

RESPOSTA À COVID-19: O QUE FOI FEITO E O QUE HÁ PARA FAZER



Maria Isabel Pereira dos Santos
Colégio de Medicina Geral e Familiar



Paulo Santos
Colégio de Especialidade de Medicina Geral e Familiar - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto



Victor Ramos
Colégio de Especialidade de Medicina Geral e Familiar - Escola Nacional de Saúde Pública - NOVA (UNL)



Gonçalo Envia
Colégio de Especialidade de Medicina Geral e Familiar - Ordem dos Médicos; Coordenador da Equipa Regional de Apoio da ARS Lisboa e Vale do Tejo; Assistente de Medicina Geral e Familiar - USF Lapiás - ACeS Sintra - ARSLVT



Joana Monteiro
Colégio de Especialidade de Medicina Geral e Familiar - Ordem dos Médicos; Assistente de Medicina Geral e Familiar -USF Odisseia - ACeS Maia-Valongo ARSNorte

* Os autores descrevem a reorganização que foi necessária fazer em função do conhecimento sobre a doença, no contexto do surgimento da epidemia Covid-19 em Portugal. Identificam as alterações introduzidas na prestação de Cuidados de Saúde Primários, as aprendizagens a partir das disfunções apresentadas e fazem propostas para melhorar a capacidade de resposta estratégica e governativa, neste nível de cuidados, para o presente e futuro do SNS.

A pandemia de coronavírus apanhou-nos de surpresa. Uma doença infecciosa voltou a criar o pânico entre a população e profissionais de saúde: não existe vacina disponível nem tratamento eficaz. Os dados iniciais mostraram uma taxa de letalidade de 4% e em alguns países europeus ainda maior¹. É um padrão que nos recorda as históricas epidemias da peste negra e dos grandes surtos de gripe, com elevada incidência e mortalidade. Em 2009/10, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) tiveram de se organizar para combater a gripe A, mas

quando a epidemia se declarou na Europa já tínhamos vacina disponível e reservas suficientes de antivírico eficaz². Os serviços prepararam-se mas pouca necessidade houve de alterar o modo de prestação de cuidados. A Covid-19 é uma doença infecciosa de predomínio respiratório com amplo espectro de apresentação clínica, desde casos paucissintomáticos em cerca de 80% dos doentes até uma pneumonia severa com falência multiorgânica em 6%, potencialmente fatal³. A suspeita depende dos contactos e da clínica, e a certeza diagnóstica é o teste confirmatório da presença do vírus SARS-CoV-2. Além dos doentes temos um número indeter-



minado de casos de pessoas assintomáticas, porém capazes de transmitir a infeção⁴, e que permanecerão assintomáticas na sua maioria⁵.

Esta pandemia afasta-nos uns dos outros, e afasta-nos do perfil e da organização de cuidados a que estamos habituados. Sentimos medo nas pessoas e sentimos medo nos profissionais de saúde.

As respostas e as aprendizagens dos Cuidados de Saúde Primários durante a pandemia

A melhor resposta a uma epidemia é a antecipação. Perante uma doença desconhecida, temos de observar os acontecimentos nos focos iniciais da infeção, identificar os fatores facilitadores da disseminação, perceber as estratégias para cada contexto e avaliar a eficácia das respostas encontradas.

A primeira fase teve como objetivo a contenção da transmissão da infeção. Apesar da informação disponível internacionalmente, não dispúnhamos do equipamento de proteção individual adequado e suficiente para o funcionamento de toda a rede de saúde pública, nem dos testes necessários para diagnóstico. A atuação dos CSP centrou-se em assegurar respostas mínimas, mas eficazes, para identificar, delimitar e diminuir as cadeias de contágio, isolar e acompanhar os casos suspeitos na comunidade, manter as unidades de saúde e os profissionais sem infeção e assegurar a manutenção dos cuidados de saúde essenciais. Reorganizou-se a estrutura assistencial, num esforço para identificar os casos

suspeitos que seriam orientados no protocolo vigente, tentando manter a filosofia e os princípios de trabalho da MGF no compromisso de prestação de cuidados abrangentes e em continuidade à população. Esta visão clínica permite uma adaptabilidade local dentro de objetivos estratégicos que tem sido basilar no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Exige uma liderança forte, confiável, capaz de definir metas, criar dinâmicas para a sua concretização e agregar as pessoas à volta das melhores estratégias para as alcançar.

Tivemos o acaso de ser um dos últimos países europeus com casos prevalentes, o que poderia ter sido benéfico se tivéssemos sabido incorporar precocemente a informação disponível. As áreas dedicadas à Covid-19⁶ (ADC) poderiam ter sido implementadas antecipadamente, garantindo uma visão estratégica nacional e deixando à autonomia de cada ACeS a sua organização local, permitindo otimizar respostas e poupando stress escusado aos profissionais de saúde, à semelhança do que havia ocorrido na pandemia da gripe A. Os processos de contratualização deveriam ter sido suspensos, libertando os serviços para a necessária reorganização. Sem testes em número suficiente, faltou uma estratégia clara de testagem⁷ aplicável ao caso concreto, levando à bizarria de ter doentes com critério clínico e epidemiológico a aguardar um telefonema (de barragem) para aceder ao teste confirmatório.

Na ausência de uma estratégia abrangente para os CSP, ▶



INSTITUIU-SE UM MODELO DE TRABALHO MAIS ABERTO E COLABORATIVO, PERMITINDO OS AJUSTAMENTOS NECESSÁRIOS EM CADA MOMENTO E A CRIAÇÃO DE NOVOS PROTOCOLOS E FLUXOGRAMAS DE DECISÃO.



a Ordem dos Médicos /Colégio de Medicina Geral e Familiar propôs um conjunto de princípios gerais que visavam orientar a ação e o exercício profissional, influenciar as administrações a flexibilizar horários de trabalho e a permitir trabalho de retaguarda e teletrabalho, garantindo-se o acesso remoto aos registos clínicos pelos profissionais em quarentena⁸. Mais do que simplesmente definir serviços mínimos para a atividade assistencial presencial, procurou-se garantir vias alternativas e eficientes para manter o contacto dos utentes com a equipa de saúde, com atenção especial aos mais vulneráveis, promover a proatividade na reorganização dos serviços, simplificar procedimentos relativos à prescrição de medicamentos e exames de diagnóstico, reforçar o papel do médico de família, e da equipa de saúde familiar, na introdução das medidas de distanciamento social, e garantir a existência dos equipamentos de proteção adequados ao contexto. No geral, procurou-se proporcionar condições organizativas para manter pessoas e doentes afastados dos serviços de saúde, exceto quando estritamente necessário, diminuindo a probabilidade de contágio, e proteger os profissionais de saúde para poderem assegurar os cuidados de saúde à população.

Os utentes foram informados das alterações e intensificaram-se os contactos telefónicos e por e-mail. Reorganizaram-se escalas de serviço e horários de trabalho para evitar a presença física, em simultâneo, de toda a

equipa na mesma unidade de saúde. O contacto à distância substituiu uma parte significativa do normal agendamento presencial. Os espaços foram adaptados para criar circuitos alternativos para utentes e profissionais e salas de isolamento para os doentes. Instituiu-se um modelo de trabalho mais aberto e colaborativo, permitindo os ajustamentos necessários em cada momento e a criação de novos protocolos e fluxogramas de decisão. Os utentes foram estratificados por níveis de risco e necessidade de cuidados para assegurar o atendimento à doença aguda não-Covid-19, e o acompanhamento da doença crónica. Foi colocada grande ênfase nas medidas de proteção individual e coletiva, no arejamento, limpeza e fardamento, adequando os procedimentos de higiene e de contenção de propagação de infeção.

Neste enquadramento, é fundamental uma comunicação eficaz, capaz de compensar os constrangimentos da restrição à presença física. Na ausência dos recursos nos serviços, os profissionais disponibilizaram voluntariamente equipamentos pessoais, superando deficiências e insuficiências dos equipamentos, linhas telefónicas e sistemas de comunicação. Nunca os médicos dos CSP telefonaram tanto e enviaram tantos e-mails. Os "Diários de uma pandemia" do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto têm mostrado que o contacto telefónico com os médicos de família tem suplantado o recurso à Linha Saúde 24. Não sendo a melhor opção, foi a necessária para abordar rapidamente o problema, mas a prazo requer um reforço rápido dos recursos existentes.

Inevitavelmente, houve também atingimento dos recursos humanos, ao nível dos profissionais que foram colocados em quarentena por doença, por contacto próximo, ou por situação de risco de gravidade. Novamente a iniciativa partiu dos profissionais no terreno. Em alguns locais foi necessário juntar unidades existentes num modelo de *group practice*, garantindo a continuidade de cuidados por partilha do processo clínico eletrónico. Uma parte importante dos procedimentos de seguimento dos doentes pode, e deve, ser realizada por outros grupos profissionais nomeadamente a enfermagem, na sua dimensão de acompanhar e cuidar, e outros, incluindo os secretários clínicos, assegurando a gestão da comunicação, a acessibilidade e a proximidade à equipa de saúde.

As ADC na Comunidade (ADC-C) trouxeram novos circuitos, fluxogramas e aplicações informáticas. Deslocalizaram-se das unidades de saúde, criando um circuito externo dos doentes entre as unidades de saúde onde recorriam e o local para serem observados. Os protocolos respondiam ao combate ao Covid-19, di-

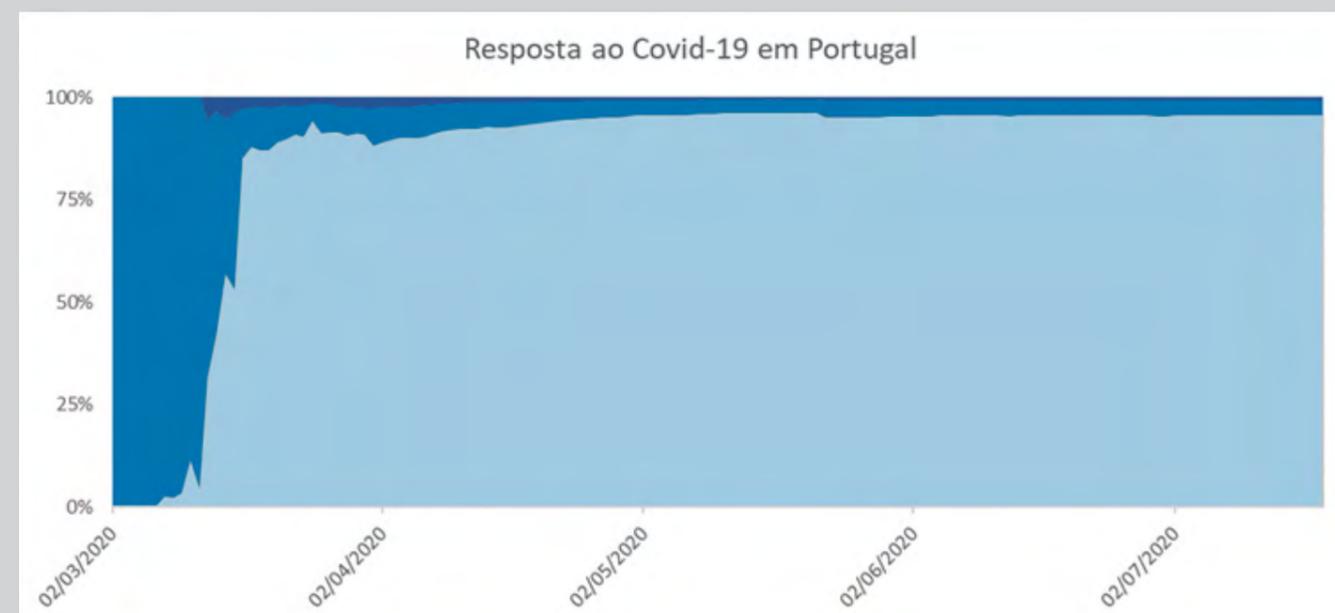


Figura 1: Distribuição dos doentes Covid-19 pelo internamento hospitalar, unidades de cuidados intensivos e ambulatório em Portugal até 27 de junho (fonte: DGS, 2020).

cotomizando a decisão clínica em positivo ou negativo, e deixando um número significativo de doentes sem resposta assistencial concreta. Obrigaram a um atendimento distinto da regular consulta em MGF, pelo que deveriam estar baseadas em equipas estáveis principalmente formadas por voluntários, em regime rotativo, com previsão dos necessários reforços e separadas dos restantes profissionais, permitindo implementar fluxogramas de procedimento claros para a receção e encaminhamento dos doentes em ambulatório, e com formação específica⁹.

Por último, nesta gestão da pandemia surge o Trace-Covid⁶, um instrumento de vigilância epidemiológica desgarrado do sistema e das aplicações informáticas em uso no SNS. Esta plataforma poderá ter vantagens no seguimento de utentes com necessidade de potencial monitorização. Porém, os registos efetuados não migram diretamente para o registo clínico eletrónico do doente, obrigando a duplicar o trabalho de registo com desperdício de tempo, atenção e esforço numa repetição inexplicável de gestos, claramente ineficiente. Nem sequer é um instrumento adequado para investigação sobre acompanhamento clínico, pois os dados da história atual e pregressa não-Covid estão naturalmente, e bem, registados no processo clínico individual do utente. Mais do que um repositório de dados estruturados, as aplicações informáticas devem ser uma forma de comunicação efetiva entre os níveis

de cuidados, suficientemente plásticas para permitir uma adaptação à realidade local, e continuamente auditáveis e auditadas para incorporar os *inputs* dos utilizadores no terreno.

Apesar dos problemas, a rede de CSP funcionou no apoio à população, mantendo um acompanhamento próximo de todas as pessoas com receio, suspeita ou infeção confirmada por SARS-CoV-2, permitindo manter em ambulatório mais de 95% dos casos, gerir os níveis de ansiedade social e reforçar a confiança da população no SNS. Em 18 de março, mais de 80% dos doentes encontravam-se orientados em ambulatório, tendo este valor ultrapassado os 90% a partir de 24 de março. A proporção de 80-14-6, descrita nas primeiras séries da China, foi em Portugal de 95-4-1 (ambulatório - internamento - cuidados intensivos), o que permitiu aliviar a pressão sobre a rede hospitalar, contribuindo para uma taxa de letalidade inferior a 4%, menor do que muitos outros países, e para uma gestão mais equilibrada dos recursos (Figura 1).

Propostas de reorganização e reformulação nos Cuidados de Saúde Primários

As propostas para reorganização dos CSP surgem antes da pandemia¹⁰ e abrangem diversas áreas: o tamanho adequado das listas de utentes, a organização do trabalho em *group practice*, a alocação de recursos humanos às reais necessidades dos serviços, a redução da carga burocrática através de informatização eficiente e ▶



OS CSP TÊM EVOLUÍDO COMO BASE DE UM SNS QUE APESAR DO DESINVESTIMENTO E DA FRAGMENTAÇÃO DE QUE FOI ALVO, COLOCOU O PAÍS ENTRE OS MELHORES DO ESPAÇO EUROPEU NO QUE À SAÚDE DIZ RESPEITO.



da transferência de tarefas técnicas, burocráticas e administrativas para outros grupos profissionais, sem prejuízo da manutenção da integridade do ato médico.

É necessário disponibilizar dados *real-time* que possibilitem uma avaliação da qualidade assistencial nas diferentes vertentes, capaz de gerar conhecimento para a melhoria contínua dos processos assistenciais, organizacionais, de gestão e de avaliação epidemiológica e racionalizar os recursos existentes. A Covid-19 veio evidenciar esta necessidade. A realocação dos recursos afetados às ADC-C, com reduzido número de atendimentos, e até sem atendimentos, tem sido disso um exemplo. Na reformulação da norma 004/2020, é fundamental assumir que a gestão diagnóstica, do seguimento e da terapêutica do doente Covid-19 não depende de um protocolo de aplicação cega, mas que se rege pela decisão clínica personalizada, de quem é elegível para ser testado, quando o fará, e como será acompanhado em ambulatório ao longo do tempo até ser dado como curado ou ter de ser referenciado a outro nível de cuidados.

Será fundamental que as tecnologias de informação estejam ao serviço do processo. É urgente parar com a enxurrada de aplicações e exigir dos produtores dos sistemas informáticos que respeitem a relação médico-doente, em vez de obrigar todos a adaptarem-se constantemente a modelos que poderão servir muitos objetivos, mas que, na prática, se distanciam de um formato orientado para o doente e para a clínica: que sejam sistemas de apoio à clínica e não barreiras à realização da consulta^{11,12}.

Da mesma forma, é crucial garantir eficiência na possibilidade do doente contactar a sua equipa de saúde familiar em caso de dúvida ou necessidade.

Para o futuro ficam algumas lições.

É necessária formação em medicina de catástrofe com planos de contingência atualizados e treinados na prática dos CSP; é necessário aperfeiçoar a rede informática, nos equipamentos e nas aplicações, e criar condições duradouras que permitam dinamizar a telemedicina nas suas múltiplas dimensões; é necessário equipar os centros de saúde com material adequado de proteção individual, de fardamento, de equipamento de apoio para higienização, etc.

É fundamental que os profissionais confiem nas cadeias hierárquicas e clínicas e que estas sejam baseadas no mérito, tecnicamente competentes, encurtadas e simplificadas, ao nível de coordenações de unidades de saúde, de ACeS e das ARS.

Apesar da emergência do combate ao Covid-19, não podemos deixar de atender a doença aguda, doença crónica, cuidados domiciliários, a prevenção nas diferentes fases da vida, e restantes solicitações a que normalmente os médicos de família são chamados a resolver. Para isso é necessário repor o funcionamento dos laboratórios e imagiologia, da Medicina Dentária, dos profissionais paramédicos com formação, da Medicina Física e Reabilitação, das consultas hospitalares para onde referenciamos os doentes, de todo um sistema de saúde que não se pode fechar com medo de ser infetado. Os CSP têm evoluído como base de um SNS que, apesar do desinvestimento e da fragmentação de que foi alvo, colocou o País entre os melhores do espaço europeu no que à Saúde diz respeito. Podem ser a base do combate a esta epidemia mesmo enquanto não temos uma vacina disponível. Temos profissionais motivados e eficazes, capazes de usar os dados de saúde para a decisão em benefício da população, promovendo o acesso e a equidade aos serviços de saúde. É importante que sejam devidamente valorizados para não deixar escapar este potencial, provendo-os com os meios necessários para realizar o seu trabalho. Os CSP são a base da organização da saúde e não podem continuar a ser sujeitos ao desinvestimento que se tem assistido nos últimos anos através de suborçamentações crónicas, justificadas em contratualizações forçadas de indicadores meramente financeiros. É preciso olhar para os CSP como um investimento em saúde e um fator chave de sustentabilidade de todo o SNS.

Presos num agora, que veio alterar toda a nossa vida pessoal, social e laboral nunca estivemos tão conscientes do valor que a nossa ação individual tem para o coletivo: é altura de preparar hoje o pós-Covid. ●

1. WHO. Coronavirus disease 2019 (Covid-19). Situation Report-41. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200301-sitrep-41-covid-19.pdf?sfvrsn=6768306d_2. Date: March 1, 2020. Acedido: 5 de março de 2020.
2. MS. Relatório da Pandemia da Gripe em Portugal 2009. DGS, junho de 2010. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-da-pandemia-da-gripe-ah1n12009-em-portugal-pdf.aspx>
3. Li PJ et al. Intensive care management of coronavirus disease 2019 (Covid-19): challenges and recommendations. *The Lancet Respiratory Medicine*. Available online 6 April 2020. Acedido a 10 de abril. [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30161-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30161-2/fulltext)
4. UpToDate. Coronavirus disease 2019 (Covid-19). Acedido: 11 de março de 2020. <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19#H4014462337>
5. Sakurai A. et al. Natural History of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection. Correspondence. *The New England Journal of Medicine*. June 12, 2020 DOI: 10.1056/NEJMc2013020. Acedido a 20 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2013020>
6. DGS - Norma 004/2020. Covid-19: Fase de Mitigação Abordagem do Doente com Suspeita ou Infeção por SARS-CoV-2, data de 23/03/2020 atualizada a 25/04/2020. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042020-de-23032020-pdf.aspx>
7. ECDC. Technical Report. Novel coronavirus (SARS-CoV-2) Discharge criteria for confirmed Covid-19 cases - When is it safe to discharge Covid-19 cases

from the hospital or end home isolation? <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Covid-19-Discharge-criteria.pdf>

8. Colégio de Medicina Geral e Familiar: Reorganização de serviços em Medicina Geral e Familiar no contexto de exceção do combate à Covid-19 em 17 de março de 2020. <https://ordemdosmedicos.pt/reorganizacao-de-servicos-em-medicina-geral-e-familiar-no-contexto-de-excecao-do-combate-a-covid-19/>

9. Colégio de Medicina Geral e Familiar: Recomendação do Colégio de MGF sobre organização de "mini-equipas" exclusivamente destinadas ao serviço em ADC nos CSP, 25/03/2020. <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/03/recomenda%C3%A7%C3%A3o-CMGF-26-2020-2vs.pdf>

10. Colégio de Medicina Geral e Familiar: Desafios de hoje à gestão da prática clínica de Medicina Geral e Familiar, 20/12/2019 <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/06/2019.071-Desafios-de-hoje-a-gest%C3%A7%C3%A3o-da-pr%C3%A7%C3%A1tica-cl%C3%81nica-e-Medicina-Geral-e-Familiar.pdf>

11. Colégio de Medicina Geral e Familiar: Efetividade e segurança dos Cuidados de Saúde Primários para a redução da Covid-19 na comunidade, 30/03/2020. <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/04/2020.027-Efetividade-e-seguran%C3%A7a-dos-Cuidados-de-Sa%C3%BAde-Prim%C3%A1rios-na-redu%C3%A7%C3%A3o-da-Covid-19-na-comunidade.pdf>

12. Colégio de Medicina Geral e Familiar: Reorganização da atividade assistencial e pandemia Covid-19 - Retoma faseada da resposta às restantes necessidades de saúde, 05/05/2020. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/03/Reorganiza%C3%A7%C3%A3o-de-servi%C3%A7os-em-M-GF_-Covid-19.pdf

PUB