



Call center COVID-19: centralidade no doente e tempo para profissionais de saúde

Rui Malha,¹ Alexandra Fernandes,² Marta Marquês,³ Pedro Pacheco⁴

RESUMO

Introdução: No âmbito da pandemia COVID-19 foi criada a plataforma TraceCOVID-19, preconizando a Direção-Geral da Saúde o contacto telefónico diário de todos os doentes suspeitos ou infetados por SARS-CoV-2 pelas equipas de família. Com o crescente número de casos suspeitos era essencial reduzir a necessidade de contactos ao mínimo indispensável, centralizando a vigilância nos próprios doentes e contrariar a Lei dos Cuidados Inversos.

Objetivos: Criar um *call center* que facilitasse as tarefas de acompanhamento dos doentes em TraceCOVID-19, diminuindo a necessidade de contactos diários e permitindo aos profissionais de saúde a escolha de uma periodicidade de vigilância consoante o estado do doente/data prevista do resultado de teste de diagnóstico. Colocar o doente no centro da decisão do seu estado de saúde, promovendo a sua autonomia.

Método: Criação e parametrização de um *call center* através da solução *Amazon Connect*[®]; criação e divulgação, por todos os profissionais do ACeS Almada-Seixal, de um protocolo baseado neste modelo de vigilâncias; criação de uma folha *Excel*[®] partilhada para organização interna e definição de periodicidades de contacto.

Resultados: O projeto decorreu entre 26 de abril e 15 de julho de 2020. Durante este período foi possível reduzir os contactos realizados diariamente em 58,5%, sendo a periodicidade de vigilância de três em três dias a mais escolhida pelos profissionais. O *call center* recebeu em média 52 chamadas telefónicas por dia.

Discussão/Conclusão: A existência de um *call center* permitiu alargar o intervalo entre contactos, reduzir as horas de trabalho médicas e de enfermagem dedicadas a vigilâncias TraceCOVID-19, libertando recursos humanos que ficaram disponíveis para retomar a restante atividade assistencial. Foi possível otimizar o modelo de acompanhamento clínico de doentes COVID-19, tendo por base um atendimento de proximidade, centrado no doente.

Palavras-chave: COVID-19; Assistência centrada no doente.

INTRODUÇÃO

A 11 de março de 2020, o Diretor da Organização Mundial da Saúde declarou a COVID-19 como pandemia mundial e recomendou que todos os países elaborassem um plano estratégico para prevenir infeções, salvar vidas e minimizar o impacto desta nova doença, baseando-se em quatro áreas chave: preparação e prontidão; detetar, proteger e tratar; reduzir a transmissão; e inovar e aprender.¹

A realidade abrupta da ameaça de uma pandemia de COVID-19 obrigou a uma súbita mudança de paradigma na prestação de cuidados de saúde pelo Serviço

Nacional de Saúde (SNS). O receio de um rápido aumento de casos, dada a elevada infecciosidade do vírus, poder acompanhar uma falência de recursos do

1. Médico de Medicina Geral e Familiar. Coordenador Local da Plataforma TraceCOVID-19. USF Fernão Ferro Mais, ACeS Almada-Seixal. Seixal, Portugal.

2. Médica Assistente Graduada Sênior de Medicina Geral e Familiar. Responsável Clínica de Área Dedicada para a avaliação de doentes COVID-19 do Seixal (ADC-Seixal). USF Fernão Ferro Mais, ACeS Almada-Seixal. Seixal, Portugal.

3. Médica Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar. Responsável Clínica de Área Dedicada para a avaliação de doentes COVID-19 de Almada (ADC-Almada). USF Cova da Piedade, ACeS Almada-Seixal. Almada, Portugal.

4. Médico Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar. Dinamizador do Call-Center TraceCOVID-19. USF Cova da Piedade, ACeS Almada-Seixal. Almada, Portugal.



sistema de saúde, como aconteceu em Itália no início de 2020,² levou o governo de Portugal a decretar poucos dias depois, a 18 de março, o primeiro estado de emergência através do Decreto do Presidente da República nº 14-A/2020.³ Portugal tinha entrado, epidemiologicamente, em fase de mitigação da pandemia, tendo nesta altura apenas 448 casos confirmados de infeção por SARS-CoV-2, mas prevendo-se um aumento exponencial de casos suspeitos e confirmados nas semanas e meses seguintes.⁴ Este Decreto implementava medidas que levaram a um confinamento obrigatório da população, com vista a proteger os grupos de maior risco de complicações para esta infeção e, assim, prevenir a rotura dos cuidados de saúde.

Em termos dos cuidados de saúde prestados à população, foram assim suspensas todas as atividades presenciais não urgentes e, sempre que possível, substituídas por teleconsultas, via internet ou telefone.⁵⁻⁷ Este novo modo de prestação de cuidados trouxe consigo inúmeros desafios aos profissionais de saúde, que incluíram: a necessidade de rapidamente adquirir agilidade com os sistemas de comunicação não presencial e a adaptação à «consulta com distanciamento social», mantendo a interação humana;⁶⁻¹² a necessidade de continuar a prestar cuidados aos doentes não-COVID, de forma a não aumentar a morbimortalidade por outras causas e manter a equidade distributiva dos recursos em saúde;¹³ e a necessidade de especialização rápida nos cuidados aos doentes COVID-19 na comunidade e no apoio aos médicos de saúde pública na vigilância e orientação dos mesmos, que é o objeto do presente artigo.^{7,11,14-16}

Neste âmbito, a Direção-Geral da Saúde (DGS) publicou, a 23 de março, a primeira versão da norma 004/2020 – COVID-19: fase de mitigação (abordagem do doente com suspeita ou infeção por SARS-CoV-2)¹⁴ –, que estabelecia a definição de caso suspeito, a abordagem de pessoas com suspeita de infeção, os critérios de gravidade e de referenciação hospitalar e preconizava a vigilância telefónica de todas as pessoas suspeitas ou infetadas pelo SARS-CoV-2. Esta vigilância deveria ser realizada através do recurso à plataforma TraceCOVID-19, desenvolvida especificamente para rastreio de contactos e seguimento de casos suspeitos e infetados. Cabia aos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários “realizar a vigilância clínica dos doentes com

suspeita e/ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 com indicação para vigilância e isolamento no domicílio”¹⁴ (vigilância sobreativa). A plataforma criava diariamente várias tarefas por doente em «vigilância sobreativa», entre as quais se incluía uma avaliação médica telefónica, realizada pelas equipas de saúde das Unidades de Saúde Familiar (USF) ou das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), nas primeiras 24 horas após inserção do caso na plataforma. Uma nova tarefa de avaliação telefónica era criada diariamente até à cura ou obtenção de um teste molecular de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) para diagnóstico negativo da COVID-19.

Sabendo que o número de casos suspeitos e de doença estava a aumentar exponencialmente e que cerca de 81% dos infetados seriam assintomáticos ou teriam apenas sintomas ligeiros¹⁷ era essencial reduzir a necessidade de contactos ao mínimo indispensável, centralizando a vigilância nos próprios doentes e, desta forma, contrariar a Lei dos Cuidados Inversos, que postula que a disponibilidade de bons cuidados médicos tende a variar de forma inversa à necessidade dos mesmos por parte da população servida.¹⁸

Numa primeira fase, em articulação com o Conselho Clínico de Saúde (CCS) e a Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Almada-Seixal, foi proposto pelos médicos de família envolvidos no acompanhamento telefónico de casos suspeitos/confirmados de COVID-19, contactar os doentes menos preocupantes (sem fatores de risco e aptos para contactar os serviços de saúde em caso de agravamento sintomático) apenas de três em três dias. Esta proposta, porém, não se traduziu numa redução suficiente do número de contactos diários realizados, talvez devido à sensação de insegurança dos profissionais com o espaçamento dos contactos, por receio de uma evolução clínica desfavorável na qual o doente não pudesse contactar os serviços de saúde, uma vez que os números nacionais de emergência, linhas 112 ou Saúde 24, estavam frequentemente congestionados pela situação pandémica. Por este motivo, os profissionais tendiam a contactar diariamente a maioria dos doentes, muitos deles com poucos ou nenhuns sintomas. Este elevado número de contactos não permitia libertar os recursos humanos necessários para assegurar a qualidade da atividade assistencial não-COVID-19 a



nível dos cuidados de saúde primários, facto que preocupava crescentemente os clínicos pela redução da acessibilidade aos doentes crónicos descompensados e aos doentes com outra patologia aguda.^{11,13,19-20} Ao mesmo tempo, alguns dos doentes contactados diariamente começaram a manifestar desagrado pelos contactos diários, por sentirem que estes eram desnecessários e invasivos, gerando situações negativas para doentes e profissionais.

Objetivos

Este projeto teve três objetivos principais:

1. Criar um *call center* que permitisse facilitar as tarefas de acompanhamento dos doentes, mantendo a segurança dos mesmos e diminuindo a necessidade de contactos diários;
2. Colocar os doentes no centro da decisão do seu estado de saúde, promovendo a sua autonomia através de uma resposta de qualidade, prontidão e proximidade;
3. Permitir aos profissionais a escolha de uma periodicidade de vigilância consoante o estado do doente e/ou a previsão de resultado do TAAN para diagnóstico da COVID-19.

MÉTODO

Para a concretização dos objetivos propostos foi contactada a *Amazon Web Services*® (AWS®) Portugal, através da sua plataforma de solidariedade digital implementada no âmbito da pandemia de COVID-19. Através da solução *Amazon Connect*® foi possível criar e parametrizar um *call center* na *cloud* da AWS®, com a capacidade para encaminhar questões sobre agravamento de sintomas e faltas laborais para um profissional de saúde (médico ou enfermeiro), responder automaticamente a questões sobre locais para realizar teste de diagnóstico e como proceder no caso de contacto com um caso suspeito ou confirmado. Permitia ainda, potencialmente, ter um número ilimitado de profissionais (médicos e enfermeiros) em atendimento simultâneo, sendo as chamadas automaticamente distribuídas entre estes, caso estivessem sem chamadas ativas no momento.

