neste caso por meio da telepatologia/patologia digital. Embora utilizada desde há vários anos para o ensino e investigação, a utilização da telepatologia/patologia digital na rotina assistencial da Anatomia Patológica começa a desenvolver-se e a ser implementada em vários centros na Europa e na América do Norte, incluindo o Canadá.

## Avaliação

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua e executada através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A efetividade da implementação da presente Norma e a emissão de diretivas e instruções internas para o seu cumprimento é da responsabilidade dos dirigentes das unidades hospitalares do Sistema de Saúde.

## Comité Científico

- A. A presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.
- B. A elaboração da presente Norma teve o apoio de Catarina Eloy, Luís Gonçalves, Paula Borralho, Pedro Oliveira, Rosa Ballesteros e Rui Henrique.

## Coordenação executiva

A coordenação executiva da atual versão da presente Norma foi assegurada pelo Departamento da Qualidade na Saúde, com a coordenação executiva de Filipa Sabino.

## Siglas/Acrónimos

Siglas/Acrónimos	Designação
<b>2D</b>	Duas Dimensões
<b>CTH</b>	Consulta a Tempo e Horas
<b>DICOM</b>	Digital Imaging and Communications in Medicine
<b>DR</b>	Disaster Recovery
<b>HÁ</b>	High Availability
<b>HD</b>	High Definition (alta definição)
<b>IP</b>	Internet Protocol
<b>IT</b>	Information technology (tecnologias de informação)
<b>LED</b>	Light Emitting Diode
<b>LIMS</b>	Laboratory Information Management System
<b>RAM</b>	Random Access Memory
<b>VPN</b>	Virtual Private Network (Rede Particular Virtual)
<b>WFS</b>	web feature service
<b>WSI</b>	Whole Slide Image

## Bibliografia

1. Pantanowitz L. Validating whole slide imaging for diagnostic purposes in Pathology - Guidelines from the College of American Pathologists Pathology and Laboratory Quality Center. Arch Pathol Lab Med. 2013; 137:1710-1722.
2. Bernard C. Guidelines from the Canadian Association of Pathologists for establishing a telepathology service for anatomic pathology using whole-slide imaging. J Pathol Inform. 2014;5:15.

NÚMERO: 005/2014

DATA: 08/04/2014

---

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

---

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

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

---

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

## 11. Árvore de Decisão



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

Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde



## TEXTO DE APOIO

### A. Definições/Conceitos e Critérios

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

(iii) Na consulta de seguimento o médico assistente:

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

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

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

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

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

### B. Fundamentação

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

---

### C. Apoio Científico

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

### D. Apoio Executivo

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

### Bibliografia

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

### Anexos:

#### Anexo II: Quadros, tabelas e gráficos

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

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

#### À Pessoa/representante

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

Nome legível do profissional de saúde: | \_\_\_\_\_ |

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

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

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

[Parte declarativa da pessoa que consente]

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

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

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

Nome: | \_\_\_\_\_ |

Assinatura ... ..

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

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

NOME: ... ..

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

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

ASSINATURA ... ..

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



Grupo de Trabalho de  
Telemedicina



SPMS<sub>EPE</sub>

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde