

Qual é o futuro da medicina do trabalho e telemedicina pós-pandemia em Portugal e na França?

Post-pandemic occupational medicine and telemedicine in Portugal and France: what does the future look like?

António Rui Marcelino **Leal**¹ , Maria José **Pinto da Costa**¹ , João Costa **Amado**² 

RESUMO Com base na experiência pessoal de vários anos, foi realizada uma análise comparativa de dois sistemas de saúde europeus diferentes, de Portugal e da França, em uma perspectiva direcionada a uma comparação da medicina do trabalho e a utilização da telemedicina no contexto pós-pandêmico, em que ela se normalizou. Esta análise comparativa incide em quatro aspectos: sistema de saúde; medicina do trabalho; telemedicina/teletrabalho; e futuro e sugestões. Foram incluídas pesquisa e revisão documental de vários artigos recentes, normativas e recomendações das autoridades responsáveis pela tutela (Recomendações Colegiais, Ordem dos Médicos, Código do Trabalho), e foram feitas comparações de alguns indicadores estatísticos e estudos recentes. Três tabelas sobre a saúde, a medicina do trabalho e a telemedicina apresentam alguns dados relevantes e facilitam a comparação. Apesar da comparação difícil dadas as diferenças de base dos dois sistemas (modelo Beveridge *versus* Bismarck), parece ser possível concluir que existe uma maior abertura para a utilização criteriosa da teleconsulta na França (entre 15 e 35%), incluindo o seu uso por enfermeiras no contexto da *visite d'information et de prévention*, com uma boa aceitação pelos empregadores e trabalhadores. Ainda existem dificuldades por resolver, nomeadamente sobre a segurança e as dificuldades na sua utilização ou na realização da biometria ou exame objetivo. Por meio de melhorias no *biosensing* e de uma formação adequada, essas questões serão ultrapassadas. Dada a falta de médicos do trabalho e a habitual dilação dos prazos legais, essa possibilidade e as sugestões deveriam ser exploradas e enquadradas pelo Colégio da especialidade. Realizam-se algumas sugestões nesse sentido.

Palavras-chave | Portugal; França; medicina do trabalho; telemedicina; COVID-19.

ABSTRACT | Based on personal experience over several years, we carried out a comparative analysis of two different European health systems, in Portugal and France, from a perspective comparing occupational medicine and use of telemedicine in a post-pandemic context. This analysis addressed four aspects: Health System; Occupational Medicine; Telemedicine/Telework; and Future and Suggestions. The study employed searches and review of recent articles, guidelines, and recommendations from the authorities responsible for regulation (Medical Doctors Order, Labor Legislation, and Medical Collegiate Recommendations) and analysis of some statistical indicators from recent studies. Three tables on Occupational Health and Medicine present some relevant data and facilitate comparisons. Despite the difficulties of comparison, given the basic differences between these two systems (Beveridge *vs.* Bismarck), it can be concluded that there is a greater acceptance of judicious use of teleconsultation in France (from 15 to 35%). This includes its use by occupational nurses, in the context of the “Visite de Information et Prevention”, with good acceptance among employers and employees. There are still some difficulties to be resolved concerning security, conducting biometrics, and objective examinations. We expect that these issues will be overcome with improved biosensing, adequate training, and proper regulation. Given the shortage of occupational physicians and the customary overrunning of legal deadlines, we believe that these possibilities and suggestions should be explored and adopted by the specialty’s Collegiate. Certain recommendations to this effect are made.

Keywords | Portugal; France; occupational medicine; telemedicine; COVID-19.

¹ Medicina Legal, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.

² Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Fonte de financiamento: Nenhuma

Conflitos de interesse: Nenhum

Como citar: Leal ARM, Pinto da Costa MJ, Amado JC. Post-pandemic occupational medicine and telemedicine in Portugal and France: what does the future look like? Rev Bras Med Trab. 2024;22(1):e20231194. <http://doi.org/10.47626/1679-4435-2023-1194>

INTRODUÇÃO

Os confinamentos decorrentes da pandemia de covid-19 aumentaram o uso e o aprimoramento das tecnologias de transmissão de dados¹, nomeadamente nos países mais ricos, com eco em publicações científicas² e na remodelação de novos modelos de “negócio” na área da saúde (tipo B2B, B2C, B2B2C)¹. As várias instituições médicas adaptaram-se às necessidades impostas, originando um novo paradigma médico e, conseqüentemente, obrigando a refletir sobre questões legais, socioeconômicas e bioéticas relacionadas³.

Em Portugal, em relação à Medicina do Trabalho (MT), urge ainda superar algumas problemáticas como a carência de especialistas, a dilação dos prazos legais, a excessiva realização de exames complementares em detrimento da análise das reais condições de trabalho e sua adaptação ao trabalhador (com incapacidades, patologias crônicas, idosos...) e, atualmente, o teletrabalho.

Por outro lado, a telemedicina possui um enquadramento legal na Europa desde 2011, por meio do artigo 14 da Directiva “eHealth 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council” e da “Commission Implementing Decision (EU) 2020/1023”. A França deseja impulsionar um espaço europeu de dados de saúde (projeto TEHDAS [Towards the European Health Data Space]), criando princípios para a sua partilha entre Estados. Isso continua em tendência crescente.

Neste artigo de opinião, baseado na nossa experiência profissional nos dois países, foi realizada uma reflexão comparativa sobre o que sucede atualmente em dois Estados da União Europeia (UE), Portugal e França, com modelos de cuidados de saúde muito diferentes.

DESENVOLVIMENTO DA ANÁLISE COMPARATIVA

Serão analisadas diferenças entre os Estados relativamente a quatro aspectos básicos, com a contribuição de três tabelas e indicadores, realizando algumas propostas sobre o futuro eventual da telemedicina no contexto legislativo específico da MT (TLCMT).

SOBRE O PAÍS E O SISTEMA DE SAÚDE (TABELA 1)

Portugal

A população portuguesa, conforme os Censos de 2021, era de 10,344 milhões, com cerca de 66% na idade produtiva (15-64 anos). A gestão da prestação dos serviços de saúde é caracterizada por três coexistências: o Serviço Nacional de Saúde (SNS), financiado pela tributação dos impostos, os regimes de Seguro Social de Saúde para certas profissões (por exemplo, o Instituto de Proteção e Assistência na Doença) e seguros de saúde privados. O SNS oferece uma cobertura universal e tendencialmente gratuita (modelo tipo Beveridge), com cerca de 25% da população abrangida por um subsistema ou regime de seguro voluntário⁴. Enfrenta-se atualmente o subfinanciamento, a falta de médicos de família e a conseqüente e excessiva procura por serviços de urgência.

França

A França possui população e área sete vezes superior às de Portugal, com uma densidade de hab./km² similar, sendo superior na esperança de vida média, embora com uma razão médico/habitantes inferior, entre outros indicadores socioeconômicos⁵ e sanitários (Tabela 1). Esse sistema enfrenta atualmente uma crise que se apelida de “*déserts médicaux*”, ou seja, a falta de médicos generalistas em certas zonas⁶.

Possui como base um modelo tipo Bismarck (mutualizado e interprofissional), sendo gratuito para pessoas com doenças crônicas (câncer, AIDS, entre outras), com deficiências ou consideradas “frágeis”. É um sistema complexo: apoia-se sobre estruturas múltiplas e vários sistemas de coparticipação (mútuas). O usuário tem a liberdade escolher o seu *médecin traitant* (generalista e de referência obrigatória), que o inscreve na sua lista pessoal, sendo responsável pelo seu seguimento e recebendo o pagamento. O paciente é posteriormente ressarcido pelo Sistema Social (*caisses primaires d'assurance maladie* [CPAM]), como no caso de exames complementares, medicamentos e próteses. Assim, cerca de 44% dos médicos optaram por um regime liberal, enquanto 32% trabalham em hospitais e 24%, de forma mista.

As mútuas são obrigatórias para os trabalhadores-operários e opcionais para os restantes. Os seus custos mensais são suportados pelos empregadores, integrando o contrato de trabalho.

Tabela 1. Síntese de alguns indicadores gerais, econômicos e de saúde e comparação quantitativa entre Portugal e França

	Portugal (Beveridge)	França (Bismarck)	Comparação relativa (F/P)	Referência (origem e ano)
População total (hab.)	10.297.081	67.488.449	6,5	Pordata, 2020
PIB <i>per capita</i>	22.800 €	31.200 €	1,3	Pordata, 2020
Salário-mínimo	741 €	1.539 €	2,1	Pordata, 2020
Produtividade/hora	65,8	126,5	1,9	Pordata, 2020
Esperança de vida (anos)	81,1	82,3	> 1,2	Pordata, 2020
Idade mediana	45,5	41,9	> 4 anos	Pordata, 2020
Trabalhadores por idosos (> 65 anos)	2,9	3,0	Similar	Pordata, 2020
População com < 9 anos de educação	44,6%	18,5%	0,4	Pordata, 2020
Médicos/100 mil habitantes	548,8	317,6	0,6	Pordata, 2020
Enfermeiros/100 mil habitantes	756,1	1.167,3	1,5	Pordata, 2020
Taxa de emprego	74,2%	72,1%	Similar	Pordata, 2020
Gastos em saúde por habitante (2019)	2.314 euros	3.523 euros (UE)	1,5	OECD 2021⁴
Porcentagem do PIB em saúde (2019)	9,5%	9,9% (UE)	0,4%	OECD 2021⁴
Relação médicos/ enfermeiros por 1.000 habitantes	5,5/7	3,2/11 (F)	0,29 versus 0,77	OECD 2021⁴

A referência de base foi a Pordata® (ano: 2020), que se baseia em várias fontes, como a European Association of Science Editors (EASE)/European Central Bank (ECB)/European Commission/Eurostat/International Ergonomics Association (IEA)/International Labour Organization (ILO)/National Entities/Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)/United Nations (UN)/United Nations Economic Commission for Europe (UNEC)/United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization-Institute for Statistics (UNESCO-UIS)/World Health Organization (WHO). Parte desses dados foram atualizados em julho de 2022. Os três últimos indicadores pertencem ao Observatório Europeu de Saúde⁴. F/P = França/Portugal; PIB = produto interno bruto; UE = União Europeia.

SOBRE A MEDICINA DO TRABALHO (TABELA 2)

Portugal

A MT é uma especialidade recente, com período formativo de 4 anos, 256 horas de formação, blocos obrigatórios e opcionais e estágios em empresas (portaria n.º 307/2012). Em 2021, existiam registrados na Ordem dos Médicos (OM) um total de 1.161 médicos especialistas em MT, a maioria do sexo masculino (58%) e aproximadamente 45% com mais de 65 anos⁷.

Essa especialidade pode ser exercida de forma autônoma (serviços internos), em organismos públicos ou grandes empresas, ou em serviços comuns ou externos (interempresas). O último caso pode ser exercido por entidades coletivas, geralmente pequenas e médias empresas com fins lucrativos, que empregam médicos do trabalho especialistas (MTE), técnicos de higiene e segurança (THS) e enfermeiros de saúde ocupacional (ESO). São empresas licenciadas, após candidatura exigente e fiscalização pela Direção-Geral da Saúde/Autoridade para as Condições do Trabalho (DGS/ACT). Elas podem realizar serviços em clínicas e/ou viaturas

(consultórios móveis) e devem possuir equipamentos para exames como eletrocardiograma (ECG), provas funcionais respiratórias (PFR), o audiograma e análises.

O MTE é geralmente um médico generalista que pode ser contratado como profissional liberal ou realizar um contrato de trabalho, sendo habitualmente pago por hora e/ou por consulta. Cerca de 25% do seu tempo deve estar reservado a intervenções no local do trabalho, gestão, análise de postos etc. Ele deve realizar os exames médicos de aptidão profissional, com uma periodicidade bianual ou anual (se mais de 50 anos ou de alto risco) e emitir a respectiva Ficha de Aptidão para o Trabalho (FAT), assinada por ele, o trabalhador e os Recursos Humanos/THS da empresa. Os *ratios* recomendados pela DGS para a MT são de 1 hora/mês por 10 trabalhadores de alto risco, e metade desse tempo nos casos de baixo risco (Lei n.º 102/2009).

Em Portugal, o paciente pode não trabalhar por doença ou acidente, após atestado médico. No seu término, inicia o trabalho a tempo completo, devendo o MTE adaptar as tarefas, as condições do posto e o

horário à sua patologia e/ou ao grau percentual de incapacidade, eventualmente atribuído pelas Juntas Médicas, segundo a Tabela Nacional de Incapacidades (Dec. Lei 352/2007).

As alterações regulamentares do Colégio da MT durante a crise sanitária não alteraram a restrição total ao uso da telemedicina, tal como sucedeu no Brasil (art. 2º da resolução n.º 2.183/2018 do Conselho Federal de Medicina [CFM]), com base nos mesmos pressupostos, mas fomentou-se o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), os gestos barreira/isolamento e a vacinação, entre outras medidas.

França

A MT iniciou-se com a publicação do Código do Trabalho e da Segurança e Saúde Ocupacionais (*santé et sécurité au travail* [SST]) (lei fundadora de 1946) e teve a sua origem na Medicina Legal. Baseia-se nos artigos R4121-1 a D4163-48 do Código da SST.

A formação atual dos MTE na França é igualmente de 4 anos, englobando 250 horas de ensino teórico, oito semestres de formação em serviços de base hospitalar e vários estágios. Tal como em Portugal, os MTE possuem uma idade média avançada (55 anos), mas com predomínio do sexo feminino em 68%.

O código do trabalho engloba as empresas de MT, que possuem obrigatoriamente caráter social, sem fins lucrativos, sendo a sua gestão garantida de forma igualitária pelos empregadores e trabalhadores. Após a validação da sua candidatura (*agrément*) e a aprovação de um programa plurianual de 5 anos (*contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens* [CPOM]) pela *Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités* (DRIEETS)⁸, essas sociedades podem executar consultas, serviços e exames, baseados em equipas pluridisciplinares, incluindo vários técnicos chamados de intervenientes na prevenção de riscos profissionais (*intervenants en prévention des risques professionnels* [IPRP]).

Tal como em Portugal, existem serviços autónomos e interempresas, com base em clínicas e/ou consultórios móveis. Os exames complementares habituais na França são geralmente o Visiotest, a PFR e o audiograma. Eles são da responsabilidade contratual das próprias empresas de SST, estando incluídos na cotização anual das empresas

incluídas. As empresas francesas possuem dimensão e capacidade de resposta 10 vezes superior às portuguesas (Tabela 2). Segundo o organismo que as representa, existem 225 empresas de SST, com 17.600 trabalhadores e quase 15 mil centros clínicos com tendência à fusão.

Na França, segundo a OM, existe a obrigatoriedade de exclusividade no exercício da MT (interdição de realizar medicina curativa), com base na contratação obrigatória a tempo inteiro (*contrat à durée indéterminée* [CDI]) de 35 h/semana ou a tempo parcial (*contrat à durée déterminée* [CDD]), seguindo-se uma tabela mensal remuneratória, com possibilidades de carreira.

Outra diferença da França para Portugal baseia-se no Decreto de Lei de 27/12/2016, que modificou o sistema tradicional de consultas de SST. O princípio-base passou a ser uma consulta de informação, renovável a cada 5 anos, realizada por um profissional de saúde (um MTE ou um ESO), chamada de Visita de Informação e Prevenção (*visite d'information et prévention* [VIP]).

Na presença de riscos predefinidos (amianto, radiações, substâncias tóxicas para a reprodução...), o assalariado deve ser consultado apenas pelo MTE, com uma periodicidade variável de 1 a 2 ou 4 anos, de acordo com os riscos profissionais e/ou características individuais (jovens, pessoas com deficiências, grávidas...). O MTE deve consultar os funcionários na retoma laboral após ausência superior a 60 dias por doença ou 30 dias no caso de acidente de trabalho (AT), no prazo máximo de 8 dias. Pode organizar-se aqui a visita de “pré-retoma”, preparadora do retorno e ainda durante o período de convalescença.

Os MTE são responsáveis por coordenar a equipe de IPRPs, que inclui os ESO, os assistentes de serviço de saúde no trabalho, os ergonomistas e os toxicólogos⁸, assim como por executar várias ações no local de trabalho (*actions sur le milieu de travail* [AMT]), numa base de 33% do seu horário. Essas AMT são dedicadas a estudos de postos, fichas das empresas e reuniões dos comitês, reservando ainda 7% para os “*temps connexe*” (formação, gestão etc). Resta 60% do tempo para consultar os casos mais complexos, as retomas do trabalho e as pessoas com deficiências para decidir e garantir as inaptidões ao posto (frequentes na França).

No sentido de homogeneizar nomenclaturas e práticas entre os vários serviços de SST e facilitar

a recolha estatística, a Présanse decidiu, em 2009, desenvolver um sistema que harmonizasse e definisse as diversas AMT. Assim, surgiu o “Tesouro Harmonizado” (*thésaurus harmonisés*), que permite realizar o registo sistemático das AMT e outros serviços, passando por uma revisão anual e inclusão nos *softwares* de MT.

Assim como em Portugal, o MTE não possui o poder de prescrição da maioria dos exames complementares de diagnóstico (ECD) e/ou de tratamentos, mas orienta para uma consulta interna com assistente social (prevenção da desinserção profissional) e/ou com psicólogo (riscos psicossociais), elementos integrantes dos serviços de SST⁸. Também pode ser realizado encaminhamento para consultas hospitalares externas.

Outra diferença importante é o fato de a “*Visio Consultation*” (TLCMT) estar amplamente estabelecida e em crescendo, apesar de poder ser recusada pelo MTE/ESO. Ela foi aprovada pelo Artigo L-3616-1 do Código de Saúde Pública em 27/7/2019 e revista em 2022 pela OM⁹.

Em 31 março de 2022, alei alargou as responsabilidades do MTE para o aconselhamento de exercício, nutrição, dor crônica e adictologia. O dossiê médico digital (online) passa a ser compartilhado entre o MTE e o médico de família (*médecin traitant*). Surgiram ainda as consultas de meio e fim de carreira, que aguardam regulamentação.

As tendências futuras previstas pela DRIEETS para os MTE será menor realização de consultas VIP e aumento das retomas e exames ocasionais, com um aumento das VIP, mas realizadas pelos ESO¹⁰.

A tabela para o cálculo das incapacidades em caso de AT ou doença profissional (DP) chama-se “*Concours Médical*” (2001), que permite também obter uma porcentagem de incapacidade. Se esse nível de incapacidade for inferior a 50% e aceitável pelo *médecin traitant* e pela Segurança Social, pode justificar uma situação não existente em Portugal, conhecida como “*Temps Partial Therapeutique*”, no máximo até 18 meses. Tal permite que o trabalhador cumpra apenas uma porcentagem do horário contratado, sendo o restante suportado pelo sistema social. A definição dessa porcentagem e a adaptação do posto compete ao MT enquanto o melhor conhecedor das condições reais de trabalho e possuidor de tempo específico para tal (AMT).

Segundo a Caisse Régionale d’Assurance Maladie d’Île-de-France, as principais causas de DP na França são as lesões musculoesqueléticas (91%), as doenças ligadas a amianto (6%) e aquelas relacionadas com asma/otorrinolaringologia (ORL) (3%), reconhecendo-se também aqui uma subdeclaração¹⁰.

Tabela 2. Indicadores específicos da medicina do trabalho em Portugal e na França

	Portugal (Beveridge)	França (Bismarck)	Comparação relativa (F/P)	Referências (origem e ano)
N.º de empregados ativos (2021)	4.812.000	27.270.000	5,7	Pordata, 2020
N.º total de empresas (2019)	1.201.851	5.480.094	5,4	Pordata, 2020
Empresas de MT licenciadas	390	225	0,57	Tabelas da ACT (22) e www.presance.fr
N.º total de MTE	1.161	4.812	4	Tabela OM (2021)
Razão de MTE por 100 mil habitantes	11,6	7,2	0,62	Autores
Razão de MTE por total de empresas do país	1,03	1,13	Similar	Autores
N.º trabalhadores seguidos pelos SST	12.338	123.231	10x	Autores
Preço ano por trabalhador (serviços de base)	20-45 euros	90-125 euros	4x	Autores
N.º horas em consulta	28 h (37 h × 75%)	21 h (35 h × 60%)	0,75	Autores
Média de consultas MTE/hora	4	2-3	Menor	Autores

Na ausência de indicadores específicos para medicina do trabalho (MT), comparamos alguns indicadores, extraídos ou estimados, a partir das bases de dados prévias ou da experiência profissional pessoal.

ACT = Autoridade para as Condições de Trabalho; MTE = médico do trabalho especialista; OM = Ordem dos Médicos; SST = *Santé et Sécurité au Travail*.

SOBRE A TELEMEDICINA E O TELETRABALHO (TABELA 3)

Portugal

O reconhecimento e o enquadramento da telemedicina no SNS foram definidos pelo Despacho 3571/2013. Em 2016, por meio da Resolução n.º 67/2016 do Conselho de Ministros, foi criado o Centro Nacional de TeleSaúde.

Os regulamentos da DGS (norma 010/2015) para teleconsulta definem a obrigatoriedade de um consentimento informado, da definição de consulta programada ou urgente, de registos clínicos, do relatório final (conclusões e recomendações) e de seu enquadramento na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

No SNS, já existe um sistema de telemedicina (“PDS Live”) em fase de implementação. As especialidades que mais o utilizam são a Radiologia, a Cardiologia, a Dermatologia, a Patologia, a Psiquiatria e a Reabilitação.

As seguradoras desenvolveram grandemente essa possibilidade após a pandemia, coparticipando em teleconsultas, embora a OM coloque algumas limitações em função da regulamentação em vigor. O Código Deontológico da OM (D.R., 2ª Seção, 139 e Reg. 707/2016) prevê teleconsultas com regulamentação específica (Cap. VII) desde 2016. Ele não exclui qualquer tipo de especialidade médica, mas responsabiliza o médico, que “tem liberdade e completa independência de decidir se utiliza ou recusa a telemedicina”, assumindo que ela “deve realizar-se em condições sobreponíveis a uma consulta presencial e só será dada quando o médico tiver uma ideia clara e justificável da situação clínica”. Porém, como pode-se garantir condições sobreponíveis a uma consulta presencial sem a presença dos envolvidos?

Apesar disso, em Portugal, os dados demonstram elevada adesão às teleconsultas durante as duas vagas da pandemia, com uma taxa de utilização de 44%, tendo-se alcançado perto de 2 milhões de teleconsultas por mês no final de 2020⁴.

França

Em função da sua extensa dimensão, da menor densidade médica e do número maior de enfermeiros associado a um melhor desenvolvimento tecnológico, a França adaptou-se à pandemia de forma ágil.

A Lei de 21 de julho de 2009 sobre a reforma hospitalar definiu e regulamentou pela primeira vez a telemedicina na França. Em 2018, essa modalidade de atendimento entrou na lei comum do seguro de saúde (*assurance maladie*), que passou a reembolsar as teleconsultas. Os confinamentos pela covid-19, que originou a explosão do teletrabalho, fizeram evoluir essa necessidade^{2,3,11}, que passou a ser exercida na França sob cinco formas (Art. R.6316-1): teleconsulta, teleperitagem (teleinterconsulta), televigilância, telecirurgia e teletriagem. Não está prevista a hipótese de telediagnóstico (parecer médico de base documental) ou de teleconsultoria (entre profissionais de saúde e a gestão), como já é possível no Brasil (resolução do CFM de 26 de maio de 2022).

A pandemia obrigou os franceses a adotarem essas novas modalidades em seguimentos habituais pelo *médecin traitant* (reembolsados a 25 € pelo ato). Uma pesquisa no início de 2020 sobre o interesse em telemedicina revelou que 68% dos franceses seriam a favor do desenvolvimento da teleconsulta, sobretudo aqueles com menos de 35 anos (78%), de classes sociais mais altas (73%) e que moravam em Paris (75%)¹².

A Société Française de Santé au Travail (SFST) emanou, em 15 de abril de 2020, um aviso que regia as atuações da MT durante a pandemia, tendo uma forte base legal e contextual¹³. Assim, várias empresas francesas de *software* dedicado à MT passaram a incluir sistemas de imagem/videoconsulta, enquanto outras passaram a oferecer sistemas externos. Algumas empresas investiram no “*biosensing*”, concebendo malas de telemedicina com equipamentos dedicados a diferentes contextos (por exemplo, Marinha, trabalho etc.). Outras, ainda, apostaram na concepção de cabines ou estações dedicadas, com vários biossensores disponibilizados em farmácias, nos supermercados ou mesmo nas empresas.

Do lado do empregador, passaram a existir empresas (sobretudo as informáticas) que já admitem como condição fundamental para a realização de um contrato de MT a capacidade de se realizarem videoconsultas pelos SST, devido às distâncias e à possibilidade de teletrabalho (em muitos casos, de forma integral). Em um estudo de 2021⁹, encontrou-se que a razão seria para diminuir os custos em transportes, as esperas e o tempo administrativo, sobretudo se associado ao envio por e-mail das FAM com

a assinatura do MTE (única necessária aqui). Esse estudo revelou também que 23% dos MTE/ESO pretendiam

manter a TLCMT de forma regular, enquanto 50% apenas pontualmente e 18% a recusavam.

Tabela 3. Indicadores específicos da MT e da TLCMT em Portugal e Île-de-France (IF)

	Portugal (Beveridge)	França (IF) (Bismarck)	Comparação relativa (F/P)	Referências/ano e notas
N.º de empregados	4.812 mil	4.242 mil (IF)	Similar	Pordata/DRIEETS ⁸
N.º total de MTE	1161	1.147 (IF)	Similar	Tabela OM (2021)/DRIEETS (2021)
Razão de trabalhadores por MTE ou equipe de IPRP	4.144	3.698	Similar	Valor estimado
Uso de TLCMT	Não permitido	15 a 35%	Aprox. 25%	DRIEETS ⁸

Para melhor compreensão, comparamos os dados de Portugal e da Île-de-France, devido à sua similitude de dimensão populacional. DRIEETS = *directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités*; IPRP = Intervenants sur la Prévention des Risques Professionnels; MT = medicina do trabalho; OM = Ordem dos Médicos; MTE = médico de trabalho especialista; TLCMT = telemedicina, no contexto legislativo específico da MT.

SOBRE O FUTURO E AS LIMITAÇÕES DA TLCMT

Considerando a atual escassez de tempo médico e as distâncias crescentes entre pacientes e profissionais de saúde, a telemedicina aparece como uma resposta consensual em uma era pós-pandêmica^{1,11,12,14}. De fato, no que concerne a anamnese, não há diferença entre a comunicação digital e a comunicação oral durante uma consulta presencial.

No entanto, tal já não sucede com o exame objetivo, em que o médico deve controlar parâmetros vitais, auscultar e “examinar” o paciente de forma próxima e tátil, o que não é possível devido à atual impossibilidade de mimetizar a sensibilidade da mão humana, como já foi reconhecido em Portugal há anos¹⁵. Nomeadamente, se atentarmos ao fato de que a grande maioria das DP reconhecidas são do foro locomotor¹⁰, isso obriga um exame musculoesquelético funcional, orientado às tarefas laborais que o profissional executa.

Graças aos atuais sistemas de “*biosensing*” e de dispositivos implantáveis¹, seja por cabo, contato ou sem fio¹⁶, várias biometrias são facilmente exequíveis (ECG, PFR, audiograma...) sob a supervisão síncrona do MTE e/ou ESO. Isso é possível se as condições técnicas forem adequadas (iluminação, som, definição...) e a questão da fiabilidade e validade dos dados estiver resolvida^{11,16}.

Esses exames complementares “habituais” na MT também podem ser realizados de forma assíncrona, por um profissional treinado no local (seja no trabalho, domicílio ou clubes de esportes), tal como já sucede em programas domiciliários de reabilitação cardiovascular¹⁷ ou na Marinha¹⁸. Isso permite, por exemplo, o estudo das respostas fisiológicas do trabalhador com condições cardiovasculares durante uma tarefa de esforço intenso ou com condições térmicas adversas.

Julgamos imprescindível o desenvolvimento de novas infraestruturas informáticas, formação adequada aos aderentes e diretrizes/normas deontológicas e bioéticas para o registro de dados e cuidados de telessaúde^{3,6,11}. Partilhar o dossiê médico digital e acessar informações/exames anteriores dos pacientes são outras questões básicas da TLCMT que exigem maior interoperabilidade dos vários *softwares*, das diversas bases de dados e dos diferentes sistemas/protocolos de comunicação e a partilha segura de dados entre as várias entidades (públicas e/ou privadas) para evitar perdas de tempo e de informação relevante. A inteligência artificial virá a facilitar esta tarefa árdua.

As empresas (sejam de SST ou empresas cobertas), ao permitirem o teletrabalho, de acordo com convenções coletivas (em crescimento), se beneficiarão de uma redução de custos e da necessidade de espaços, além de permitir uma melhor conciliação da vida familiar com

a vida profissional, evitando baixas desnecessárias no caso de doenças leves, cuidado de terceiros ou restrições no deslocamento (tanto do MTE/ESO quanto do trabalhador).

Acrescenta-se que a progressiva migração/internacionalização do trabalho na UE e no mundo obrigará a unificação do ato médico a distância, como já acontece com trabalhadores imigrantes aposentados em Portugal que mantêm o seu médico na França e/ou vice-versa. No Brasil e na China¹, dadas as grandes dimensões, esse fenômeno processa-se entre diferentes estados, o que não sucede na UE, sendo necessário um acordo europeu e a prever pelas tutelas. Será o provável advento daquilo que poderemos apelidar de telemedicina internacional? Que regras/leis “nacionais” e limites “territoriais” devem ser impostos nesses casos?