O doente e restantes utentes, ao ligar através do seu telefone para o número criado para o *call center*, ouvia a seguinte mensagem:

- “Ligou para a linha de apoio à COVID-19 do ACeS Almada-Seixal. Esta linha destina-se a apoiar doentes já orientados pela linha SNS24, pela autoridade de saúde ou pela sua equipa de família e que se encontram em vigilância por suspeita de doença. Se nos liga por agravamento dos sintomas, prima um; se pretende saber onde pode realizar o teste COVID, prima dois; se tem dúvidas sobre a justificação de faltas laborais, indicação para realização de testes e melhor altura para os realizar, prima três; para informação sobre cuidados durante o isolamento, prima quatro; se nos liga sem contacto prévio com a linha Saúde24, nem com a sua unidade de saúde, prima cinco; se pensa que pode ter tido contacto com um doente com COVID-19, prima seis; para ouvir novamente as opções, prima nove.”
- Ao escolher a hipótese um seria encaminhado para atendimento telefónico por um médico.
- Ao escolher a hipótese dois ouviria a seguinte mensagem: “A marcação prévia do seu teste é obrigatória. Ligue previamente para o número 93xxxxxxx ou utilize o email covid19.almada@xxxxx.com. Pode ainda consultar o site www.covid19.min-saude.pt e no separador *Laboratórios Referenciados* irá encontrar outros locais onde pode agendar o seu teste.”
- Ao escolher as hipóteses três ou quatro seria encaminhado para atendimento telefónico por um enfermeiro.
- Ao escolher a hipótese cinco ouviria: “Obrigado por nos ter contactado. Para avaliação inicial de sintomas de doença COVID deve contactar a linha SNS24 ou a sua unidade de saúde.”
- Ao escolher a hipótese seis ouviria: “Mantenha-se tranquilamente em casa e procure aconselhamento através da linha SNS24. Perante um contacto suspeito, cerca de 80 por cento das pessoas desenvolverá apenas sintomas ligeiros. Vigie os seus sintomas. Meça frequentemente a sua temperatura com termómetro, vigie o aparecimento de tosse ou falta de ar e, caso verifique agravamento dos mesmos, contacte a linha SNS24, utilizando o 808 24 24 24.”

Os números de telefone que contactavam o *call center* eram todos registados na plataforma AWS® e todas estas chamadas eram atendidas de imediato ou, se todos os profissionais escalados para o atendimento do *call center* estivessem ocupados, eram devolvidas assim que possível, não se perdendo chamadas.



De maneira a uniformizar procedimentos e orientar os profissionais de saúde para realizar o atendimento das chamadas foi elaborado, e posteriormente aprovado pelo CCS e USP do ACeS Almada-Seixal, um protocolo com o Fluxograma Vigilâncias TraceCOVID-19 (Figura 1) baseado neste modelo de vigilâncias.

Para organização interna e definição de periodicidades de contacto foi partilhada, com os profissionais que realizavam vigilância telefónica COVID-19, uma folha *Excel*® que incluía todos os doentes do ACeS Almada-Seixal inseridos em «vigilância sobreativa» na plataforma TraceCOVID-19 e que era atualizada diariamente por uma equipa de médicos do ACeS. Como medida de proteção de dados, o seu acesso apenas era possível através do *e-mail* institucional dos profissionais de saúde e os doentes eram removidos assim que tinham alta da plataforma TraceCOVID-19. Nesta folha os profissionais tinham a possibilidade de definir uma periodicidade de contacto (desde diária até de sete em sete dias), bem como complementar a informação existente na plataforma TraceCOVID-19 e dividir o trabalho pelos vários profissionais de maneira simples e intuitiva.

Esta folha *Excel*®, o protocolo e fluxograma de vigilâncias e o *call center* foram apresentados aos médicos e enfermeiros do ACeS numa reunião *online* através da plataforma *Microsoft TEAMS*®, onde foi possível esclarecer dúvidas e receios, tendo sido o protocolo posteriormente partilhado para consulta no dia-a-dia.

Para o atendimento das chamadas realizadas para o *call center* foram escalados diariamente dois médicos e dois enfermeiros do Centro de Saúde do Seixal e dois médicos e dois enfermeiros do Centro de Saúde de Almada, que estariam fisicamente na respetiva área dedicada ao atendimento a doentes COVID-19 da comunidade (ADC-C). Inicialmente o projeto preconizava a utilização de computadores já existentes nos ADC-C para atendimento das chamadas pelos profissionais de saúde. Isto revelou-se tecnicamente impossível devido a constrangimentos informáticos, tendo sido utilizados, em alternativa, telemóveis e *tablets* com acesso à Internet, dedicados exclusivamente a este propósito. Nesta altura, e embora a plataforma da AWS® fosse simples e intuitiva, foi detetada uma dificuldade em utilizar os equipamentos disponíveis para atender as chamadas por parte dos profissionais de saúde envolvidos, relacionada com as suas competências informá-

ticas, apesar da sua elevada motivação e disponibilidade. Esta situação foi parcialmente ultrapassada através da formação e treino dos profissionais das equipas fixas em ADC-C.

O projeto foi submetido e aprovado pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e ACeS Almada-Seixal, tendo a transição de modelo de vigilância ocorrido de 25 para 26 de abril de 2020.

Este projeto funcionou neste modelo até 15 de julho de 2020 e os dados sobre as vigilâncias e chamadas recebidas no *call center* foram recolhidos respetivamente através da folha *Excel*® e da plataforma *Amazon Connect*®. Foi realizada uma análise estatística descritiva simples, comparando os dados recolhidos antes e durante a implementação do projeto.

RESULTADOS

Os resultados da análise dos dados recolhidos são apresentados na Tabela 1, Figuras 2 e 3.

Antes da entrada em funcionamento do *call center COVID-19* havia em média 1.079 doentes em vigilância sobreativa por dia na plataforma TraceCOVID-19. Nessa altura eram realizadas cerca de 920 vigilâncias telefónicas por dia, o que correspondeu em média a uma redução do número de contactos de 14,8%, pois o protocolo em vigor no ACeS ditava que os doentes menos preocupantes (sem fatores de risco e aptos para contactar os serviços de saúde em caso de agravamento sintomático) apenas deveriam ser contactados de três em três dias.

O início do funcionamento do *call center COVID-19* coincidiu com o fim da primeira vaga de infeções pelo SARS-CoV-2 em Portugal, tendo o número de doentes em vigilância sobreativa na plataforma TraceCOVID-19 diminuído para uma média de 541 por dia. Durante este período, e como consequência do funcionamento do *call center COVID-19*, o número de vigilâncias telefónicas por dia foi reduzido para uma média de 225 por dia, o que correspondeu, também em média, a uma redução de 58,5% no número de contactos efetuados pelos profissionais de saúde.

Foram atendidas diariamente, em média, 52 chamadas no *call center*, tendo sido atingido o pico de chamadas recebidas a 8 de junho de 2020, com 172 chamadas num só dia.

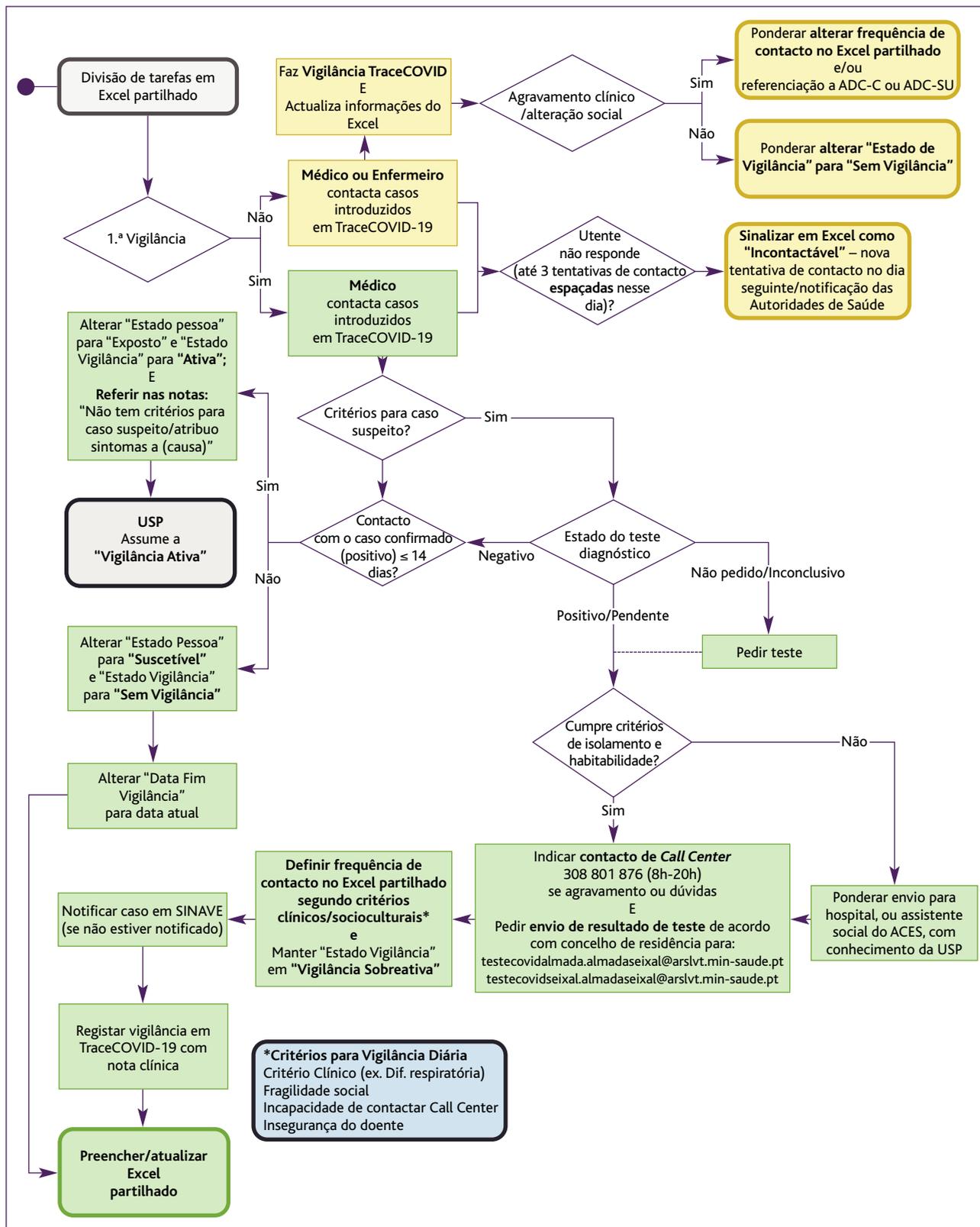


Figura 1. Fluxograma de vigilância TraceCOVID-19 – incluído no Protocolo de Vigilâncias TraceCOVID-19 do ACeS Almada-Seixal (versão de 24 de abril de 2020).

Legenda: USP = Unidade de Saúde Pública; ACES = Agrupamento de Centros de Saúde; ADC-C = Área Dedicada ao atendimento a doentes COVID da Comunidade; ADC-SU = Área Dedicada ao atendimento a doentes COVID do Serviço de Urgência.



TABELA 1. Dados call center COVID-19: dados recolhidos através da folha Excel® e da plataforma Amazon Connect® antes e depois da aplicação do call center

	Utentes em vigilância		Utentes contactados		Periodicidade de vigilância							Chamadas recebidas
	sobreativa				Diária	2/2 dias	3/3 dias	4/4 dias	5/5 dias	6/6 dias	7/7 dias	
Antes do call center	Mínimo	897	508									
	Máximo	1336	1336									
	Mediana	1063	927									
	Média	1079	920									
Depois do call center	Mínimo	350	112	26	43	56	26	33	1	23	2	
	Máximo	779	389	246	203	225	149	101	71	93	174	
	Mediana	572	221	44	70	111	80	52	28	61	44	
	Média	541	225	51	75	112	83	55	28	56	52	

Legenda: 2/2 = dois em dois; 3/3 = três em três; 4/4 = quatro em quatro; 5/5 = cinco em cinco; 6/6 = seis em seis; 7/7 = sete em sete.

Quanto às periodicidades de contacto escolhidas pelos profissionais na folha Excel® partilhada, a mais utilizada foi a «de três em três dias» e a menos utilizada a «de seis em seis dias».

Conseguiu-se, assim, uma significativa redução do número de vigilâncias diárias TraceCOVID-19 (de uma média de 85,2% dos utentes contactados diariamente antes da implementação do call center para uma média de 41,5% durante o seu funcionamento). Esta redução deixou espaço para uma libertação de recursos humanos, que puderam ficar disponíveis para outras atividades como, por exemplo, o retomar da atividade assistencial a doentes não-COVID-19 nas unidades funcionais do ACeS.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A existência de um call center, com critérios determinados para a escolha do melhor intervalo de vigilância para cada situação clínica, permitiu realizar vigilâncias com maior intervalo entre contactos. Foi possível, dessa forma, reduzir em média o número de contactos diários efetuados pelos profissionais de saúde, assegurando a segurança para o utente, dado este poder contactar o call center em caso de dúvidas ou agravamento sintomático. Através da folha Excel® partilhada foi possível organizar e distribuir equitativamente o trabalho por todas as unidades, bem como complementar a informação disponível na plataforma TraceCOVID-19 e monitorizar o trabalho realizado.

Com a diminuição do número de casos suspeitos de infeção por SARS-CoV-2 no país foi decidido, pela direção do ACeS, alterar o modelo de equipas fixas em ADC-C, de forma a permitir o regresso dos profissionais às suas unidades de origem. Foi, a partir daí, adotado um modelo de rotação em escala de profissionais de todas as unidades funcionais pela ADC-C e pelo call center. Na impossibilidade de formação de todos os profissionais para trabalhar de forma eficiente com os equipamentos e plataforma do call center e dada a evolução positiva referida do número de casos de COVID-19 naquele momento, o projeto foi cancelado pela Direção do ACeS Almada-Seixal a 15 de julho de 2020. A partir desse momento, os doentes em vigilância passaram a contactar diretamente a unidade de saúde em que estavam inscritos em caso de necessidade, mantendo-se temporariamente um número de atendimento telefónico, embora com atividade

