

Aprender com a COVID-19:

A visão dos gestores de saúde em Portugal

Setembro 2020

CORONAVIRUS TEST

Please Print Name: First: _____

Gender: Male Female

Date of Birth: ____/____/____

Mailing Address: Street- _____

State- _____

City- _____

Home Phone#: _____

Cell#: _____

Employer/ Occupation: _____

Marital Status: Married Single Divorced Separated Widowed

Initial

Consent for Medical Treatment
Knowing that I am seeking medical care/medical testing, I hereby consent to the performance of the following diagnostic procedures and medical treatment by the attending physician and I acknowledge that no guarantees have been made by the hospital/practice. This form has been fully explained to me and I understand the risks and benefits of the proposed treatment. I am aware that the hospital/practice is not responsible for any complications or dissatisfaction.

Assignment of Financial Responsibility
I hereby authorize direct payment of surgical and medical services referred to herein would be payable to me if I am referred to my satisfaction that I am permitted by this agreement. I also authorize the processing of applications for insurance coverage.

Direção da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares

Presidente:

Alexandre Lourenço

Vice-Presidente:

Delfim Rodrigues

Secretária:

Bárbara Carvalho

Tesoureiro:

Eduardo Castela

Vogal:

Xavier Barreto

Vogal:

Catarina Baptista

Vogal:

Catarina Monteiro

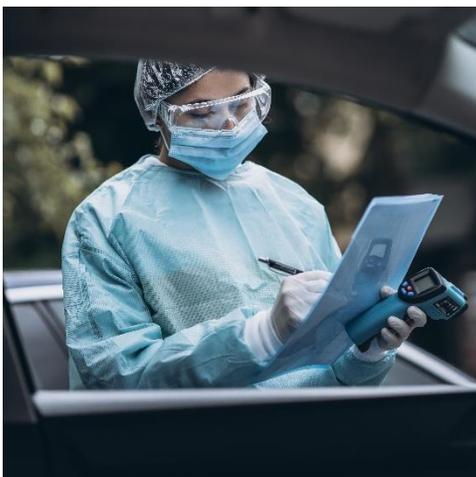
Mais informações em www.apah.pt

Resumo Executivo

APRENDER COM A COVID-19: A VISÃO DOS GESTORES DE SAÚDE EM PORTUGAL

A pandemia de COVID-19 desafiou muitas das nossas crenças, levantou novas questões sobre como será o "novo normal" nos nossos hospitais e centros de saúde, e criou expectativas e oportunidades para mudar a forma como fazemos as coisas. Para esclarecer esta questão, foi realizado o estudo "Aprender com a COVID-19: A visão dos gestores de saúde em Portugal", promovido pela APAH e pela HIRIS Care, com o patrocínio da TEVA Pharma, S.L.

O objetivo do estudo é identificar a resposta e as alterações realizadas na abordagem aos cuidados de saúde durante a pandemia e daí retirar as devidas lições. Trata-se de documentar o mais rapidamente possível a importante inovação realizada nos centros durante este período e recolher opiniões sobre como serão os cuidados de saúde no futuro imediato.



1. RESPOSTA À PANDEMIA

Ações coordenadas e uma rápida curva de aprendizagem

A resposta à pandemia do Serviço Nacional de Saúde baseou-se num plano de contingência comum, que começou logo em fevereiro e foi rapidamente assumida por praticamente todos os centros.

Desde o início, foram realizados importantes trabalhos de rastreio, reforçando a capacidade dos laboratórios para realizar testes de diagnóstico – sorológicos e PCR – e unificou-se a informação a fim de conhecer de forma continuada a situação dos contágios no país.

Tanto no serviço de urgência como nas consultas e internamentos dos centros hospitalares e de cuidados primários, foram criados dois circuitos de cuidados aos doentes – COVID e não-COVID – e duas equipas de saúde para evitar contágios, ambas compostas por médicos e enfermeiros, facilitando a redistribuição dos profissionais entre serviços e especialidades.

A fim de dar resposta ao número máximo de casos, a atividade assistencial presencial foi suspensa ou adiada, exceto em oncologia, obstetrícia e no atendimento urgente. Em paralelo, os cuidados de saúde primários e a rede hospitalar começaram a prestar cuidados virtuais.

Foram contratados novos profissionais de saúde, tanto profissionais formados como estudantes de medicina e enfermagem, com contratos de quatro meses prorrogáveis, permitindo ao Ministério da Saúde agilizar as contratações. Estes profissionais foram colocados, principalmente, nas áreas de urgências, triagem e unidades respiratórias. Foram ampliados os turnos e as jornadas de trabalho. Por outro lado, sempre que necessário, foi aumentada a capacidade assistencial com hospitais de campanha, também eles com dois circuitos.

Ministrou-se formação a todos os profissionais em matéria de prevenção, controlo e manejo do doente COVID, bem como sobre a correta utilização do equipamento de proteção individual. Cabe destacar o papel fundamental desempenhado pelos profissionais de enfermagem, assumindo por vezes funções avançadas de enfermagem. Do mesmo modo, os técnicos auxiliares assumiram funções tradicionais de enfermagem, e muitos profissionais de especialidades cirúrgicas foram destacados para o cuidado de doentes respiratórios menos graves.

No caso dos lares sociais, o SNS assumiu o trabalho de formação de profissionais e de contacto direto com estes centros, bem como a responsabilidade de dotá-los de equipamentos de proteção e testes PCR. Os utentes mais graves dos lares sociais foram transferidos para os centros hospitalares, permanecendo os menos graves sob supervisão médica adequada.

Por outro lado, foram criadas unidades de apoio psicológico e psiquiátrico para cuidar tanto do doente COVID como dos seus familiares, assim como dos profissionais de Saúde, exaustos por jornadas de trabalho intermináveis. A fim de oferecer a maior proteção aos profissionais de Saúde, foram estabelecidas medidas preventivas tanto nos locais de trabalho como no seu transporte ou até mesmo no seu alojamento, oferecendo-lhes espaços temporários alternativos.

Em termos de coordenação, os grandes hospitais assumiram, em muitos casos, estas funções com os outros recursos de saúde da sua área. Tanto os cuidados primários como os centros especializados estiveram a trabalhar para dar apoio direto aos cidadãos, realizando testes e assumindo tarefas de apoio aos hospitais.

Em linhas gerais, não foi necessária muita colaboração do sector privado da saúde, mas os protocolos elaborados pelo Ministério previam tal ação e, quando necessário, contou-se com a ajuda desse setor, tanto na disponibilização de camas como no fornecimento de material e equipamentos necessários ou com reforços especiais (laboratórios, etc.).

A presença de acompanhantes e familiares nos hospitais foi limitada, tendo-lhes sido fornecidos, muitas vezes, dispositivos digitais ou estabelecidos circuitos de comunicação alternativos com vista a fornecer informações sobre os doentes e permitir a comunicação não presencial com a família.

Muitos hospitais tiveram de adaptar rapidamente a sua infraestrutura física, com medicalização de áreas dedicadas a outros usos, equipando unidades de hospitalização convencionais com equipamentos de ventilação forçada, readaptando espaços e circuitos de trabalho, bem como o fluxo de pessoas e materiais, de modo a fazer face à sobrecarga de doentes respiratórios e a assegurar a separação de doentes e profissionais de risco. Em algumas ocasiões, os hotéis nas proximidades foram também medicalizados.

Os cuidados de saúde primários desempenharam um papel fundamental na informação à população, triagem de doentes, cuidados de doentes menos graves não-COVID, monitorização de doentes COVID isolados no domicílio e rastreio de contactos.

Em todo o território, mas especialmente nas regiões autónomas, é valorizado o papel de apoio prestado pela Proteção Civil, pelos

Bombeiros e pelas autoridades municipais no que diz respeito à informação à população, aos serviços de transporte sanitário e de materiais, e ao apoio a lares sociais ou pessoas que vivam sozinhas, entre outras intervenções.

2. RESPOSTA POSITIVA

O trabalho em rede e a cooperação interprofissional acima de tudo

Embora no início se tenha sentido uma certa escassez de material necessário ao atendimento dos doentes COVID, nomeadamente a falta de respiradores e de material de proteção, a perceção dos gestores é a de que, com o envolvimento do Ministério e a ajuda dos laboratórios farmacêuticos, foi possível resolver esta escassez num prazo aceitável.

Os cuidados de saúde virtuais, já bem estabelecidos no país, são considerados o ponto forte do sistema de saúde (até 40% de toda a atividade assistencial, de acordo com alguns testemunhos). Por um lado, para apoiar os familiares dos doentes internados e fornecer-lhes informação o mais rápido possível e, por outro, para dar progressiva continuidade às consultas médicas não-COVID através do atendimento não presencial.

Além disso, foi uma ponte no apoio psicológico a doentes e profissionais e na telefarmácia hospitalar de doentes crónicos, facilitando a recolha de medicação crónica em farmácias comunitárias e o acompanhamento hospitalar virtual.

Os gestores salientam a importância da coordenação entre os centros e o trabalho em rede, que permitiu que doentes com necessidades diferentes fossem transferidos em tempo recorde para os pontos de atendimento mais bem preparados e com espaço disponível.

Finalmente, o trabalho profissional em equipa – o adiar dos objetivos individuais para dar atenção ao sistema e a redistribuição de funções

entre profissionais e especialidades – foi um dos aspetos que melhor funcionou, mostrando os profissionais uma enorme motivação para trabalhar por um objetivo comum.



3. DESAFIOS PARA O FUTURO

Uma experiência a consolidar e o necessário reforço de profissionais, de orçamento e organizacional

O estudo aponta para alguns desafios significativos, especialmente no início da pandemia, em concreto, o fornecimento de materiais nos primeiros dias, o afinar da coordenação de todo o sistema até encontrar um modelo que funcionasse, o receio com o que o trabalho foi realizado até ser garantida a formação adequada e o apoio psico-psiquiátrico, bem como o surgimento de problemas relacionados com a formação de equipas e novas contratações.

O INFARMED prestou uma colaboração extraordinária na compra e distribuição de medicamentos e materiais. Mas assume-se como desvantagem o facto de os fabricantes estarem localizados em países asiáticos e Portugal não ter o volume de compras de outros países. Nesse sentido, espera-se que seja encontrada uma solução, que o país consiga uma reserva estratégica de todo o material e que sejam estabelecidos acordos de compra centralizada e/ou garantida e corredores seguros de âmbito nacional e europeu.

Além disso, considera-se que se deve continuar a trabalhar na coordenação a todos os níveis de cuidados, na melhoria dos protocolos da COVID face à nova estação da gripe, no reforço dos planos de contingência, e na consolidação dos orçamentos de acordo com as novas necessidades, a fim de manter a qualidade assistencial necessária.

Neste sentido, reconhece-se a necessidade de avaliar o que aconteceu nos lares sociais e o apoio sanitário a que recorreram para melhorar as necessidades médicas futuras dos residentes, relacionadas ou não com a COVID.

A utilização de ferramentas digitais para o atendimento e teletrabalho foi possível graças às plataformas e experiências de utilização já existentes. No entanto, considera-se necessário reforçar estas alternativas, que vieram para ficar. Isto requer um maior investimento, formação do pessoal e dos utentes, regulação e supervisão dos direitos dos doentes, e o estabelecimento de protocolos para definir que tipo de atendimento será virtual ou presencial.

A pandemia representou um aumento significativo das despesas com materiais, contratações e obras (alguns entrevistados afirmam que as despesas aumentaram em 20%), pelo que se espera que o sistema dê uma resposta económica às novas necessidades fundamentais em 2021. É também necessário realizar investimentos estruturais em muitos centros, de modo a acomodar os dois circuitos

assistenciais, ampliar a capacidade e facilitar a adaptação dos espaços assistenciais.

Por tudo isto, os gestores esperam uma resposta coordenada a nível nacional, mas também a facilitação da agilidade administrativa necessária nos centros de saúde para a contratação de profissionais, compra de materiais e organização dos processos assistenciais.

É fundamental estarmos preparados para novos surtos COVID, que podem agravar-se durante a próxima época de gripe, mantendo capacidades e profissionais, atualizando os Planos de Contingência e Coordenação em cada território. E, ao mesmo tempo, estabelecer um plano de vacinação, quando disponível. Considera-se particularmente importante formar e sensibilizar a população jovem sobre o risco de contágio e as medidas de higiene necessárias para prevenir a transmissão do vírus.

Para além disso, os casos adiados – consultas programadas e suspensas, listas de espera – devem ser assumidos como outro desafio pendente do sistema de saúde. Isto já está a ser feito, com o reforço da oferta assistencial e em colaboração com o sector privado, quando necessário.

4. PAPEL INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

Um papel crítico na garantia de abastecimento e uma nova relação baseada numa maior colaboração e responsabilidade social

Os gestores entrevistados consideram que a Indústria Farmacêutica colaborou desde o início, sobretudo garantindo a continuidade do fornecimento de medicamentos e equipamentos essenciais, posicionando-se como agente-chave na resposta à pandemia, mesmo em situações de grave rutura nas cadeias de abastecimento internacionais e

tendo em conta a reduzida dimensão do mercado de Saúde português no mercado global. Por vezes, a indústria forneceu ao SNS os seus próprios serviços de logística de distribuição e aplicações digitais para facilitar a entrega ao domicílio de medicamentos aos doentes.

Portanto, é desejável que se mantenha esta colaboração no fornecimento de materiais face a futuras ondas pandémicas.

Em geral, recomenda-se o reforço da capacidade de fabrico nacional de materiais de proteção e equipamentos médicos críticos, bem como de medicamentos. Também a nível europeu, a UE deve reforçar a sua autonomia e garantia de aprovisionamento estratégico.

A administração sanitária deve articular-se e ser capaz de planear melhor juntamente com a indústria farmacêutica. Para tal, é essencial uma maior transparência nos contratos de fornecimento com os centros hospitalares, principais compradores.

Considera-se também necessário manter a contribuição da Indústria na ação de formação dos profissionais, mas em modalidades e plataformas cada vez mais virtuais e de maior qualidade. O trabalho do delegado farmacêutico é ainda considerado necessário e espera-se que a relação com os centros e profissionais volte ao normal após a pandemia.

No entanto, é necessário uma maior transparência, regulação, programação e utilização de ferramentas digitais na relação entre o delegado farmacêutico e os serviços e profissionais.



Em geral, considera-se que a pandemia ajudou a destacar e a estabelecer melhores relações de trabalho e coordenação entre o SNS e a indústria farmacêutica, que se espera que continue a contribuir de forma solidária para os importantes desafios de saúde e financeiros por vencer.

Reconhece-se o esforço de investigação que está a ser realizado pela indústria farmacêutica para encontrar uma vacina e novos tratamentos para a COVID e para as novas sequelas do coronavírus. Espera-se um esforço solidário da indústria para que estas vacinas e tratamentos possam chegar a todos os países e a toda a população de uma forma equitativa, e a preços razoáveis.

5. CONCLUSÃO

Em suma, considera-se que o Serviço Nacional de Saúde português está hoje mais bem preparado para combater uma curva epidémica COVID que se pode prolongar no tempo. É importante não baixar a guarda no controlo da pandemia em termos de transmissão comunitária e nos próprios centros de saúde. O SNS teve uma rápida curva de aprendizagem na resposta às epidemias sanitárias e muitas das mudanças produzidas, bem como a experiência adquirida, devem servir para consolidar um sistema de Saúde mais forte, mais eficaz e coordenado. O trabalho, a preparação, o entusiasmo e a capacidade de trabalho em equipa dos seus profissionais ficaram comprovados. Ainda há muitos desafios a vencer, sendo o principal a atenção aos casos adiados durante a pandemia. Serão necessários mais reforços orçamentais e profissionais, e devem continuar a ser consolidadas as experiências significativas de transformação, coordenação e gestão ocorridas durante a pandemia.

METODOLOGIA

34 entrevistas em profundidade baseadas em perguntas semiestruturadas, conduzidas por telefone entre 12 de setembro e 5 de outubro de 2020, distribuídas da seguinte forma:

- 27 entrevistas aos Presidentes de Conselhos de Administração de Centros Hospitalares do Serviço Nacional de Saúde
- 3 entrevistas aos Presidentes de Conselhos de Administração de Hospitais das Regiões Autónomas
- 2 entrevistas aos Secretários Regionais de Saúde (Açores e Madeira)
- 2 entrevistas aos Presidentes de Conselhos diretivos das Administrações Regionais de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
RESPOSTA À PANDEMIA	2
CENÁRIO FUTURO	22
ALTERAÇÕES QUE DEVIAM SER CONSOLIDADAS OU INCORPORADAS NA ASSISTÊNCIA SANITÁRIA.....	26
O PAPEL DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA.....	34
CONCLUSÕES	42
LISTA DE ENTREVISTADOS	45

RELATÓRIO COMPLETO

APRENDER COM A COVID-19: A VISÃO DOS GESTORES DE SAÚDE EM PORTUGAL

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 desafiou muitas das nossas crenças, abriu novas questões sobre como será o "novo normal" nos nossos hospitais e centros de saúde, e criou expectativas e oportunidades para mudar a forma como fazemos as coisas.

De modo a clarificar, com base na casuística e no conhecimento, o esforço assistencial e organizacional realizado durante a pandemia, efetuámos este Estudo denominado "Aprender com a COVID-19: A visão dos gestores de saúde em Portugal" promovido pela **APAH e HIRIS Care**, com o patrocínio da **TEVA Pharma, S.L.**

Acreditamos que é tempo de documentar o mais rapidamente possível a importante inovação realizada nos centros e daí retirarmos lições para o futuro.

Gostaríamos de salientar que o **objetivo do estudo é identificar que mudanças foram realizadas para abordar os cuidados de saúde na pandemia e daí retirar as devidas lições**. Não procuramos, de modo algum, julgar ou avaliar, quer em geral quer por centro, se a resposta tem sido melhor ou pior, certa ou errada. Trata-se apenas de documentar as alterações realizadas e as opiniões sobre **como serão os cuidados de saúde no futuro imediato**.

RESPOSTA À PANDEMIA

Principais alterações realizadas nos procedimentos de cuidados de saúde: criação de equipas COVID, unidades de rastreio e interrupção da atividade programada

A principal medida levada a cabo nos centros hospitalares após os primeiros casos de COVID, em março, foi a implementação de **planos de contingência**, o que implicou a separação dos circuitos de acesso dos doentes COVID/não-COVID, a criação de equipas COVID e unidades de triagem, bem como o início do **rastreio de contágios** de modo a controlar a transmissão comunitária. Estes circuitos afetaram: o acesso ao hospital, às urgências, aos cuidados médicos e de enfermagem, às ambulâncias e à UCI.

Muitas medidas dos planos de contingência foram levadas a cabo com **protocolos ágeis, abertos e adaptáveis** à evolução das necessidades diárias, destacando-se como as mais importantes:

- Criação de **equipas COVID** para o cuidado exclusivo dos doentes COVID e **formação** específica para todos os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, técnicos de imagem e de terapia. De destacar o papel desenvolvido por Internistas, Pneumologistas e Intensivistas como coordenadores destas equipas.
- Criação de **equipas de rastreio**, de fevereiro a março, para evitar o contágio comunitário, com técnicos específicos e criação de laboratórios para testes PCR e estudos sobre fármacos adequados à COVID.
- **Contratação extraordinária** de profissionais sanitários (médicos, enfermeiros, técnicos) durante 4 meses, prorrogáveis.
- Construção de **hospitais de campanha** perto do hospital para atender o doente COVID.
- Interrupção/**limitação da atividade assistencial programada** presencial. O **atendimento passou a ser por telefone** tanto em hospitais como em Centros de Saúde Primários (CSP) e centros especializados, para atender as patologias não-COVID urgentes e outras patologias desmarcadas.
- Aplicação de novos protocolos de transporte sanitário para garantir a transferência de doentes e do pessoal sanitário.
- Garantia da **segurança dos profissionais sanitários** e familiares: dotar as equipas de cuidados COVID de equipamentos de proteção, PCR, e medir a temperatura de todas as pessoas que acediam aos centros hospitalares.
- Garantia do **acompanhamento dos doentes hospitalizados**, permitindo o acesso controlado de um familiar. No caso de hospitais oncológicos, encaminhamento de doentes COVID para hospitais especializados em COVID.

Principais alterações realizadas nos procedimentos de cuidados de saúde: novas contratações, criação de novas unidades e serviços virtuais

Administrações Regionais de Saúde

- Contratação de especialistas em doenças respiratórias para cuidar de doentes COVID.
- Reorganização e redistribuição de todos os profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares) com base nos cuidados do doente COVID, tanto no CSP (Cuidados de Saúde Primários) como na Urgência.
- Criação de uma unidade de rastreio COVID, que recebeu formação especial. Equipada com todos os sistemas de proteção.

Hospitais SNS

- Nos Cuidados Primários, Especialidades e Hospitais, promoção do atendimento telefónico em detrimento da atividade assistencial programada, que era muito limitada.
- Separação em hospitais de circuitos COVID/não-COVID, com unidades de triagem e equipas COVID.
- Reforço das áreas de urgência e doenças respiratórias – enfermagem e especialidades médicas – com mais pessoal e recursos específicos.

Hospitais das Regiões Autónomas

- Criação de uma Unidade de Tratamento de Doentes COVID, com uma Unidade de Enfermagem especializada.
- Reforço dos cuidados intensivos dotando-os de recursos, conforme as solicitações das equipas médicas.
- Criação de um Serviço de Saúde Mental para atender o pessoal sanitário que presta cuidados aos doentes COVID e os familiares dos doentes.
- Disponibilização de laboratórios específicos para a realização de testes COVID.
- Criação de um Serviço para contratar equipas, materiais e equipamentos, bem como reorganizar horários e turnos.

Como foi solucionado o problema da sobrecarga do pessoal sanitário e da satisfação das suas necessidades: novas contratações, novos papéis, formação, máscaras e apoio psicológico

Os centros hospitalares compreenderam que, além de ter mais pessoal sanitário no sistema de saúde e proporcionar-lhe recursos e formação, era igualmente importante fornecer apoio psicológico a esses profissionais.

- **Novas contratações:** O Ministério da Saúde permitiu que cada hospital contratasse mais pessoal sanitário durante 4 meses, prorrogáveis. Os processos de contratação foram agilizados: técnicos de diagnóstico terapêutico, auxiliares, pessoal administrativo, enfermeiros, médicos e farmacêuticos. Esta possibilidade de contratação direta levou a um aumento de 3% do pessoal. Em alguns casos, foi difícil realizar as contratações devido à falta de bolsas de emprego disponíveis e ao receio dos profissionais em trabalhar com a COVID. Foram inclusivamente contratados profissionais sanitários de outros países.
- **Novos papéis:** A Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios dedicou-se a reorientar profissionais sanitários de outras especialidades, que já estavam no SNS, para trabalharem no setor COVID. Entre outros, reumatologistas, anestesistas e cirurgiões sob a coordenação da medicina interna. Os técnicos clínicos foram reconvertidos em enfermeiros e os enfermeiros cirúrgicos ou os de outras áreas agora paralisadas passaram a fazer parte das equipas COVID.
- **Formação interna:** Desde o início, constatou-se a importância de formar os profissionais para lidar com a pandemia, em prevenção diagnóstica e tratamento da doença.
- **Utilização de EPI:** O pessoal sanitário mostrou-se consciente desde o início da necessidade de se proteger usando máscaras e EPI em todas as áreas hospitalares.
- **Apoio psicológico e familiar:** Foi disponibilizado um grupo multidisciplinar para atender tanto as crises de ansiedade e stress como para apoiar o bem-estar e a organização das novas equipas COVID. Além disso, este foi reforçado com algumas equipas de apoio para atender as contingências que fossem surgindo: não só de apoio direto, mas também profissional às suas famílias e nos seus domicílios.

Como foi solucionado o problema da sobrecarga do pessoal sanitário e da satisfação das suas necessidades: facilidade na contratação de profissionais e estudantes

Administrações Regionais de Saúde

- Contratação de estudantes dos últimos anos de Medicina e Enfermagem.
- A partir de 31 de março, foram contratados mais de 350 profissionais de diferentes áreas: médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e de laboratório.
- Simplificação dos procedimentos de contratação por parte do Serviço Nacional de Saúde.

Hospitais SNS

- Através do SNS, foi possível contratar durante 4 meses mais profissionais sanitários (médicos, enfermeiros, técnicos de laboratório, auxiliares e outros trabalhadores necessários para os hospitais). Excepcionalmente, foi permitida a contratação de profissionais estrangeiros.
- Contratação de pessoal para fazer o rastreio e prestar serviço no Circuito COVID.

Hospitais das Regiões Autónomas

- Total autonomia na contratação do pessoal necessário ao atendimento dos doentes COVID (médicos, enfermeiros e auxiliares). Tanto as unidades de enfermagem como de triagem foram ampliadas de acordo com as necessidades, assim como as equipas médicas (pneumologistas, especialistas em doenças infecciosas, intensivistas e internistas) que atenderam doentes COVID.
- Juntamente com as novas contratações, foi levado a cabo um plano de formação sobre a COVID, adequado a cada função profissional.
- Os médicos de Medicina Geral deram apoio à estrutura de saúde pública dos hospitais.

Adaptação das infraestruturas hospitalares: criação de circuitos COVID, hospitais de campanha e distanciamento

Adaptação rápida das infraestruturas hospitalares para criar circuitos COVID, e construção de hospitais de campanha. Numa ocasião, aproveitando o facto de estarem a ser realizadas obras, estas foram adaptadas às novas necessidades e, noutras ocasiões, partindo do zero.

- Criação do circuito COVID tanto em UCI e unidades de enfermagem como em corredores, urgências etc.; em alguns casos adaptando salas grandes específicas e em outros deslocando serviços.
- Construção de hospitais de campanha junto à Urgência, com a sua própria Unidade de Manutenção e com Unidade de Urgência, medidas de diagnóstico clínico com suporte tecnológico e teste COVID.
- Unidades de triagem em urgência para diferenciar entre COVID/não-COVID, dotando-as de instrumentos específicos para COVID e organizando a desinfeção diária de todas as instalações.
- Como medida geral comum, os espaços e mobiliários sanitários foram modificados para aumentar a distância física entre as pessoas.
- Alguns centros hospitalares criaram três blocos de cuidados através do serviço de Urgência: Triagem, Obstetrícia para partos, e as restantes urgências. Nestes três blocos havia um circuito alternativo para os doentes COVID, com equipas exclusivas.
- Em alguns centros, o Circuito COVID tinha uma Unidade de Triagem específica especializada em infeções e uma UCI específica atendida por intensivistas.
- Medicalização de hotéis para doentes em situação menos crítica.
- Instalação de Áreas de Espera, nas proximidades dos hospitais, para doentes que realizaram o teste COVID.

Adaptação das infraestruturas hospitalares: dois circuitos COVID e triagem em todo o sistema sanitário

Administrações Regionais de Saúde

- Criação de circuitos COVID/não-COVID no acesso às urgências, no hospital e no CSP, que continuaram a prestar tanto serviços básicos como de Urgência.
- Criação de centros de saúde de Urgência com testes de triagem.

Hospitais SNS

- Criação de um circuito para COVID e um para não-COVID.
- Ampliação dos serviços de doenças respiratórias, onde foi instalada área de testes PCR, exame médico e tratamento.
- Criação de uma Área de Acompanhamento para doentes COVID e seus familiares.
- Criação de um Hospital de Dia para doentes não-COVID.
- Aumento do número de camas.

Hospitais das Regiões Autónomas

- Criação de um serviço de emergência de Triagem COVID e não-COVID tanto em hospitais como em Cuidados Primários.
- Separação de serviços de uma mesma especialidade para doentes COVID/não-COVID.
- Aumento do número de camas para doentes COVID
- Criação de salas de espera de isolamento para casos suspeitos.

Processos de coordenação entre diferentes níveis assistenciais: trabalho consensual entre hospitais e cuidados de saúde primários

Os centros hospitalares de nível superior assumiram tarefas de coordenação com os diferentes hospitais na área sanitária e centros de saúde, para além de levar a cabo um trabalho conjunto e coordenado entre todos os profissionais sanitários envolvidos.

Considera-se que a coordenação nem sempre foi fácil devido à tradicional inércia do trabalho em departamentos estanques. A pandemia quebrou essa inércia, alcançando-se uma coordenação satisfatória.

- Estabelecimento de protocolos de coordenação entre os vários departamentos envolvidos na gestão da COVID, que eram também responsáveis pelo registo de doentes e pelo estabelecimento de listas de profissionais e centros que trabalhavam em conjunto. O registo foi feito através de uma plataforma *online*.
- Coordenação com CSP: para doentes COVID assintomáticos, foi estabelecido um serviço de cuidados domiciliários e atendido por via telemática por profissionais de CSP.
- O CSP assumiu a responsabilidade de testar os doentes com sintomas, de fazer a triagem e de enviar doentes positivos para o hospital correspondente.
- Coordenação estreita com os hospitais de cada área; obrigação oficial de comunicar todos os incidentes e protocolos de ação comum.

Processos de coordenação entre diferentes níveis assistenciais: elaboração de processos para distribuir a carga e as tarefas assistenciais

Administrações Regionais de Saúde

- Desde o início, foram criados Grupos Técnicos de Coordenação, disponíveis em permanência, 24 horas por dia, responsáveis por coordenar as tarefas de várias Unidades (hospital, CSP, Urgência).
- Criação da Plataforma COVID *online* para inserir os resultados dos testes COVID-19 no Serviço Nacional de Saúde e para reunir todos os dados epidemiológicos.
- Gestão de todas as tarefas que faziam parte das incumbências da Proteção Civil e ligadas ao Hospital de Dia, de modo a fornecer toda a informação aos profissionais dedicados a fazer face à COVID.
- Forte coordenação para garantir a mobilidade dos profissionais de saúde entre diferentes áreas e para proteger a sua segurança.

Hospitais SNS

- Criação de uma estrutura de coordenação com todos os agentes sanitários para responder às diferentes necessidades.
- Utilização dos centros de dia hospitalares, centros de saúde e centros médicos especializados na cobertura às Unidades de Urgência hospitalares.

Hospitais das Regiões Autónomas

- Criação de serviços de triagem e busca ativa COVID entre os profissionais sanitários dos centros de saúde para prevenir a transmissão entre estes profissionais e garantir a sua disponibilidade na luta contra a COVID.

Relação e intervenção com o sector social: formação de profissionais, supervisão de protocolos e cuidados médicos quando necessário

Nos centros hospitalares do SNS, foram criados protocolos especiais de ação para responder às necessidades dos Centros Sociais, de modo a poderem continuar o seu trabalho diário nos próprios lares e nos centros sem terem de deslocar os utentes.

A pandemia tornou possível iniciar uma colaboração entre o sector sanitário e social que não estava organizada antes.

- Um objetivo claro era evitar que os profissionais sanitários dos lares sociais fossem infetados e foi-lhes dado apoio técnico preventivo, bem como apoio psicológico para fazer face à situação.
- Ministrou-se formação aos profissionais dos lares sociais por videoconferência para que pudessem atender os seus utentes através de monitorização clínica e social.
- Alguns residentes foram transferidos para hotéis medicalizados preparados para esse fim, onde foram atendidos por profissionais dos lares e dos próprios hospitais.
- Na maioria dos casos, os utentes do sector social apresentavam poucos sintomas, e inicialmente, como não havia espaço suficiente para este perfil de doentes nos centros hospitalares, optou-se por continuar a tratá-los nos próprios lares ou, em alguns casos, transferi-los para as casas dos seus familiares, sempre sob supervisão e com medidas de proteção para as suas famílias e acompanhantes.
- Foi fornecida toda a informação aos familiares dos residentes do sector social que tiveram de ser internados nos centros hospitalares.

Relação e intervenção com o sector social: testes PCR, assessoria e transferências hospitalares

Administrações Regionais de Saúde

- Todo o trabalho relacionado com lares sociais foi realizado com a devida troca de informações e, quando necessário, o transporte foi efetuado com todas as medidas de segurança.
- Os testes PCR passaram a ser feitos nos lares sociais.
- Trabalharam em conjunto com os Centros Sociais e participaram tanto no trabalho assistencial como no de assessoria, quando necessário.
- Os testes COVID foram realizados em lares privados de idosos, um serviço que continua a ser prestado.

Hospitais SNS

- Foram disponibilizadas camas hospitalares suficientes para os residentes que delas necessitaram.

Hospitais das Regiões Autónomas

- Criação de um Centro de Coordenação para tomar conhecimento das necessidades que fossem surgindo nos centros sociais e, se necessário, assegurar a intervenção direta da saúde pública.

Estruturas de coordenação interinstitucional postas em prática: protocolos para unificar a ação em todo o sistema de saúde

Os centros hospitalares, juntamente com a administração pública e a Proteção Civil criaram protocolos internos para responder às necessidades diárias, sendo dinâmicos e adaptáveis à evolução das necessidades. Interpreta-se isso como um grande passo desde o primeiro momento: sermos capazes de proceder rapidamente, em conjunto, com protocolos padronizados e especificamente adaptados. Isto levou a que todos os hospitais tivessem um fluxo de comunicação diário e procedimentos de ação iguais diferenciando entre Circuito COVID e Circuito não-COVID.

Alguns dos hospitais mais importantes de algumas áreas assumiram um papel central na coordenação dos restantes de uma forma fácil e comunicativa.

- Definição de protocolos para uma melhor coordenação, capazes de responder às necessidades que surgiam diariamente, juntamente com o sistema privado de saúde, em cada área de ação: trabalho em equipa e protocolos acordados.
- Criação dos circuitos COVID/não-COVID em todas as áreas sanitárias do sistema de saúde, tendo-se procurado distribuir as cargas de trabalho de acordo com o centro hospitalar ou CSP.
- Possibilitar os cuidados virtuais através de plataformas e App que facilitaram tanto a informação aos familiares como as consultas com os doentes.

Os hospitais em conjunto com a autoridade municipal criaram unidades de apoio para ajudar entidades sociais como os Lares.

Estruturas de coordenação interinstitucional postas em prática: criação de grupos técnicos multidisciplinares para desenvolver o plano de contingência

Administrações Regionais de Saúde

- O SNS criou um Grupo Técnico de Coordenação Multidisciplinar e Permanente com as Unidades de Saúde, para lidar e abordar todas as contingências que foram surgindo ao longo da pandemia da COVID-19.
- Foi lançada uma Campanha de Comunicação na Rádio, TV e Imprensa para divulgar o Plano de Contingência a todas as organizações afetadas. Foram acordadas medidas com o Serviço de Proteção Civil para tentar evitar, na medida do possível, a transmissão comunitária do vírus
- O SNS estabeleceu acordos, liderados pela própria Ministra da Saúde, para aumentar o número de testes PCR e agilizar todas os internamentos de doentes positivos.

Hospitais SNS

- Os hospitais da zona foram reforçados e foi definido como seriam as consultas, separando as consultas COVID das consultas não-COVID e as consultas presenciais das consultas telemáticas.
- A Segurança Social, o hospital e os centros de saúde de cada município coordenaram-se. Este procedimento melhorou e aumentou a colaboração entre todas as entidades.

Hospitais das Regiões Autónomas

- Foram alcançados acordos municipais para fornecer testes COVID e respiradores.

Coordenação com o sector privado de cuidados de saúde para fazer face à COVID: pouca tradição de trabalho conjunto, mas boas intenções perante as necessidades impostas pela pandemia

A maioria dos hospitais públicos trabalhou com os seus próprios meios e infraestruturas, como fizeram também os grupos privados.

Em geral, não havia uma grande tradição de trabalho conjunto entre os dois sectores, mas ficou prevista, desde o início da pandemia, a possibilidade de uma maior coordenação entre hospitais públicos e privados sempre que necessário.

Muitos gestores de centros hospitalares comentam que não foi necessário recorrer a ajuda, mas nos casos em que o foi, consideraram-na muito positiva.

A pandemia da COVID acabou por se tornar uma oportunidade de colaboração, abrindo a possibilidade de estabelecer mais ações conjuntas com o Sector Privado.

- Em casos excepcionais, durante o confinamento foram prestados serviços mútuos de apoio entre serviços médicos públicos e alguns privados.
- Quando solicitados, alguns hospitais privados colocaram camas à disposição dos hospitais públicos.
- Alguns hospitais privados participaram na resolução de dúvidas, informatização de casos, fornecimento de equipamentos durante momentos críticos, facilitando o acesso às equipas tecnológicas, fornecendo respiradores, cedendo instalações e colaborando na compra única e centralizada dos testes COVID para fazer face a um mercado bastante afetado.
- Houve também casos de doentes de hospitais privados COVID que foram encaminhados para hospitais públicos.
- Noutros casos, foi pedido aos hospitais privados que colocassem os seus laboratórios à disposição do sistema público, assumindo este último os custos.
- Alguns hospitais tinham um protocolo prévio para a realização de atividades cirúrgicas por entidades privadas e este protocolo foi mantido com a COVID.

Coordenação com o sector privado de cuidados de saúde para fazer face à COVID: implementação de protocolos de trabalho conjunto que nem sempre foi necessário

Administrações Regionais de Saúde

- O grupo de trabalho criado entre o Sector Privado e o Sector Público da saúde recebeu uma avaliação positiva. Considera-se que o Sector Privado colaborou em tudo o que foi necessário com o Sector Público em termos de provisão de tratamentos, camas, EPI ou máscaras.

Hospitais SNS

- Em geral, não foi necessário contar com a ajuda do sistema privado de saúde, exceto em alguns núcleos populacionais maiores. Nesses casos, foi possível contar com camas do sistema privado de cuidados de saúde, graças ao estabelecimento prévio de protocolos de colaboração.

Hospitais das Regiões Autónomas

- Foi criado um protocolo entre os sectores sanitários público e privado no âmbito do plano de contingência, para que, caso fosse necessário utilizar os recursos privados, estes estivessem disponíveis para atender consultas e cirurgias não-COVID. Por outro lado, foram prestados serviços de triagem pelo sector privado.
- Foi criado um serviço de informações público/privado *online* para reunir informações sobre os internamentos COVID em ambos os sectores.
- Em geral, considera-se que o Sector Privado não é muito forte e, na maioria dos casos, não foi necessário contar com a sua participação.

Resposta e coordenação com os fornecedores para assegurar o fornecimento: após um arranque com escassez, as necessidades foram supridas de forma satisfatória

Nos primeiros dias da pandemia, os centros hospitalares não dispunham de recursos suficientes para satisfazer a procura, mas graças aos protocolos acordados entre hospitais públicos, subsidiados e privados, com centros de Cuidados Primários e centros médicos especializados e, sobretudo, com laboratórios farmacêuticos, foi criado um modelo de gestão e execução que permitiu disponibilizar todos estes recursos essenciais a todos os centros e a todos os profissionais.

Os primeiros dias foram considerados difíceis, mas a distribuição dos equipamentos específicos para COVID melhorou rapidamente e a sua utilização e distribuição foi feita de uma forma muito racional.

- Foram abertos canais para a aquisição de outros materiais diferentes dos habituais, o que aumentou tanto os recursos disponíveis como o custo de aquisição dos medicamentos. Foram estabelecidos mecanismos que permitiram comprar os materiais necessários (testes, respiradores e máscaras), tornando as condições mais flexíveis para que pudessem ser fornecidos mais rapidamente.
- Os fornecedores de material envolveram-se e o número de EPI e tratamentos disponíveis pôde ser aumentado.
- A nível de medicamentos, a indústria farmacêutica organizou bem os circuitos para garantir o fornecimento, fazendo um esforço enorme para dar resposta aos hospitais e evitar problemas de maior.
- Destaca-se como aspeto importante que não se tenha sentido muita dificuldade na entrega de materiais, algo que temos a agradecer à Indústria e a outras entidades, como os Bombeiros, que muitas vezes se encarregaram da logística.
- Considera-se que, em geral, se conseguiu uma boa reserva de material graças à existência de uma Agência Central de Compras no Sistema Nacional de Saúde.

Resposta e coordenação com os fornecedores para assegurar o fornecimento: satisfação com a capacidade de resposta dos laboratórios farmacêuticos

Administrações Regionais de Saúde

- As empresas farmacêuticas forneciam tudo o que era necessário quando solicitado. O Serviço de Bombeiros interveio todos os dias para facilitar a chegada destes equipamentos às reservas.
- O SNS, através do INFARMED, tem continuado a fornecer tratamentos através do procedimento centralizado de compras a nível europeu. Além disso, o SNS comprou grandes quantidades, distribuindo-as individualmente, garantindo reservas suficientes para si e para os hospitais. Esta distribuição foi feita através dos SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde – e só falhou no fornecimento de material quando foram suspensas as remessas internacionais.
- Inicialmente houve dificuldade de abastecimento porque havia excesso de procura, que foi solucionada com o acordo fechado com todos os fornecedores, fazendo-se um esforço muito importante para garantir o fornecimento e evitar a escassez.

Hospitais das Regiões Autónomas

- Durante os momentos mais críticos, faltaram principalmente os respiradores e testes COVID, que não existiam em armazém; mas pouco a pouco foi possível resolver este problema de abastecimento.

O papel dos cuidados virtuais e da comunicação com os doentes: apoio psico-psiquiátrico aos doentes e profissionais sanitários

Os centros hospitalares desenvolveram alternativas de cuidados virtuais com uma dupla função: apoio psicológico e cuidados médicos. E, em ambas as funções, com um compromisso muito forte com a telemedicina a fim de evitar contágios e agilizar o processo de comunicação, especialmente para o doente não-COVID e os familiares do doente COVID.

Antes da COVID-19, as ferramentas de telemedicina já eram utilizadas em centros hospitalares, embora não estivessem tão disseminadas em todas as áreas e fossem vistas mais como um complemento da atividade presencial.

Apoio psico-psiquiátrico:

- Foram estabelecidos procedimentos para dar apoio psicológico virtual às equipas COVID, porque logo se viu que sofriam de stress e ansiedade devido à acumulação excessiva de longas e complexas jornadas de trabalho. Consultas eficazes capazes de apoiar o estado emocional dos profissionais e reforçar as suas capacidades de resposta face às adversidades da pandemia, que eram totalmente novas para o sistema de saúde.
- Este serviço psico-psiquiátrico foi também prestado aos familiares dos doentes e aos doentes COVID já curados para os ajudar a recuperar das sequelas emocionais causadas pela COVID. Foi criado um sistema de acompanhamento para os familiares e cuidadores que estavam com os doentes COVID.

O papel dos cuidados virtuais e da comunicação com os doentes: informação aos doentes, às suas famílias e consultas médicas ou de enfermagem

Cuidados médicos e comunicação médico-doente/familiar:

A comunicação entre o doente COVID e a sua família era uma prioridade, com os cuidados virtuais a desempenharem um papel fundamental. O desenvolvimento digital já estava bastante avançado no SNS, pelo que não constituía um obstáculo relevante.

Os centros hospitalares distribuíram *smartphones* e *tablets* para otimizar a comunicação entre médicos e enfermeiros – tanto nos hospitais como nos Cuidados Primários – com os familiares dos doentes através de videochamada. Nesse sentido, o trabalho de enfermagem foi fundamental para manter os familiares dos doentes COVID sempre informados.

- O SNS foi responsável pela formação do profissional sanitário (médicos e enfermeiros), ministrando cursos específicos para poder realizar chamadas de vídeo e oferecer apoio telefónico.
- Foram elaboradas informações para facilitar a comunicação com os familiares e acompanhantes dos doentes.
- Foi também estabelecido um sistema de comunicação com bombeiros e serviços de ambulâncias hospitalares. Todos estes serviços foram possíveis graças à implementação destas tecnologias virtuais.
- Foram criados protocolos e aplicações para oferecer estes serviços telemáticos. Em linhas gerais, considera-se que não houve grande dificuldade em manter a comunicação diária através dos Call Centers que tiveram de ser criados.

O papel dos cuidados virtuais e da comunicação com os doentes: a teleconsulta já tinha alguma tradição, e a pandemia consolidou-a nos cuidados de saúde

Administrações Regionais de Saúde

- Implementação de dois grandes processos virtuais a partir de 2 de março: cuidados aos doentes e profissionais sanitários. Para os doentes, foram criados tanto cuidados médicos virtuais como um serviço psicológico para os familiares. E para os profissionais sanitários um serviço de apoio psicológico.
- Em cada Unidade COVID, foi estabelecida uma linha 24h de apoio psiquiátrico, psicológico e informação hospitalar, tanto presencial como por teleconsulta, para os doentes e seus familiares. Foi igualmente prestada esta assistência psicológica aos profissionais sanitários que trabalhavam a partir de casa, para diminuir toda a sobrecarga emocional que estavam a suportar.
- Considera-se que mais de 40% das atividades de cuidados de saúde foram realizadas com recurso à telemedicina.
- Foi criada a linha 24h para que qualquer pessoa pudesse comunicar uma incidência ou sintoma. Foi criado o sistema TRACE COVID, uma espécie de ebook para que cada família pudesse conhecer diariamente o estado do seu familiar internado.

Hospitais SNS

- Dois circuitos de apoio psicológico e psiquiátrico para doentes e familiares de doentes que estavam na UCI e para profissionais sanitários. As equipas de psiquiatria de referência, tanto dos centros hospitalares como dos centros de Cuidados Primários, deram instruções relativas ao acompanhamento e ao apoio telefónico individualizados. Foram contratados mais profissionais de apoio psicológico para prestar este serviço 24 horas por dia.

O papel dos cuidados virtuais e da comunicação com os doentes: As aplicações e plataformas digitais tornaram possível a cobertura das necessidades médicas

Hospitais das Regiões Autónomas

- Foi criada uma Unidade Interna de Apoio Psicológico virtual para profissionais. E foi também criada uma Linha de Apoio Psicológico para acompanhantes e familiares de doentes.
- A telemedicina desempenhou um papel importante nesta cobertura psicológica.
- Foram realizadas teleconsultas por telefone e videoconferência, com recurso a 2 ou 3 plataformas digitais.
- A experiência prévia no uso de App por profissionais sanitários tornou possível melhorar a eficiência e agilizar as teleconsultas, em muitos casos a partir das próprias casas dos profissionais.
- Foram instaladas aplicações em todos os Serviços de Enfermagem para manter a comunicação diária com os familiares de doentes COVID.

CENÁRIO FUTURO

O impacto da pandemia na procura de cuidados de saúde futura e pendente: os dois circuitos, a experiência acumulada e a reserva de material tornam possíveis os cuidados de saúde

Os centros hospitalares estiveram concentrados no atendimento de doentes COVID, organizando consultas seguras. Uma vez estruturada a zona COVID, começaram a retomar gradualmente a atividade de atendimento dos restantes doentes (a partir de maio-junho foram envidados esforços para retomar as consultas desmarcadas). Atualmente, **os centros hospitalares assumem que têm mais experiência, mais recursos e, em geral, consideram que o sistema está mais preparado e pode enfrentar uma segunda vaga de pandemia com mais tranquilidade**, juntamente com o atendimento de doentes não-COVID.

- Neste momento, para retomar os casos não-COVID adiados, está-se a trabalhar também aos sábados e domingos e, de futuro, estão previstos mais recursos de todos os tipos (médicos, enfermeiros, novos espaços, telemedicina). Pretende-se dar aos novos contratados estabilidade e formação adequada para lidar com doentes COVID e não-COVID.
- Os circuitos COVID e não-COVID serão mantidos e as teleconsultas continuarão a ser combinadas com o atendimento presencial para evitar o risco de contágios. Serão também feitas consultas domiciliárias nos casos estabelecidos pelos protocolos.
- Dispor de reservas de medicamentos necessários tanto para doentes COVID como não-COVID e confiar na vacina para a COVID são outros aspetos essenciais para os próximos meses.
- Existe a preocupação de que os profissionais sanitários venham a ser infetados ou que o equipamento e materiais sejam contaminados. Estão a ser envidados esforços para garantir e reforçar as medidas de segurança, higiene e limpeza.
- Existe também a preocupação com o comportamento dos jovens porque se considera que estes não estão a cumprir as medidas de prevenção de forma rigorosa, e existe a preocupação com a questão do espaço aéreo como porta aberta para a possível entrada de contágios comunitários.

O impacto da pandemia na procura de cuidados de saúde futura e pendente: a recuperação dos casos adiados com a contratação de mais profissionais

Administrações Regionais de Saúde

- Hoje e futuramente, a principal preocupação é controlar a pandemia e evitar que o número de doentes dispare novamente.
- As consultas por telefone ou por videoconferência e as consultas presenciais em Oncologia e Saúde Mental vão continuar. Do mesmo modo, serão mantidos os circuitos COVID e não-COVID e os hospitais centrais encaminharão os casos para os Centros de Saúde para serem acompanhados. Outra medida para retomar os casos adiados, que foram parcialmente encaminhados para o sistema privado de saúde, é prolongar o horário de cuidados médicos e de enfermagem, garantindo a segurança e a saúde de médicos, enfermeiros e doentes.

Hospitais SNS

- Está-se a trabalhar na recuperação de casos adiados das patologias não-COVID, tanto de doenças crónicas como de cirurgias programadas, a fim de reduzir as listas de espera. Todo o sistema de saúde está empenhado em recuperar e atualizar as listas de espera dos doentes e em completar a atividade programada. Além disso, serão mantidas as equipas COVID, com hospitais COVID e não-COVID.
- Chegou-se a um acordo com o sistema privado de saúde para assumir as consultas não-COVID que tiveram de ser desmarcadas.

Hospitais das Regiões Autónomas

- Uma vez que já passou a fase mais crítica da pandemia, o objetivo é retomar a assistência clínica aos doentes considerados casos adiados. Este trabalho de recuperação assistencial começou no início de maio e, para tal, foram organizadas salas especiais que cumprem com as normas de distanciamento social e as listas de espera têm sido geridas para que possam ser postas em dia com um novo plano de contingência.

Despesas orçamentais em 2020 e previsões hipotéticas para 2021: forte impacto económico com vontade política de lhes fazer face

Os centros hospitalares consideram que é preciso reelaborar os orçamentos para 2020 de modo a poderem fazer face às despesas causadas pela COVID e que não estavam contempladas.

Para 2021, é necessário partir de orçamentos que deem uma resposta real tanto às necessidades COVID como às não-COVID. Em equipamento e recursos especiais, está previsto um item que irá aumentar em cerca de 20% as despesas planeadas, porque é necessário aumentar a reserva básica de medicamentos, material, equipamento e a contratação de pessoal sanitário. De certa forma, a pandemia é uma oportunidade para melhorar os orçamentos da saúde.

- O SNS solicitará financiamento à União Europeia para o custo adicional da duplicação dos Circuitos de Cuidados de Saúde. O orçamento para o resto de 2020 sofreu um aumento significativo porque as equipas profissionais foram duplicadas e o consumo de materiais aumentou. Por outro lado, os centros hospitalares tiveram de reduzir os projetos de pesquisa para os quais, em outras ocasiões, tinham orçamentos suplementares.
- Foi alcançado um acordo com o Ministério da Saúde para atender às necessidades orçamentais dos hospitais devido à COVID. Estes orçamentos foram complementados tendo em conta as necessidades de cada hospital e centro de saúde.
- Os hospitais terão de satisfazer as novas necessidades ora surgidas e, para lhes dar resposta, é necessário realizar um investimento significativo em mudanças estruturais que terão impacto nas consultas, hospitalização, UCI, urgências, laboratórios e transporte sanitário.

Despesas orçamentais em 2020 e previsões hipotéticas para 2021: um forte aumento das despesas implica recalculer os orçamentos necessários

Administrações Regionais de Saúde

- O SNS teve de recalculer os orçamentos dado que, na realização do orçamento para 2020, não foram consideradas as despesas posteriormente geradas pela COVID-19 e que afetam todos os itens: cirurgias, tratamentos, doentes crónicos, CSP... Nos Orçamentos para 2021, todas estas contingências e circunstâncias serão tidas em conta.
- Nenhum doente COVID ficou sem atendimento devido a questões orçamentais. Para que isso fosse possível, foram encaminhados para o sistema de cuidados privados, assumindo as despesas geradas.
- Só para 2020, estima-se que tenham sido necessários 20 milhões de euros para a área da Proteção Civil, incluindo todo os equipamentos possíveis necessários para os profissionais sanitários.
- Os novos orçamentos estão a ser elaborados contemplando o aumento do consumo de materiais, tratamentos, pessoal, EPI. Considera-se igualmente necessário aumentar o investimento em Cuidados Intensivos e novas contratações.

Hospitais das Regiões Autónomas

- Considera-se que a verba de investimento em todas as áreas da saúde irá aumentar, e os investimentos de saúde nos Lares Sociais deverão ser encarados como uma prioridade essencial.

ALTERAÇÕES QUE DEVIAM SER CONSOLIDADAS OU INCORPORADAS NA ASSISTÊNCIA SANITÁRIA

O que melhor funcionou na resposta à pandemia: trabalho em equipa para levar a cabo o plano de contingência

Em todos os centros hospitalares, confere-se grande importância aos planos de contingência elaborados e ao compromisso demonstrado pelos profissionais sanitários durante a pandemia. Este compromisso e o trabalho em equipa multidisciplinar têm sido a base para fazer face à COVID-19. Destaca-se o sentimento de coesão por parte de todo o pessoal sanitário e das instituições envolvidas, tendo em conta que uma segunda vaga da COVID pode já estar em curso.

- Disposição, motivação e trabalho rigoroso dos profissionais sanitários face à pressão assistencial que ocorreu tanto nos hospitais como no resto do Sistema de Saúde: o que funcionou melhor e do que eles mais se orgulham. Disposição e trabalho com uma extraordinária coordenação entre os diferentes agentes do SNS: hospitais, centros CSP e laboratórios.
- Duplicação de serviços e equipas: COVID/não-COVID foi outra das chaves em matéria de cuidados COVID porque foi uma medida eficaz que tem permitido que casos adiados sejam retomados a um bom ritmo.
- Outro ponto forte foi tanto o trabalho de prevenção como de desinfeção: todas as estruturas hospitalares conseguiram trabalhar em conjunto para gerar um perímetro de segurança e prevenir contágios do pessoal sanitário e descontaminar equipamento/materiais.
- O serviço de comunicação prestado às famílias dos doentes, mantendo-as informadas sobre a evolução do seu familiar internado, foi mais um êxito do plano de contingência, no qual a enfermagem desempenhou um papel fundamental como grande comunicador.
- Também foi importante proporcionar alojamentos alternativos ao pessoal sanitário em hotéis, para que pudessem descansar sem infetar os seus familiares.
- A resposta dos cidadãos motivando o pessoal sanitário com mensagens de agradecimento, apoio e prendas em forma de garrafas de água, fruta ou batas de proteção foi altamente positiva e importante para os profissionais sanitários.
- Conseguir que as empresas farmacêuticas oferecessem tratamentos, EPI e logística, foi outro dos aspetos fundamentais.

O que melhor funcionou na resposta à pandemia: O trabalho de coordenação entre todos os níveis de cuidados de saúde envolvidos

Administrações Regionais de Saúde

- Descrevem como extraordinário o trabalho das Unidades Técnicas na coordenação interna e com o restante SNS, o que permitiu que a situação epidemiológica melhorasse de forma significativa.
- O trabalho em equipa dos hospitais centrais, juntamente com a Área de Saúde Pública e a Área de Urgências, mantendo seguros o perímetro hospitalar e os centros de saúde com a aplicação dos protocolos de trabalho, gestão e segurança que acordaram implementar. Tudo isto foi feito desde a deteção do primeiro caso e continua até hoje.
- E conseguir dispor do necessário fornecimento de EPI, máscaras e tratamentos que a pandemia foi exigindo.

Hospitais SNS

- Os profissionais hospitalares trabalharam como uma verdadeira equipa coesa e solidária, e todo o pessoal sanitário necessário esteve sempre disponível tanto em Cuidados Intensivos como respiratórios.
- As medidas higiénicas garantiram a segurança dos doentes e dos profissionais sanitários.
- Foi também valorizado de forma positiva o trabalho dos Ambulatórios que desde o início da pandemia tem feito o trabalho de acompanhamento.

Hospitais das Regiões Autónomas

- O papel de coordenação do Gabinete de Crise com o envolvimento de todas as áreas abrangidas (Enfermagem, Urgência, Cuidados Intensivos) foi decisivo para poder levar a cabo o plano de contingência.
- A Unidade criada para fazer face à pandemia – Enfermagem e Urgência – com equipas bem organizadas, funcionou muito bem. Assim como o trabalho ágil dos laboratórios para determinar os casos positivos.
- Considera-se extraordinário o trabalho de Cuidados Intensivos no terreno, nos momentos mais críticos.

O que funcionou pior na resposta à pandemia: no início, a falta de reservas de material e o receio com que os profissionais sanitários tiveram de trabalhar

Os centros hospitalares reconhecem que, assim como o resto do mundo, não estavam preparados para uma pandemia deste tipo. Equipas de trabalhadores sanitários tiveram de fazer longas jornadas sem descanso e, quando não havia planos de contingência, por vezes faltaram equipamentos de proteção.

- Há consciência de que as reservas de EPI e máscaras devem ser melhoradas, pois em alguns casos não havia quantidade suficiente.
- A falta de acesso aos fornecimentos devido ao facto de os mercados estarem longe da Europa é considerado um problema a ser resolvido.
- Outra questão que tiveram de enfrentar foi o pânico psicológico que tomou conta do hospital e que levou a que algumas medidas para evitar o risco de contágio, não fossem implementadas da forma mais ágil e rápida. Alguns protocolos de saúde deveriam ter sido mais claros e a comunicação entre toda a equipa deveria ter sido melhor.
- Foi necessário melhorar a comunicação, nos dois sentidos, entre gestores e profissionais sanitários, tanto nos hospitais como nos Cuidados Primários, através da implementação de novos canais de comunicação.
- A formação dos profissionais de saúde, no início, foi de certa forma improvisada para dar resposta aos casos de COVID.
- Os cuidados de patologias não-COVID sofreram porque a maior parte do esforço e dos recursos de saúde foram direccionados para a COVID.
- Também se sentiu a falta de uma melhor coordenação com outros níveis de cuidados, como os Lares Sociais.
- Sentiu-se alguma dificuldade na contratação de pessoal sanitário, porque não havia bolsas disponíveis, bem como na mudança de papel de algumas especialidades que deixaram de cumprir as suas próprias funções e passaram a fazer parte do circuito COVID.

O que funcionou pior na resposta à pandemia: a sensibilização social para fazer face ao problema e o reajustamento do sistema de saúde para combater a COVID

Administrações Regionais de Saúde

- Considera-se que o início da pandemia foi muito difícil porque o sistema de saúde, o SNS e a estrutura hospitalar não estavam preparados para a crise da COVID.
- Era difícil fazer a população em geral entender a importância do uso de máscaras e outras obrigações de responsabilidade social: respeitar o distanciamento e as regras estabelecidas nos espaços públicos.

Hospitais SNS

- Houve dificuldade em encontrar todo o pessoal sanitário necessário para fazer novas contratações, como as circunstâncias exigiam, porque não havia disponibilidade no mercado.
- O sistema de informação utilizado nos hospitais teve de ser reajustado e o pessoal existente teve de trabalhar mais horas do que as previstas, devido à urgência da situação.
- Na fase inicial, era difícil garantir a segurança dos doentes e dos acompanhantes, e realizar os testes COVID, essenciais para controlar a transmissão.

Hospitais das Regiões Autónomas

- No início, foi difícil reajustar as equipas, estabelecer objetivos a cumprir por prioridade médica, e definir a forma de os levar a cabo.
- Nos primeiros tempos, o trabalho foi condicionado pela escassez de materiais e pelas dificuldades de abastecimento no mercado, o que obrigou a uma maior coordenação entre hospitais.

Alterações feitas que precisam de ser consolidadas: necessária dotação dos orçamentos, formação e autonomia

A maior preocupação dos centros hospitalares é a saúde dos doentes, a segurança dos seus trabalhadores sanitários e garantir que os profissionais continuem motivados e comprometidos em manter os serviços exigidos pela pandemia. Sabe-se que os profissionais trabalharam com receio, que tiveram de receber ajuda psicológica e que foram criados protocolos de ação que devem ser melhorados e/ou mantidos. **Para o outono-inverno, é fundamental trabalhar no apoio aos doentes COVID e não-COVID e prestar especial atenção à gripe sazonal.**

- Trabalhou-se na formação, do trabalho em equipa ao manuseamento de EPI, e deve continuar-se a ministrar formação ao pessoal sanitário e a prepará-lo para melhorar a capacidade de resposta dos centros hospitalares.
- Consolidar os novos orçamentos que garantam a viabilidade dos processos iniciados com a pandemia e não retroceder.
- Generalizou-se a teleconsulta e a sua continuidade deve ser assegurada com o reforço necessário. É preciso mais formação para o seu desenvolvimento e gestão, para além de separar o que se atende virtualmente do que se atende de forma presencial. Do mesmo modo, a segurança e confidencialidade dos doentes que são atendidos *online* deve ser melhorada, ao mesmo tempo que se reduzem os obstáculos burocráticos e legais que impedem o seu normal desenvolvimento.
- Consolidar os novos protocolos que foram estabelecidos durante a pandemia e, sobretudo, agilizar os mecanismos de ação, dando autonomia às equipas de profissionais.
- Promover a colaboração e a comunicação no sector da saúde para alcançar uma maior sinergia entre os centros de saúde e os hospitais.
- Conseguir uma maior flexibilidade e agilidade na contratação do pessoal necessário.
- Melhorar a capacidade de resposta dos laboratórios nos testes PCR para permitir um diagnóstico rápido.

Alterações feitas que precisam de ser consolidadas: consolidar as teleconsultas e os protocolos de dois circuitos

Administrações Regionais de Saúde

- Dispor de protocolos que estão a ser elaborados para distinguir os doentes com COVID dos doentes com gripe em todos os centros de saúde, do hospital aos CSP e áreas de Urgência.
- Continuar a dotar de equipamentos técnicos, mais EPI e mais formação para o pessoal sanitário, não só a nível hospitalar, mas também a todos os outros níveis de cuidados médicos.
- Melhorar a entrada de dados de rastreamento dos doentes COVID para continuar a prevenir o contágio comunitário.
- Melhorar a capacidade de rastreio do Sistema de Saúde para melhorar os cuidados prestados aos doentes.

Hospitais SNS

- Manter a capacidade de resposta dos serviços de cuidados intensivos e respiratórios para uma futura procura de cuidados de saúde.
- Manter e melhorar as alterações feitas no SNS, tais como teleconsultas e videoconferências, porque são avanços importantes.
- Dotar os hospitais do pessoal necessário e continuar a promover sinergias com os serviços de Cuidados Primários.

Hospitais das Regiões Autónomas

- Incentivar o trabalho em equipa e a proatividade, antecipar cenários que possam surgir nos próximos meses e distinguir entre gripe e COVID durante o inverno.
- Continuar a gerar sinergias entre hospitais, a indústria farmacêutica, Cuidados Primários de Saúde e Centros Especializados.
- Continuar a desenvolver as Teleconsultas e a Telemedicina, que são medidas que já existiam e que são agora consideradas essenciais.

O que ainda precisa de ser implementado no sistema de cuidados de saúde: um orçamento maior e estável, e uma melhor coordenação entre o sistema de cuidados de saúde

O que mais preocupa os gestores de saúde é não serem capazes de prever uma segunda vaga forte e que a virulência da pandemia afete a pressão hospitalar. Neste sentido, consideram necessário acompanhar com atenção a evolução da curva da pandemia e tentar evitar, com o trabalho assistencial, a saturação que ocorreu durante as primeiras semanas da pandemia.

- É necessário mais trabalho de coordenação intra-hospitalar: protocolos comuns de ação sobre a COVID para que a distribuição da carga de trabalho desta seja equitativa entre os centros hospitalares, facilitando os encaminhamentos e a colaboração.
- É também necessário dotar os hospitais de um orçamento maior e mais estável para permitir o acesso ao equipamento necessário e rapidez e agilidade nas necessárias contratações de pessoal sanitário.
- Considera-se necessário protocolar as consultas que devem ser presenciais e as que devem ser telemáticas. Reforçar os mecanismos de contacto entre médico e doente, para além do atendimento virtual que também deve ser desenvolvido ao máximo. O atendimento COVID deve continuar a ser prestado simultaneamente com outras consultas, cirurgias e tratamentos crónicos, recuperando casos adiados que ainda não foram 100% atendidos.
- Considera-se também uma alta prioridade acabar com a utilização abusiva das urgências hospitalares como uma ferramenta imediata para os cidadãos. Neste sentido, delimita-se o que é da responsabilidade dos centros de saúde, o que pode ser resolvido por teleconsulta e o que realmente deve ser atendido em Urgência.
- Deve continuar-se a trabalhar na prevenção da COVID nos lares sociais.

O que ainda precisa de ser implementado no sistema de cuidados de saúde: recuperação de casos adiados e formação adequada dos profissionais

Administrações Regionais de Saúde

- A teleconsulta médica deve apresentar-se como um serviço estável, e não como um mecanismo de urgência devido à pandemia, e para tal as unidades afetadas devem dispor de todo o equipamento necessário a torná-la possível e prestar estes serviços com normalidade, qualidade e garantias.
- Estabelecer prioridades para os cuidados COVID, não-COVID e gripe, numa altura em que se espera um surto sazonal.
- Consolidar equipas sanitárias que possam fazer rotação com outras equipas bem formadas e permitir o descanso necessário a todos.
- Estabelecer sinergias estáveis colaborativas de trabalho entre os centros hospitalares, Cuidados Primários e Centros Especializados.

Hospitais SNS

- A prioridade é recuperar 100% da atividade programada que teve de ser suspensa devido à pandemia, tanto em doentes oncológicos como crónicos, cirúrgicos ou psiquiátricos.

Hospitais das Regiões Autónomas

- Manter a qualidade assistencial total tanto dos doentes COVID como não-COVID.
- Estabelecer protocolos claros para distinguir o trabalho de deteção e tratamento do doente COVID do trabalho de deteção da gripe, criando espaços específicos.
- Implementar a telemedicina em áreas ainda não alcançadas.
- Estabelecer protocolos ágeis e flexíveis para o trabalho colaborativo entre o sector hospitalar e os Cuidados Primários a todos os níveis.

O PAPEL DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

O papel da Indústria Farmacêutica durante a crise da COVID-19: equilíbrio entre ser um fornecedor ou um parceiro em situações críticas, como a que se viveu

Os centros hospitalares avaliam a contribuição da indústria farmacêutica durante a pandemia como fornecedores de tratamento ou de materiais (respiradores, EPI, máscaras). Alguns pensam que poderia ter havido ainda mais colaboração noutra tipo de iniciativas, uma vez que eles têm uma grande responsabilidade na saúde pública, enquanto para outros o seu papel devia limitar-se a fornecer os medicamentos ou material requerido, como foi feito numa situação globalmente complexa.

- Alguns gestores de centros hospitalares acreditam que a resposta dada foi a correta e que os atrasos na entrega de materiais se deveram mais à logística do transporte internacional e à própria dimensão limitada do mercado português.
- Apreciou-se que tenham sido recetivos na tentativa de atender a tudo o que lhes foi proposto, facilitando o trabalho médico e hospitalar. Com exceção das primeiras semanas em que houve escassez, o habitual foi receberem o que era exigido pelos laboratórios em 24 horas.
- Outros gestores acreditam que a indústria deve limitar-se ao fornecimento requerido, como aconteceu quando lhes foi pedido kits para fazer os testes COVID ou outro material necessário, tanto para garantir o tratamento da COVID como do resto das patologias crónicas ou agudas que continuaram a ser tratadas apesar do encerramento das fronteiras.
- Novos papéis: uma medida considerada muito interessante e que surgiu em alguns hospitais em colaboração com a Indústria Farmacêutica foi a criação de um sistema de distribuição dos tratamentos de doentes crónicos através das Farmácias Comunitárias. A Indústria Farmacêutica, para além de facilitar a logística, ajudou na criação de mecanismos alternativos de App hospitalar para gerir o funcionamento diário e a entrega de medicamentos no domicílio dos doentes.

O papel da Indústria Farmacêutica durante a crise da COVID-19: valoriza-se a sua colaboração no fornecimento dos materiais necessários

Administrações Regionais de Saúde

- Valoriza-se o esforço realizado pela indústria farmacêutica para responder às necessidades dos profissionais sanitários: EPI, máscaras e respiradores para fazer face à pandemia.
- No que respeita à distribuição de medicamentos, houve uma boa coordenação e a distribuição a todo o sistema de saúde foi bem resolvida, exceto em alguns casos muito específicos.

Hospitais SNS

- Foram fechadas as portas dos hospitais à Indústria Farmacêutica para qualquer atividade presencial durante a pandemia, afetando os protocolos diários habituais praticados conjuntamente durante anos.
- O papel desempenhado pela Indústria Farmacêutica no fornecimento de medicamentos e materiais foi muito valorizado. Não houve grandes problemas no fornecimento de medicamentos e o apoio dos laboratórios farmacêuticos foi fundamental.
- Acredita-se que responderam rapidamente, que foram capazes de se adaptar à nova realidade e espera-se que, no futuro imediato, continuem a adaptar a sua atividade para satisfazer as novas necessidades.

Hospitais das Regiões Autónomas

- Considera-se que não houve grandes problemas.
- A escassez inicial não é atribuída a um laboratório em particular, mas sim à situação do mercado global. Mas graças a uma boa comunicação com a Indústria Farmacêutica, as diferentes necessidades foram resolvidas e os fornecimentos necessários vêm sendo garantidos há meses.

Chaves para garantir o fornecimento de medicamentos face a uma potencial segunda vaga: reforçar a capacidade de fabrico e otimizar a logística nacional de materiais sanitários.

Os gestores de centros hospitalares estão cientes de que face a uma segunda vaga da COVID é necessário aumentar a capacidade de produção e armazenamento de reservas (de medicamentos e material de proteção). Além disso, a nível político, devem ser alterados os protocolos para agilizar as negociações com os representantes europeus da indústria farmacêutica ou deve procurar-se uma alternativa ao quase monopólio da produção asiática.

- Estão conscientes de que muitos materiais e dispositivos necessários provêm da Ásia (entre 60-80%), o que levou a uma escassez de abastecimento nas primeiras semanas. A fim de resolver esta questão, é necessário promover uma indústria própria que os forneça e que também garanta a cadeia logística. São necessárias alternativas no mercado interno (são necessários respiradores, testes PCR ou máscaras cirúrgicas), porque as necessidades do sector da saúde se multiplicaram por 30.
- Para além de exigir abastecimento à indústria, os gestores de centros hospitalares acreditam que é necessário fazer um investimento a nível do país e a nível da União Europeia nas cadeias de produção e de fornecimento na Europa, a fim de não depender de países terceiros e de países distantes.
- O Ministério da Saúde tem de garantir a todo o sistema de saúde – centros hospitalares, Cuidados Primários e centros médicos especializados – os recursos necessários para o desenvolvimento da sua atividade diária, fomentando centros de compras e dotando-os de orçamentos de acordo com as novas necessidades.
- Os hospitais têm de estar preparados para enfrentar situações novas e emergências e serem capazes de responder com agilidade e eficiência. Para tal, para além de terem as reservas necessárias, devem otimizá-las de modo a atender às circunstâncias da pandemia ou a qualquer outra situação.

Chaves para garantir o fornecimento de medicamentos face a uma potencial segunda vaga: fabrico interno de materiais, maior previsibilidade e melhor coordenação com a Indústria

Administrações Regionais de Saúde

- Conseguir uma maior colaboração entre o SNS e os fabricantes farmacêuticos, garantindo a distribuição do material necessário e sobretudo que materiais como EPI, máscaras, respiradores, teste COVID sejam fabricados em Portugal e nos restantes países da União Europeia.
- Articular da melhor maneira possível a coordenação entre a administração pública, a Indústria Farmacêutica e o sistema de saúde para garantir as necessidades de material e medicamentos necessários.
- Consideram que os materiais essenciais para o tratamento da COVID devem ser fabricados em Portugal. Para este fim, deve ser articulada uma resposta global para evitar potenciais situações pontuais de falta de fornecimento de EPI, máscaras etc.

Hospitais SNS

- Em relação ao fornecimento de materiais e medicamentos, considera-se que a cadeia de compra de medicamentos e produtos deve ser mais bem preparada e o armazenamento de reservas deve ser garantido.
- A nível de cada hospital, deve haver mais flexibilidade nas entregas dos tratamentos e de outros recursos necessários.

Hospitais das Regiões Autónomas

- É necessário reforçar as relações entre a administração sanitária e a indústria farmacêutica, e para isso a administração deve contar com o apoio dos centros hospitalares, que são os que melhor conhecem as condições dos contratos com os laboratórios.
- Monitorizar as medidas do Plano de Contingência para avaliar o seu impacto, continuar a agilizar a distribuição e logística a nível internacional. Continuar a trabalhar com o INFARMED para evitar a escassez e garantir uma reserva permanente.

O futuro da relação profissional sanitário-IF após a crise da COVID-19: necessidade de maior união e compromisso na procura de interesses comuns

No futuro, os gestores de centros hospitalares não só consideram necessário manter a relação com a Indústria Farmacêutica, como também aspiram a ampliá-la ainda mais, tanto em contactos como em cooperação conjunta e atividades de formação, vendo a Indústria como parceiro. Esta relação será reforçada através do canal digital, em detrimento do presencial, pelo que é preciso criar plataformas digitais para promover as necessárias reuniões entre as partes. Desejam-se preços mais baixos, maior compromisso social da Indústria na investigação médica e farmacêutica e contínua promoção da formação do profissional sanitário.

- Assume-se que a indústria farmacêutica tem interesses económicos e os profissionais sanitários interesses de saúde pública, mas ambos os sectores são obrigados a trabalhar em conjunto para canalizar soluções de interesse para ambas as partes.
- Considera-se que a pandemia da COVID os uniu mais porque a colaboração da indústria farmacêutica com os serviços hospitalares foi reforçada, o que tornou possível, por exemplo, melhorar os canais de comunicação entre os doentes e os seus familiares, graças ao fornecimento de muitos terminais telefónicos e *tablets*.
- Espera-se que a indústria assuma um maior compromisso social, o que será positivo também no aspeto económico, de modo a que sejam capazes de baixar os preços dos medicamentos e equipamentos para tornar o sistema mais sustentável (redução entre 10-20%), facilitando melhores condições de pagamento e promovendo a investigação na busca de vacinas e novos tratamentos para a COVID.
- Em relação à formação dos profissionais sanitários, espera-se que continuem a promovê-la de modo a satisfazer as necessidades do sector da saúde, agora em particular nos aspetos da pandemia e nos desafios que coloca. Formação, especialmente formação digital, tanto em congressos como cursos de formação, conferências etc.
- Há também uma minoria de gestores hospitalares mais céticos de que a relação entre ambos melhore com a crise e que acreditam que tudo continuará como até agora, prevalecendo os interesses económicos dos laboratórios sobre os interesses sanitários.

O futuro da relação profissional sanitário-IF após a crise da COVID-19: mais conteúdos de trabalho, mais contacto virtual e maior promoção da formação, dentro de uma mudança da regulamentação que dê mais transparência. E papel crucial na investigação de diagnósticos, vacinas e tratamentos da COVID

Administrações Regionais de Saúde

- Em termos gerais, mostram-se confiantes e esperam continuar a trabalhar com a Indústria Farmacêutica. Há confiança de que a coordenação habitual com os hospitais seja melhorada, mas também de que haverá uma coordenação a nível nacional mais legislada.
- Certo é que a relação se desenvolverá sobretudo digitalmente. Espera-se também que, nesta nova era, haja melhor formação para os delegados e que o apoio à formação dos profissionais sanitários continue.
- Por outro lado, espera-se que a indústria investigue e crie toda uma linha de medicamentos e vacinas para o tratamento da COVID, e não só, que ajudarão a superar as sequelas que a COVID deixa nos doentes.

Hospitais SNS

- O trabalho conjunto entre a administrações e a indústria farmacêutica irá continuar, porque é considerado essencial. A mudança ocorrerá no canal de comunicação, com uma forte aposta no digital face ao presencial.
- Espera-se que a indústria empreenda investigações sobre novos tratamentos, para continuar a fornecer novidades terapêuticas e para acelerar a distribuição de medicamentos e material graças às sinergias estabelecidas com empresas de outros países.

Hospitais das Regiões Autónomas

- Assumem a importância do papel da Indústria Farmacêutica no âmbito sanitário e a necessidade de continuar a incentivar e dinamizar as relações entre os dois sectores e por ambas as partes.
- Por outro lado, consideram importante rever e celebrar os contratos, trabalhando com a maior transparência, tanto na compra de produtos e medicamentos, como na facilitação de processos de formação para o pessoal sanitário.

O futuro dos representantes farmacêuticos: a relação com eles continuará, virtualmente, com plataformas digitais mais seguras, robustas e enriquecidas

Os gestores de centros hospitalares confiam no "regresso à normalidade" das relações que mantiveram com os representantes da Indústria Farmacêutica. Tanto em novos lançamentos, visitas regulares ou apoio à formação.

- Em linhas gerais, pensa-se que as relações e sinergias entre os delegados farmacêuticos, os profissionais sanitários e as farmácias hospitalares podem ser melhorados, e isto resultará na melhoria dos detalhes das compras, dos tratamentos e dos materiais necessários. Considera-se que todas as partes são obrigadas a trabalhar em conjunto para encontrar soluções, e que o veículo para tal é o delegado.
- A mudança esperada incide mais sobre o canal do que sobre o conteúdo. Presume-se que muitas das negociações e reuniões serão virtuais, mas que também serão celebradas reuniões presenciais. As reuniões presenciais serão menos frequentes e em grupos menores, mas continuarão, sem dúvida, a fazer parte da relação entre todos.
- Em qualquer caso, o desenvolvimento de plataformas, videoconferências e App já era frequente antes da pandemia, pelo que esta crise sanitária deve servir para atualizar e enriquecer estas plataformas.
- No que diz respeito à formação, os gestores hospitalares esperam que os delegados continuem a oferecer opções de formação por meio de conferências, congressos, *workshops*, formação sobre eventos clínicos e de saúde, tais como a pandemia ou outros de urgências etc. E que este tipo de proposta de formação seja basicamente por videoconferência para garantir a segurança tanto do pessoal sanitário como dos delegados.

O futuro dos representantes farmacêuticos: continuará a ser a face visível da Indústria Farmacêutica

Administrações Regionais de Saúde

- Prevê-se um regresso à normalidade quando possível e com uma forte aposta na comunicação virtual, em vez de os delegados irem aos hospitais.
- Espera-se que a formação tanto dos delegados como dos profissionais sanitários melhore em termos de qualidade.

Hospitais SNS

- Assume-se este retorno à relação com os delegados comerciais, mas com um predomínio da comunicação virtual sobre a presencial. Contudo, não há dúvida de que continuará a haver consenso sobre os protocolos de relação e trabalho entre ambas as partes.
- Não se esperam grandes mudanças no conteúdo ou relacionamento para além do canal de comunicação, que deixará de ser presencial para ser virtual. Assume-se um longo caminho de trabalho com os delegados, um amplo conhecimento mútuo que continuará a existir.

Hospitais das Regiões Autónomas

- Quando a gestão hospitalar voltar ao normal a previsão é de continuar a trabalhar com os representantes farmacêuticos.
- É uma realidade que a pandemia precipitou a mudança de paradigma baseada em modelos de trabalho virtuais, tanto médicos como delegados farmacêuticos fazem uso de App para o seu trabalho e para desenvolver as suas relações de trabalho, fomentando as plataformas de comunicação em detrimento de contínuas visitas presenciais no hospital.

CONCLUSÕES

- A resposta à pandemia que teve lugar no sistema de saúde baseou-se num **plano de contingência comum e rápido para todo o SNS** – a partir de fevereiro – e foi assumido por todos. Dois circuitos de cuidados aos doentes (COVID/não-COVID) tanto no serviço de urgência como nas consultas e hospitalização dos centros hospitalares e de cuidados primários. Duas equipas de saúde para evitar contágios, e a equipa COVID composta por médicos e enfermeiros. Trabalho de rastreio para fazer o teste PCR e unificar a informação. Quando necessário, a capacidade assistencial foi ampliada com os hospitais de campanha sempre com o modelo de dois circuitos.
- Paralisação ou **adiamento da atividade assistencial programada**, exceto para oncologia e obstetria. Início da atividade virtual tanto dos cuidados de saúde primários como da rede hospitalar.
- Esforço na **proteção dos profissionais sanitários** com medidas preventivas tanto nos seus locais de trabalho como no seu transporte ou até mesmo no seu alojamento, oferecendo-lhes espaços temporários alternativos.
- **Contratação de novos profissionais sanitários**, tanto profissionais formados como estudantes de medicina e enfermagem com contratos de 4 meses prorrogáveis, facilitando uma maior agilidade nas contratações. Formação de equipas COVID por parte da medicina interna e pneumologia, bem como **redistribuição de tarefas** e especialidades entre profissionais.
- Muita **formação** interna para ensinar os profissionais sanitários a atender o doente COVID.
- **Unidades de apoio psicológico** e psiquiátrico para cuidar tanto de doentes COVID como dos seus familiares, bem como de profissionais sanitários exaustos por jornadas de trabalho intermináveis.
- **Potenciação dos laboratórios** para poderem realizar e disponibilizar os resultados de testes serológicos e de PCR.
- **Modificação estrutural dos hospitais** para permitir tanto o Circuito COVID como as novas unidades de triagem PCR
- **Os grandes hospitais assumiram funções de coordenação** com o resto dos recursos sanitários na sua área. Tanto os cuidados primários como os centros especializados estiveram a trabalhar para dar apoio direto ao público, realizando testes e assumindo tarefas de apoio aos hospitais.
- O sistema de saúde também assumiu a tarefa de formar as equipas de profissionais nos **lares sociais**, bem como de dotá-las de equipamentos de proteção e testes PCR. Os utentes mais

graves dos lares sociais foram transferidos para os centros hospitalares, permanecendo os menos graves sob supervisão médica adequada.

- Os protocolos criados conjuntamente entre a administração e o sistema de saúde eram comuns a todo o território: a criação de dois circuitos e o cuidado dos doentes de forma virtual foram dois dos grandes pilares implementados.
- Em linhas gerais, não foi necessária muita colaboração do **sector privado da saúde**, mas os protocolos elaborados pelo Ministério previam essa ação e, quando foi necessário, contou-se com a sua ajuda tanto no fornecimento de camas como de material de proteção etc.
- No início houve uma **certa escassez** do material necessário para atender os doentes COVID – respiradores – e material de proteção – EPI. No entanto, a perceção dos diretores é a de que com a intervenção do Ministério e a ajuda dos laboratórios farmacêuticos foi possível resolver esta escassez num prazo aceitável.
- Assume-se como uma desvantagem o facto de os fabricantes estarem localizados em países asiáticos e o facto de Portugal não ter o volume de compras de outros países. Nesse sentido, espera-se que seja dada uma solução e que o país tenha uma **reserva estratégica** de todo o material.
- Os **cuidados de saúde virtuais**, já bem estabelecidos no país, têm sido um grande trunfo para o sistema de saúde. Por um lado, o apoio aos familiares dos doentes internados, fornecendo-lhes a devida informação, por outro, continuar progressivamente com as consultas médicas não-COVID através do atendimento não presencial. Além disso, foram uma ponte no apoio psicológico de doentes e profissionais e na telefarmácia hospitalar com doentes crónicos (facilitando a recolha de medicação crónica nas farmácias comunitárias e o acompanhamento hospitalar virtual)
- **Assumir os casos adiados** – consultas programadas e suspensas – é o desafio pendente do sistema de saúde.
- Outro desafio é a **adequada** provisão dos novos **orçamentos**. A pandemia levou a um aumento significativo das despesas com materiais, contratações e obras, pelo que se espera que o sistema dê uma resposta económica às novas necessidades essenciais em 2021.
- O **trabalho em equipa**, deixar de lado os objetivos individuais para dedicar atenção ao sistema, tem sido um dos aspetos que melhor tem funcionado, mostrando os profissionais uma grande motivação para trabalharem por um objetivo comum.
- Entre as coisas que funcionaram pior e que merecem **ser melhoradas** encontra-se o **fornecimento** de materiais nos primeiros dias, o **afinar da coordenação** de todo o sistema até encontrar um modelo que funcionasse, o **receio com que** se trabalhou até ter sido garantida a formação adequada e o apoio psiquiátrico necessário. Houve também alguns problemas na **formação das equipas e nas novas contratações**.

- Considera-se que se deve continuar a trabalhar na coordenação a todos os níveis de cuidados, no desenvolvimento de melhores protocolos da COVID face à nova estação da gripe, no reforço dos planos de contingência e na consolidação dos orçamentos de acordo com as novas necessidades, a fim de manter a qualidade assistencial exigível.
- **A Indústria Farmacêutica ofereceu a sua colaboração** desde o início, em especial assegurando a continuidade do fornecimento de medicamentos e equipamentos essenciais, e espera-se que esta colaboração continue. Espera-se que a Indústria Farmacêutica continue a apoiar a formação de profissionais, mas a partir de modalidades e plataformas cada vez mais virtuais e de maior qualidade. O trabalho do delegado farmacêutico é, ainda, considerado necessário e espera-se que a relação com os centros e profissionais volte à normalidade. **Pede-se que haja uma maior transparência, regulamentação, programação e utilização de ferramentas digitais na relação do delegado farmacêutico com os serviços e profissionais.**

LISTA DE ENTREVISTADOS

CENTROS HOSPITALARES DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.	Dr. José Miguel Dias Paiva e Costa	Presidente Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.	Dr. Licínio Oliveira de Carvalho	Presidente Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	Dra. Rita Perez Fernández da Silva	Presidente Conselho de Administração
Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E.	Prof. Doutor Fernando Manuel Ferreira Araújo	Presidente Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	Dr. Rui Nuno Machado Guimarães	Presidente Conselho de Administração
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.	Dra. Ana Filipa Martins Ferreira Castro	Presidente Conselho de Administração
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.	Dra. Margarida França	Presidente Conselho de Administração
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.	Dr. Pedro Nuno Miguel Baptista Lopes	Presidente Conselho de Administração
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.	Dr. Carlos Manuel Gregório dos Santos	Presidente Conselho de Administração
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E.	Dr. Joaquim Daniel Lopes Ferro	Presidente Conselho de Administração
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	Dra. Teresa Maria da Silva Sustelo Fidalgo de Freitas	Presidente Conselho de Administração
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	Dr. Carlos Alberto Couto da Silva	Presidente Conselho de Administração
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E.	Dra. Rosa Augusta Valente de Matos Zorrinho	Presidente Conselho de Administração
Hospital Beatriz Ângelo	Dr. Artur Morais Vaz	Admin Executivo Conselho de Ad
Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, E.P.E.	Dr. Henrique Capelas	Presidente Conselho de Administração
Hospital de Braga, E.P.E.	Dr. João Porfírio Oliveira	Presidente Conselho de Administração
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida	Dr. Vasco Antunes Pereira	Presidente Conselho de Administração
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	Dra. Ana Marília Barata Infante	Presidente Conselho de Administração
Hospital Doutor Francisco Zagalo - Ovar	Dr. Luís Miguel dos Santos Ferreira	Presidente Conselho Diretivo
Hospital Garcia de Orta, E.P.E.	Dr. Ana Sofia Ferreira	Presidente Conselho de Administração
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.	Dr. Marco Ferreira	Presidente Conselho de Administração
Hospital Vila Franca de Xira	Dr. João Ferreira	Presidente Comissão Executiva
Instituto Português Oncologia Francisco Gentil - Coimbra, E.P.E.	Dra. Margarida Ornelas	Presidente Conselho de Administração
Instituto Português Oncologia Francisco Gentil - Lisboa, E.P.E.	Dr. João Manuel Lopes de Oliveira	Presidente Conselho de Administração
Instituto Português Oncologia Francisco Gentil - Porto, E.P.E.	Prof. Doutor Rui Manuel Ferreira Henrique	Presidente Conselho de Administração
Unidade Local de Saúde Matosinhos, E.P.E.	Prof. Doutor António Taveira Gomes	Presidente Conselho de Administração
Unidade Local de Saúde Nordeste, E.P.E.	Dr. Carlos Alberto Vaz	Presidente Conselho de Administração

HOSPITAIS REGIÕES AUTÓNOMAS

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, E.P.E.	Dra. Margarida Martins	Presidente Conselho de Administração
SESARAM, E.P.E.	Dra. Rafaela Fernandes	Presidente Conselho de Administração
Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira E.P.E.R.	Dra. Luísa Melo Alves	Presidente Conselho de Administração

SECRETÁRIOS REGIONAIS DE SAÚDE [Açores e Madeira]

Secretariado Regional Saúde RA Açores	Dra. Teresa Luciano	Secretária Regional de Saúde da RAA
Secretaria Regional da Saúde RA Madeira	Dr. Pedro Ramos	Secretário Regional Saúde RA Madeira

ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE [Portugal]

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	Dr. Luís Pisco	Presidente Conselho Diretivo
Administração Regional de Saúde do Alentejo	Dr. José Robalo	Presidente Conselho Diretivo