A exigência de um bom domínio das tecnologias informáticas associada a problemas de largura de banda, eventuais falhas da internet, dificuldades de acesso e interoperabilidade deficiente são alguns dos obstáculos ao seu uso^{1,3,9,11}. O aparecimento da internet 5G, assim como a introdução da inteligência artificial na medicina, que poderá “antecipar” e/ou substituir/complementar o diagnóstico médico, assim como a nova definição das técnicas de biometria/telemonitorização e domótica médica (inclusive o teletrabalho no domicílio), vêm resolver algumas questões e abrir novas portas, colocando questões bioéticas complexas.

Muitas questões estão ainda por resolver, tais como a futura legislação (que deveria ser modificada em função da rápida evolução tecnológica), a garantia da segurança dos acessos, a interoperabilidade entre os sistemas, a mudança de estruturas físicas/*hardware*, a comparticipação pelos subsistemas e as novas formas de pagamento^{3,11,16}. Como aplicar a legislação nos campos específico e legislativo da MT? Nesse âmbito, facilitaria muito o cumprimento de prazos que a Lei prevê para a retoma laboral (8 dias) ou potencializaria a importância das pré-retomas, permitindo a telecomunicação com o *médecin traitant* e/ou o paciente (que pode estar ainda no hospital!). Essas possibilidades, com vantagens e limitações, devem ser reconsideradas pelos Colégios da MT.

É importante ainda questionar a bioética e lógica daquilo que se poderia apelidar do “paradoxo da telemedicina”. Na França, são normalmente os

formados, mais jovens, favorecidos e urbanizados¹² que mais a utilizam, quando ela deveria preferencialmente servir às populações mais distantes, com recursos escassos, dificuldades de deslocamento ou de acesso aos serviços de saúde, como em ambientes rurais¹⁵ ou distantes (Marinha¹⁸), ao contrário do que parece estar acontecendo na China¹. Exige-se, pois, um novo *mindset* na medicina ocidental, que será seguramente garantido pelos jovens médicos e pela imposição gradual da “saúde digital e global”.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES FINAIS PARA A TLCMT

Em síntese e para reforçar a prática enquadrada da TLCMT, podemos afirmar que, por ser fruto de um sistema de saúde com base diferente, da contingência da pandemia, da menor densidade médica e da dimensão maior, a França adotou um formato opcional de telemedicina, incluindo-a no seguimento habitual dos SST em uma utilização que varia entre 15 e 35%⁸ (Tabela 3).

A TLCMT parece constituir, assim, uma oportunidade futura de acompanhamento continuado do trabalhador, permitindo melhoria na telemonitorização dos fatores de risco (laborais e/ou pessoais) e na verificação das reais condições de trabalho (*in situ* e on-line), sendo um fator relevante de poupança de recursos, facilitação de meios e satisfação do trabalhador.

Por tal, deve ser associada a uma regulamentação adequada, limitando ao máximo possíveis exageros na sua aplicação. Deixamos aqui algumas sugestões operacionais, a ponderar pelas OMs/Colégios da Especialidade da MT:

- Ser permitido executar até uma TLCMT por cada três ou quatro consultas presenciais, com os devidos registros, documentos, imagens e/ou gravações anexadas (prova médico-legal).
- A TLCMT depender sempre de um consentimento prévio, escrito e assinado digitalmente pelo usuário e empregador, explicitando as suas condições ideais, as limitações/imprevistos e o respeito pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), sem os quais o médico estaria isentado de responsabilidade no caso de eventual erro clínico ou falha técnica.

- Dever ser sempre precedida ou seguida de uma consulta presencial, em um prazo a definir pelo MTE de acordo com os riscos e a situação clínica específica.
- As teleconsultas deverem ser sempre validadas pelo MTE e realizadas com equipamentos certificados e técnico devidamente formado sob sigilo médico, se houver lugar a telebiometrias (assíncronas ou síncronas).
- Dever ser garantida uma formação mínima (6 horas?) ao MTE e/ou ESO que pretendam utilizar a telemedicina, sendo teórica e clínico-prática (incluindo casos práticos).
- Interromper-se a videoconsulta em curso e solicitar uma consulta presencial em um curto prazo, caso o MTE perceba que não possui boas condições para realizá-la.
- Ser da responsabilidade e mesmo obrigatoriedade do *médecin traitant* a iniciativa de organizar uma teleconsulta, com ou sem a presença do trabalhador, para definir conjuntamente com o MTE a melhor estratégia de retorno ao trabalho (ou pré-retoma) (modelo B2C), devendo ser uma componente futura das *leges artis* da MT.

Além disso, caso a doença seja grave e envolva internamento hospitalar, o médico hospitalar deveria

organizar esta interconsulta entre pares (especialista hospitalar, *médecin traitant/médecin généraliste en formation* e MTE – modelo B2B2C), no sentido de diminuir de forma coerente e atempada os tempos de retoma laboral, garantindo-se sempre o sigilo médico.

No caso das TLCMT com âmbito no teletrabalho internacional e no caso como do Brasil e da China¹, em que há interação entre estados do mesmo país, a empresa de telemedicina deve estar licenciada no mesmo país do MTE/SST. Os limites territoriais e suas implicações legais (por exemplo, AMT) devem ser previstos no contrato do trabalhador e incluídos de forma explícita na contratação esclarecida dos SST/MTE.