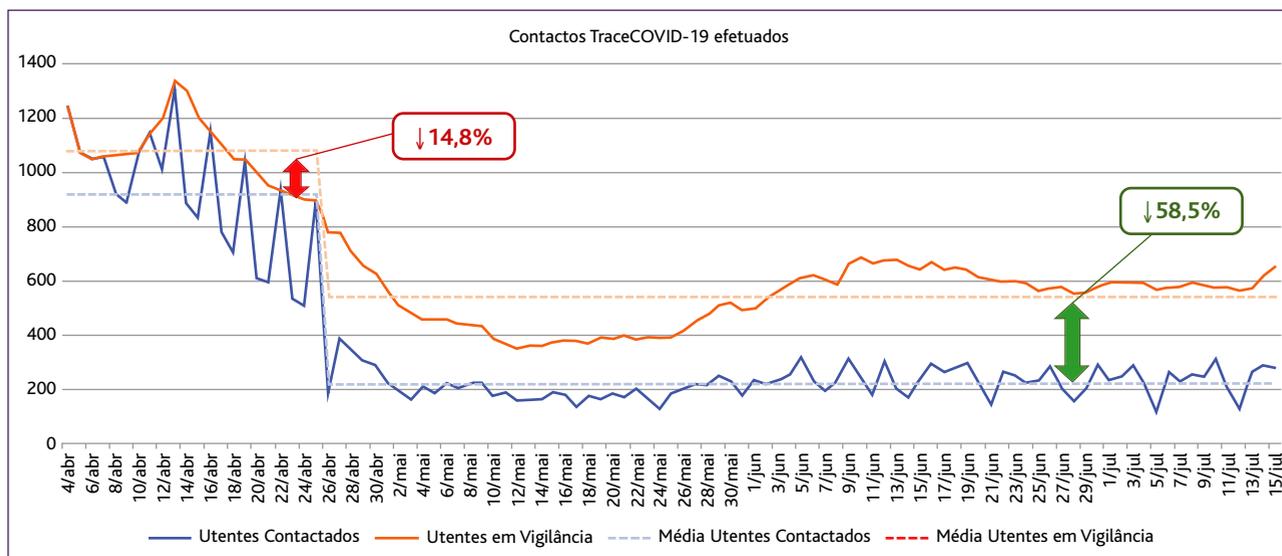


Figura 2. Contactos TraceCOVID-19 efetuados – Evolução temporal do número de doentes em «vigilância sobreativa» na plataforma TraceCOVID-19 e de doentes contactados entre 4 de abril e 15 de junho; média de doentes em «vigilância sobreativa» na plataforma TraceCOVID-19 e média de doentes contactados entre 4 e 25 de abril (antes da aplicação do *call center*) e entre 26 de abril e 15 de junho (após a aplicação do *call center*).

Legenda: ↓ = redução; % = percentagem; abr = abril; mai = maio; jun = junho; jul = julho.

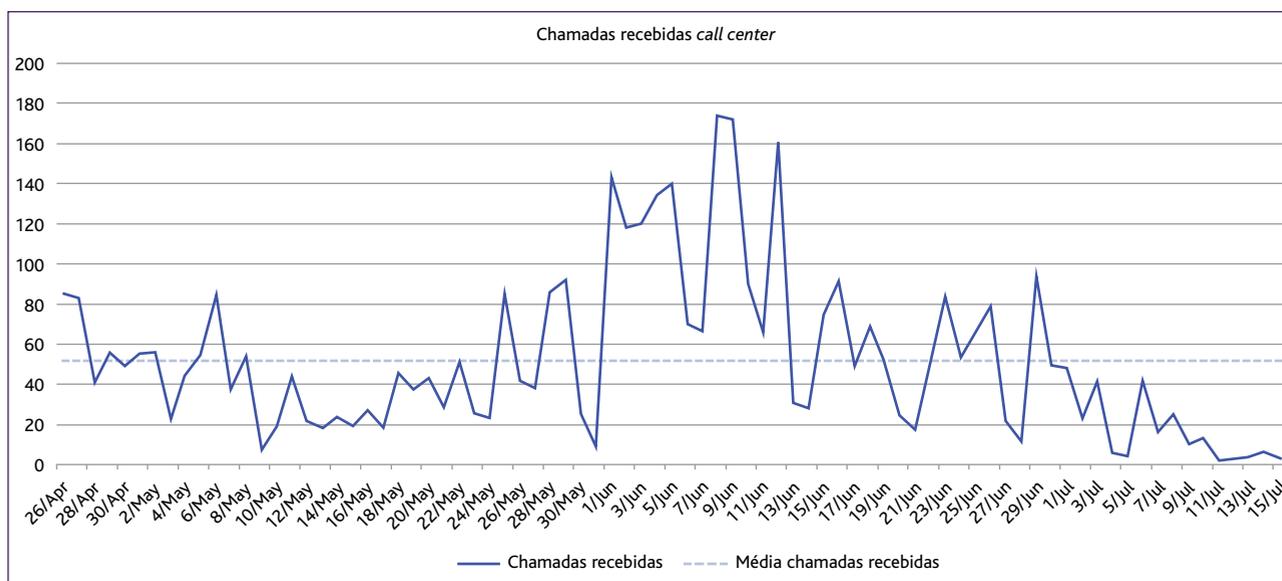


Figura 3. Chamadas recebidas *call center* – evolução temporal do número de chamadas recebidas no *call center* COVID-19 entre 26 de abril e 15 de junho; média de chamadas recebidas no *call center* COVID-19 entre 26 de abril e 15 de junho.

Legenda: abr = abril; mai = maio; jun = junho; jul = julho.

residual. A 24 de julho, foi implementada a função de «autorreporte» da plataforma TraceCOVID-19.

Constituiu uma limitação deste trabalho a não contabilização dos recursos humanos poupados (número de



horas/grupo profissional) com a implementação do *call center*. Teria sido interessante a colheita de dados relativos à realocação de horas dos profissionais a outras tarefas, que não a vigilância Trace-COVID-19. Outra limitação deste trabalho foi a ausência de quantificação da satisfação dos utentes com esta organização, que foi dificultada pelo estado de emergência, época de grande incerteza e que dificultou a planificação mais detalhada destes aspetos pela necessidade de execução imediata do projeto.

Citando a médica de família Mónica Granja, “em tempo de pandemia tudo é mais rápido e menos escrutinado. É provável que a produção de normas não cumpra sempre requisitos como a incorporação da perspectiva de todos os envolvidos ou a sustentação científica e rigorosa. O nosso escrutínio torna-se assim essencial. Como profissionais de saúde diferenciados, a objeção técnica é um direito, mas podemos vê-la como um dever, dada a responsabilidade que temos para com os nossos pacientes”.¹⁹ Embora a implementação deste projeto tenha desafiado, de certa forma, aquilo que estava recomendado pelas normas, ofereceu um serviço mais adaptado às reais necessidades em saúde dos doentes integrados na plataforma TraceCOVID-19, através da redução do número de contactos e da criação de um *call center* de proximidade gerido por uma equipa disponível e experiente, baseado na perceção de necessidade do doente. Conseguiu-se ainda, através da redução do número de vigilâncias diárias TraceCOVID-19, poupar tempo aos profissionais de saúde e retomar mais rapidamente a restante atividade assistencial nas unidades funcionais do ACeS.

Neste tempo de incerteza e mudança constante, a procura de uma solução que fosse a melhor possível, dadas as reconhecidas limitações de recursos humanos e materiais, guiou a ação. Esta realidade de pandemia à escala mundial surgiu como uma oportunidade para o incremento por parte dos profissionais de saúde de atitudes de profissionalismo, solidariedade social, compromisso com o bem comum e com aquilo que é urgente e relevante, focando-os na oferta de melhores cuidados àqueles que de facto deles necessitam.^{7,19} Este artigo procura, assim, ser o relato de um exemplo disso mesmo. Citando Berwick: “a fé não criará o novo normal, são as (nossas) escolhas que o farão”⁵ – e isso é da responsabilidade de todos.

Assim, com este projeto, otimizou-se o modelo de acompanhamento clínico de doentes COVID-19, tendo

por base um atendimento de proximidade, centrado no doente, com redução significativa e efetiva do trabalho dos clínicos, ao mesmo tempo que se manteve a segurança dos doentes. No futuro, este modelo tem potencial para ser adaptado a nível nacional, fazendo dele uma ferramenta essencial para esta ou futuras pandemias.

AGRADECIMENTOS

Anabela Bitoque, Anabela Ribeiro, Cátia Cerqueira, Diogo Miragaia, Francisco Pereira, Inês Andrade Rosa, Inês Afonso Gomes, Joana Bragança, Lurdes Serrazina, Maria José Colaço, Marina Lima, Raquel Afonso Gomes, Rita Lopes da Silva, Sénia Guerreiro e Sofia Ribeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020 [homepage]. Geneva: WHO; 2020 Mar 11 [cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/whodirector-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. RTP. COVID-19: hospitais de Itália à beira da rotura [homepage]. RTP Notícias; 2020 Mar 12 [cited 2021 Apr 1]. Available from: https://www.rtp.pt/noticias/mundo/covid-19-hospitais-de-italia-a-beira-da-rotura_v1211267
3. Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março. Diário da República. I Série;(55 Suppl 3).
4. World Health Organization. Portugal: overview of coronavirus disease (COVID-19) by date [homepage]. Geneva:WHO; 2021 [cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://www.who.int/countries/prt/>
5. Berwick DM. Choices for the 'new normal'. JAMA. 2020;323(21):2125-6.
6. Greenhalgh T, Koh GC, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. BMJ. 2020;368:m1182.
7. McCartney M. Medicine: before COVID-19, and after. Lancet. 2020;395(10232):1248-9.
8. Morgan S. Old trick for a new dog: neighbour's consultation model for telehealth [homepage]. BJGP Life; 2020 Jun 9 [cited 2021 Apr 01]. Available from: <https://bjgplife.com/old-trick-for-a-new-dog-neighbours-consultation-model-for-telehealth/>
9. Santos P. Telemedicina nos cuidados de saúde primários: e depois do COVID-19? [homepage]. APDH; 2020 Jun 17 [cited 2021 Apr 01]. Available from: <https://www.apdh.pt/artigo/32>
10. Colégio da especialidade de Medicina Geral e Familiar. Reorganização de serviços em medicina geral e familiar no contexto de exceção do combate à COVID-19 [Internet]. Lisboa: Ordem dos Médicos; 2020. Available from: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/03/Reorganiza%C3%A7%C3%A3o-de-servi%C3%A7os-em-MGF--COVID-19.pdf>
11. Colégio da especialidade de Medicina Geral e Familiar. Reorganização da atividade assistencial e pandemia COVID-19: retoma faseada da resposta às restantes necessidades de saúde [Internet]. Lisboa: Ordem dos Médicos; 2020. Available from: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/05/2020.033-Reorganiza%C3%A7%C3%A3o-da-atividade-assistencial-MGF.pdf>