Essa forma de teleconsulta a distância implicaria uma fiscalização regular e aleatória pela OM, sendo uma forma efetiva e legalizada de melhorar a integração do trabalhador e garantir a sua saúde e qualidade de vida no trabalho, sobretudo na perspectiva do desenvolvimento do teletrabalho internacional.

Contribuições dos autores

ARML foi corresponsável pela concepção, investigação, metodologia, redação – esboço original e redação – revisão & edição do texto. JMCA foi corresponsável sobretudo pela concepção, metodologia e redação – revisão & edição do texto. MJPC foi responsável pela concepção, metodologia e redação – revisão & edição do texto. Todos os autores aprovaram a versão final submetida e assumem responsabilidade pública por todos os aspectos do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Gao J, Fan C, Chen B, Fan Z, Li L, Wang L, et al. Telemedicine is becoming an increasingly popular way to resolve the unequal distribution of healthcare resources: Evidence from China. *Front Public Health*. 2022;10:916303.
2. Doraiswamy S, Abraham A, Mamtani R, Cheema S. Use of telehealth during the Covid-19 pandemic: Scoping review. *J Med Internet Res*. 2020;22(12):e24087.
3. Kaplan B. Revisiting health information technology ethical, legal, and social issues and evaluation: Telehealth/telemedicine and Covid-19. *Int J Med Inform*. 2020;143:104239.
4. OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. Estado da saúde na EU. Portugal - Perfil de saúde do país 2021. Bruxelas: Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde; 2021 [citado em 4 jan. 2023]. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf
5. Fundação Francisco Manuel dos Santos (Pordata). European figures 2022 [Internet]. [citado em 11 nov. 2022]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/en/europe/summary+table/austria-822061>
6. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Mésusage de la télémédecine. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2022 [citado em 08 out. 2021]. Disponível em: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/10ax7i9/cnom_mesusage_de_la_telemedecine.pdf
7. Ordem dos Médicos. Estatísticas nacionais 2021 [Internet]. 2022 [citado em 1 nov. 2022]. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/estatisticas-nacionais/#1673872290351-b0bd0ff0-a97d>
8. Direction Regionale et Interdépartementale de l'Economie de l'Emploi du Travail et des Solidarités (DRIEETS). Orientations de la politique regionale d'agrement des services de prevention et sante au travail en ile-de-france. Paris: DRIEETS; 2022 [citado em 1 mar. 2023]. Disponível em: <https://idf.drieets.gouv.fr/>
9. Comité Régional d'orientation des Conditions de Travail du Grand Est. Regards croisés sur la consultation à distance en médecine du travail. Salariés, employeurs et professionnels de santé au travail. 2021 [citado em 17 abr. 2018]. Disponível em:

- https://grand-est.dreets.gouv.fr/sites/grand-est.dreets.gouv.fr/IMG/pdf/guide_teleconsultation_2022.pdf
10. Direction Regionale et Interdépartementale de l'Economie de l'Emploi du Travail et des Solidarités (DRIEETS). Chiffres clés 2022. Paris: DRIEETS; 2022 [citado em 8 ago. 2022]. Disponível em: <https://idf.drieets.gouv.fr/Chiffres-cles-2022>
 11. Goharinejad S, Hajesmaeel-Gohari S, Jannati N, Goharinejad S, Bahaadinbeigy K. Review of systematic reviews in the field of telemedicine. *Med J Islam Repub Iran*. 2021;35:184.
 12. Lévy J-D, Potéreau J, Hauser M. Baromètre: Les français et la téléconsultation - Vague 2. 2020 [citado em 17 abr. 2018]. Disponível em: https://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2020/02/Rapport_Harris-Les_Francais_et_la_teleconsultation-Vague2-Livi.pdf
 13. Dewitte JD. [Position on teleconsultation in occupational health, April 15, 2020]. *Arch Mal Prof Environ*. 2020;81(3):199-203.
 14. The EPC, Nguyen TM-H, Warin F, Sinnasse B, Le Tich P. Intérêts et limites de la téléconsultation en santé-sécurité au travail. *Arch Mal Prof Environ*. 2020;18(5):439-40.
 15. Oliveira TC, Bayer S, Gonçalves L, Barlow J. Telemedicine in Alentejo. *Telem J E Health*. 2014;20(1):90-3.
 16. Lu L, Zhang J, Xie Y, Gao F, Xu S, Wu X, Ye Z. Wearable health devices in health care: Narrative systematic review. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020;8(11):e18907.
 17. Antoniou V, Davos CH, Kapreli E, Batalik L, Panagiotakos DB, Pepera G. Effectiveness of home-based cardiac rehabilitation, using wearable sensors, as a multicomponent, cutting-edge intervention: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Med*. 2022;11(13):3772.
 18. Sagaro G, Di Canio M, Talevi E, Amenta F. Telemedicine for pre-employment medical examinations and follow-up visits on board ships: A narrative review on the feasibility. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(1).

Endereço para correspondência: António Rui Marcelino Leal - Rua do Campo Alegre, 1236-B - 4150-174 - Porto, Portugal - E-mail: marceal14@gmail.com