12. Barnhoorn PC. Perspectives on touch and communication in the time of COVID-19 [homepage]. BJGP Life; 2020 Jun 5 [cited 2021 Apr 01]. Available from: <https://bjgplife.com/perspectives-on-touch-and-communication-in-the-time-of-covid-19/>
13. Melo RB, Tavares NT, Duarte R. COVID-19 e os danos invisíveis [COVID-19 and the invisible damage]. Acta Med Port. 2020;33(5):293-4. Portuguese
14. Direção-Geral da Saúde. COVID-19: fase de mitigação (abordagem do doente com suspeita ou infeção por SARS-CoV-2) – norma nº 004/2020, de 23/03/2020, atualizada em 14/20/2021. Lisboa: DGS; 2021.
15. Silva JA, Sousa MA, Ramos V. A pandemia de COVID-19, os cidadãos e o Serviço Nacional de Saúde [Internet]. Lisboa: Fundação para a Saúde; 2020 Mar 19. Available from: https://www.sep.org.pt/files/uploads/2020/03/sep_19032020_Comunicado-FSNS.pdf
16. Silva JA, Sousa MA, Ramos V. Uma oportunidade para transformar e reforçar o SNS [homepage]. Lisboa: Fundação para a Saúde; 2020 Jun 18 [cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://aviagemdosargonautas.net/2020/06/19/fundacao-para-a-saude-uma-oportunidade-para-transformar-e-reforcar-o-servico-nacional-de-saude-comunicado/>
17. Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Chinese Center for Disease Control and Prevention. [The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China]. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2020;41(2):145-51. Chinese
18. Hart JT. The inverse care law. Lancet. 1971;297(7696):405-12.
19. Granja M. Não tem que ser [homepage]. Evidentia Médica; 2020 May 17 [cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://evidentiamedica.com/nao-tem-de-ser/>
20. Campos L. Que lições da pandemia para o futuro do sistema de saúde? [homepage]. Público; 2020 Jun 3 [cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://www-publico-pt.cdn.ampproject.org/c/s/www.publico.pt/2020/06/03/sociedade/opiniaio/licoes-pandemia-futuro-sistema-sau-de-1919088/amp>

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceptualização, PP; análise formal, RM; redação do manuscrito original, RM; revisão e validação do texto final, AF, MM e PP; supervisão, AF e MM; administração do projeto, RM.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rui Malha

E-mail: rui.malha@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7650-0517>

Recebido em 07-04-2021

Aceite para publicação em 02-12-2021

ABSTRACT

CALL CENTER COVID-19: PATIENT-CENTERED CARE AND TIME FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS

Introduction: In the COVID-19 pandemic context, the TraceCOVID-19 online platform was created. Additionally, a daily phone call, made by family doctors or nurses, was recommended by the government's Directorate-General of Health for all the patients who were suspected of, or infected by, SARS-CoV-2. With the rising number of suspected cases of the disease, it was essential to reduce the need for contacts to the strictly needed, centralizing the monitoring on the patients themselves and breaking the Inverse Care Law.

Objectives: To create a call center that would facilitate the COVID-19 patients' monitoring, reducing the need for daily contacts, and allowing healthcare professionals to choose a contact periodicity based on the patients' symptoms, risk factors, and diagnostic test results forecast. To place the patients at the center of care, promoting their autonomy.

Method: Creation and parameterization of an online call center through the Amazon Connect® solution; creation and sharing of a protocol based on this monitoring model with all of Almada-Seixal's primary healthcare professionals; creation of a shared Excel® worksheet for internal organization and definition of contact periodicity.

Results: The project was active from the 26th of April to the 15th of July 2020. During this period, it was possible to reduce daily contacts by 58.5%. The most frequently chosen contact periodicity was a call every three days. The call center received an average of 52 telephone calls per day.

Discussion/Conclusion: The existence of a call center allowed the extension of the interval between contacts, reduced the medical and nursing team workhours dedicated to the TraceCOVID-19 monitoring, and freed human resources that became available to resume other healthcare activities. It was possible to optimize the clinical monitoring model for COVID-19 patients, based on proximity and patient-centered care.

Keywords: COVID-19; Patient-centered care.